



# A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas

Conexões para a produção de saberes e práticas

Organizadores

Luciano Bezerra Gomes

Mirceli Goulart Barbosa

Alcindo Antônio Ferla

editora



redeunida

**Série Atenção Básica e Educação na Saúde**

Luciano Bezerra Gomes

Mirceli Goulart Barbosa

Alcindo Antônio Ferla

Organizadores

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
E AS REDES COLABORATIVAS: CONEXÕES  
PARA A PRODUÇÃO DE SABERES E  
PRÁTICAS**

1ª Edição  
Porto Alegre/RS, 2016  
Rede UNIDA

**Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

Alcindo Antônio Ferla

**Coordenação Editorial**

Alcindo Antônio Ferla

**Conselho Editorial**

**Adriane Pires Batiston** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Angel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

**Angelo Steffani** – Universidade de Bolonha, Itália

**Ardigó Martino** – Universidade de Bolonha, Itália

**Berta Paz Lorigo** – Universitat de les Illes Balears, Espanha

**Celia Beatriz Iriart** – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

**Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

**Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

**Julio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra

**Leonardo Federico** – Universidade de Lanus, Argentina

**Lisiane Böer Possa** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

**Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

**Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Rossana Staevie Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

**Sueli Goi Barrios** – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

**Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Vera Lucia Kodjaoglianian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

**Vera Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Comissão Executiva Editorial**

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

**Projeto gráfica Capa e Miolo**

Editora Rede UNIDA

**Diagramação**

Luciane de Almeida Collar

**Capa**

Arte - Coral Michelin

Foto - Acervo Equipe PMAQ-AB/UFRGS

**Revisora de português**

Rosana Treiguer Maron

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

G633e

Gomes, Luciano Bezerra

A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas / Luciano Bezerra Gomes, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

272 p. – (Atenção Básica e Educação na Saúde ; 6)

ISBN: 978-85-66659-60-3

DOI: 10.18310/9788566659603

1. Saúde Coletiva. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Redes Colaborativas. I. Barbosa, Mirceli Goulart. II. Ferla, Alcindo Antônio. III. Título. IV. Série.

CDU: 614:37

NLM: WA18

Copyright ©

2016 by Luciano

Bezerra Gomes,

Mirceli Goulart

Barbosa, Alcindo

Antônio Ferla.

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252  
www.redeunida.org.br

## SUMÁRIO

**PREFÁCIO**.....9  
*Hêider Aurélio Pinto, Alcindo Antônio Ferla*

**APRESENTAÇÃO**.....15  
*Luciano Bezerra Gomes, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla*

### **PARTE I** **A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM DEBATE**

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: aprender para transformar**.....23  
*Hêider Aurélio Pinto*

**COLABORAÇÕES AO DEBATE SOBRE A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**.....67  
*Emerson Elias Merhy, Luciano Bezerra Gomes*

**COMENTÁRIOS SOBRE O TEXTO “CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE SOBRE A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE”, DE EMERSON MERHY E LUCIANO GOMES**.....93  
*Jorge Zepeda*

**PARTE II****Desafios da Política de Educação Permanente em Saúde****EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE:**

experiência na atenção básica.....107  
*Ione Ferreira Santos, Mara Quaglio Chirelli, Silvia Franco da Rocha Tonhom, Maria Neusa Pegorari Molaro*

**O PMAQ-AB COMO UMAS DAS ESTRATÉGIAS DE ESTÍMULO À PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....129**

*Daniela Tozzi Ribeiro, Deisy Tolentino do Nascimento, Fernanda Monte da Cunha, Jeanice da Cunha Ozorio, Aline Vargas Ferreira, Thais Chiapinotto dos Santos, Angelo Pagot Zortea, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla*

**DA AVALIAÇÃO À COOPERAÇÃO: constituindo espaços de Educação Permanente em saúde no trabalho avaliativo.....143**

*Gímerson Erick Ferreira, Jeanine Porto Brondani, Matheus Neves, Érica Rosalba Mallmann Duarte*

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE: reflexões iniciais sobre suas interfaces com o Programa Academia da Saúde.....175**

*Luciano Bezerra Gomes, Alessandra Xavier Bueno*

**PARTE III****Redes Colaborativas - promovendo diálogos****CONFIGURAÇÕES CONTEMPORÂNEAS DO MUNDO DO TRABALHO, PROATIVIDADES E REDES DE COLABORAÇÃO EM SAÚDE.....197**

*Gímerson Erick Ferreira, Dagmar Elaine Kaiser, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Alcindo Antônio Ferla*

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE REDES COLABORATIVAS UNIVERSIDADES-SUS: reflexões a partir da experiência da avaliação externa do PMAQ-AB...219**

*Juliana Sampaio, Luciano Bezerra Gomes*

**A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DO TRABALHO EM REDE: a experiência do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB.....235**

*Fernanda Monte da Cunha, Caren Serra Bavaresco, Thais Chiapinotto dos Santos, Jeanice da Cunha Ozorio, Aline Vargas Ferreira, Daniela Tozzi Ribeiro, Deisy Tolentino do Nascimento, Angelo Pagot Zortea, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla*

**O CURSO DE AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM REDE.....251**

*Otávio Pereira D'Ávila, Aline Blaya Martins, Maurício Fernando Nunes Teixeira, Lívia Preuss Vargas, Andre Phylippe Dantas Barros, Márcia Fernanda de Mélo Mendes*

**SOBRE OS AUTORES.....265**

## PREFÁCIO

### FORMAÇÃO, REDES E PRODUÇÃO DE SAÚDE; EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MOVIMENTO

Esta coletânea desenvolve reflexões sobre dois temas importantes e bastante contemporâneos: a educação permanente e a produção de conhecimentos em redes. Utiliza como suporte a política nacional e os dados levantados nas equipes de saúde da família pela pesquisa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB). Além de ensaios a partir da experiência de produção em rede das diversas instituições e grupos de pesquisa que se envolveram na cooperação universidade/sistema de saúde denominada Rede Governo Colaborativo em Saúde, liderado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os dois temas centrais, em verdade, podem ser expressos pelo primeiro: a educação permanente em saúde. Em todos os textos que compõem a coletânea, a educação permanente funciona como *dispositivo*, explicitamente reconhecido ou não. A expressão “dispositivo” está sendo usada aqui não no sentido do senso comum, mas como algo “que faz funcionar” o desenvolvimento do trabalho no cotidiano de sistemas e serviços de saúde. Num conjunto de

textos, trata-se da aprendizagem mobilizada pelos problemas do mundo do trabalho, que, por sua vez, mobiliza e desenvolve o trabalho no interior dos serviços e sistemas de saúde na direção apontada pelos princípios e pelo ideário que embasam o sistema de saúde no Brasil. Há atualidade e contemporaneidade aqui na perspectiva da necessidade de mudanças no trabalho em saúde para que possa recheiar as novas modalidades de serviços constituídos na política nacional, responder aos desafios dos sistemas e serviços de saúde no nosso tempo, conectar processos em rede para avançarmos na integralidade do cuidado, transformar a gestão, tornar o cotidiano do trabalho em aprendizagem, integrar a atenção, a gestão, o ensino e a participação. Além de tantos outros, grande parte dos quais já apontados nas políticas do Sistema Único de Saúde.

Há outro grupo de artigos que põe o pensamento em diálogo com um conceito de “produção em rede” que, para além da riqueza da diversidade de abordagens e meios de desenvolver conceitual e analiticamente as redes às quais os textos se referem, também merecem destaque por abordar a educação permanente, mas de forma diferente dos demais. A primeira diferença é que, nesse caso, a educação permanente parece atuar mais silenciosamente, sendo pouco apontada como conceito de construção das ideias apresentadas pelos diferentes textos e, certamente, pouco reconhecida nas práticas referidas nos textos. Mas a produção em redes científicas também diz respeito à produção de conhecimentos. Reconhecê-la como trabalho parece ser muito oportuno, nesse caso, porque permite atravessá-lo por análises às quais comumente o ensino e a pesquisa são imunes. O grau de implicação do ensino e da pesquisa com as políticas de saúde e a conexão deste com o desenvolvimento dos sistemas de saúde são apenas dois exemplos de questões que se tornam mais visíveis quando o ensino e a pesquisa são analisados como trabalho. Tomados pelo

que tem de trabalho, os processos de ensino e de produção de conhecimento podem ser postos em análise e desvelar lógicas que os politizam e que permitem tecê-los em outras redes de interesse. Essa é a forma mais potente de operação da educação permanente quando compreendida como abordagem de aprendizagem no cotidiano do trabalho.

A segunda diferença é relativa aos efeitos da educação permanente nesses processos. E a abordagem da produção científica em rede, particularmente o ensino e a pesquisa, que envolvem docentes, pesquisadores e estudantes, põe em questão os modos de fazer que operam nas instituições; nesse caso, também as conexões com o sistema de saúde. Reflexões constituídas em torno das experiências compartilhadas de ensino e pesquisa analisam o cotidiano institucional, as escolhas teóricas e metodológicas, os “usos” que as instituições fazem das evidências do cotidiano dos sistemas locais de saúde, as conexões entre o cotidiano e a aprendizagem.

Queremos destacar aqui que, ao analisarem o cotidiano das instituições, também examinam questões relevantes para pensar no trabalho realizado no interior dessas instituições. E geram um efeito de desenvolvimento em, pelo menos, duas direções: de aproximação com os sistemas locais de saúde e seus serviços; e de produção de uma inteligência na gestão de métodos e técnicas de fazer, seja o fazer pedagógico ou o fazer na saúde. Esse é um dos principais desafios para a aproximação necessária entre ensino e serviços: colocar em análise os modos como são feitos o ensino e a pesquisa que, de um modo geral, ainda estão muito distantes das necessidades dos sistemas de saúde e das pessoas e coletividades. Ao colocar esses modos em análise, torna-se mais visível a distância e também os obstáculos e desafios a serem superados no cotidiano. Há aqui uma grande contribuição à política de educação permanente, que é a de cons-



truir pontes entre as instituições de ensino e pesquisa e os serviços e sistemas. Com dois pontos de contato principais: a aproximação da produção de conhecimentos e tecnologias; e os espaços onde esses circulam. E, principalmente, pesquisas e ensino produzidos com metodologias que partem da reflexão sobre o cotidiano e que geram uma aprendizagem nos atores envolvidos, dando significado e ampliando a capacidade desses de interagir e transformar o cotidiano. Essa foi uma consequência importante do PMAQ-AB e que começa a ganhar um pouco mais de visibilidade, quando optou por mobilizar instituições acadêmicas para a parceria de sua realização. Efeito muito potente, uma vez que se desdobrou em um itinerário mais comum, conduzido pelas ações regulares do projeto realizadas por todas as instituições, e um itinerário mais singular e vivo fruto de diversos desdobramentos construídos na interação com os sujeitos sociais dos municípios e serviços visitados. Mas, sem nenhuma dúvida, constituiu pontes entre as práticas de ensino e as práticas de atenção/gestão/formação/participação numa área muito cara às políticas de mudança no ensino e de transformação de modelos tecnoassistenciais, que é a atenção básica, envolvendo instituições de grande tradição no ensino da saúde e docentes/pesquisadores/estudantes. Pontes que podem constituir-se em educação permanente e que, nos exemplos analisados, fazem-no de formas bastante criativas.

Um terceiro aspecto, próximo do descrito anteriormente, mas mais específico, é uma característica que transparece ora pelos aspectos da aproximação entre instituições, ora pelos núcleos de conhecimentos e práticas que caracterizam os grupos de participantes das diferentes instituições. Aqui as pontes que interessa destacar não são do tipo educação/trabalho em saúde, mas interinstitucionais e interdisciplinares. Tampouco essas produções são irrelevantes – ao contrário –, se considerarmos as lógicas vigentes

de fragmentação (disciplinar, institucional) e especialização (de conhecimentos e práticas) e o quanto essas lógicas operam no meio acadêmico e são nocivas para o trabalho em contextos de complexidade, como é o caso da saúde.

Por isso dissemos inicialmente que os textos que compõem esta coletânea são representativos dos desafios da educação permanente, considerada como política para o SUS. Na medida em que representa um modo de ensinar e aprender articulado no mundo do trabalho e/ou um certo modo de gerir a educação como parte de um movimento de mudança tanto do trabalho na saúde quanto dos sujeitos que o praticam. Mas, além dos desafios, temos também ofertas de análises que tratam de situações vividas e aprendidas, compostas por experiências individuais e coletivas, dos grupos envolvidos e das instituições participantes. Ou seja, auxiliam não apenas na identificação desses desafios, como também apresentam subsídios teóricos e metodológicos para reflexão em novas experiências. Como toda a iniciativa realizada, as experiências relatadas também têm contribuição pedagógica de construir novos possíveis para a educação permanente em saúde, na rede ensino-serviços em que é necessário transformar o SUS. Ainda é preciso inventar dispositivos para fazer a aproximação avançar, tornando sempre mais íntimos os vértices do quadrilátero atenção/gestão/formação/participação e captando os movimentos de mandala que este apresenta no cotidiano do trabalho. Desenvolver formas complexas de pensamento para compreender com maior densidade a complexidade da produção das saúdes das diferentes gentes e produzir mais integralidade no cotidiano. Essa é a contribuição da educação permanente em saúde que os textos da coletânea alocam ao debate contemporâneo.

Mas o objetivo do prefácio não foi esgotar a análise dos textos tornados disponíveis para a leitura. O objetivo

talvez tenha sido provocar o desejo de interação com os textos que seguem, dando o testemunho do quanto eles operaram e seguem operando e abrindo novas reflexões nesses leitores. Por isso, finalizamos este prefácio com o desejo de boa e produtiva leitura para todos e todas, tendo certeza de que contribuirão para enriquecer e potencializar a reflexão, o trabalho e a ação de mudança que lhes implicam.

*Hêider Aurélio Pinto  
Alcindo Antônio Ferla*

## **APRESENTAÇÃO**

Este livro nasce da instigação dos seus autores sobre os vários modos de a Educação Permanente se apresentar como um aspecto constitutivo do trabalho em saúde. Mais ainda, pela constatação de que sua operação se dá em redes de cooperação, as quais têm apresentado arranjos cada vez mais sofisticados. E para além de desafios organizacionais, esses arranjos demandam formulações no campo da produção do conhecimento, reconhecendo o plano das complexidades. Os esforços consolidados nos textos que se seguem tentam contribuir nesse sentido.

A primeira parte do livro inicia-se com um texto em que o autor procura analisar questões relevantes sobre a implementação da Educação Permanente como política propriamente dita, como prática de ensino-aprendizagem e como estratégia de gestão da educação para o desenvolvimento do trabalho.

Na sequência, o livro apresenta dois textos que se inter-relacionam. Ambos foram elaborados a partir das reflexões desencadeadas em um evento, organizado pelo Departamento de Gestão da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, no final de 2014, em que se debateu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No primeiro dos textos, Emerson Merhy e Luciano Gomes sistematizaram algumas das reflexões que



desenvolveram, durante apresentações e debates em grupos, ao longo do evento. Como algumas linhas gerais estavam relacionadas às colocações realizadas por eles, naquele momento, consideraram que seria importante registrá-las, de modo a tornar mais claro, para os que organizaram e participaram do evento, algumas de suas provocações, bem como para dar acesso a essas reflexões aos que não estiveram lá.

Em seguida, Jorge Zepeda desenvolve um debate a partir desse texto de Emerson e Luciano. Assim como eles, Jorge esteve presente no evento, em dezembro de 2014 e, naquele momento, colocou diversas considerações relevantes para discutir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. E como os debates postos por Zepeda foram muito instigantes, os autores do primeiro texto propuseram que ele pudesse expor, livremente, suas concordâncias e divergências em relação às formulações apresentadas. De modo que, vistos em conjunto, esses dois textos contribuem, a nosso ver, com questões fundamentais para os debates necessários ao momento atual. Não se elaborou uma tréplica, de Emerson e Luciano, às reflexões propostas por Jorge de maneira deliberada. A intenção é não apenas que os leitores tirem suas conclusões, como também possam dar seguimento a esse debate, a partir das singularidades dos movimentos operando nos lugares onde atuam.

Já a segunda parte do livro contempla um conjunto de reflexões relacionadas a alguns desafios específicos relacionados à operação da Educação Permanente em Saúde em certos contextos.

As autoras apresentam, no primeiro texto, as fundamentações e descrevem o funcionamento das atividades de formação dos cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Essa é uma

das experiências mais relevantes do país, no que se refere à utilização de metodologias ativas para a formação dos profissionais de saúde, especialmente da aprendizagem baseada em problemas e da problematização. Entretanto, a ênfase da abordagem aqui se volta para os processos de educação permanente que ocorrem como parte da formação de estudantes, professores e profissionais vinculados aos serviços de saúde da rede básica, onde ocorre parte da formação realizada nos cursos da Famema. Percebe-se que não apenas a contínua reflexão compartilhada é inerente à maneira como os cursos se organizam, como as várias perspectivas pedagógicas se encontram e dialogam nos cenários de prática real em que se desenvolve o encontro entre trabalhadores, estudantes, professores e usuários dos serviços de saúde.

No capítulo seguinte, os autores procuram demonstrar os diversos modos apresentados pela Educação Permanente como vetor importante do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Essa estratégia se constituiu em uma das principais medidas que mobilizaram os mais variados atores que tentam implementar a atenção básica à saúde em nosso país. Nas múltiplas possibilidades apontadas no texto, trabalhadores e gestores poderão refletir sobre a maneira que se têm desenvolvido as ações para melhoria dos serviços. Pesquisadores da área, também, poderão encontrar reflexões que contribuam para suas produções em andamento. Outros textos neste livro retomarão desafios postos a partir do PMAQ-AB como um campo de inovação, tentando problematizar alguns de seus aspectos, a partir do foco geral de interesse da presente coletânea.

Já no terceiro capítulo da segunda parte do livro, os autores buscam refletir sobre as possibilidades de cooperação, na perspectiva da Educação Permanente, a

partir do trabalho de realização da avaliação externa do PMAQ-AB. Para tanto, toma para análise a experiência da realização do 2º ciclo de avaliação externa realizada no Rio Grande do Sul, como parte das regiões cuja avaliação foi coordenada pela Rede Governo Colaborativo em Saúde. Mas muito mais do que um relato do modo como se desenvolveu a pesquisa do processo avaliativo, eles tomam a reflexão sobre a prática para elaborar um conjunto de análises a respeito da própria avaliação desenvolvida como parte do PMAQ-AB, tendo como uma das referências centrais a perspectiva da psicodinâmica do trabalho dejouriana. Nesse bojo, a Educação Permanente se apresenta como essência do trabalho colaborativo.

E, fechando essa segunda parte do livro, um texto sobre diversas maneiras de a Educação Permanente poder entremear o cotidiano do trabalho em saúde. No caso específico, um conjunto de reflexões sobre a atuação dos trabalhadores do Programa Academia da Saúde. Para além de vê-lo como um ponto de grande interface entre a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde, os autores tentam identificar potencialidades a serem ainda mais intensificadas na atuação dos trabalhadores dos Polos da Academia da Saúde como cuidadores. O que ocorre partir de sua conexão com outros pontos das redes de atenção, bem como pela instituição de relações diversas com os seus usuários. Nesse sentido é que a Educação Permanente pode deslocar o modo de se pensar a atuação de parte desses polos.

A terceira parte do livro, por sua vez, apresenta contribuições que permitem aprofundar algumas das reflexões iniciadas nos textos precedentes, tendo como eixo o trabalho em redes colaborativas. Em todos estes, ainda, o agregador de sustentar parte de suas formulações na reflexão sobre a experiência de realização da avaliação

externa do PMAQ-AB. Sendo assim, no primeiro de seus textos, temos uma outra reflexão com forte influência da psicodinâmica do trabalho de Dejours, em que os autores buscam as interfaces entre trabalho, proatividade e redes colaborativas para evidenciar as dimensões subjetivas operantes no trabalho em saúde.

Em seguida, encontramos alguns aspectos sobre a relação das universidades com o SUS, no sentido de se fortalecerem as relações entre as instituições formadoras com os trabalhadores e gestores dos serviços públicos de saúde. Para tanto, são identificados não apenas alguns dilemas postos, mas são pensados alguns passos à frente a serem dados.

Temos, ainda, um texto apresentando como se deu a articulação que viabilizou a própria construção da Rede Governo Colaborativo em Saúde. Para além de apresentá-la, descreve como esta permitiu a coordenação de um trabalho em rede envolvendo instituições de diversos estados para realizar a avaliação externa do PMAQ-AB. Mais até do que descrever, demonstra o modo como o trabalho em rede se deu, sendo fator essencial para a produção colaborativa em um arranjo de trabalho de pesquisa altamente complexo.

Concluindo a coletânea, temos uma reflexão sobre o tema da avaliação em saúde no contexto da atenção básica. Para tanto, tomou-se como referência a elaboração e realização do curso de especialização ofertado aos avaliadores da qualidade e supervisores que realizaram a avaliação externa do PMAQ-AB, vinculados à Rede Governo Colaborativo em Saúde. Para além de expor a estrutura curricular proposta, os autores ponderam sobre os desafios que a ousadia proposta no curso colocou para todos os envolvidos.

Enfim, consideramos que a produção coletiva que se consolida no presente livro agrega importantes questões para os envolvidos na produção de experimentações nos mundos do trabalho, da gestão e da pesquisa em saúde. Mas todos os textos apresentam muito mais construções abertas do que certezas fixas sobre o que se propuseram a abordar. Sendo assim, a melhor resposta que seus autores poderiam ter é a continuidade dessas produções compartilhadas, tendo como interlocutores os leitores que se dispuserem a criticar e escrever sobre o que identificaram de relevante neste livro. Para tanto, no final, encontram-se os contatos dos autores. Fiquem completamente à vontade para nos dar as devolutivas que considerarem adequadas. E tenham uma boa leitura.

*Luciano Bezerra Gomes*

*Mirceli Goulart Barbosa*

*Alcindo Antônio Ferla*

## **PARTE I**

# **A Política de Educação Permanente em Saúde em debate**

# **POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: aprender para transformar**

*Hêider Aurélio Pinto*

## **Introdução**

Educação permanente em saúde (EPS) é um conceito que segue presente e com muita força nas reivindicações dos diversos atores do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas propostas formuladas para o desenvolvimento do sistema. É sem dúvida um conceito polissêmico que muitas vezes significa coisas distintas, mas normalmente compreendidas na ideia de práticas educativas para melhoria e transformação do trabalho. É nessa perspectiva que pretendemos desenvolver esse ensaio, analisando questões relevantes de sua implementação como política, como prática de ensino-aprendizagem e como estratégia de gestão da educação para o desenvolvimento do trabalho.

Acreditamos que a ação de mudança das práticas, do processo de trabalho, dos próprios sujeitos e de suas relações, necessária à qualificação da atenção, gestão, educação e participação em saúde, demanda processos de educação

nos quais os sujeitos da ação sejam também sujeitos da problematização e transformação de suas práticas. Por isso são necessárias ao SUS políticas – não só nas três esferas de governo, mas também na gestão dos serviços e coletivos – que busquem identificar essa necessidade de processos de educação. As políticas precisam ainda provocar os sujeitos e territórios para que os processos aconteçam além de reconhecer, apoiar, fortalecer, renovar e promover a sustentabilidade onde ocorrem.

Para avançarmos nesse sentido, é necessário refletir criticamente sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) identificando acertos, limitações avanços e potencialidades; e explorando caminhos possíveis para o desenvolvimento de políticas, em todos os âmbitos, que promovam e fortaleçam essas práticas. Buscaremos fazer isso com muita franqueza, reconhecendo a implicação institucional do autor com a PNEPS, mas deixando claro que o sujeito que fala é o militante do SUS e o sanitarista e não o sujeito da instituição que aqui estaria falando em nome dela ou em defesa de um período à sua frente. Não é um texto de prestação de contas, até porque e analisa, sobretudo, o período anterior à nossa investidura no cargo, apontando no presente apenas questões que podem ser aspectos potentes para um próximo momento da PNEPS.

Ao longo do texto, para não ser repetitivo, quando falarmos genericamente de mudanças das práticas, estaremos nos referindo não só a ações realizadas por sujeitos, mas também a processos de trabalho e até mesmo a serviços e organizações. Quando falarmos de mudanças na política, estaremos falando de toda ordem de ações, programas e políticas desde o âmbito de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) até uma política do governo federal. Além disso, estamos considerando práticas e políticas

não só de atenção, mas também de gestão, educação e participação/controlado social.

A reflexão presente neste ensaio busca: a) sistematizar brevemente uma crítica atual feita pelos gestores do SUS à PNEPS; b) problematizar, por meio de uma caricatura, o desencontro entre a demanda de uma ação de educação no trabalho e a oferta institucional apresentada em resposta; c) refletir sobre certas capturas e limites no modo como está normatizada a PNEPS; d) analisar na história da PNEPS avanços, potências e limites importantes que deveriam ser levados em conta para o seu fortalecimento; e e) identificar elementos no contexto atual que podem servir de base e potência para um novo avanço na PNEPS.

É importante destacar ainda que este texto é tributário de três fontes principais. A avaliação da PNEPS, que a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (SGTES), em especial o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), vem desenvolvendo desde 2013, junto com gestores municipais e estaduais, instituições de ensino e escolas do SUS, pesquisadores, movimentos sociais e diversos outros atores da saúde. Também a extensa fonte conceitual e teórica de diversos pensadores desse campo, como Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, Emerson Merhy, Luiz Cecílio, Alcindo Ferla, Gastão Campos, Túlio Franco e Ruben Mattos, só para citar os que mais frequentemente estudam e afirmar que as reflexões conceituais aqui em sua maioria tiveram como base importantes construções dos mesmos. E, principalmente, as riquíssimas experiências de diversos coletivos que pude ter contato, no Brasil e fora, e com os quais dialoguei, aprendi e estudei em minha trajetória de atuação em equipes de cuidado e de gestão, nas três esferas de governo, sempre muito relacionada ao tema da EPS.

## Críticas feitas pelos gestores do SUS à PNEPS

De 2013 ao primeiro semestre de 2015, a SGTES, por meio do DEGES, realizou várias atividades para identificar, junto com diversos atores do SUS, o andamento das ações de EPS e as críticas e sugestões que os mesmos tinham à PNEPS. Foi estudada a execução das ações feitas pelos entes com recursos do Ministério da Saúde (MS) para ações de EPS, aplicados questionários e realizados diversos diálogos por meio de oficinas, reuniões ou comunicação a distância. Parte importante da sistematização dessas contribuições foi apresentada na “Oficina de Educação Permanente em Saúde – Dialogando sobre a Política”, evento realizado pela SGTES em Brasília, nos dias 17 e 18 de dezembro de 2014. Destacamos desse conjunto, os pontos a seguir.

Os sujeitos responsáveis pela gestão da EPS nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) queixaram-se da falta de prioridade dada ao tema, tanto no próprio estado quanto nos municípios. Ressaltaram que a rotatividade dos interlocutores nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) aumentava ainda mais essa dificuldade, gerando descontinuidade ou atrasos na realização de projetos.

Contudo, a maior parte das dificuldades apontadas foi da ordem administrativa: insegurança quanto ao legalmente adequado e possível uso do recurso de EPS do MS; dificuldades e demora em licitar, firmar contratos e convênios com instituições parceiras que se responsabilizariam pela execução direta das ações de EP; limitações na legislação específica dos estados, que não previam dispositivos para facilitar a execução de ações de EPS, como, por exemplo, o pagamento de horas-aula, a contratação de educadores por meio de editais, bancos de educadores, pagamento a servidor de outro ente, etc.

Os gestores municipais consultados fizeram importantes críticas aos fluxos e processos previstos na normativa da PNEPS, a Portaria 1996, de 2007. (BRASIL, 2007) Para eles, os Planos de Ação Regionais para Educação Permanente em Saúde (PAREPS) tramitam de modo “complicado” nas instâncias de pactuação, acabam “desconfigurando” as necessidades locais e, via de regra, estão desarticulados das demais políticas de saúde. Duas outras queixas recorrentes foram as relacionadas ao excesso de ofertas “desencontradas”, “duplicadas” e “descontextualizadas” vindas das SESs e do MS, muitas vezes, atrapalhando e confundindo os processos municipais, e à lógica de execução regional do recurso, apontando que esta perdia em eficiência e qualidade.

Também foi alvo de críticas o fato de a maioria das ofertas de EPS serem “cursos”. Para os gestores, os cursos são importantes, mas a PNEPS não pode ser um somatório de cursos. Insistiram na importância da adaptação das estratégias de implementação das ações de EPS às realidades, necessidades e aos processos locais. Ao mesmo tempo, identificaram dificuldades na participação dos trabalhadores, tanto nos cursos quanto em outras atividades, tanto por pouco interesse, quanto por dificuldade na liberação dos mesmos por seus “superiores”.

Por fim, e isso merece um destaque especial, foram enfáticos em afirmarem que a EPS é muito mais do que ações realizadas com os recursos de EPS do MS. É também mais do que aquilo que as próprias pessoas que fazem reconhecem como tal, ou seja, muita EPS se faz nas unidades de saúde, embora seus próprios agentes não a identifiquem assim.

Com relação à crítica dos gestores estaduais, é fato que as SESs são o maior destino dos repasses da PNEPS decorrentes da Portaria 1996/2007 e a execução é realmente muito baixa. (BRASIL, 2007) Em 2014, houve

cobrança dos estados e municípios para que os repasses, interrompidos em 2012, fossem retomados. Nessa ocasião, em um debate na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Fundo Nacional de Saúde do MS mostrou que do total de recursos repassados entre 2007 e 2011 apenas 50% havia sido executado até aquele momento, ou seja, três anos depois do último repasse realizado. De todos os estados da federação, apenas um executou 100% dos recursos, dois executaram mais de 90%, 10 executaram menos de 40% e dois não realizaram nenhuma ação com o recurso.

Com efeito, em 2015, devido à baixa execução do Bloco de Financiamento de Gestão (aquele pelo qual é repassado o recurso da PNEPS) pelos estados e municípios e à necessidade de recursos adicionais nos blocos de atenção básica e média e alta complexidade (MAC), a CIT pactuou a autorização do remanejamento de recursos entre os blocos.

Aqui é necessária uma consideração: independentemente de quaisquer outras sugestões, é preciso reconhecer a necessidade de subsidiar os entes federados do ponto de vista administrativo e jurídico para que as organizações do Estado ganhem mais agilidade, eficiência e efetividade na execução do recurso. É necessário fazer gestão do conhecimento a partir de inovações e experiências bem-sucedidas de gestores que têm conseguido utilizar o recurso com qualidade, além de um bom repositório para os gestores com informações e orientações importantes acerca dos pontos supracitados.

Já no tocante à crítica feita pelos municípios, na próxima seção, buscamos refletir um pouco sobre a relação entre o fluxo normativo de planejamento e obtenção dos recursos definidos na PNEPS e sobre as possíveis desconexões entre as ofertas resultantes dos mesmos e a necessidade dos municípios e trabalhadores.

## Uma caricatura como modo de problematização

Para facilitar a problematização com fins pedagógicos e analíticos, temos utilizado casos fictícios, que caricaturamos para exacerbar certos elementos em um dos encadeamentos possíveis de acontecimentos decorrentes da exploração de um problema, tema ou processo. A ideia é que a caricatura vá a extremos ou no sentido da captura do processo pelo instituído, pela rotina, pressupondo maiores dificuldades e menor iniciativa e inovação dos atores ou justamente o contrário, dependendo de que dimensões se quer problematizar com o grupo em questão, destacar os pontos de captura ou mesmo os de fuga da captura. (DELEUZE; GUATTARI, 2003)

Esses casos caricaturados já nos foram úteis para refletir, por exemplo, sobre a modelagem (COSTA; DAGNINO, 2008) de uma política; problematizar o modelo lógico de um programa (MEDINA et al., 2005); simular analisadores (LOURAU, 1995) numa situação; representar conflitos para serem analisados (CECÍLIO, 2005); ou mesmo problematizar se um programa só funciona se os trabalhadores em questão encarnarem os “sujeitos morais” idealizados como nos alerta Luiz Cecílio (2007). São exemplos de uso, mas obviamente podemos recheá-los com outros temas e usar outras estratégias de problematização. Na construção dos casos, as situações concretas são a matéria a ser trabalhada; a imaginação é motor; a correspondência com a realidade vivida, o limite; o potencial pedagógico, a meta; e a produção de reflexão, análise e ação no coletivo, o objetivo.

Usamos aqui um caso fictício, e caricatura, inspirado em relatos de gestores municipais e trabalhadores cujo objetivo é problematizar capturas potenciais do modo como os fluxos da PNEPS estão normatizados. Para não ficar extenso, simplificamos: não compomos personagens e, ao invés de fazer uma narrativa, descrevemos a situação.



Num dado município de médio porte, de nome Querente, uma equipe de saúde da família (eSF), em reunião com representante da Secretaria Municipal de Saúde, cujo tema foi redução das filas de espera de encaminhamento de pessoas com dor lombar crônica, solicitou maior agilidade e um número maior de cotas para o encaminhamento ao ortopedista. O representante da SMS concordou em aumentar as cotas, mas interrogou os membros da equipe se eles estavam certos de que todos os casos precisavam mesmo ser encaminhados. Indagava se mais casos não poderiam ser cuidados na própria unidade e se não haveria outras possibilidades de encaminhamento que não só ao médico ortopedista. Depois de um bom debate, a equipe solicitou uma capacitação para a atenção à dor lombar crônica que pudesse também envolver a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No núcleo de EPS da SMS, o responsável reuniu as demandas que vieram de todos os serviços e aquela foi enquadrada num grupo denominado: necessidades de formação em problemas ortopédicos. Ali estava desde a formação de técnicos em imobilização ortopédica demandada pela unidade de pronto atendimento do município até a atualização dos ortopedistas do centro de referência.

A demanda foi levada pelo secretário de Saúde à Comissão Intergestores Regional (CIR) na reunião de elaboração do PAREPS. Lá foi combinada com a de outros municípios e encaminhada à Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) da região num bloco chamado “capacitações em problemas traumato-ortopédicos para a atenção básica e rede de urgências.”

Na CIES regional, o tema foi discutido com relatos de formações feitas por escolas de governo e centros de educação permanente sob gestão municipal e também pela instituição de ensino superior (IES) da região. Na parte de encaminhamentos da reunião, o representante da IES da região disse já ter uma oferta pronta que responderia “relativamente bem” à demanda e se tratava de uma especialização multiprofissional para a atenção básica. A proposta agradou à

maioria dos representantes. Mesmo o secretário de Querente não gostando muito da solução, aprovou-a quando a proposta voltou à reunião posterior da CIR para ser encaminhada à CIES estadual.

E na CIES estadual, o representante da SES, quando abordou as demandas traumato- ortopédicas, que estavam entre as cinco priorizadas dentre um número total de 15 grupos de demandas, propôs que os agentes das ações de EPS fossem a própria escola técnica do SUS do estado e uma IES localizada na capital. Justificou a decisão por ela já possuir um curso similar ao demandado e pelo estado já ter instrumento jurídico que viabilizaria a execução do recurso de EPS do MS. A decisão da reunião encaminhada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para composição do Plano Estadual de EPS foi de um curso para os profissionais de nível médio que atuam nas urgências e uma atualização em traumato-ortopedia para médicos da rede de urgências.

Aproximadamente cinco meses depois da reunião da equipe lá em Querente, aconteceu a reunião da CIB. Acatou as duas formações propostas pela CIES e incluiu ainda no plano a proposta de um aperfeiçoamento em ortopedia para médicos da atenção básica feita na própria plenária da CIB por um secretário de saúde que era professor dessa área em uma faculdade.

Um ano depois, o representante da SMS voltou à equipe reclamando que o curso, aprovado após muita luta, teve suas matrículas abertas e ninguém daquela equipe, que tinha sido uma motivadora da demanda, havia se inscrito. Ao constatar o silêncio e o ar de desinteresse dos profissionais, o representante se colocou a pensar por alguns instantes sobre a potência ou impotência de seu trabalho e não conseguiu esconder o desânimo no olhar.

São muitas as possibilidades de reflexão sobre o caso caricato; afinal, este está recheado de “motes” com essa finalidade. Daria para debater horas, como foi o caso do que fizemos com a equipe do próprio MS. Podem-se construir perguntas ao texto com o próprio grupo ou provocá-lo com algumas perguntas previamente formuladas. Faço uma pausa no texto para deixar que o leitor possa dar “asas à sua problematização” e volto na seção seguinte fazendo um dos recortes analíticos possíveis, no meu caso, guiado pelos objetivos deste ensaio.

### **Identificando certas capturas possíveis no modo atual como a política está normatizada**

Esse caso fictício, mesmo caricaturado, não é difícil de acontecer na realidade. Os acontecimentos mostram certa captura que o instituído opera (LOURAU, 1995) nas iniciativas e nos atos que vão sendo produzidos pelos atores sociais.

O início do processo reflete uma atividade de negociação da gestão municipal com os trabalhadores da equipe, em busca do enfrentamento de um problema que ambos encararam como comum: melhorar o atendimento às pessoas com dor lombar crônica. A reunião discute ações para qualificar o cuidado e mobilizar ofertas de serviços. De um lado, a redefinição na quantidade da cota de encaminhamentos, que a nosso ver não seriam o melhor mecanismo de gerenciar o acesso. De outro, uma atividade educacional. A demanda nasce singular: uma atividade que apoie a eSF e o NASF a modificar o trabalho para manejar melhor os casos de usuários com o problema em tela e também a articular a rede de cuidados.

Contudo, a singularidade é perdida no trânsito da demanda entre esse sujeito que está tentando agenciar a ação com a equipe e aquele que a ressignifica e agrega a outras: não se fala mais de uma solução concreta para um caso concreto, passa-se a se falar de um tema abstrato relacionado a um campo de conhecimentos e práticas. No caso, por ser uma demanda reconhecida como “de educação permanente”. Seu processamento passou ao setor que cuida disso na organização e que é conhecedor dos recursos, fluxos, instâncias e instrumentos previstos na Portaria 1996 (BRASIL, 2007) e que tratou de fazer a demanda trilhar esse caminho.

Na CIES regional e estadual, na CIR e na CIB, as demandas, que já haviam virado temas, tiveram de ser retraduzidas e agregadas a outras “semelhantes”, compondo grupos cada vez mais genéricos. Além disso, teve de ganhar maioria nesses fóruns de decisão e assim se acomodar às diferentes necessidades e interesses; adequar-se ao que já estava dado administrativamente, no caso, o instrumento de contratação daquela IES específica. E isso, em vez de problema, foi apresentado como solução; adequar-se a uma solução pedagógica previamente construída que só tematicamente, e nem tanto, guarda relação com as demandas iniciais; e teve de fazer concessões para garantir apoio à aprovação da proposta a fim de alcançar o recurso.

Num dado momento, é difícil saber se o objetivo continuou sendo mudar o processo de trabalho para cuidar melhor das pessoas, se passou a ser a realização de algum processo de educação para os trabalhadores, se foi transformado numa oportunidade de alcançar de algum modo o recurso ou se foi simplesmente consumir uma oferta educacional que estava disponível.

Vamos destacar na situação quatro papéis que os sujeitos assumiram. Há uma equipe, demandante, que

está inserida num processo de trabalho concreto, com necessidades específicas e que recebeu como resposta um curso genérico, disciplinar e dirigido a apenas uma categoria profissional. Essa equipe foi passiva: decidiu, demandou, aguardou, não se interessou e não realizou. Existe um agenciador que iniciou de maneira muito interessante o processo, mas que foi capturado pelo “fluxo de produção padrão” e “terceirizou” a produção e gestão da resposta. Há outros agenciadores, no âmbito das gestões local, regional e estadual, que se contentaram em agregar demandas, ligá-las a ofertas que supostamente as respondia e que seriam custeadas com recurso federal. E, por fim, agentes de educação, todos institucionais, que garantiram novos públicos a ofertas pré-construídas independentemente de responderem ou não à necessidade dos demandantes.

Queremos dizer com isso que qualquer processo que tenha de passar por esse fluxo é necessariamente capturado por essa lógica? Não. A caricatura está aí para colocar em análise o processo, suas forças de captura e as possibilidades de mudança, inovação e singularização.

Poderíamos ter vários outros caminhos. O sujeito da SMS que buscou agenciar com a equipe ações de mudança do trabalho poderia não tê-las reduzido a uma ação isolada de educação e nem transferido a responsabilidade da ação ao setor “responsável” pela educação. Poderia ter pedido ajuda a esse setor sem se desresponsabilizar pela demanda concreta: melhorar o cuidado às pessoas com dor lombar crônica. Poderia ter composto ações de gestão-atenção-educação-participação nas quais se pactuariam mudanças no processo de trabalho, ações laterais e compartilhadas de educação que envolvessem profissionais de outros serviços da rede, ofertas educacionais específicas ou que dessem suporte ao plano de ação pactuado etc.

Nesse caso, os saberes necessários ao processo pedagógico de apoio à ação de mudança poderiam, por exemplo, ter sido buscados no próprio corpo de profissionais do município, entre “pares”. No diálogo, poder-se-ia identificar a importância de saberes que não estavam sendo manejados por nenhum dos profissionais. Ou poder-se-ia demandar uma variedade de ações, desde formações específicas, por exemplo, em práticas integrativas e complementares, até o uso do Telessaúde como dispositivo num processo de construção de redes de diálogos, definição de fluxos assistenciais, realização de ações de ensino aprendizagem e compartilhamento da decisão do caminho do usuário na rede de serviços.

Enfim, as possibilidades são as mais diversas, nossa intenção é chamar a atenção para aquilo que foi criticado na avaliação dos gestores municipais: o altíssimo risco de a demanda ser descaracterizada, descontextualizada e perder sua especificidade e utilidade ao percorrer esse fluxo. Também criticar a simplificação da resposta, deixando de ser uma prática pedagógica que apoia a mudança das práticas de atenção e gestão, por exemplo, e virando uma atividade pedagógica que busca transmitir um conhecimento específico. Questionar ainda a “terceirização” da resposta como se a prática pedagógica, ressaltados todos os problemas acima, pudesse sozinha substituir uma ação de mudança mais complexa e consciente construída e gerida pelos sujeitos implicados com aquele fazer.

Poder-se-ia também ter tido, nas demais instâncias de agenciamento, negociação e construção do processo de educação, sujeitos que problematizassem a demanda, inquirissem seu sentido e utilidade, evitassem a “resposta padrão” e buscassem construir um processo de EPS com real possibilidade de provocar e apoiar os trabalhadores na transformação de seu trabalho. Mas é interessante notar

que, no âmbito regional, por mais que se consiga produzir uma boa crítica da oferta, a distância da situação traz mais dificuldades para “recuperar” a concretude, o contexto e a especificidade da demanda. Além disso, depois de a demanda se descolar da oferta, é muito difícil, desse lugar “externo”, propor e disparar ações que tenham o impacto no agir dos sujeitos necessário para mudar efetivamente o processo de trabalho.

Claro que uma ação de EPS pode surgir de “fora para dentro”, surgindo como oferta a um grupo para a mudança de algo que ele não decidiu ou não havia sido convencido a mudar. Mas, para isso, a própria proposta terá de produzir essa decisão e adesão ao processo de mudança, do contrário será só uma oferta educacional e não parte de uma agenda de mudança.

Assim, melhor seria que o processo de educação fosse demandado por um processo de mudança assumido e conduzido pelos sujeitos locais (equipe, gerência, “apoiador”, gestor local da política...) e funcionasse como apoiador, potencializador, “amadurecedor” de novas ações. Ou seja, a ideia força da EPS como parte da estratégia de transformação das práticas.

Se o objetivo é mudar as práticas, temos de perceber que a EPS é uma estratégia potentíssima, que deve estar necessariamente articulada e sinérgica com as demais ações, e dando suporte a elas e aos próprios sujeitos envolvidos no processo de mudança. As práticas de educação em si podem ser mais ou menos complexas, mais ou menos inovadoras, pontuais ou processuais. O mais importante a nosso ver é estarem integradas ao processo de mudança e serem capazes de produzir os resultados esperados na perspectiva da mudança que se quer – lembrando sempre que a mudança inclui os “sujeitos” e as “coisas”.

Disso decorre que não temos de colocar “na conta” da prática de EPS a capacidade de disparar, gerir e sustentar a mudança. Assim substituiríamos um conjunto de funções de gestão por uma certa visão de EPS algo totalizante. Apostamos, sim, é que a EPS não só seja dimensão central das estratégias de gestão como também contamine e influencie com seus princípios os modos de realizá-la, fazendo-a mais permanentemente pedagógica, democrática, dialógica, aberta à diferença, não acomodada, problematizadora da realidade e criativa em construir soluções junto com sujeitos que se desenvolvem e se emancipam cada vez mais nesse processo.

### **Avanços e limites com os quais se deve aprender para avançar mais**

#### *Recursos, fluxos e instâncias*

A PNEPS, formulada em 2003, foi criada em 2004 pela Portaria 198. (BRASIL, 2004) Pinto e Ferla (2015) destacaram que a PNEPS, analisada a partir de sua portaria de criação, definiu:

As regras de distribuição de recursos para as ações de educação para a saúde no SUS (um escopo mais amplo que a EPS propriamente dita); o fluxo e processo para que projetos pudessem ser analisados e “acreditados” pelo governo federal, “de acordo com as diretrizes e orientações” da política, e assim poderem contar com o recurso previsto; a constituição de um novo espaço loco-regional, os Pólos de Educação Permanente, que tinham a

atribuição de identificar as demandas do território, processá-las à luz das diretrizes da política e decidir o que seria submetido à avaliação para acreditação do Governo Federal. (PINTO; FERLA, 2015, p.85)

O fluxo criado em 2003 e modificado em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde e por meio da Portaria 1996 (BRASIL, 2007), foi um avanço com relação ao que existia anteriormente. Saiu-se de um modelo baseado na celebração de convênios do governo federal com estados e municípios, para outro, menos discricionário, mais transparente e permeável à participação democrática dos diversos atores, baseado na análise de projetos previamente debatidos e com modalidade de repasse “fundo a fundo”.

Num primeiro momento, o Pólo de EPS foi o dispositivo de participação democrática e de permeabilização do espaço de decisão às necessidades e aos interesses dos diversos atores sociais. Somado a um movimento de mobilização e formação de sujeitos para que o ocupassem. Mais tarde, esse papel foi atribuído às CIEs com redução tanto da diversidade dos sujeitos quanto do movimento de fortalecimento dos sujeitos menos empoderados.

Contudo, a observação do caminho do recurso até sua execução e o comportamento dos espaços de decisão relacionado ao mesmo nos impõem a necessidade de fazer alguns apontamentos. Em primeiro lugar, reforço, é importante contar com um recurso destinado à PNEPS e ter critério e rito claros, transparentes e republicanos para alcançá-los.

Em segundo lugar, os números apontados em sessões anteriores mostraram que problema maior que o acesso ao recurso é a execução do mesmo. Essa dificuldade de execução tem feito com que o MS cada vez mais execute recursos centralmente e distribua a oferta diretamente

aos entes, e as ofertas da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), por exemplo, são uma evidência disso quando o assunto são cursos de educação a distância (EaD).

Para enfrentar o problema, de um lado, é fundamental enfrentar os condicionantes legais e administrativos na linha do que apontamos na seção 2 deste capítulo. De outro lado, é importante contar, sempre que possível, com mais de um modo de execução de uma dada ação, singularizando-o de acordo com as condições e com a pactuação com o(s) ente(s) municipal(ais), da região ou estado no qual se quer desenvolver a ação. São exemplos práticos disso os modos distintos de operacionalizar o Plano Nacional de Formação de Preceptores – bolsa direta ao beneficiário ou repasse fundo a fundo ao ente – e a Formação Técnica fundo a fundo, executada pelo Pronatec (BRASIL, 2011c) ou pela FIOCRUZ.

Quanto às instâncias decisórias, podemos destacar três aprendizados: 1) é muito importante que tenhamos esferas públicas nos territórios que mobilizem e contem com a participação de diferentes sujeitos para que eles apontem prioridades, avaliem as atividades realizadas e proponham modificações e novos desenhos para as ações de EPS; 2) sem embargo, também é importante que as instâncias de decisão do SUS, comissões intergestoras e conselhos, exerçam de fato o poder de decisão informada – expressão que inclui a capacidade de criticar certos instituídos, como, por exemplo, a defesa de uma lógica que não esteja completamente capturada pela educação como consumo de conhecimentos (ainda mais quando parece claro que, muitas vezes sem envolvimento dos sujeitos mais empoderados com relação à gestão dos serviços e políticas, as ações de EPS podem não estar na agenda central e fazendo parte da estratégia de mudança); 3- contar com grupos que cumpram papéis assessores a essas instâncias e esferas,

analisando resultados das ações de educação articuladas às demais, debatendo e estudando as tecnologias utilizadas, a participação das pessoas, enfim, ajudando a adequar a organização e o método ao projeto, como nos diria Mário Testa (1992).

Contudo, vale toda a reflexão realizada nas duas seções anteriores e disparada pelo caso caricaturado: a ação nas instâncias do SUS e naquelas previstas na PNEPS não pode substituir nem capturar a ação dos sujeitos implicados com a realização e gestão daquelas práticas que se quer mudar. Ou eles são agentes da mudança apoiados pelos processos de EPS ou, na maioria das vezes, teremos atividades de educação, mas não a transformação da realidade.

#### *Política de EPS e práticas de EPS*

Ceccim e Ferla (2008) consideram que o conceito de EPS se refere à política, mas também a certas práticas de ensino-aprendizagem. Assim, não seria qualquer educação na saúde no SUS que poderia ser entendida como EPS. De fato, no nascimento da política, seus formuladores e decisores (MERHY, 1992) defendiam que, além da definição de recursos e do estabelecimento de fluxos e instâncias de decisão (o que foi feito com a portaria), era necessário intervir tanto nos modos de se fazer educação na saúde quanto na finalidade dessa educação – que deveria ser comprometida com o desenvolvimento dos sujeitos e do trabalho na saúde, no sentido dos princípios do SUS.

Com efeito, mesmo sendo uma política nacional, a PNEPS (que é bem mais ampla que sua portaria) buscou interagir diretamente com os próprios agentes das práticas locais (PINTO; FERLA, 2015): seja o sujeito responsável por realizar as práticas que se almeja mudar, seja o agente

da prática de educação, seja os sujeitos ou o coletivo responsável pela gestão dos processos e organização na qual as práticas em questão têm lugar.

Um desses modos de interagir foi buscado na disputa simbólica e tecnológica com vistas a promover reflexão crítica sobre como se fazia educação na saúde no SUS. Para isso, foi estratégico que o conceito de EPS fosse entendido como um processo educativo que deveria colocar “o cotidiano do trabalho - ou da formação - em saúde em análise”, que se permeabilizaria “pelas relações concretas” do espaço de atuação e que possibilitaria “construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.” (CECCIM, 2004, p.161) No texto de exposição da política em seu nascimento (BRASIL, 2004), a EPS seria: uma aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporariam ao cotidiano das organizações e ao trabalho; baseada na aprendizagem significativa; e compromissada com a transformação das práticas dos trabalhadores da saúde.

Contudo, a PNEPS foi criada como uma política de educação na saúde induzida e financiada pelo MS, assumindo, assim, a responsabilidade de financiar o conjunto das ações de educação na saúde no SUS e não só aquelas que seriam “genuinamente” EPS. O que trouxe dificuldades para o MS recusar o financiamento de uma proposta de atividade de educação que tivesse sido pactuada pelos atores sociais com observação dos fluxos e critérios estabelecidos, fosse ela metodologicamente ou não entendida como EPS. De qualquer maneira, manteve nessa primeira fase uma nítida aposta, tanto na mudança processual dos modos dos sujeitos realizarem as ações de educação em direção à EPS quanto na possibilidade de a educação passar a ocupar um lugar estratégico nos processos de mudança.

Sobre isso, Pinto e Ferla (2015), analisando de maneira comparada a PNEPS e a Política Nacional de Humanização (PNH), apontaram:

O conteúdo da mudança de ambas as políticas está menos no “o que fazer” e mais no “como fazer” e “para que fazer”. Propõem modos contra hegemônicos de fazer coisas que os sujeitos já fazem: as práticas de atenção, gestão, educação e participação. Assim, ganha lugar destacado nas duas a promoção da reflexão crítica e interrogação do sentido do trabalho, a promoção de subjetivações inovadoras e a oferta de conceitos-ferramenta que buscam abrir as práticas dos sujeitos, suas relações e os próprio sujeitos à ação instituinte. (PINTO; FERLA, 2015 p.85)

Para avançar nesse desafio era necessário que os sujeitos assumissem para si o objetivo de transformar as práticas de educação que estivessem de algum modo compreendidas em seu espaço de atuação e gestão. Também era necessário que, ao pretender mudar as práticas, conseguissem fazê-lo produzindo experiências nas quais se percebia a materialização dos objetivos e princípios da EPS. E, de fato, na primeira fase de implantação da PNEPS, apostou-se fortemente na mobilização e formação de sujeitos que atuavam nos vários “frontes” do SUS para que sua ação fosse orientada pela EPS.

Assim, o governo federal foi o proponente de diversos processos: o Ver-SUS para os estudantes universitários com objetivos relacionados à construção do SUS e à mudança da formação; os “Ativadores da Mudança”, para os docentes com o objetivo de mudar a graduação em saúde; o “Facilitadores de EPS”, para os sujeitos que atuavam nos Pólos de Educação Permanente; a estratégia

dos “Municípios Colaboradores”, para troca de experiências e apoio dos municípios avançados nas práticas de EPS em seu território; os vários processos de educação popular para um amplo público composto por diversos grupos sociais comprometidos com essa prática e projeto, entre outros. Essas formações buscavam desenvolver uma prática de ensino-aprendizagem coerente com a EPS para formar sujeitos para a implantação da política, para desenvolver atividades de EPS e para apoiar processos de mudança com a EPS. Buscava-se mais que cursos de formação, buscava-se mobilização, constituição de coletivos e vivências nas quais meios e fins guardavam coerência.

Vale destacar também que essa aposta foi recuperada nesse último período, a partir de 2012, por meio da retomada do Ver-SUS, com a criação de processos como o EPS em Movimento e o Caminhos do Cuidado e com a reorientação nessa linha de programas, como o PET Saúde e o INOVASUS.

A nosso ver, é central, em especial para uma política como a PNEPS, que haja estratégias de formação, mobilização e produção de coletivos nos vários âmbitos de formulação e execução de políticas. Seja por meio de ações cujo objetivo central é este ou outras nas quais esta seria uma medida fundamental para fortalecer a estratégia central. Importante é perceber que no território os “sujeitos reais” se “encontram” e por isso é oportuno que as políticas se ocupem de promover: sinergia de princípios entre as iniciativas; compartilhamento de objetivos, tarefas e recursos; e ações de articulação e “enredamento” desses sujeitos e coletivos no território, usando para isso, inclusive, meios de comunicação e interação eletrônicos.



*EPS como parte fortalecedora da estratégia de mudança*

Reforçando o que dissemos na seção anterior, para que a combinação entre recursos e condições metodológicas de realizar uma atividade de EPS vire uma ação com potência de transformar um conjunto de práticas de cuidado, por exemplo, é necessário que aqueles que as realizam e que as gerem assumam a ação de mudança como projeto e a ação de EPS como parte dele. Isso vale para os profissionais de uma eSF e para o gerente da UBS numa ação de EPS que apoia a implantação de uma inovação na atenção à saúde dos idosos da comunidade; para os trabalhadores e gerentes de um Centro de Atenção Psicossocial que agora funciona 24 horas; ou para os membros do controle social envolvidos num processo de ampliação da capacidade de intervenção e de renovação dos conselhos locais de saúde no exercício articulado do controle social num dado município.

Acreditamos que a EPS é muito mais potente se for parte de uma estratégia de mudança das práticas e de uma política de saúde, compartilhando valores e objetivos, mas orientada e utilizada conforme os objetivos concretos do que se quer alcançar com a mudança. Do que naqueles casos em que, mesmo com a melhor e mais acertada proposta tecnológica, descolase da produção dos resultados mais importantes do projeto ou da agenda dos sujeitos sociais implicados com maior governabilidade sobre aquilo que se deseja mudar.

Recorremos mais uma vez à análise de Pinto e Ferla para fortalecer essa posição num trecho em que debatem a importância da articulação tanto da PNEPS quanto da PNH com as políticas de atenção à saúde:

Outra questão importante é que políticas que tratam dos modos de fazer e sentidos micropolíticos das ações, necessariamente, precisam estar articuladas às políticas

que estruturam e organizam as redes de serviços, que buscam induzir o modelo de atenção, que induzem e apontam prioridades para a ação nos serviços. Em termos de financiamento, por exemplo, dez anos de PNEPS e PNH envolveram a execução de menos recursos do que dois meses do financiamento da média e alta complexidade. São as políticas nacionais de atenção básica, de atenção especializada, de urgências, de saúde mental e etc. que reúnem a maior quantidade de recursos financeiros e dispõem de outros tantos meios de mobilização dos gestores municipais, agentes econômicos e também dos trabalhadores na tentativa de capturar, induzir, estimular ou apoiar que ajam de um certo modo. Assim, políticas como a PNH e a PNEPS precisam “transversalizar” estas outras, todas se transformando no processo e ampliando exponencialmente a potência de suas ações combinadas. (PINTO; FERLA, 2015 p.87)

Com o reforço dessa citação, entendemos que são muito importantes as já debatidas disputas simbólicas sobre os modos de fazer as atividades de educação e a formação de sujeitos, com foco na mobilização, enredamento de coletivos e ampliação da capacidade de educação e de mudança. Além da articulação com atores sociais, processos, programas e políticas para que a EPS seja parte da estratégia de mudança e, ao mesmo tempo, sinérgica, apoiadora e fortalecedora dessa mudança. Nos textos que embasam a PNEPS, percebemos esse entendimento, embora na PNH esteja mais presente e seja mais reafirmado. Ambas reforçam a necessidade de transversalidade com as demais políticas e mais do que isso: almejam também “contaminá-las” com seus princípios, valores, conceitos e tecnologias.

Isso é importante, porque é difícil para um sujeito de fora ou mesmo um sujeito da equipe de um serviço de urgência, formado como facilitador de EPS ou com boa experiência em processos de EPS, mas sem governabilidade, conseguir operar mudanças que façam com que o serviço de urgência desenvolva um cuidado mais longitudinal e seguro para o usuário. Este deve ser um projeto com forte atuação de todos aqueles importantes para as diversas ações que compõem a estratégia de mudança.

Desenvolver isso na urgência, por exemplo, pode demandar uma mudança do regime de trabalho de alguns profissionais para que tenham uma inserção longitudinal e não por plantões. Muita EPS pode ser necessária tanto para gestores (desde o setor de pessoal até as gerências do serviço) quanto para as próprias equipes de trabalhadores do serviço. E, conforme o que se quer, pode fazer parte da agenda de EPS, sempre em construção pelos ou com os sujeitos implicados, processos educacionais que são “genuinamente” EPS, convivendo e se somando com outros que, isoladamente, não seriam assim compreendidos. Profissionais do serviço podem demandar pequenos cursos para atualização de conhecimentos e procedimentos, ainda que a implantação seja debatida num grupo de gestão. Outros precisam de um saber que demandará esforços de autoaprendizagem a partir de conteúdo disponível na internet e que, assimilado, pode ter a governabilidade necessária para a mudança de sua prática. Alguns deverão pesquisar e sistematizar experiências, com ajuda de uma rede colaborativa, e propor ao grupo novas possibilidades de funcionamento do serviço. Para outros, os locais de maior aprendizado serão as reuniões de gestão da mudança, com importantes práticas de apoio institucional e matricial. (CAMPOS, 2000; 2003)

Por tudo o que foi dito, compreendemos que, seja no governo federal, estadual ou municipal, numa UBS ou

num hospital, a alta direção deve cobrar que na formulação das políticas e estratégias de mudança sejam sempre identificados e construídos os processos de EPS necessários e que fortalecerão o projeto em questão. Do mesmo modo que essa alta direção passou a acolher orientações de algumas escolas de gestão quando apontou como parte necessária de um programa a sistemática de avaliação e monitoramento ou as avaliações de escopo e risco na gestão de projeto.

Isso demanda das equipes ou organizações responsáveis pela EPS uma postura mais matricial, apoiando na formulação da política, compondo o grupo estratégico de gestão da mesma e assumindo, conforme o que a organização de EPS dispõe naquele nível, diferentes papéis e tarefas a serem executadas. Pensamos ser um erro a organização responsável pela EPS se colocar, independentemente do projeto e do contexto, como o lugar responsável por fazer a gestão das ações de EPS ou ser necessariamente a unidade gestora de todo o recurso para essa finalidade. É mais fácil para a coordenação de atenção básica no âmbito municipal, por exemplo, mobilizar recursos (financeiros, organizacionais, políticos e técnicos) para desenvolver ações de EPS articuladas à agenda central de mudança que já gere. Do mesmo modo que no âmbito federal a Secretaria de Atenção à Saúde tem mais recursos (financeiros, organizacionais, normativos etc.) para desenvolver uma ação de EPS colada a um projeto de qualificação à saúde mental e ao cuidado de pessoas com drogadição e de implantação dos CAPS 24 horas em todo o país.

Se a organização responsável pela EPS tentar deslocar a questão para seu comando, isso pode não lhe dar poder real de fazê-lo, desempoderar a estratégia, fazer com que o ator que governa a ação construa mecanismos paralelos de educação e ainda sofrer com a falta de recursos para

executar a ação. No âmbito federal, vale notar que criar mecanismos e propor dispositivos para que o recurso anual de MAC (que passa de 40 bilhões de reais em 2016) custeie também ações de EPS, ou ao menos autorizar que o gestor local possa decidir e fazê-lo, tem muitíssimo mais impacto que dobrar ou mesmo aumentar dez vezes o máximo de recurso que já foi repassado em um ano para a EPS (88 milhões de reais, sendo 50 especificamente para cursos de formação técnica). Na perspectiva da gestão, parecem mais adequadas as lógicas que incluem intensa (o que não quer dizer demorada) negociação para a organização de estratégias de EPS do que serem tomadas por um único lugar institucional, mais facilmente capturado pela fragmentação e especialização do conhecimento.

Daí a importância de um formato de gestão compartilhada sustentada e muitas vezes arbitrada pela alta direção da instituição, do diretor do hospital, passando pelo gerente da UBS até o ministro da saúde. Na seção que segue, aprofundamos um pouco mais esse debate organizacional da EPS.

### *O lugar da EPS na organização e os agentes de práticas de EPS*

Entendemos que os lugares organizacionais responsáveis pelas ações de EPS podem variar conforme o contexto, o projeto e a organização em questão. Ações de EPS dirigidas à implantação de um programa de segurança do paciente num hospital poderiam ser realizadas ou coordenadas pelo núcleo de EPS do hospital, por um departamento de EPS numa secretaria de atenção à saúde, por uma Escola de Governo ou por um Grupo Estratégico de EPS ligado ao gabinete do secretário. Num mesmo município, pode haver mais de uma dessas

instâncias e elas guardarem funções distintas que inclusive podem mudar a depender do projeto. Com Mário Testa, em seu famoso “postulado de coerência” (TESTA, 1992), pensamos que os objetivos e a estratégia do projeto é que devem dizer qual a organização necessária para desenvolver e gerir as ações.

Em segundo lugar, pensamos que é um objetivo a ser perseguido o fortalecimento e a autonomização dos próprios coletivos para que não só façam boas demandas de processos de EPS, mas que tenham capacidade de criar e desenvolvê-los em seus locais de trabalho. Objetivo esse que casa com a imagem do SUS como uma escola e com a potente ideia das equipes de trabalhadores como ativos “Pontos de Educação Permanente em Saúde” que aprendem com a experiência, que realizam ações de EPS naquele ponto de atenção, que ofertam e desenvolvem ações para trabalhadores de outros locais e que se enredam e aprendem um com o outro a experimentar modos de ser “Pontos de EPS”.

É necessário articular e superar possíveis contradições que podem surgir na concretização das duas diretrizes acima. Em nossa vivência, vimos muitas vezes interessantes Escolas de Governo serem bem-sucedidas em fomentar e empoderar equipes de apoiadores, gerentes e trabalhadores para ganharem cada vez mais autonomia na realização e gestão de ações de EPS. E, na sequência, assumirem uma postura de captura e tentativa de regulação dessas ações como reação do instituído a uma possível “perda de poder” ou de importância numa ação que era vista como de responsabilidade deles. Organizações que num momento foram instituintes e que passaram a operar como um instituído castrador (DELEUZE; GUATTARI, 2003) quando se sentiram ameaçadas – as instituições, porque os projetos estavam sendo fortalecidos.

Ressaltamos que, cada vez mais, se aposte e se invista no protagonismo dos trabalhadores e em suas redes voltadas para o desenvolvimento do trabalho. Isso pode parecer consenso no discurso, mas não o é na prática, que precisa, além de referências discursivas, metodologias que sejam permeáveis à participação. Costumamos ouvir da importância do protagonismo e da participação na gestão, em processos de mudança e também na decisão sobre as ações de EPS a serem realizadas para os próprios trabalhadores. Mas, nem sempre, as atividades de educação são realizadas com modelos pedagógicos construtivistas e mobilizadores da ação dos sujeitos envolvidos, como requerem os processos que visam ao desenvolvimento do trabalho, com mudança nas práticas.

Além disso, algumas ofertas, presenciais ou não, não costumam ser flexíveis o suficiente a ponto de permitir a “customização”, o uso singular e a construção de um itinerário próprio por parte do trabalhador. Este é muitas vezes protagonista na construção do conhecimento na atividade pedagógica específica, mas não costuma ser na formatação do processo de formação.

Também não é comum que, no momento de identificar de fato os “agentes” dos processos de EPS, os próprios trabalhadores possam ser os executores das práticas de EPS. A tarefa é “encomendada” a instituições de ensino ou a pessoas e equipes específicas preparadas para isso. Poucas vezes são construídas soluções e arranjos inovadores que mobilizem os próprios trabalhadores a aprenderem, ensinarem, experimentarem e se apoiarem horizontalmente.

Temos experiências muito interessantes nesse sentido acontecendo em diversas partes do Brasil e do mundo. Destaco quatro para concretizar a reflexão que está proposta neste ensaio. No sistema de saúde português,

as organizações de gestão regional das unidades de saúde familiar (USF) desenvolvem práticas de apoio e de EPS articuladas, tendo como agente dessas práticas profissionais que também atuam em USFs, mas com o tempo distribuído entre as duas atividades. Na saúde mental do Brasil, há muito vemos potentes práticas de apoio matricial a equipes de outros serviços que, além de desenvolver ações de EPS, fazem a gestão compartilhada de casos. Em Curitiba, faz-se algo semelhante ao realizado na saúde mental, só que em outras áreas (como neurologia, por exemplo) e utilizando o Telessaúde. Em Florianópolis, acompanhamos o amadurecimento de uma proposta que combina apoio horizontal entre os trabalhadores e equipes com uma espécie de “clube de saberes e práticas” no qual se ofertam e se solicitam ações de educação e saberes. A própria ideia de Pontos de EPS que vem amadurecendo no MS se alimenta também dessas experiências.

O potente dessas estratégias e dispositivos é relacionar o processo educacional à atenção, ao manejo de situações de cuidado, à atuação dos profissionais. É fazê-lo de modo mais dialógico e instituinte, construído no encontro e diálogo/negociação com os pares. É reforçar lideranças que surgem no cotidiano do trabalho e aprender com os múltiplos modos que os trabalhadores vão construindo caminhos de diálogos e aprendizados. É ter como agente de EPS um sujeito que compartilha contexto, desafios e implicação, que tem um tipo de legitimidade junto com o outro, assentada nessa identidade e por colocar em prática o que propõe em condições semelhantes. É desenvolver uma interação pedagógica que não só ajuda o outro a mudar a sua prática, mas que o convoca a ser agente de EPS também.

Hoje, com o amplo acesso, uso e capacidade das tecnologias de informação e comunicação (TIC), ações

nessa linha podem ganhar ainda mais amplitude e potência, porque, além de acontecerem presencialmente, podem ser fortalecidas ou mesmo desenvolvidas a distância. Mundo afora se multiplicam grupos de estudos virtuais, redes colaborativas, comunidades de práticas e comunidades de trocas de saberes.

Pensamos que combinar esses movimentos é fundamental numa PNEPS, seja no âmbito federal, estadual, municipal ou de um serviço. E se as TICs funcionam ainda como continuadoras, fortalecedoras, ampliadoras etc. dos processos que ocorrem nos encontros e interações concretas entre os atores no território, melhor ainda.

#### *As tecnologias de informação e comunicação e a PNEPS*

Numa segunda fase da PNEPS, entre 2005 e 2010, houve, por diversas razões, uma centralização da execução dos recursos federais. Nesse contexto, a política priorizou o desenvolvimento de algumas experiências inovadoras no campo das TICs e apostou na extensão progressiva dessas práticas em todo o país como um modo de atingir, de alguma maneira com ações de educação, o imenso público de trabalhadores do SUS a custos aceitáveis. Considerando a parca quantidade de recursos disponíveis no precário padrão de financiamento da saúde no Brasil. Tratava-se, e muitas vezes se trata, de tentar fazer mais com o mesmo.

É desse período o investimento nas instituições que desenvolviam ações de EaD e a criação da UNASUS. E também o investimento nas universidades que experimentavam o Telessaúde, e que foram fortalecidas e puderam ampliar sua *expertise*, desenvolver-se tecnologicamente e ganhar escala.

A ideia da UNASUS traz diversos avanços: aproxima as IESs do fazer cotidiano dos trabalhadores de saúde e de suas necessidades de educação; fomenta uma produção muito grande de conteúdos e objetos educacionais que podem ficar disponíveis para uso gratuito de todos os trabalhadores; facilita processos de autoaprendizagem; e “exponencializa” a escala de algumas ofertas educacionais.

Pensamos que as ideias que motivaram a criação da UNASUS devam ser cada vez mais fortalecidas e concretizadas e que muitas das ferramentas que esta desenvolveu desde então devam ser aprimoradas e, inclusive, tornadas disponíveis para usos distintos daqueles que lhe deram origem. Além disso, suas ofertas devem ser customizáveis e contextualizáveis pelos educandos, por suas equipes e gestores, conforme suas necessidades e de acordo com tudo o que foi dito sobre EPS neste capítulo.

De um lado, é fundamental contar com bom conteúdo e com boa tecnologia didático-pedagógica de fácil acesso e customizável, conforme a necessidade do educando e do trabalho em que está inserido. Desde uma alternativa de prescrição, passando pela atualização em um protocolo de cuidado, até a construção de um itinerário de formação conforme as necessidades, os interesses e as possibilidades do trabalhador. Este, por meio do mecanismo da “intercredencialidade”, poderia, ao fim, ter reconhecido de curso livre a atualização, o aperfeiçoamento ou a especialização, por exemplo. Teríamos aqui, mais do que o desenvolvimento do mundo do trabalho na saúde, também mudanças na forma como as instituições de ensino reconhecem as aprendizagens dos trabalhadores e aprendem com elas.

Já de outro, é necessário que essas ofertas estejam dirigidas a responder às múltiplas necessidades dos trabalhadores educandos, mas que tenham pontes passíveis

de serem articuladas a processos locais de EPS na linha do que estamos defendendo: orientada para a mudança das práticas de educação dos sujeitos. Uma ação EaD que fortalece as demais ações no território protagonizadas pelos sujeitos da ação.

O Telessaúde, por sua vez, quando articulado ao processo de trabalho e aos fluxos assistenciais na rede, tem a oportunidade de representar mais que uma oferta pedagógica baseada na resolução de um caso concreto, podendo ser também: apoio clínico a distância, apoio matricial para a resolução de problemas, tomada de decisão compartilhada, gestão compartilhada do cuidado, mobilização de recursos da rede quando envolve, por exemplo, uma central de regulação ou as ofertas de um serviço de referência etc. Ao fim e ao cabo, mostra-se nesses casos uma potente e surpreendente ferramenta de EPS.

Sendo assim, pensamos que foi fundamental a visão do MS em apostar, fortalecer, desenvolver e amadurecer essas experiências. E resta agora a necessidade de, cada vez mais, construir estratégias que integrem e reorientem esses processos em função das potencialidades de uma política de EPS a qual estamos defendendo neste ensaio.

Fora isso, citamos apenas dois exemplos, mas outras TICs poderiam potencializar diversas ações analisadas neste capítulo. Dos grupos de WhatsApp, com troca de conhecimento entre profissionais, passando por curadorias virtuais de conteúdo, até o diálogo por meio de prontuários eletrônicos, as TICs podem fortalecer muito e de maneira criativa os processos de educação.

## O contexto do qual partiria um fortalecimento da PNEPS

Encerramos este capítulo identificando no atual contexto, visto desde a perspectiva nacional, o que deveria ser levado em conta e aproveitado num processo de formulação, renovação e fortalecimento da PNEPS. Antes disso, fazemos um breve levantamento do que caracterizou a PNEPS nos três períodos que trabalhamos ao longo do capítulo.

Podemos sintetizar o período inicial de implantação da PNEPS da seguinte forma: formulação de ampla política de educação para o SUS; viabilização de recursos, estruturação dos fluxos e espaços de discussão e decisão das ações da política; proposição do conceito de EPS como base de importante disputa simbólica e tecnológica para transformação das práticas de educação; e mobilização de vários sujeitos sociais que não participavam da formulação e decisão da política para ocuparem espaços estratégicos na definição de seus rumos.

Uma segunda fase ainda foca: o ajustamento dos fluxos e instâncias da PNEPS ao processo de decisão dos atores e instâncias de decisão do SUS; o enfrentamento do tema da dificuldade da execução dos recursos via execução mais centralizada e dirigida; o investimento em iniciativas que combinavam *expertise* das universidades com uso das TICs em educação na saúde; e a aproximação com o Ministério da Educação para desenvolvimento de iniciativas articuladas.

Na fase mais recente, que seria a terceira, e que podemos considerar que se iniciou em 2012, observou-se que: manteve toda a normatização e as principais ações da segunda; resgatou algumas ações da primeira; foi palco do debate sobre a não execução dos recursos de EPS, que culminou com a interrupção de novos repasses dos

recursos previstos na Portaria 1996 (BRASIL, 2007); investiu na ampliação da formação por meios das residências médicas e em área profissional, predominantemente multiprofissionais; e focou as ações de EaD no grande esforço de criação e execução de programas como o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB (BRASIL, 2011a) e o Programa Mais Médicos – PMM. (BRASIL, 2013)

É pelos dois últimos programas que iniciamos a identificação dos elementos colocados no contexto atual que são importantes para o fortalecimento, renovação e/ou aperfeiçoamento da PNEPS. O PMM, Eixo Provimto (BRASIL, 2015), incorporou o PROVAB em 2015 e hoje está presente em mais de 70% dos municípios do Brasil e aproximadamente 45% das equipes de saúde da família. Em todas essas equipes, desenvolvem-se ações da PNEPS, como curso de especialização realizado pela UNASUS, tem-se acesso ao Telessaúde e há uma atividade regular de orientação educacional realizada *in loco* por supervisores do Ministério da Educação (MEC).

Essas atividades não necessariamente acontecem articuladas e poucas vezes são pautadas e reorientadas em função do protagonismo e projeto de mudança locais na linha do que defendemos no capítulo. É aqui que salta aos olhos o enorme potencial que deve ser muito bem aproveitado no fortalecimento da PNEPS: 18 mil eSFs com médicos que realizam uma série de atividades de integração ensino-serviço e que poderiam ser integradas, ampliadas para os demais profissionais da equipe, e também pautadas conforme a realidade e o interesse local de implantação de mudanças no processo de trabalho.

Uma primeira medida nessa linha já foi iniciada em 2015, com a construção do chamado “segundo ciclo formativo”. Outra vem sendo formulada pelo MS e pelo MEC e também buscaria esses objetivos e envolveria os

profissionais de apoio e formação de ambos os ministérios, os gestores locais e o conjunto dos trabalhadores das eSFs com médicos do programa.

Também no Eixo Formação Médica (BRASIL, 2015), o PMM tem expandido as vagas e escolas de medicina e as residências médicas, em especial a de medicina de família e comunidade, com vistas à universalização desta última. O potencial que foi apontado acima no outro eixo se repete nesse, na medida em que um número ainda maior de eSFs terá de ter preceptores, residentes e estudantes de medicina com o cotidiano repleto de atividades educacionais. Atividades essas pautadas, cada vez mais, pelas novas diretrizes curriculares que exigem formação multiprofissional e pedagogias mais ativas e baseadas na comunidade.

Além disso, os Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino Saúde (COAPES), previstos na Lei do PMM (BRASIL, 2013), celebrados até o momento, têm nos mostrado que os campos de prática estão sendo pensados e organizados também para as demais graduações e residências da saúde. Ou seja, tudo isso aponta para uma rede de saúde que vem se organizando para se constituir em uma “rede escola” cada vez mais preparada para a realização de processos de formação multiprofissionais e com capacidade crescente de formar pessoas numa perspectiva cara à EPS. E que, além disso, utiliza como disparadores do processo educativo as situações de cuidado vividas no cotidiano do trabalho.

O potencial de sensibilidade, interesse e capacidade de ação que os profissionais e serviços dessa rede terão às diversas iniciativas da PNEPS deverá ser considerado na formulação de estratégias que vêm sendo amadurecidas, como a dos Pontos de Educação Permanente em Saúde, e de outras que já estão em implantação e experimentação, como é o caso do Plano Nacional de Formação de Preceptores.



Vale lembrar que, com as Diretrizes Curriculares exigindo que as IESs desenvolvam obrigatoriamente projetos de formação dos profissionais da rede, o COAPES, além de tudo o que foi dito, poderá ser ainda um dispositivo local e regional de construção e pactuação, entre IESs, municípios e estados, de ações de educação. Além daquelas descritas anteriormente e relacionadas à graduação e à pós-graduação, com a grande vantagem de já contar com um amplo contingente de profissionais e serviços mobilizados e com capacidade de desenvolver processos na perspectiva da EPS.

Para concluir, efeitos do Programa Mais Médicos no contexto abrem oportunidades no fortalecimento da PNEPS. Vale dizer que a Lei do Programa, com tudo o que já foi apontado e lembrando que a mesma possui um dispositivo que permite estender as ações às demais profissões de saúde, muniu o Estado brasileiro de instrumentos para cumprir efetivamente o princípio constitucional que prevê que o SUS deveria ser responsável pela “ordenação da formação de recursos humanos em saúde.” (BRASIL, 1988, art. 200)

Outro elemento importante do contexto se refere à perspectiva de expansão da formação técnica em saúde a partir da soma das ações que o MS já realiza com as ações que passarão a ser realizadas na parceria dos dois ministérios, MS e MEC, por meio do PRONATEC. (BRASIL, 2011c) Somam-se a isso experiências que têm mostrado que a educação de trabalhadores de nível médio e fundamental pode acontecer nos serviços, nos moldes das mais inovadoras práticas de EPS, como, por exemplo, mostrou o projeto Caminhos do Cuidado (2016). Esses dois componentes do cenário apontam para a necessidade de superar uma tradicional separação entre as ações dirigidas à educação dos trabalhadores de nível médio e fundamental e pensar

uma política de EPS abrangente que articule a formação desses profissionais, reconhecendo que no território as equipes atuam juntas, independentemente do modo como formalmente a formação de cada um é reconhecida pelo sistema educacional.

Nas ações da política que poderíamos chamar de gestão e negociação do trabalho no SUS, duas questões merecem destaque: a Agenda do Trabalho Descendente no SUS, priorizada e pactuada pela Mesa Nacional de Negociação do SUS e relacionada a uma agenda da Organização Internacional do Trabalho, e a previsão de discussão e pactuação dos protocolos de educação permanente e preceptoria. Ambas apontam para uma oportunidade de colocar o tema da EPS num outro patamar na agenda do movimento e em organizações sindicais dos trabalhadores na saúde. E isso não é pouco importante, pois muitos elementos da gestão do trabalho condicionam possibilidades dos trabalhadores de participarem como educandos e como educadores de ações de EPS: da liberação de carga horária, passando pela autorização e garantia de condições de realização de EPS no espaço de trabalho, até mecanismos como incentivos financeiros por atividades ou papéis realizados. A agenda do trabalho descendente, por exemplo, afirma a generosa ideia de que é necessário um trabalho com direitos assegurados, boa remuneração, mas que também, entre outras coisas, garanta participação democrática, cogestão do processo de trabalho, livre de toda forma de discriminação e que se caracterize por importante investimento na educação e desenvolvimento humano e profissional do trabalhador.

Considerando as políticas de atenção – que ressaltamos no capítulo que devam ter a EPS como uma das dimensões estratégicas de sua formulação –, muito aconteceu nos últimos quatro a cinco anos. E isso deve ser levado em conta na definição de prioridades nacionais de investimento em mudança dos serviços e, logo, de

investimento em EPS para apoiar essa mudança. Assim, da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b) até as diversas políticas das redes de atenção, passando por programas e políticas para serviços específicas da “mídia e alta complexidade”, há potencial, demanda e muitas vezes iniciativas de atividades de educação, realizadas com maior, menor ou nenhuma articulação com a PNEPS. E estas poderiam compor um modo diferente de o MS atuar naquilo que se entende como prioritário. Passando a colocar a EPS como uma dimensão estratégica dessas políticas, resultando às vezes na articulação com iniciativas já em curso da PNEPS, outras vezes demandando ações e arranjos específicos da mesma, e outras ainda exigindo iniciativas que não estavam previstas e não serão executadas pela SGTES, mas que podem, sim, ser levadas a cabo pelas áreas responsáveis e mesmo assim compor a PNEPS.

Por fim, além do que já vinha sendo desenvolvido em termos de comunicação e TICs na EPS, vimos importantes desenvolvimentos que também deverão ser levados em conta no desenho dessa renovada PNEPS, como, por exemplo: a crescente utilização de intervenções e práticas do campo da educomunicação, que, além da qualificação e potencialização imediata de várias ações da PNEPS, tem mostrado que reserva ainda um importante potencial de inovação para a política; o enorme crescimento da informatização da atenção básica com a banda larga e com o eSUS; a criação de repositórios educacionais e do conhecimento produzido como o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde e o Portal Saúde Baseado em Evidências; e o desenvolvimento de plataformas educacionais e/ou colaborativas, como o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) e a Comunidade de Práticas, pelo MS, e agora o SUS Conecta, numa parceria MS, Conselho Nacional de Saúde, instituições de ensino e organizações da sociedade civil.

Para concluir, é importante que, no âmbito federal, estadual, municipal ou num serviço, a formulação das políticas de EPS e a composição do plano estratégico se atentem a algumas dimensões, para as quais utilizamos metáforas espaciais. Além das evidentes e já tratadas definições sobre: fluxos, arenas de construção e decisão, recursos, organização, metodologias, instrumentos de execução, sistemática de avaliação e monitoramento etc.

Verticalmente, é importante definir na alta direção (que deve levar em conta a gestão interfederativa e o controle social do SUS) o que será a prioridade estratégica relacionada a políticas que se quer priorizar, sejam novas ou não, e que terão um esforço mais concentrado do conjunto da organização. Nestas, a coordenação da ação cabe à área definida pela alta direção como responsável e deve ter da área da organização “responsável” pela EPS, quando não for ela designada para a referida coordenação, a participação na formulação, o apoio matricial na execução e gestão das ações e o compartilhamento de tarefas pactuadas.

Horizontalmente, formular as ações que apostam no fomento, incentivo, reconhecimento, identificação, socialização, mobilização de sujeitos sociais, experiências, dispositivos, organizações e estratégias de EPS com vistas a ampliar a capacidade de propor, formular, realizar e gerir práticas. E que a política de EPS no cotidiano seja de um ente federado ou de uma região, de um serviço ou mesmo de um sujeito.

Transversalmente, desenhar ações com foco nos princípios, valores e mais generosos objetivos da política, compreendendo-a como uma transversalidade com capacidade de inovar a ação dos diversos sujeitos, atores e organizações sociais. Aqui há que se utilizar a imagem de que cada ação deva ser percebida também com um fractal que guarda pontes com os princípios, valores e modos de

fazer de toda a contribuição que a EPS possa dar a uma gestão mais pedagógica e democrática.

Sem dúvida alguma, e agora posso dizer com a implicação do local que ocupamos no MS quando escrevemos este capítulo, essas reflexões têm feito parte das análises, dos debates e das formulações das equipes de trabalhadores da SGTES. Contudo, para falar disso ou para descrever e apresentar ações e iniciativas que apontam para o que seria esse esforço a ser construído de fortalecimento e renovação da PNEPS, seria necessário um outro ensaio escrito. Este, junto com outros sujeitos que têm somado braços, mentes e corações nesse generoso projeto de educação e gestão emancipadora e que transforme, no sentido dos princípios do SUS, as práticas de cuidado e atenção, formação e educação, participação, gestão e controle social. Registramos aqui esses dois compromissos: tanto o de produzir o novo ensaio quanto o de seguir ainda com mais empenho na luta apontada.

## Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial MEC/MS 2087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=92&data=02/09/2011>>. Acesso em: 22 maio 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128>>. Acesso em: 22 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei 12513, de 26 de outubro de 2011**. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis 7998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), 8212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, 10260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e 11129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. Brasília, 2011c.

BRASIL. **Lei 12871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis 8745, de 9 de dezembro de 1993, e 6932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>>. Acesso em: 22 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Caminhos do cuidado. [Site internet]. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.caminhosdocuidado.org>. Consultado em: 06/02/2016.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde;** 6(3): 443-456, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Acesso em: 14/04/2014.

CECÍLIO, L.C.O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 21(2): 508-516, mar-abr, 2005.

CECÍLIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** v.11, n. 22, p.345-63, mai/ago 2007.

COSTA, G.; DAGNINO, R. (org.). **Gestão estratégica de políticas públicas.** Rio de Janeiro: Editora T+8, 2008.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia.** Lisboa: Assírio & Alvim, 2003.

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LOURAU, R. **Análise institucional.** Petrópolis: Vozes, 1995.

MERHY, E.E. **A Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas.** São Paulo: Hucitec, 1992.

PINTO, H.A.; FERLA, A.A. Formulação e implantação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes.** 2015; 1 (1): 81-94.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: ARTMED, 1992.

# COLABORAÇÕES AO DEBATE SOBRE A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Emerson Elias Merhy  
Luciano Bezerra Gomes*

## **Introdução**

O momento atual permite a realização de reflexões que apontem para revisões da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Mais do que isso, a própria política pede algumas redefinições. Não apenas por ter sido formulada em um contexto político distinto, mas também por, pelo menos, dois outros motivos. Por um lado, temos diversos aprofundamentos em parte das teorias que embasaram sua formulação inicial, o que permite alguns adensamentos e deslocamentos no momento atual. Por outro, o fato de ter sobrevivido a importantes processos de descontinuidade e disputas internas, mesmo nos governos Lula e Dilma, que deixaram algumas marcas e sequelas, as quais demandam certas adaptações, inclusive aprendendo com as experiências vividas com resultados positivos e negativos, como é práxis da própria educação permanente, o aprender com si.

Encontramos um momento propício para expor algumas das instigações que nos vêm sendo produzidas na “Oficina de Educação Permanente em Saúde – Dialogando sobre a Política”, evento realizado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), em Brasília, nos dias 17 e 18 de dezembro de 2014. Nesse momento, reuniram-se membros de diversas áreas do Ministério da Saúde (MS), com alguns convidados, entre os quais constavam trabalhadores que atuam nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em gestões municipais e estaduais, além de alguns docentes e pesquisadores dessa temática.

A programação do evento, de certa forma, levou a que os debates apontassem para dois grandes eixos: análises de experiências vivenciadas nos municípios; identificação de desafios para uma revisão mais geral da política nacional, pensando-a como sendo operada pelos diversos atores do campo da saúde.

Neste texto, procuramos sistematizar algumas das provocações que realizamos durante esse evento. Além de referenciadas em estudos da extensa literatura disponível sobre a temática, nossas colocações se sustentam, muito mais, nas instigações nascidas das diversas experimentações de processos de educação permanente que temos participado, direta ou indiretamente, ao longo dos últimos anos. Abrangem diversas redes de serviços de saúde, bem como espaços de gestão das três esferas de governo, além de experimentações na formação de trabalhadores de saúde em cursos de graduação e de pós-graduação, e especializações que tomam a educação permanente como campo específico de formação.

Optamos, entretanto, por não realizar citações de toda a extensa bibliografia sobre a temática, para não tornar excessivamente cansativa a sua leitura. Isso não

nos exime de reconhecer o débito que o presente texto tem para com alguns autores relevantes no debate que desenvolvemos aqui, tais como Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, Luiz Cecílio, Túlio Franco, Alcindo Ferla, Emerson Merhy, entre outros. Sendo assim, considerando que suas interferências nas nossas reflexões não poderiam ser medidas pela quantidade de vezes que apareceriam citados aqui, fizemos a opção de explicitá-las como referências bibliográficas apenas em alguns momentos que se fizeram imprescindíveis. Esperamos que nos desculpem por essa “irresponsabilidade” acadêmica.

Para melhor construção textual, organizamos nossas ideias em duas seções: uma voltada para apontar os desafios mais gerais que estão postos à política; outra em que apontamos um conjunto de desafios, diríamos mais “operacionais” ou estratégicos, na falta de termos melhores, em que especificamos os distintos atores a quem eles estariam referenciados no momento atual.

### **Desafios gerais para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

Embora tenha sido uma das primeiras dimensões a serem trabalhadas no início da formulação da política nacional, no primeiro Ministério da Saúde do governo Lula, consideramos que um desafio que se atualiza, de outro modo, no atual contexto, é a diferenciação, o “desconfundimento” entre os conceitos de Educação Continuada e de Educação Permanente em Saúde (EPS). Tal atualização se deve, em parte, pelo fato de que muitos processos tradicionais de formação simplesmente mudaram o termo a que se referiam às suas práticas para o uso mais identificado com o significativo EPS. Mais como marca do que carregada de

novos sentidos para o fazer formativo, pois esse uso não implicou e modificar, efetivamente, as tais práticas que já realizavam.

Ao mesmo tempo, outras tecnologias pouco presentes em nosso contexto no início dos anos 2000, como as desencadeadas pela implantação do Telessaúde, tornaram-se cada vez mais presentes, e têm sido consideradas, em algumas formulações, indistintamente como sendo outras dimensões de uma política de educação permanente. Por fim, em alguns aspectos, o debate em torno da EPS tem sido considerado como uma mera questão metodológica, desconectada de outros aspectos políticos da atuação em saúde, bem como de uma outra visão do ponto de vista da formação em saúde.

Em nossa análise, a diferenciação que precisa ser novamente recolocada aponta não para uma demonização, ou para uma criminalização, de lógicas de Educação Continuada. Ao contrário, pensamos que, em diversas ocasiões, muito do que se precisa é mesmo de boas ofertas de conhecimentos sistematizados para os profissionais poderem ampliar suas caixas de ferramentas, considerando um certo modo de olhar o problema que se enfrenta. Como, por exemplo, quando se busca uma maior eficiência e eficácia no que se refere ao agir no campo clínico do cuidado, independentemente de suas limitações para compreender de modo mais complexo o próprio problema que enfrenta. Bem como no que se refere às dimensões da gestão do trabalho e dos arranjos organizacionais, que procuram dar mais racionalidade ao agir como gestor formal, mesmo que isso seja uma dimensão dos problemas sobre os modos de governar.

Nessas direções, a educação continuada faz sentido por permitir a aquisição de conhecimentos já existentes em oferta e que podem ser supridos através da contínua

formação dos quadros que se quer adestrar, ampliando suas caixas de ferramentas com saberes instrumentais já estruturados. É como se os problemas expressos naquelas condições já encontrassem opções de solução sistematizada.

Entretanto, continuamos a considerar que ali no cotidiano do fazer em saúde há um imperativo que é o cuidado como um acontecer. Isso posiciona o mundo do trabalho em saúde como centralmente micropolítico, algo que só opera a partir do encontro que inaugura o campo de ação do agir em saúde. (MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2014) Desse modo, há uma gama de problemas que vão se produzindo em ato e que exigem que os atores que aí estão “aprendam” com eles no seu próprio fazer, sendo obrigados a construir pensamentos sobre os mesmos. E, por aí, desenvolvendo novos modos de elaborá-los e solucioná-los, elementos que não se encontram como ofertados por nenhum conhecimento *a priori* e, portanto, não são fornecidos por um curso de educação permanente.

Essa prática de construção de novos saberes em ato no fazer do cuidado em saúde posiciona os trabalhadores de saúde como um coletivo a construir modos de inteligências em rede. Esse processo é constitutivo do próprio cotidiano do fazer em saúde, em qualquer lugar onde ele se produz, e vai operando sobre os próprios trabalhadores de modo formativo.

Tal processo formativo é a educação permanente, algo de natureza muito distinta da educação continuada.

Assim, para uma gama imensa de problemas que precisam ser superados no cotidiano dos serviços de saúde, o mais relevante é colocar em análise os próprios processos de trabalho e as invenções que os coletivos de trabalhadores vão realizando. Porém, muito mais do que acessar conhecimentos disponíveis, o que se demanda é a produção de saberes singulares, oriundos da reflexão sobre



o cuidado que se produz em cada contexto. Para tanto, a matéria-prima continua sendo o trabalho operado nos serviços e os atores centrais são os próprios trabalhadores que neles atuam. Esse movimento inevitável e permanente chamamos de Educação Permanente em Movimento, algo que está inscrito no mundo do trabalho e que não precisa ter uma política para o seu acontecer.

Por isso, como veremos adiante, um dos desafios da política é reconhecer esse processo, para além de só vê-lo se for induzido pela política pública nos vários campos organizacionais.

Feita essa primeira consideração, nesse sentido, identificamos seis desafios atuais que consideramos centrais. Em primeiro lugar, uma efetiva revisão da Política Nacional de EPS deve ter como primeira grande diretriz a ampliação dos componentes envolvidos na sua formulação. Tornou-se muito utilizada a conceituação de quadrilátero da saúde, quando se remete ao conjunto dos atores envolvidos na EPS. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) Consideramos que gestores, trabalhadores, usuários e instituições de ensino continuam mesmo sendo os vértices dessa política. Entretanto, precisamos ainda dar vez e voz às multiplicidades que operam em cada um desses pontos. Não há um ator único quando falamos das instituições de ensino, ou de usuários, por exemplo. As três esferas de gestão do SUS têm muito mais do que apenas três pontos de formulação dessa e de outras políticas, pois um único ator, aparentemente, como o Ministério da Saúde, é, ao contrário, muitos, multiplicidade. Um campo de gestor é em si uma multidão.

A tentativa de ampliar essa gama de atores na reformulação da política, de certa forma, não responde apenas a uma diretriz política de democratização das ações do poder público, com a qual nos coadunamos. Para além

disso, também conta uma leitura estratégica que aponta para o fato de que os efeitos das políticas têm relação direta com a pluralidade de atores envolvidos na sua construção, como vem apontando os estudos do “Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde”, coordenado pela Linha de Estudo “Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde”, da UFRJ, financiado pelo CNPQ.

As leis, normas, portarias, resoluções, entre outras formas de apresentação de certas ações coletivas, não se efetivam diretamente a partir do momento de sua definição normativa. Ao contrário, elas podem ser dispositivos mais ou menos potentes, a depender da maneira como se deu sua construção, sua própria genealogia. (PROPOSTA: CRIAÇÃO..., 2014) Temos identificado que, dentre outros, um fator importante em relação à sua efetividade se relaciona à capacidade de incluir na disputa que a gerou os vários atores envolvidos na sua execução, procurando dar um arranjo organizacional que possa contemplar esse desafio. A ideia de “encharcar” as regiões de saúde com atores que possam trazer para a cena os seus fazeres em educação permanente, a partir do seu cotidiano do trabalho, é um dos modos de avançar nesse desafio, além do já necessário arranjo para os gestores formais em suas multiplicidades. Uma política que se veja ali sendo fabricada no mais específico do local e do regional é central para se construir um SUS efetivo, nas dimensões do seu lado gestão e cuidado. A EPS tem tudo a ver com isso e a sua formulação num movimento, entre o molecular e o molar, é chave nessa construção.

Por isso, colocam-se mais dois desafios absolutamente relevantes:

1. Construir estratégias que desacomodem os que fazem resistência negativa aos processos de EPS necessários ao desenvolvimento das ações de cuidado.

2. Explorar a potência das práticas que já acontecem no cotidiano dos serviços, sejam elas denominadas ou não como de educação permanente, e assim permitindo construir sua visibilidade como tal.

Consideramos que esses dois aspectos têm correlação, pois o segundo pode ser uma boa estratégia de impactar o primeiro. Para além disso, eles têm desafios específicos: lidar com os resistentes é muito mais do que expor experiências exitosas, pois demanda a construção de dispositivos que permitam colocar em análise os vários projetos coletivos em disputa nas ações aparentemente individuais. Por outro lado, dar visibilidade vai muito além da realização de eventos como mostras e congressos que valorizam experimentações relevantes. Esses momentos têm sua utilidade, mas estão longe de esgotar a necessidade de visibilização do que ocorre nos serviços. O que demanda a organização de processos muito mais contínuos e descentralizados de encontros e diálogos, em uma estratégia de metodologias que se sustentam nos que agem, apostando nas suas capacidades de se expressarem, de diferentes modos, sobre esses seus agires, fazendo-se reconhecer pelos outros e para si mesmo. Aqui, destacamos o que vem sendo feito no curso de especialização Educação Permanente em Movimento, fruto de uma parceria entre a Linha Micropolítica (UFRJ) e o EducaSaúde (UFRGS).

Um quarto desafio aponta para a necessidade de a EPS operar de modo que supere a lógica que concentra ações em políticas de indução de um certo ator, nas quais o papel dos demais entes seria o de aderir ou não a certos modelos. Ao invés disso, precisamos desenvolver políticas de reconhecimento e cooperação, que desenvolvam estratégias de aproximação das experiências existentes e, assim, promovendo sua visibilidade, potencializem seus efeitos e seu espectro de ação. (MERHY, 2013) Tal aposta

esteve orientando, por exemplo, esse processo de formação, apontado logo acima, recentemente desenvolvido em torno do projeto “educação permanente em saúde em movimento”, parceria do DGES/SGTES com diversos grupos de trabalhadores e pesquisadores, tendo a Universidade Federal do Rio Grande do Sul como instituição que o ofertou como curso formal e o coletivo da Linha de Micropolítica como seu formulador principal. Muito mais do que uma oportunidade de especialização temática, a aposta da EPS em Movimento foi na identificação de pessoas em todo o território nacional que tivessem capacidade de rastrear as iniciativas já existentes, ampliando sua capacidade de cooperação, no sentido de ampliar sua potência e, assim, também impactando positivamente os profissionais que não se mobilizam no sentido de operar a EPS.

O quinto desafio, que colocamos entre os aspectos mais gerais, refere-se à necessidade de reconhecermos que a EPS é algo que não pode ser pensado como tendo um lugar determinado onde opera nas instituições. Ao contrário, desloca-se nos territórios, organizacionais e existenciais, ao se transversalizar nos vários campos da vida das organizações, constituindo, inclusive, os processos de gestão que estão implicados com a produção do cuidado. De certa forma, tal constatação se refere ao fato de que a EPS é um movimento que aponta muito menos para uma pedagogização da saúde e muito mais para um agir no campo da micropolítica do cuidado. (FRANCO; MERHY, 2013)

Como sexto desafio, apontamos a necessidade de a EPS “pegar o instituído de surpresa”. Essa perspectiva não considera que todo instituído é algo, necessariamente, indesejável, mas que deve estar, sistematicamente, sendo interrogado na sua reprodução identitária. Nesse sentido, ao invés de se propor a produzir uma resposta imediata,

fácil e pré-formatada, a EPS deve sempre problematizar os problemas que são postos no campo da saúde, bem como problematizar os pedidos que são feitos pelos vários atores, de acordo com a singularidade em cada contexto. Questionar o problema expresso é um dos seus lemas.

Enfim, consideramos que aquela delimitação inicial entre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde, bem como esses seis desafios listados acima, devem ser considerados o tempo todo ao longo das iniciativas desencadeadas pelos vários atores no sentido de rever a política de EPS.

### **Desafios dos vários atores para potencializar a política de EPS**

Pensando num desenho mais “operacional” da política de EPS, acreditamos que ela deva ter três elementos a serem considerados em qualquer realidade. Inicialmente, deve tomar como unidade, como base, as regiões de saúde. Não só por estarmos submetidos ao Decreto Presidencial 7508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde. Muito mais, por termos em consideração que as regiões agregariam possibilidades maiores de permitir a realização de momentos mais sistemáticos de reflexões que considerem as singularidades do trabalho em saúde e que seriam o eixo dos processos de educação permanente. Além de serem uma aposta de que nas regiões teríamos grandes chances de construir as redes singulares de cuidado mais adequadas para as situações de saúde e para as necessidades que as redes existenciais dos usuários pedem. Uma segunda diretriz seria o fortalecimento das iniciativas autônomas dos serviços e municípios. Isso não quer dizer que órgãos como as Secretarias Estaduais ou o Ministério

da Saúde não devam se ocupar com a EPS. Ao contrário disso, afirmamos que se ocupar com a EPS demanda considerar que sua operação deva se dar tendo por base e como objeto da reflexão os processos que ocorrem em nível local e regional, no cotidiano do agir em saúde e das redes de cuidado. Construídas estas pelas redes vivas que os usuários vão desenhando nos seus campos de ofertas. Disso pode decorrer uma outra diretriz central: a ampliação das oportunidades de troca entre os serviços e municípios em cada região, baseando-se em lógicas de colaborações laterais.

Postos esses elementos iniciais, identificamos alguns aspectos do contexto atual que, a nosso ver, precisam ser mais bem considerados. Embora tenhamos enfatizado bastante a necessidade de as ações e de a própria política de EPS terem por base a realidade dos serviços e municípios, esta parte da exposição inicia pelo governo federal, que na sua especificidade, dada pelo SUS atual, acaba sendo espelho e operador central para muitos dos demais atores.

### *Desafios do Ministério da Saúde*

Inicialmente, considerando os aspectos colocados à SGTES, uma medida importante seria fortalecer a EPS como eixo de vários dos projetos já existentes, como o PET-Saúde, o Ver-SUS, entre outros. Além disso, deve-se pensar em ações que aproveitem o potencial acumulado em diversos profissionais que já participaram de movimentos, como a implantação dos Polos de Educação Permanente em Saúde, que realizaram formação de facilitadores de práticas de EPS, bem como do já citado EPS em Movimento, entre outros. Isso porque tais iniciativas já consumiram muita energia não apenas para mobilizar milhares de pessoas, mas para permitir que elas realizem reflexões importantes sobre as

experiências em que estão envolvidas, em um processo mais acumulativo do que se tem imaginado e analisado.

Além disso, seria importante a SGTES aproveitar o Programa Mais Médicos, juntamente com o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), para além da provisão de profissionais, devendo ser vistos como potencializadores de processos de EPS nos serviços. Para tanto, algumas de suas dimensões poderiam ser revistas. Por exemplo, o trabalho das centenas de supervisores desses programas que já atuam junto com as equipes poderia agregar a EPS como aspecto importante. Seja com os supervisores contratados pelo Ministério da Educação (MEC) para a supervisão clínica centrada na atuação de cada categoria profissional, que agem basicamente como processo de educação continuada, seja com os apoiadores do MS que têm um papel mais de articuladores políticos, os quais agem como ordenadores governamentais.

Nesse sentido, todos poderiam redefinir seu escopo de atuação e seus modos de agir, operando centralmente na produção de novas redes comunicativas e de produção de saberes, no caminhar da EPS. Para tanto, seria necessário também desenvolver em boa parte deles essa capacidade de promover a reflexão sobre a produção do cuidado em cada serviço, dos seus próprios fazeres, ampliando os seus modos de agir. Isso se torna ainda mais relevante quando consideramos que mais de 40% das equipes de saúde da família contam com profissionais vinculados ao Mais Médicos ou PROVAB.

Também poderia ser visto como uma oportunidade rica a mobilização de muitos milhares de profissionais de saúde que ocorre em virtude da expansão das vagas de residência promovida como parte do Programa Mais Médicos. Por um lado, por permitir pensar em novas maneiras de se organizarem ações de formação em espaços

tão fortemente normalizados como o são as residências médicas, ou a formação profissional de um modo geral. O debate nacional poderia identificar iniciativas interessantes de integração de processos de EPS na formação de médicos residentes e de outras modalidades profissionais. E, assim, ofertá-los como possibilidades a serem levadas em consideração na organização das ações de inserção desses residentes nos serviços em que passam a atuar. Pela própria escala do programa, são dezenas de milhares de profissionais potencialmente afetados por essas medidas.

Ainda, pensar a EPS como um eixo importante da formação nas residências médicas permite não só mobilizar os outros profissionais envolvidos na formação dessa categoria. Pode também ser uma maneira de, no mesmo movimento, permitir a implementação da EPS como diretriz da formação de outras categorias profissionais que também ocorre na modalidade de residência. Não é por serem multiprofissionais que as residências em área profissional da saúde, necessariamente, desenvolvem-se baseadas em elementos pedagógicos mais interessantes do que as residências médicas. Muitas, ao contrário, simplesmente reproduzem aos seus moldes diversas das relações de poder que operam centralmente na formação médica, sob o domínio restrito de um agir profissional corporativo.

Embora consideremos a EPS como uma ação que deve dizer respeito a todos os serviços, por ser constitutiva a todas as práticas de cuidado em saúde, gostaríamos de enfatizar que, na gestão federal, o Departamento de Atenção Básica (DAB) tem um papel importante. Seja pela capilaridade das cerca de 40 mil equipes de saúde da família que operam atualmente, nos mais variados rincões do território nacional, seja pelo fato de que muitos profissionais da atenção básica, especialmente nos municípios menores, mas também nos de médio e grande porte, além de atuarem

em unidades básicas, também agem em outros serviços de saúde, especialmente nos de urgência e emergência.

Sendo assim, consideramos que o DAB poderia ter um papel relevante ao fortalecer os processos de EPS no SUS, através de ações nas unidades de saúde da família, para tanto, lançando mão de diversas iniciativas. Uma maneira seria através da atuação das mais de 4 mil equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). Desde o início, o escopo de atuação das equipes de NASF se encontra em disputa. Num extremo, estão os defensores dos NASFs quase que como um serviço de atenção ambulatorial especializado em que, no melhor dos casos, os especialistas de várias categorias iriam atender os usuários nas unidades básicas, quando não têm um serviço próprio para atendimento individual. No outro extremo, temos leituras de que o NASF deve ser visto como o grande operador dos processos de apoio institucional aos serviços, tendo como centro de sua ação processos gerenciais e de supervisão do trabalho das equipes de saúde da família. Não pretendemos, aqui, dar conta de todo o debate que essas posturas, incluindo também os estratos que variam entre esses opostos, colocam para o campo da saúde. Entretanto, gostaríamos de ressaltar que as equipes dos NASFs podem, sim, ter a EPS como um de seus eixos importantes de atuação, além de um agir operador dos processos de educação continuada das equipes. De modo a mediar a realização de lógicas mais horizontais de discussão dos problemas existentes nos serviços e ampliar as competências clínicas dos profissionais.

Uma outra agenda que o DAB deveria reposicionar e que poderia impactar a política de EPS se refere à reestruturação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Essa iniciativa, desde 2011, tem entrado na pauta de boa

parte dos gestores e trabalhadores do país. Entretanto, o grande investimento realizado no sentido de se fortalecer o momento de avaliação das equipes que é parte do Programa não correspondeu a um movimento similar no que se refere ao investimento realizado no fortalecimento das ações de EPS nas unidades básicas. É necessário que uma – também necessária – revisão do PMAQ-AB aponte para o fortalecimento da fase de desenvolvimento das ações de melhoria do cuidado, que teriam a EPS como um dos dispositivos mais relevantes. (GOMES; MERHY, sd)

Estratégia bastante enfatizada recentemente, e que mobiliza somas enormes de recursos a cada ano, é a Universidade Aberta do SUS – UNASUS. Embora reconheçamos que há experiências ricas que se utilizam das ferramentas de educação a distância (EaD), consideramos que sua capacidade de contribuir com as transformações necessárias são bastante inferiores às expectativas que se colocam sobre ela. Por um lado, isso se dá pelo fato de que a quase totalidade dos processos de EaD são desenvolvidos exclusivamente como estratégias de Educação Continuada, tendo, então, as limitações que já apontamos anteriormente. Por outro lado, porque mesmo as tentativas de promover processos de EPS mediados pelas ofertas de formação na modalidade de EaD só conseguiriam desenvolver maior capacidade se estivessem articuladas com diversas estratégias de apoio mais locais e presenciais.

Essa ponderação é o que nos faz considerar, também, que estratégias como o Telessaúde só podem apresentar maior potência caso elas sejam operadas como tecnologias ampliadoras dos encontros e das ações compartilhadas de cuidado. Entretanto, muito do debate que se produz sobre essas iniciativas as coloca ou como uma integração aos processos de regulação, quase como mais uma etapa burocratizadora do acesso dos usuários

aos serviços, ou também como uma ação de educação continuada assíncrona, para que se tirem dúvidas sobre condutas clínicas. Nesse sentido, as redes vivas (MERHY et al., 2014) que se constroem entre trabalhadores e outros colegas, com quem fazem pontes diretas e, muitas vezes, informais, tendem a ser sempre mais dinâmicas, adaptáveis e singulares do que a capacidade de resposta dos teleconsultores formais. (OLIVEIRA, 2013)

Para que o Ministério da Saúde possa dar conta de tais desafios especificados acima, faz-se necessário não apenas repensar o desenho da política de EPS, demandando mesmo algumas modificações na sua maneira de operar. Alguns aspectos que destacamos nesse sentido são: 1) a atuação dos apoiadores do ministério nos territórios deve ser cada vez mais integrada e orientada pelas necessidades dos municípios e regiões, na direção de produzir mais redes vivas no campo organizacional e do cuidado; 2) a instituição de novos modos de financiamento, para além dos repasses fundo a fundo e da celebração de convênios; 3) fazendo uma dobra sobre si mesmo, o ministério deve desenvolver processos de educação permanente voltados para as suas próprias equipes gestoras e técnicas.

#### *Desafios das Secretarias Estaduais de Saúde*

A partir da década de 1990, à medida que o processo de descentralização se intensificava, as Secretarias Estaduais de Saúde (SESs) passaram a viver um processo crônico de indeterminação de seu papel no SUS. E a maior parte apresenta indefinição em relação às ações que extrapolam a administração de hospitais regionais sob seu gerenciamento e de institutos específicos, seja para construir estratégias de cofinanciamento dos serviços, de articulação das redes regionais de saúde, seja de apoio ao desenvolvimento das gestões municipais.

Esse apoio aos municípios, muitas vezes, é considerado pelas SESs. Para tanto, algumas buscam mobilizar recursos os mais variados. Entretanto, ainda são insuficientes as medidas que permitem a realização de suporte logístico, operacional e aporte financeiro direto, de modo que precisam ser intensificadas na quase totalidade dos estados.

Nesse bojo, as gerências ou diretorias regionais de saúde das SESs, de um modo geral, acabaram se tornando, progressivamente, uma das instâncias de gestão do SUS mais esvaziadas e pouco contribuem para o desenvolvimento das regiões de saúde que há no país. Em boa parte das vezes, tornaram-se moedas de troca no jogo institucional de concessão de cargos para ocupação das forças políticas locais em busca de apoios de lideranças do executivo municipal e legislativo. Muitas das indicações realizadas desconsideram os critérios técnicos e, somando-se a isso um processo histórico de esvaziamento de quadros técnicos concursados das gestões estaduais, temos instâncias regionais de gestão que apresentam pouca relevância. Então, um dos desafios importantes postos para as Secretarias Estaduais de Saúde seria reconstruir sua atuação no nível regional. Para tanto, deveriam recompor suas equipes nessas instâncias, reorientando seu processo de trabalho de modo a focar a organização de ações que visem a apoiar os gestores municipais e a fortalecer as instâncias regionais de gestão.

Outro setor que merece uma reorientação nos estados são as escolas de governo. Muitos têm em suas estruturas Centros de Formação de Recursos Humanos ou Escolas Estaduais de Saúde Pública, entre outras denominações que são dadas para suas instituições formadoras. Na maioria das vezes, entretanto, estas ficam consumidas pela oferta de cursos de formação técnica ou de pós-graduações

*latu sensu*, especialmente programas de residência. Consideramos que, com outros arranjos institucionais, essas escolas poderiam ser importantes articuladoras do desenvolvimento das práticas formativas em cooperação e parceria com as regiões de saúde, em um processo transversalizador das ações das gestões estaduais. Devendo não só apoiar a formulação das políticas, como também contribuir com a regulação da inserção nos serviços de saúde das instituições formadoras que atuam nos estados.

Uma última medida, assim como apontamos para o Ministério da Saúde, refere-se à necessidade de se desenvolverem processos de educação permanente voltados para o próprio corpo dirigente e técnico das Secretarias Estaduais.

O atual conjunto de trabalhadores formados no processo da EPS em Movimento constitui-se em um potencial agenciador para agir nessa direção formativa dos outros trabalhadores do SUS, em um processo em espiral crescente.

#### *Desafios das Secretarias Municipais de Saúde*

Por serem os lugares que ofertam uma gama enorme de serviços, os municípios apresentam as maiores necessidades de desenvolvimento de educação permanente, além de serem a base para a organização de processos vivos nas regiões de saúde. Invisivelmente, os municípios vêm sendo puxados pelas redes vivas formadas pelos usuários na construção de redes comunicativas de agir em saúde, mesmo que não saibam e não queiram. Isso tem um enorme potencial reordenador de ofertas no campo das redes de cuidado. E é aí que se dá o encontro dos trabalhadores com os usuários na produção do cuidado, lugar onde a EPS finca suas raízes.

Um dos principais desafios dos trabalhadores e gestores municipais é promover a EPS nas várias redes de atenção. Embora nada na formulação da política aponte isso, identificamos uma certa percepção difusa de que a EPS é uma questão a ser trabalhada com as equipes de saúde da família, como se ela só à rede básica dissesse respeito. Parece desnecessário, mas é fundamental reafirmar que, em todos os lugares onde se produz o cuidado, há necessidade de se refletir sobre a micropolítica que se desenvolve nesses ambientes, não sendo um privilégio de certas modalidades assistenciais essa característica. Como já apontamos, as redes vivas dos usuários se transversalizam pelas redes formais ofertadas, roubando de seus funcionamentos analógicos (hierarquizados) modos de redes em dialogicidade, que se lateralizam.

Dito isso, ressaltamos que é importante, ao mesmo tempo, identificar os profissionais e serviços em que já se têm desenvolvido autonomamente ações de EPS. Mesmo que não se denominem assim os movimentos que são realizados, mas que ali no cotidiano vão inventando seus modos de ver os problemas que enfrentam e as soluções que lhes parecem as melhores. Além de identificá-los, uma medida importante é reconhecê-los como atores relevantes para se pensarem sobre o que estão fazendo e na potência que têm na disseminação de tais iniciativas, vendo-os como colaboradores para a qualificação do conjunto da rede municipal e regional. Desse modo, deveriam ser promovidas medidas diretas de valorização desses atores e serviços, seja com um investimento simbólico, seja com melhorias nas condições reais de sua reprodução.

Uma medida específica para com os trabalhadores que se destacam em tais iniciativas é a sua legitimação como protagonistas das ações a serem desenvolvidas, devendo participar de suas formulações e execução. Para tanto,

devem ter reconhecida essa função e tê-la incluída como parte de suas atribuições, para permitir que continuem a desempenhar adequadamente e ampliar suas ações de facilitação da EPS ou de preceptoria. O aprendizado com o curso de EPS em Movimento permitiu criar vários instrumentos para ver esse processo na amplitude que exige.

Outra medida que se faz essencial é a implementação de políticas de regulação das relações entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Isso se torna cada vez mais relevante pelo fato de ter ocorrido, na última década, um processo contínuo e intenso de expansão da oferta de vagas de graduação e de ensino técnico na saúde. E essa expansão quantitativa tem se associado, também, a uma maior dispersão em todo o território nacional. Embora ainda apresente uma significativa concentração nos grandes centros urbanos e nas regiões mais ricas do país, as novas vagas de ensino na saúde têm promovido uma importante interiorização. Mesmo que não esta não tenha sido seguida de adequados movimentos de regulação da necessidade de utilização dos serviços públicos de saúde como campos de aprendizagem. Entretanto, há várias experiências de formalização dessas parcerias que podem ser tomadas como referências pelos municípios, a fim de melhor aproveitar essa relação. No sentido de não apenas solucionar a demanda das instituições de ensino de terem lugares disponíveis para a realização de estágios, como também representar um retorno relevante para os municípios.

Aqui, há uma questão que é um desafio para os processos formativos dos novos profissionais nessas expansões. Na dificuldade de criar um corpo docente bem constituído na direção das apostas do SUS como queremos, têm-se absorvido os quadros dos serviços de um modo

precariamente preparados e com práticas bem distorcidas. Exemplo disso são médicos que atuam na maioria das redes municipais, atuando com lógicas privatistas, centradas em procedimentos, fragmentadas, contrárias à multiprofissionalização do cuidado. Isso tem implicado, nos novos cursos, uma formação bem distorcida dos novos médicos que aprendem a ser profissionais com o que há de mais anti-SUS no país. Há que se enfrentar essa situação a partir de novas estratégias nas instituições de ensino.

### *Desafios das Instituições de Ensino*

As instituições de ensino na saúde (IESs) devem assumir papel importante na construção da política de educação permanente em saúde, embora precisem, para tanto, reposicionar o modo como historicamente se construiu sua relação com os serviços públicos de saúde e com a produção e transmissão do conhecimento nos processos formativos. Talvez, o componente mais importante seria criar uma maior independência das próprias categorias profissionais às quais estão muito atadas.

Um dos principais analisadores disso é o fato de que o aluno, quando ingressa na IES, já está terminalizado profissionalmente. Isso cria uma sequência de desvios e vícios que são muito difíceis de serem eliminados pelas políticas de educação em saúde das redes de cuidado, que também estão impregnadas dessas fragmentações e relações de poder que aí estão instauradas.

Sem essa “desamarra”, os processos formativos são imperativamente identitários e reprodutores das práticas hegemônicas realizadas pelas distintas formas de organização das profissões no país.

Esse processo é de baixa governabilidade por parte do gestor da saúde se nele não se incluir um outro formato de



relação com o MEC. Há que se produzir uma outra aliança entre MS e MEC nessa direção para além das apostas em privilegiar uma ou outra profissão.

Creemos que esse tipo de desafio seja um dos mais difíceis e exige para si a construção de políticas intersetoriais entre a saúde e os processos formativos do campo da educação, que operam em ritmos organizacionais muito distintos. Haja vista que a saúde sofreu uma verdadeira revolução legal e institucional desde o fim da ditadura, enquanto os aparatos formativos da educação guardam fortemente, até hoje, as marcas institucionais da ditadura.

Talvez o primeiro passo fosse a construção de um problema comum entre essas duas instituições, a partir do qual uma nova política intersetorial construída conjuntamente seria possível.

#### *Desafios para todos os atores*

Como ficou claro até aqui, o avanço da educação permanente na saúde depende da capacidade de ela se instituir como estratégia transversal a diversos setores da atenção e da gestão na saúde. Entretanto, não é a única política que tem essa necessidade de se transversalizar. Podemos citar, por exemplo, as ações de fortalecimento do controle social, bem como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Caso essas três linhas distintas consigam perceber a potencialidade que tem a aproximação entre elas, é possível que consigam se apoiar mutuamente e desempenhar efeitos sinérgicos nos vários lugares em que se conectam, fomentando lógicas mais participativas de construção das suas ações e políticas. E isso não é um desafio específico de qualquer dos atores listados anteriormente, devendo estar na agenda de todos simultaneamente.

Um outro fator que precisa assumir cada vez mais centralidade nas várias instâncias é a reversão do processo histórico de precarização dos vínculos empregatícios dos profissionais da saúde. O que explicita claramente em serviços de saúde que têm trabalhadores, há décadas, atuando com contratações inadequadas, sem a seguridade social necessária, mas também se evidencia na situação dos trabalhadores que atuam nos lugares de gestão das três esferas do SUS, além de ser um problema também presente em boa parte das instituições de ensino. Isso não apenas deixa sobre os ombros dos trabalhadores um ônus que não lhes deveria caber, como é um dos fatores que fragiliza o desenvolvimento da EPS. Isso porque leva à descontinuidade na composição das equipes e à elevada rotatividade em algumas localidades. Saídas para esse problema, entretanto, não serão possíveis com medidas paliativas desencadeadas por apenas um desses atores. É necessário que pensemos e implementemos modos de nos organizarmos enquanto trabalhadores nas mais variadas frentes em que atuamos para que consigamos reverter esse quadro, que se intensificou nos anos de neoliberalismo irascível nos governos de Fernando Henrique Cardoso. Mas não teve o enfrentamento adequado nos governos recentes de Lula e Dilma.

Por fim, como não precisamos impor limites ao pensamento, e como mesmo medidas mais radicais devem ser formuladas, para que possamos construir sua viabilidade ao longo do tempo, vale apontar uma última problemática quanto às políticas de formação na saúde. Nós consideramos que as ações de EPS que se desenvolvem no cotidiano serão sempre necessárias, em virtude da dinamicidade da vida pulsante nos serviços de saúde. Entretanto, também sabemos que boa parte da dificuldade que temos em avançarmos ainda mais se deve a problemas na formação dos profissionais de saúde. Por outro lado,

temos também a dificuldade das escolas que formam esses trabalhadores de reverem sua formação, para que passem a se orientar pelas demandas postas pelo SUS, mesmo que legalmente seja muito claro que suas necessidades deveriam orientar a formação de trabalhadores desse setor. Entretanto, a vinculação das escolas ao MEC e não ao Ministério da Saúde sempre representou uma dificuldade a mais na modificação dessa formação. Não obstante o SUS ter, diretamente vinculado a seus órgãos, instituições que ofertam cursos de nível técnico e, ao mesmo tempo, programas de pós-graduação, nas modalidades de aperfeiçoamento, residência, mestrado e doutorado, é praticamente impensável imaginarmos que teremos ofertas de cursos de graduação diretamente vinculados ao SUS. Pelo menos, num curto espaço de tempo, tal perspectiva parece descabida.

Mas por que não podemos pensar na potência que seria termos diretamente vinculados ao Ministério da Saúde todos os cursos públicos de graduação na saúde ou uma modalidade mista de gestão entre MS e MEC no que se refere a esses cursos em particular? Quanto conseguiríamos avançar na agenda da integração ensino-serviço com essas possibilidades? O quanto medidas como essas permitiriam ganhos na otimização dos vários recursos necessários à formação? O que impede, por exemplo, que todas as estruturas das universidades públicas que estão voltadas para a formação de profissionais da saúde sejam co-organizadas entre o MEC e o Ministério da Saúde, e que sua gestão seja também responsabilidade compartilhada das três esferas de governo, assim como o é o próprio SUS? Enfim, esse último desafio que colocamos é, no final das contas, a possibilidade de pensarmos uma Universidade do SUS, inclusiva, participativa, universal, gratuita, de qualidade.

## Considerações finais

Como havíamos chamado a atenção no início do texto, o momento atual permite e demanda reflexões que apontem para redefinições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Seja pelo fato de já termos alguns anos de experimentação em torno de diversas estratégias de EPS, seja porque ainda vemos se reproduzir, com muita força, em diversas instâncias, vários dispositivos da “política de balcão” operando nos processos de formação no SUS e para o SUS.

Ao nos propormos a escrever este texto, não tínhamos a pretensão de que esgotaríamos essa necessidade de pensar os aspectos relevantes para tal revisão. Após sua escrita, vemos que nossa limitação era não só fruto de um reconhecimento da nossa incapacidade de abranger todos os pontos necessários. Era também inerente ao próprio modo como consideramos que deve se dar o processo de construção de políticas como essa. Sendo assim, só a consolidação de diversas análises pode contribuir para identificar os pontos essenciais a serem transformados. E, mais que isso, só as disputas políticas é que definirão os rumos que essa agenda tomará.

Intentamos, apenas, contribuir com alguns olhares. Esperamos que o debate solidário dos demais companheiros e companheiras envolvidos nessas arenas nos permita avançarmos juntos, no comum e nas diferenças.

## Referências

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva** (RJ), v. 14, n.1, p. 4 -65, 2004.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

GOMES, L.B.; MERHY E.E. **Uma análise política do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ**. Mimeo, s.d.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002 (Saúde em Debate, 145).

\_\_\_\_\_. **Educação permanente em movimento** – uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde. Mimeo, 2013.

\_\_\_\_\_.; et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro: n. 52, 153-164, out 2014.

**PROPOSTA: CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO** Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. Projeto de pesquisa coordenado por Emerson Elias Merhy, submetido ao CNPQ, 2013.

OLIVEIRA, J.A.S. **Telessaúde e os médicos da atenção básica**: uma análise à luz da micropolítica do trabalho e da produção do cuidado em saúde. Dissertação (Mestrado). Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

## COMENTÁRIOS SOBRE O TEXTO “CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE SOBRE A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE”, DE EMERSON MERHY E LUCIANO GOMES<sup>1</sup>

*Jorge Zepeda*

### Educação Permanente deve ser mais do que uma marca

Conceitos abrangentes como Educação Permanente em Saúde (EPS) tendem a ser usados de maneira imprecisa, oportunista ou equivocada, o que pode prejudicar a compreensão de seus sentidos mais estratégicos. Por isso, é importante o destaque para a necessidade de “desconfundimento” entre educação continuada e permanente, evitando o uso da EPS apenas como uma marca. Se, por um lado, os autores apontam a relevância de colocar em análise os processos de trabalho – processo

---

<sup>1</sup> Este texto tem uma origem em comum com as notas provocadoras de Merhy e Gomes para o debate sobre a EPS; e parte dos pontos de vista que apresento foi amadurecida em conversas formais e informais durante o mesmo encontro sobre EPS citado pelos autores, realizado pelo MS em Brasília, em dezembro de 2014.

formativo da educação permanente – como recurso para resolver os problemas que emergem do cuidado em saúde; por outro lado, reconhecem também a importância de dispor dos conhecimentos já existentes e sistematizados – ofertas da educação continuada – para ampliação das caixas de ferramentas dos profissionais de saúde.

No entanto, ainda se nota uma hierarquia de valor entre os conceitos, com tendência à definição da EPS pelo que esta não é. A valorização da educação permanente deve passar mais por demonstrar sua capacidade de enfrentar problemas concretos e relevantes para os atores do sistema de saúde do que por uma afirmação de suas vantagens éticas e estéticas sobre outras estratégias de gestão e qualificação do trabalho. Essa potência das estratégias de EPS pode se tornar evidente no enfrentamento de problemas diferentes ou no melhor enfrentamento dos mesmos problemas. Melhorar os padrões de prescrição, em determinados contextos, pode ser mais importante para objetivos finalísticos dos sistemas de saúde (melhoras no estado de saúde, na eficiência, na satisfação dos usuários) do que democratizar as relações de poder entre gestores locais e trabalhadores, por exemplo.

Para superar a discussão conceitual autorreferenciada e circular, precisamos colocar em evidência e comparar também os mecanismos que cada estratégia põe em operação, considerados como traduções de seus princípios. Apesar de ser escassa no Brasil, é farta a literatura internacional sobre estratégias de mudanças nas práticas dos profissionais de saúde, com diversas experiências bem avaliadas, muitas vezes em contextos que guardam semelhanças com o sistema de saúde brasileiro. Esse conhecimento deve ser usado como base para se pensar estratégias de desenvolvimento da força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns formatos de

educação de profissionais de saúde baseados em discussão nos próprios serviços parecem ser especialmente efetivos em promover mudanças nas práticas clínicas, com potencial impacto na qualidade do cuidado. Por exemplo, uma revisão Cochrane sobre *educational outreach* (O'BRIEN et al., 2007) – estratégia baseada em visitas breves de profissionais de saúde educadores treinados ao local de trabalho de colegas – mostrou que esses métodos são modestamente efetivos para melhorar o cuidado, especialmente a qualidade das prescrições, e que são superiores à disseminação passiva de diretrizes e protocolos ou à auditoria dos profissionais e *feedback*.

### **Importância da indução política**

Concordo com a premissa de que a matéria-prima e os atores centrais da EPS devem ser o trabalho operado nos serviços e os próprios trabalhadores que neles atuam. No entanto, apesar de práticas de EPS emergirem do cotidiano dos serviços, é delicado considerar que sua institucionalização e seu fortalecimento possam prescindir de indução política, como se a EPS já estivesse presente de forma universal ou suficiente nos serviços. A política pública tem o papel de ampliar a potência, o alcance, a sustentabilidade das práticas “espontâneas”, por meio de estratégias apontadas mais adiante no texto, como identificação e valorização de experiências locais, ou agenciamento de colaboração horizontal entre serviços e municípios. Importante ressaltar também que essa mesma premissa é apontada como diretriz para processos de qualificação das práticas profissionais em saúde oriundos de outras formulações conceituais, como o desenvolvimento profissional continuado (JACOB, 1998) e a tradução de conhecimentos. (THOMPSON; ESTABROOKS; DEGNER, 2006)

## Protagonismo dos serviços e redes de cooperação

Ainda sobre indução, é acertada a observação de que os efeitos das políticas – e a utilidade de seus instrumentos normativos – têm relação com o envolvimento dos diferentes atores em sua construção. Essa premissa se traduz em propostas apontadas também no texto, como o envolvimento de lideranças dos serviços na formulação de estratégias de EPS e a formalização do papel de preceptores. No entanto, sobre o desafio de ampliar a roda de atores na construção da política de EPS, penso ser especificamente estratégico buscar um maior protagonismo dos serviços na formulação e operacionalização de políticas nessa área – “multidões” de gestores e trabalhadores, mais do que uma diversidade de tipos de atores como finalidade.

Sobre os desafios de dar visibilidade às práticas que já acontecem nos serviços e construir redes de cooperação entre seus atores, é oportuno apontar a limitação das “trocas de experiências” como dispositivos. Um caminho mais consistente passa pela construção institucional de protagonismo para atores individuais e coletivos identificados como modelares, colocando-os em relação “tutorial” com outras equipes, serviços, municípios e promovendo ativamente relações entre equipes e serviços. O estabelecimento de relações pessoais e de confiança entre os atores é importante para que haja genuína troca de conhecimentos nos serviços. (MITTON et al., 2007) No entanto, também deve haver mais do que contatos episódicos e espontâneos, sendo preciso explorar e incentivar as diferentes intencionalidades de cada ator de forma a evidenciar distinções que favoreçam trocas entre os profissionais e serviços que sejam interessantes para todas as partes. Promover ativa e conscienciosamente essas trocas pode ser uma das mais potentes estratégias de uma nova política de EPS para promover mudanças no cotidiano dos serviços.

## Problematizando com delicadeza

A respeito do desafio de surpreender sempre, mantendo a problematização viva, faço uma observação na mesma linha algo pragmática do comentário sobre a comparação entre educação continuada e permanente. “Sempre problematizar os problemas” pode ser algo muito difícil, por exemplo, para um gestor que precisa conciliar provimento estrutural e logístico com promoção de inovações em sua organização. Os constrangimentos cotidianos do sistema, algumas vezes, exigem respostas imediatas, inclusive como forma de mostrar disposição para o diálogo, reconhecendo o ambiente em que o outro está operando. A proposta de problematização como imperativo, muitas vezes, pode ser interpretada pelos trabalhadores como uma imposição inadequada e alienada por parte da gestão, em vez de uma oferta de diálogo e horizontalização das relações. Um exemplo interessante é o limite entre o papel apoiador e normatizador, ou problematizador e provedor, de um gerente intermediário (apoiador do distrito de um município, por exemplo) que tenta oferecer apoio a uma equipe para desenvolvimento de seu processo de trabalho. E enfrenta, então, problemas estruturais incontornáveis – e que são a agenda principal desses trabalhadores no momento daquele diálogo.

Assim, para a educação permanente ser operada como estratégia eficaz no contexto médio do SUS, muitas vezes ela terá de flexibilizar sua própria estética e entrar no jogo para mudá-lo por dentro. Além disso, há um limite operacional de respostas que o sistema de saúde precisa manter – a população pode ser envolvida em discussões sobre a dinâmica de agendamento, mas não pode esperar sua conclusão para receber atendimento durante uma crise de asma. Assim, essas distinções conceituais, os “desconfundimentos”, podem ser estratégias importantes

se utilizadas com a medida da sensibilidade para entender os momentos e contextos de cada coletivo – embora possam estar presentes como pano de fundo de nossa atuação todo o tempo.

### **Sobre os desafios do MS**

A ideia de fortalecer a EPS como lógica transversal de vários projetos é teoricamente interessante, mas precisa de desenvolvimento operacional para não gerar discussões intermináveis, armadilhas em que nos metemos sempre com a melhor das intenções. É arriscado e tentador a ideia geradora de que a EPS poderia, se entendida e incorporada um dia por todos os atores do sistema, “dar conta de tudo”. Esse entendimento pode facilmente se limitar a uma tomada de posição discursiva e, como os próprios autores afirmam no início do texto, é preciso superar essa fase “autocentrada” da política de EPS. Vou comentar algumas das proposições dos autores sobre os desafios do Ministério da Saúde (MS).

Acredito que a legitimidade e a autoridade dos supervisores e apoiadores do Mais Médicos para promover mudanças nas organizações de saúde e nos territórios são limitadas. Para interferir de maneira efetiva nos processos de trabalho das equipes, seria preciso que tivessem liderança reconhecida por seus pares, além de certa autoridade delegada e reconhecida pela gestão local. Clínicos costumam acionar colegas de profissão quando estão buscando informações, e já se sabe que a *expertise*, a experiência e a localização geográfica dos colegas consultados podem influenciar o fluxo dessa informação. (SIBBALD et al., 2013) Infelizmente, nem sempre é o lugar institucional e profissional dos supervisores e apoiadores desse e de outros importantes programas de saúde.

Já a proposta de expandir a influência do processo de formação dos residentes para toda a rede de serviços parece mais promissora. Os preceptores podem ser atores fundamentais nesse processo. Com a massificação da residência, vai haver expansão também dos preceptores. Do ponto de vista institucional, essa é possivelmente nossa massa de formadores com maior legitimidade e potência para promover mudanças efetivas e sustentáveis nas práticas em saúde. Talvez seja interessante, inclusive, pensá-la de maneira hierarquizada, com redes formando redes. Precisamos desenhar propostas viáveis, que ajudem a responder as seguintes questões operacionais: As aulas dos residentes seriam abertas para os demais profissionais? Qual a contrapartida para estes por participarem? Qual a efetividade disso? Alguns módulos práticos da formação, como habilidades de comunicação ou ressuscitação cardiopulmonar, poderiam ser oferecidos anualmente para toda a rede? Quais os recursos necessários para tal?

Temos concordância sobre a disputa de origem em torno dos papéis dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas práticas de EPS e, por extensão, na qualificação da rede de serviços. A EPS pode e deve ser um dos eixos de atuação dos NASFs, o que carrega a potencialidade de promover mudanças na forma de discutir e buscar soluções para os problemas complexos da APS. No entanto, ressalvo que: (i) a EPS deve acontecer principalmente durante o manejo de problemas concretos – durante atendimentos, visitas ou grupos conjuntos ou durante uma discussão de divisão de tarefas no cuidado de um caso complexo etc.; (ii) a EPS inserida desse modo como eixo de atuação dos NASFs representa mais uma mudança do modo de atuar desses núcleos do que de sua função; (iii) é um equívoco atribuir ao NASF, enquanto equipe, em escala nacional, a tarefa de problematizar os processos de trabalho das equipes de atenção primária à saúde (APS), não apenas por serem

normalmente profissionais com menos experiência na atenção básica do que aqueles que apoiam, mas também por não terem liderança clínica ou delegação de gestor para “revelar”, “criticar”, “responder” problemas no processo de cuidado, que inevitavelmente emergem durante discussões de problemas clínicos e sanitários complexos. O DAB/MS tem buscado definir mais precisamente papéis e modos de atuar dos NASFs que sejam capazes de integrar de fato a EPS nas ações de cuidado. Um curso de aperfeiçoamento em apoio matricial com ênfase nos NASFs, recentemente concebido em parceria com a ENSP/FIOCRUZ, traz material interessante nesse sentido e merece a consulta. (MELO, 2014)

Concordo com a avaliação de limitação das iniciativas UNASUS e Telessaúde como ferramentas de EPS, especificamente. Porém, ambas carregam potencial para trabalhar outras brechas do sistema, como a necessidade de atualização para condutas clínicas (educação continuada) e a incorporação de maior papel de regulação e, por consequência, de coordenação pela APS. Por exemplo, diminuir filas para média complexidade nem sempre significa burocratização do acesso, podendo ser mecanismo de promoção de eficiência do sistema, ampliação do acesso e melhoria da equidade. Ao mesmo tempo que o acesso à APS deve ser facilitado de forma a garantir a todas as pessoas contato pessoal, rápido e regular a um profissional de saúde, o acesso à atenção especializada deve contar com mecanismos cada vez mais sofisticados e eficientes de coordenação. UNASUS e Telessaúde podem ser ferramentas importantes para o desenvolvimento e para a sustentabilidade do sistema, ainda que seu melhor uso nem sempre seja como estratégia de EPS.

Por fim, penso que podemos tomar cada uma das três provocações colocadas diretamente para o MS

– rever a atuação dos apoiadores, redefinir os modos de financiamento e oferecer EPS para a própria equipe do MS – como metadesafios da construção da política de EPS. Ao definir o conteúdo, os métodos, objetivos e resultados esperados desses processos, estamos contribuindo para essas mesmas definições na política de EPS, em um processo interativo de mudança nas equipes de gestão e dos serviços.

### **Uma proposta para as Secretarias Municipais de Saúde**

Em que pese a concordância teórica com a importância que as regiões de saúde poderiam ter no desenvolvimento e execução de uma política de EPS, é preciso também reconhecer que as regiões ainda são na maior parte do Brasil um território embrionário e muitas vezes fictício, e a EPS não é um projeto com fôlego ou potência para organizá-las. Nesse contexto, os municípios são o cenário com maior potencial de produção e operacionalização de mudanças na política de EPS. Não por acaso, os desafios apresentados pelos autores para as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) são o maior acerto do texto. Assim, gostaria apenas de reapresentar a proposta descrita de forma a destacar alguns pontos:

- Identificar atores que já desenvolvem experiências importantes em EPS (ou, em outras palavras, que acharam caminhos para os desafios de seu cotidiano) – esta pode ser uma forma mais efetiva do que a guerra conceitual de comunicar o que a política de EPS quer de fato induzir.

- Promover formalmente o reconhecimento desses atores como lideranças para promover qualificação dos serviços, por meio de estratégias locais (formalização da função de preceptores com premiação simbólica ou

financeira, definição clara de contrapartida destes na qualificação da rede, como produção de protocolos ou participação em educação permanente dos pares etc.) ou regionais (agenciamento de encontros com outras equipes, serviços, municípios em posição de “tutoria” etc).

- Incluir esses atores na formulação, implantação e condução dos processos de EPS, aproximando-os de funções de apoiadores ou mesmo gestores locais de processos de qualificação da rede, preferencialmente sem removê-los totalmente da posição que os legitima como lideranças clínicas nos serviços.

### Repensar a formação a partir dos serviços

As políticas de regulação da integração ensino e serviço e contratualização entre SMS e instituições de ensino superior (IES) podem ser fundamentais na redefinição de papéis desses atores na gestão dos processos formativos e de EPS, incluindo a organização das atividades dos estudantes e preceptores. Tradicionalmente, a relação é desigual no sentido das IESs, que definem as formas de uso da rede de saúde. Esses usos poderiam ser mais efetivos para o desenvolvimento da força de trabalho e do próprio sistema de saúde se conduzidos com a centralidade – e responsabilidade – de quem gerencia os serviços. A contratualização, por exemplo, por meio do COAPES (BRASIL, 2014), pode ajudar a definir melhor não só as obrigações e responsabilidades na formação dos profissionais, mas também as contrapartidas de cada parte para a outra.

Por fim, abordando o desafio colocado para as IESs, de repensar a formação de profissionais de saúde, não acho que este seja mais um desafio apenas das IESs. Hoje, o conhecimento sobre o sistema de saúde, sobre as formas

de gerir serviços e pessoas e de produzir cuidado, e mesmo sobre a formação e desenvolvimento dos profissionais, emerge em grande parte dos próprios serviços. As IESs devem ser provocadas como parceiras de um processo de identificação, certificação, institucionalização de redes formadoras, promovendo nos serviços a capacidade de formação e desenvolvimento de profissionais e incluindo a produção de práticas aceitáveis, sustentáveis, efetivas de EPS. Em muitos casos, é salutar que as IESs possam ser influenciadas pelos serviços, mais até do que influenciá-los. Enquanto os cursos da saúde ainda são geridos pelo Ministério da Educação, que se possa trabalhar para criar gradientes de *expertise* formador que tensione as IESs e os demais atores a se reposicionar. Em vez de uma guerra de tomada de posições, uma máquina de produção de posições.

### Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial N. 10, de 20 de agosto de 2014.** Institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde.

JACOB, G. A review of continuous professional development in general practice – a report by the Chief Medical Officer. **United Kingdom**, Department of Health, 1998.

MELO, E. A (org.). **Caderno do curso: apoio matricial na atenção básica, com ênfase nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf):** aperfeiçoamento. Organizado por Eduardo Alves Melo e Luciana Alves Pereira. Rio de Janeiro: EaD/ENSP, 2014.



MITTON, C. et al. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. **Milbank Q**, 2007, dec 1; 85(4):729–68.

O'BRIEN, M.A. et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev.**, 2007, oct. 17; (4): CD000409. Review.

SIBBALD, S.L. et al. Knowledge flow and exchange in interdisciplinary primary health care teams (PHCTs): an exploratory study. **J. Med. Libr. Assoc. Jmla**, 2013, apr; 101(2):128–37.

THOMPSON, G.N.; ESTABROOKS, C.A.; DEGNER, L.F. Clarifying the concepts in knowledge transfer: a literature review. **J. Adv. Nurs**, 2006, mar 1; 53(6):691–701.

## PARTE II

### Desafios da Política de Educação Permanente em Saúde

## **EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: experiência na atenção básica**

*Ione Ferreira Santos  
Mara Quaglio Chirelli  
Silvia Franco da Rocha Tonhom  
Maria Neusa Pegorari Molaro*

### **Contexto da educação permanente na Faculdade de Medicina de Marília (Famema)**

Considerando as perspectivas de mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde e a necessidade de transformação dos modelos de assistência à saúde e que ambos caminhem no sentido de proporcionarem respostas às necessidades de saúde das pessoas, torna-se imprescindível o debate sobre a parceria.

Propõe-se, conforme concepção do ideário do projeto, entendendo parceria como um trabalho articulado sem que cada um perca sua autonomia, uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde – união com a comunidade (UNI), junção do serviço, universidade e inclusão da comunidade como um ator fundamental nesse processo. Contudo, é importante enfatizar que a

conquista desse processo de parceria não se trata de algo simples, muito pelo contrário, trata-se de um espaço onde estarão na “arena” interesses diversos que necessitam ser gerenciados. Entre tantos conflitos presentes, destacamos alguns, como a perda do poder e a necessidade de rever sua concepção quanto ao uso da comunidade como objeto de estudo pela universidade; a compreensão do serviço de que a academia é um recurso para aumento de cobertura, além da visão de que a comunidade é objeto de trabalho e não agente ativo na cogestão do serviço e, por sua vez, tem a necessidade de desconstruir uma trajetória de passividade diante das dificuldades.

A Faculdade de Medicina de Marília (Famema), na década de 1980, indo ao encontro do movimento da reforma universitária, implanta o Programa de Integração Docente Assistencial (PIDA), possibilitando um maior envolvimento dos docentes nos serviços de assistência e inserindo-os na rede básica de atenção. (COSTA; FRANCISCO; HAMAMOTO, 2012)

Na década de 1990, com o apoio da Fundação W. K. Kellogg e assessorias com especialistas da área educacional, a faculdade propõe a construção de um novo projeto educacional e a mudança curricular para os cursos de Medicina (1997) e Enfermagem (1998). A proposta era transpor de um modelo de ensino tradicional para a utilização de formas ativas de ensino-aprendizagem como Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no curso de Medicina e Problematização no curso de Enfermagem. Esse projeto estava em consonância com o movimento da Reforma Sanitária da década de 1980 e com a proposta da Constituição Federal de 1988, manifestada pelo emblema “Saúde para todos no ano de 2000”.

Assim, buscou-se uma estratégia que possibilitasse a articulação horizontal, conquistando uma participação

ativa e equitativa nas estruturas de poder dos projetos UNI e organizando-se por níveis com uma estrutura matricial e funcional. Nesse sentido, temos: nível político - ter-se clareza e compromisso político de cada componente; nível diretivo - buscar garantir a direção e a institucionalização das inovações com estratégias que possibilitem a representação dos três componentes; nível executivo - garantir o cumprimento dos propósitos, dos objetivos e da direcionalidade do projeto; nível operativo - planejar, executar e avaliar os projetos, com estratégias de se constituírem grupos de trabalho interdisciplinares e intersetoriais, com construções de forma ativa dos membros. (MÚNERA et al., 1999)

Nessa lógica, a construção de cenários favoráveis deve ocorrer garantindo os seguintes princípios: a porta de entrada e a inserção dos projetos com o aval e compromisso firmado entre os componentes, buscando assim a governabilidade dos processos de mudança; a participação dos três desde a elaboração da proposta; a definição de instâncias tripartites para direcionar os trabalhos, inclusive os recursos financeiros, se houver; o desenvolvimento de estratégias que oportunizem o maior número de participantes e de forma ativa nesse processo. (FEUERWERKER; SENA, 1999)

Tendo em vista as mudanças dos currículos de Enfermagem e Medicina, aos docentes cabia efetivamente a responsabilidade na prática pela implementação das mudanças entre os estudantes. Assim, fazia-se necessário o apoio para esses profissionais, quando foi instituída uma coordenação responsável pela elaboração de estratégias para “capacitação” destes. Foi constituída, então, uma equipe de capacitação docente, com a finalidade de desenvolver o Programa de Capacitação Docente da FAMEMA, que agregou colaboradores docentes de diversas áreas que se identificavam com a proposta institucional de transformação do modelo educacional.

Em 2003, uma nova reforma curricular foi proposta, tendo como finalidade a formação de médicos e enfermeiros com visão crítica, reflexiva e humanista, em sintonia com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para as duas carreiras. (BRASIL, 2001; 2014) Essa proposta compreendia a formação profissional em articulação com o mundo do trabalho, enfatizando a integração ensino-serviço, fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) e preparando os futuros profissionais para reconhecer as necessidades de saúde da população. Nessa lógica, um novo desenho curricular foi proposto, e a contribuição de docentes, discentes, profissionais da saúde e da comunidade na construção desse projeto ampliou a validade e a relevância das propostas.

Atualmente, os currículos dos cursos de Enfermagem e Medicina alicerçam-se em três unidades: Unidade de Prática Profissional (UPP), Unidade Educacional Sistematizada (UES) e Unidade Educacional Eletiva (UES). Nesta, adota-se a Aprendizagem Baseada em Problemas e na UPP, a Metodologia da Problematização.

A Unidade de Prática Profissional se desenvolve no cenário real, ou seja, em Unidades de Saúde da Família (USFs), em ambulatórios ou na área hospitalar, bem como no cenário simulado no Laboratório de Prática Profissional (LPP).

Aparece, então, a necessidade de se repensar o programa de capacitação que foi então organizado a partir do referencial de Educação Permanente (EP), voltado para o desenvolvimento docente a partir da problematização da sua prática entre os estudantes. Era preciso, também, um olhar para os profissionais da saúde envolvidos no processo de formação de médicos e enfermeiros na FAMEMA.

Ao ser instituído o Programa de Desenvolvimento Docente (PDD), trabalhamos várias situações de EP nos

diversos cenários de ensino-aprendizagem, sendo que nestes trabalha-se a reflexão e a reconstrução a partir dos cenários de prática.

Tem sido um desafio a instituição da política nacional de EP, desde 2003, ao propor descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica, ao invés de manter a proposta de grandes centros de excelências, com concentração de capacidades. Ao se constituir em atividade finalística para o desenvolvimento da qualidade do trabalho, a EP está ancorada como estratégia fundamental para que ocorra transformação das práticas, com atuação crítica, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. (CECCIM, 2005)

A proposta de EP traz consigo a importância do processo educativo no trabalho para a sua transformação. Tem como intenção a qualidade do cuidado, a comunicação e o compromisso social entre os trabalhadores de saúde, os usuários, os gestores, as instituições formadoras e o controle social. Estimula a produção de saberes, valorizando a experiência, a formação anterior e a cultura do sujeito nas práticas de trabalho em saúde em um contexto. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Assim, o Ministério da Saúde propõe a EP como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. (CECCIM, 2005)

Silva, Leite e Pinno (2014), ao pesquisarem sobre a construção e sobre o desenvolvimento dos planos regionais de EP nas Comissões Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIESs), destacam a importância da articulação dessa comissão na elaboração das políticas educativas. Apontam a participação de diversos segmentos sociais e profissionais nessa formulação, e ressaltam que esta

possibilita o diálogo com docentes e discentes e com os demais segmentos, permitindo circular os preceitos da EP nos espaços acadêmicos, aproximando teoria da prática.

Para que se obtenham as transformações nos espaços e, nos respectivos processos de trabalho, precisa-se de mudanças nas práticas profissionais e na sua organização, ao transacionar de maneira integrativa ações educativas, de atenção e gestão. (SILVA; LEITE; PINNO, 2014, p.421)

Nessa perspectiva, ao constituir um novo desenho e estratégias no processo de formação dos profissionais de saúde na graduação, com um currículo integrado e orientado pela matriz dialógica de competência, há a necessidade de se constituir parceria com os serviços de saúde e comunidade para viabilizar as ações a serem realizadas.

No referencial de competência, há diferentes matrizes de fundamentação, uma vez que essa noção começa a ser utilizada no campo do trabalho, por volta dos anos 1980, em vários países, visando à flexibilização dos processos produtivos, num cenário de globalização econômica competitiva. (DELUIZ, 2001) Segundo Ramos (2001), o referencial de competência baseia-se em matrizes, dentre estas a condutivista ou behaviorista, funcionalista e construtivista. A matriz australiana, que está inserida no referencial construtivista, compreende a competência numa relação holística e integral e se expressa pelo desempenho das pessoas num determinado contexto, ao resolver diferentes situações e combinar, de diferentes formas, uma rede de atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) no movimento da atividade realizada, incorporando também a ética e os valores. (RAMOS, 2001)

Nos currículos orientados por competência, são selecionados conteúdos que possam ser mobilizados em situações da prática profissional, e os resultados a serem obtidos dirigem o processo de desenvolvimento do conhecimento. Portanto, a abordagem conceitual sobre competência, nessa perspectiva, é aquela que busca o entendimento de forma integral, e para tanto considera para o processo educacional os resultados, os atributos pessoais e o contexto específico no qual se desenvolve determinada atividade. Essa abordagem é denominada dialógica e procura desenvolver os atributos cognitivos, psicomotores e afetivos, o que só é possível a partir do vínculo entre a formação e o mundo do trabalho, cenário no qual as práticas profissionais se desenvolvem. Ao adotarmos a matriz de organização curricular integrada e orientada por competência dialógica, estamos assumindo uma proposta que vai ao encontro do exposto nas diretrizes curriculares nacionais para a formação de médicos e enfermeiros. (LIMA, 2005; ARAÚJO, 2007; SANTOS, 2011; BRASIL, 2014)

Sturgis e Patrick (2010) referem três aspectos importantes na formação baseada na competência: o primeiro, que os estudantes desenvolvem domínio/ autonomia por meio da aplicação dos seus conhecimentos e habilidades; um segundo, relacionado com a clareza dos objetivos de aprendizagem, que devem ser compartilhados com os estudantes e esses assumem a responsabilidade por sua aprendizagem, aumentando seu envolvimento e motivação nesse processo; e o terceiro, relacionado à avaliação formativa que deve estar alinhada com os objetivos de aprendizagem. Os estudantes têm um *feedback* imediato, motivador, fazendo com que o processo de avaliação se torne um momento de aprendizagem significativa.

Buscando a construção do conhecimento a partir do mundo do trabalho, Batista (2006) considera que, no contexto da concepção ampliada de saúde, têm-se observado propostas de formação que busquem articular ensino-serviço-comunidade, formação-controle social, ensino-realidade, ensino-pesquisa-extensão. Estas geram expectativas de promover mudanças nos processos de ensino e aprendizagem tradicionais, centradas nos conteúdos biológicos e na intervenção curativa. Buscam, ainda, compreender como aprender, como integrar cognição-afeto-cultura e a possibilidade do desenvolvimento de uma competência profissional vinculada a uma prática de integralidade na assistência ao indivíduo e à comunidade. Nesse sentido, as propostas curriculares na formação médica apontam para as relações de proximidade e troca com o cotidiano dos serviços, tendo uma perspectiva de trabalho em saúde que transcende os fazeres individualizados de cada profissão.

Gonzalez e Almeida (2010) falam a respeito do descompasso entre a formação dos novos profissionais e as necessidades dos usuários do sistema como um grande entrave da relação Serviços de Saúde e Ensino em Saúde além de identificarem a necessidade de uma articulação entre os papéis da academia e dos serviços de saúde. Os autores consideram que buscar novos conceitos e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar o paradigma hegemônico, instalado firmemente dentro e fora das instituições de ensino. Cabe a todos o papel de protagonista na transformação dos conceitos e das práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde, isto pode começar através da universidade, do colegiado ou do departamento, mas se não chegar à sala de aula e à relação professor aluno, de nada adiantará a

mudança nas diretrizes curriculares ou as imposições de um colegiado ou de uma universidade.

Trabalhar com a implementação das ações planejadas exige um movimento de discussão permanente com os profissionais que farão parte desse processo. Portanto, temos utilizado como estratégia a realização de educação permanente em saúde com todos os sujeitos implicados no desenvolvimento dos desempenhos entre os estudantes nas unidades educacionais.

Apresentamos, neste capítulo, a experiência realizada com os facilitadores da Unidade de Prática Profissional da primeira e da segunda série dos cursos de Medicina e Enfermagem e da quarta série de Enfermagem da FAMEMA.

### **Educação Permanente em saúde no acompanhamento das atividades da Unidade de Prática Profissional**

#### *O processo na primeira e na segunda série*

A primeira série dos cursos de Enfermagem e Medicina está organizada em duas unidades educacionais que empregam métodos ativos de ensino-aprendizagem. Na Unidade de Prática Profissional (UPP 1), é utilizada a Problematização, e na Unidade Educacional Sistematizada (UES), a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). As atividades teóricas são realizadas na Unidade de Educação e as atividades práticas, nas Unidades de Saúde da Família (USFs), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SMS). O que tem sido fundamental para o desenvolvimento do currículo dos cursos de Medicina e Enfermagem ao longo de décadas, representando um dos principais eixos na mudança da formação de profissionais

da saúde. Assim como a utilização de modelos educacionais centrados no estudante e de um modelo curricular em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais vigentes também busca atender às exigências atuais e prepará-lo para o tempo futuro. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015c)

As atividades práticas na UPP 1 são realizadas nas USFs, em grupos compostos por oito estudantes de Medicina e quatro estudantes de Enfermagem, em três períodos semanais, sob a coordenação de dois professores, sendo um docente – médico ou enfermeiro da Famema – e um preceptor, enfermeiro ou médico da USF. Essa unidade tem o suporte das atividades complementares, do Laboratório de Prática Profissional (LPP), que ocorre uma vez por semana com situações simuladas, e do Apoio à Prática Profissional (APP), que ocorre nos períodos de atividade da UPP 1. Essas atividades possibilitam a vivência do trabalho em equipe multiprofissional e a aprendizagem a partir da ação, pela atenção e cuidado integral à saúde da pessoa, considerando o contexto familiar e comunitário. Permite ainda o conhecimento das características epidemiológicas da área de abrangência, incluindo a rede, a estrutura e a representação social das pessoas nesse contexto. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015c)

Os estudantes atuam nas áreas do cuidado individual e coletivo, na organização e gestão do trabalho em saúde e na iniciação científica. Para isso, devem desenvolver e mobilizar recursos cognitivos, afetivos e psicomotores por meio da realização das tarefas pautadas na identificação das necessidades de saúde, formulação do problema da pessoa ou de grupos de pessoas, elaboração, execução e avaliação do plano de cuidado, bem como a organização do trabalho de acordo com o grau de autonomia e domínio esperado para a primeira série, além do desenvolvimento

do raciocínio científico. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015c)

A segunda série dos Cursos de Enfermagem e Medicina busca dar continuidade ao desenvolvimento de habilidades nas áreas do cuidado individual, do cuidado coletivo, de gestão dos serviços de saúde e de iniciação científica, iniciados na primeira série. É composta também pela Unidade de Prática Profissional 2 (UPP 2), Unidade Educacional Sistematizada 2 (UES 2) e Unidade Educacional Eletiva (UEE). A UPP2 conta com o apoio do LPP e essas atividades são previamente organizadas pelos docentes da série. Para isso, fundamenta-se na lógica da vigilância em saúde, com ênfase na atenção primária, já iniciada na primeira série. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015b)

Desde a primeira série dos cursos, a inserção responsável e comprometida de estudantes, docentes e preceptores nos cenários reais, visando à integração prático/teórico e ensino/serviço, vem sendo o alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer e conhecer. Além disso, os estudantes necessitam estar em contexto da prática para exercitarem a iniciativa, serem capazes de realizar análises “para identificar, planejar, propor, executar soluções de problemas e avaliar o processo”, bem como para investirem em trabalho em equipe, considerando a integralidade do cuidado na lógica da vigilância à saúde. Para tanto, os estudantes devem desenvolver habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras. Devem levar em conta as necessidades de saúde individuais e coletivas para propor medidas que ampliem o cuidado e, conseqüentemente, melhorem as condições de vida das pessoas, respeitando o grau de autonomia e domínio compatível com a segunda série. Necessitam, ainda, entender como as múltiplas dimensões de qualquer problema de saúde se

apresentam em um caso específico, como se articulam e como determinam o processo saúde-doença, bem como a gestão e a organização do processo de trabalho da equipe de saúde. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015b)

Nos diferentes cenários de ensino/aprendizagem utilizados para seu desenvolvimento, as atividades são realizadas em pequenos grupos, e os estudantes são estimulados a problematizar as situações e desafiados a descobrir e conhecer os caminhos que lhes permitam aprender e construir sua formação profissional. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015b)

Como apoio à atividade dos docentes e preceptores nos diferentes cenários, estes estão inseridos no Programa de Desenvolvimento Docente (PDD), com o objetivo de realizar atividades de Educação Permanente (EP). Esta se propõe a promover a discussão do processo de trabalho pedagógico, visando a aprimorar a prática, a produzir novos conhecimentos e a contribuir para a gestão acadêmica. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015b)

No processo de EP, participam os facilitadores da UPP, sendo estes os professores e os preceptores. Os preceptores são os que acompanham os graduandos nas atividades junto com professores, os quais têm o papel de mediação durante as atividades com os estudantes.

Fazemos o processo de EP em todas as séries dos dois cursos, em quase todas as atividades. Damos destaque, neste momento, às atividades de EP relacionadas à atenção básica (AB), nas quais também participam os preceptores.

A EP nas UPPs 1 e 2 para os professores ocorre a cada 15 dias, no mesmo período em que se desenvolve a atividade do LPP. Já a atividade de EP, em que estão os preceptores e os professores, acontece uma vez por mês.

Identificamos que algumas conquistas foram construídas ao longo dos anos de implementação da mudança curricular, dentre estas a própria parceria com a AB para que pudéssemos elaborar um processo de EP que sustentasse as mudanças. Essa parceria tem permitido o desenvolvimento de capacitação permanente dos profissionais da rede de AB para trabalharem com os princípios do currículo, por meio de um processo de reflexão do seu trabalho cotidiano. Além de sustentarem a formação dos professores e identificarem novas necessidades constantes, sendo esse eixo da EP um dos focos da gestão das ações para que ocorra a implementação do Projeto Pedagógico dos Cursos (PPC) da graduação.

Outra conquista das UPPs 1 e 2, nas atividades de EP, diz respeito à participação de professores do apoio no LPP, os quais são profissionais da área de comunicação. Esses profissionais, em alguns momentos, também têm a oportunidade de se deslocarem para os cenários de prática real na AB, apoiando os facilitadores da UPP nas atividades cotidianas e nos processos de recuperação dos estudantes, após momentos de avaliação sobre o cuidado às necessidades individuais.

Desde o início de 2015, começamos a organização da atividade EP das UPPs 1 e 2 a partir do planejamento das nossas atividades junto com os professores dessas séries. Trabalhamos tendo como foco o desenvolvimento dos desempenhos da série, buscando contemplar as três áreas de competência, utilizando como estratégia oficinas de trabalho e partindo das experiências prévias dos professores.

A partir das experiências e dos desempenhos estabelecidos para cada série, nas três áreas de competência, planejamos as atividades para o ano, considerando o grau de autonomia e o domínio dos desempenhos.



Importante destacar a participação dos preceptores nessa atividade, considerando que a descrição do contexto dos cenários de prática profissional foi essencial para que pudéssemos identificar como trabalhar as estratégias de ensino e aprendizagem.

Neste sentido, o fortalecimento da parceria com o serviço foi apontado como fator ímpar para que as ações fossem construídas e acompanhadas, tendo a necessidade de se pactuar sobre a continuidade da participação dos preceptores nas atividades de EP junto com os docentes.

A partir dessa oficina de planejamento, realizamos, mensalmente, a atividade de EP por meio de oficinas de trabalho, para que os professores possam discutir sobre o desenvolvimento das práticas da UPP, identificar as necessidades de formação que sustentem essas práticas e realizar a formação dos professores.

Dentre as formações que foram identificadas no planejamento ou ao longo do ano, estão a utilização do portfólio como instrumento de aprendizagem para o estudante e a implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ação das equipes de saúde.

No projeto de implementação do PTS na AB, formamos uma equipe com integrantes da SMS e da FAMEMA, com a finalidade de planejarmos as estratégias a partir do contexto existente e propormos a formação das equipes e dos professores (UPP, LPP e preceptores das residências multiprofissionais) para operarem o PTS. Além de pensarmos as estratégias de implementação nas USFs nas quais temos atividades das UPPs 1 e 2 e da UPP 4, da Enfermagem.

## **O desenvolvimento da EP na quarta série no curso de Enfermagem**

Outra atividade de EP que também realizamos no cenário da AB é o da UPP 4 do curso de Enfermagem que ocorre em um período a cada mês, envolvendo os professores e preceptores.

A UPP 4 tem como propósito que o estudante, ao longo da série, possa construir autonomia e domínio no desenvolvimento do cuidado em saúde, na perspectiva da vigilância em saúde, contemplando o cuidado individual, coletivo e a organização do processo de trabalho em saúde. O desempenho esperado do estudante nos cenários da UPP 4 norteia-se pelo referencial da integralidade no cuidado em saúde, o qual fundamenta o processo de cuidar e a organização do trabalho. Esse referencial está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. O processo de ensino-aprendizagem cria possibilidades de construção e reconstrução da prática social, permite uma exposição e exploração dos valores, conhecimentos e habilidades que cada estudante já possui e a reflexão e análise com construção de novas capacidades. Para atender à integração dessas proposições, a UPP 4 busca desenvolver estratégias educacionais que promovam o desenvolvimento da prática integral à saúde, em situações reais e simuladas, possibilitando aos estudantes exercerem a prática profissional. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015a)

Em concordância com esse referencial, a série contempla a proposta de estágio supervisionado que possibilita ao estudante a compreensão dessa dimensão do cuidado e o coloca como participante do processo do trabalho em saúde, fazendo com que ele sinta a necessidade de desenvolver um saber, um saber fazer, um saber ser e um

saber conviver. Vivenciar situações reais e diferenciadas o impulsiona a exercer e a amadurecer o seu papel profissional com mais qualidade, habilidade e segurança, ao articular o conhecimento teórico com o fato vivenciado. A práxis é transformadora, tanto para o contexto acadêmico quanto para o do trabalho da organização de saúde. O estudante participa das reflexões que buscam modificar e inovar o espaço dos serviços de saúde e desenvolve competências de acordo com a individualidade, com o coletivo e com a organização do serviço no qual está inserido. (BENITO, et al. 2012)

Nessa série, os estudantes são inseridos nos cenários hospitalar e da AB, permanecendo um semestre em cada local. Nos cenários reais desenvolvidos na AB e no hospital, o estudante é acompanhado por enfermeiros, denominados preceptores de cenário, e por docentes da série. Esses profissionais, cada qual com suas especificidades, relacionadas aos serviços de saúde e à academia, contribuem com o processo de ensino-aprendizagem, na medida em que propiciam a construção do conhecimento a partir da reflexão do trabalho em saúde desenvolvido pelos estudantes. O que se configura no encontro entre o sujeito da aprendizagem e a realidade social. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015a)

Para desenvolver, nos cenários reais, os desempenhos das áreas de competência do cuidado às necessidades coletivas e de organização e gestão do processo de trabalho em saúde, a UPP 4 utiliza também como estratégia o Exercício de Avaliação de Planejamento em Saúde (EAPS) fundamentado no referencial do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para tanto, busca compreender o contexto social e a produção de cuidado por meio dos indicadores de saúde, refletindo na equipe de saúde o processo de cuidar articulado com os pressupostos do SUS e propondo

intervenção nessa realidade. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015a)

Nesse sentido, destacamos que um dos desafios para as equipes da ESF e estudantes da UPP 4 foi a utilização dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) durante a elaboração do EAPS. Esse foi trabalhado com a equipe de saúde da AB, a partir da parceria, iniciando-se pelos dados coletados no PMAQ-AB e tendo como finalidade selecionar o problema a ser trabalhado pela equipe da USF. Para, assim, poder intervir na situação problema investigada. Como exemplo, uma unidade de saúde trabalhou com os resultados dos dados coletados em 2014, selecionando como problema a hipertensão. Utilizamos outro instrumento, já aplicado no Programa de Educação para o Trabalho (PET 1) de Marília, em uma das áreas de abrangência, o qual identificava dados de caracterização clínica e de acompanhamento dos usuários hipertensos na USF. Recurso este adotado para que pudéssemos diagnosticar as necessidades de saúde coletiva, identificar os problemas e elaborar o plano de cuidado coletivo com todos os profissionais da USF e acompanhar os usuários hipertensos.

Na EP da UPP 4, também temos como intenção realizar a atividade por meio de oficina de trabalho, na qual também utilizaremos como estratégia o acompanhamento das ações desenvolvidas nos cenários de prática profissional. Método a ser aplicado para que possamos refletir e planejar como os professores estão operando com os desempenhos, considerando que nessa série necessitamos atingir a maior complexidade no grau de autonomia e domínio. Nos últimos anos, o que nos tem desafiado na EP diz respeito à capacitação dos preceptores acerca de como operar a partir dos referenciais do PPC.

## Considerações finais

Nessa lógica estabelecida, a prática de EP tem contribuído para a identificação das necessidades no percurso e para, a partir destas, replanejar e construir as estratégias de acordo com o contexto, mas também fortalecer o que se reconhece como conquistas.

A prática orientada pela matriz dialógica de competência requer parceria com os cenários de prática profissional e, nesta, a negociação permanente sustentada pelos princípios do PPC.

Nas pactuações, estão presentes as necessidades de cada parceiro, sendo oportuno apresentar os objetivos de cada segmento para que estes, em conjunto, possam planejar as ações a serem realizadas, considerando os entraves e as potências de cada um.

## Referências

ARAÚJO, D. Noção de competência e organização curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, p. 32-43, jun. 2007. Suplemento 1. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1422/1059>. Acesso em: 28 jun. 2015.

BATISTA, S.H.S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 39-46, jan./abr. 2006.

BENITO, G.A.V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 172-178, jan./fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2014, seção 1, p. 8-11.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 1133, de 7 de agosto de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2001, seção 1, p. 131.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n.10, p. 975- 86, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** [online]. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65. 2004.

COSTA, M.C.G.; FRANCISCO, A.M.; HAMAMOTO, C.G. O envolvimento de diferentes parcerias na formação do profissional. In: MORAES, M.A.A. et al. (org.). **Avaliação nos cursos de medicina e enfermagem**: perspectivas e desafios. Curitiba: CRV, 2012, p. 163-199.

DELUIZ, N. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. **Humanizar cuidados em saúde**: uma questão de competência. Brasília, 2001, p. 27-38.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Curso de Enfermagem**: Unidade de Prática Profissional - UPP. Marília, 2015a.

\_\_\_\_\_. **Necessidades de Saúde 2 e Prática Profissional 2**. Marília, 2015b.

\_\_\_\_\_. **Unidade Educacional 1**: Unidade de Prática Profissional e Unidade Educacional Sistematizada. Marília, 2015c.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; LLANOS, M. (org.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. t. 1. São Paulo: HUCITEC, 1999, p. 47-82.

GONZALEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, v. 3, p. 757-762, 2010.

LIMA V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-380, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

MÚNERA, L.J.G. et al. Como construir a parceria. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; LLANOS, M. (org.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. t. 2. São Paulo: HUCITEC, 1999, p. 41-44.

RAMOS, M.N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação?. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a12v35n1.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

SILVA, L.A.A.; LEITE, M.T.; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. Rio de Janeiro, **Trabalho Educação Saúde** [online], v. 12, n. 2, p. 403-424, 2014.

STURGIS, C.; PATRICK, S. **When failure is not an option**: designing competency-based pathways for next generation learning. Vienna: iNACOL, 2010. Disponível em: <[http://depts.washington.edu/uwcel/inacol\\_failurenotoption.pdf](http://depts.washington.edu/uwcel/inacol_failurenotoption.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2015.

## **O PMAQ-AB COMO UMAS DAS ESTRATÉGIAS DE ESTÍMULO À PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

*Daniela Tozzi Ribeiro  
Deisy Tolentino do Nascimento  
Fernanda Monte da Cunha  
Jeanice da Cunha Ozorio  
Aline Vargas Ferreira  
Thais Chiapinotto dos Santos  
Angelo Pagot Zortea  
Mirceli Goulart Barbosa  
Alcindo Antônio Ferla*

Como diretriz e princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso e a qualidade dos serviços de saúde são prioridades que contemplam a agenda do Ministério da Saúde (MS), bem como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), em que também está explicitada a relação com os propósitos do SUS e da Atenção Integral à Saúde, e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Também cabe ao SUS “problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social mediante participação ativa.” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Para que ocorra a difusão, o monitoramento e a avaliação de resultados quanto à qualidade prestada em saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) deve induzir avanços para repensar as práticas de trabalho, de ensino, de gestão e do controle social. Assim, está intimamente ligado à EPS, que de acordo com as diretrizes da política, em seu artigo primeiro, parágrafo único, “deve considerar as especificidades regionais e a superação das desigualdades, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.” (BRASIL, 2009) Segundo a Portaria 1654, de 19 de julho de 2011, o principal objetivo do Programa é:

Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica à saúde. (BRASIL, 2011, s.p.)

Com esse intuito, um dos objetivos do PMAQ-AB é promover a qualidade e a inovação na gestão, fortalecendo os processos de (I) autoavaliação, (II) monitoramento e avaliação, (III) apoio institucional e (IV) educação permanente nas três esferas de governo. (BRASIL, 2012a)

Portanto, a finalidade deste capítulo é refletir o papel do PMAQ-AB como um dos disparadores para a pactuação da prática de EPS nas equipes participantes do Programa. Isso significa que a potencialidade do PMAQ-AB também está atribuída a um conjunto de eixos ordenadores de ações e de reflexões, na medida em que corrobora para a discussão e fomento de uma avaliação e está implicado em novos

olhares sobre o processo de trabalho. Atua, também, como uma ferramenta capaz de estimular uma rede de ensino e aprendizagem, possibilitando a exposição do trabalho no momento do seu ato e gerando uma implicação com as práticas e com o cotidiano em saúde. Além de consolidar a EPS através da articulação gerada pelo PMAQ-AB entre usuários, profissionais e gestores.

A fim de consolidar o fortalecimento do PMAQ-AB como cultura de fomento à avaliação, através de um programa de saúde, a EPS é o plano transformador do trabalho capaz de analisar todos os processos que envolvem os diferentes cotidianos da atenção básica; reconhecendo os contextos e histórias de vida, possibilitando acolhimento e responsabilização pelas pessoas. (BRASIL, 2012b) Também o PMAQ-AB tem a incumbência de averiguar, através de suas fases, os êxitos e fragilidades encontrados na atenção básica, durante a trajetória da avaliação.

### *O que é o PMAQ-AB?*

Em primeiro lugar, classicamente, avaliar significa atribuir um juízo de valor sobre o objeto/assunto a ser avaliado, aspirando a uma ajuda na tomada de decisão. (HARTZ, 1997) Frequentemente, associa-se a avaliação a um conceito de desempenho com consequências, por vezes, negativas. Essa avaliação, geralmente, está atrelada a um processo punitivo e eliminatório, quando os resultados esperados não foram atingidos. O PMAQ-AB visa a desconstruir o viés negativo da avaliação, estimulando uma consciência permanente de análise e tomada de decisão para superar problemas e alcançar objetivos pactuados pelas equipes. Segundo Hartz (1997), a avaliação desempenha uma ferramenta de produção de informação. Através dessa informação, norteia-se uma ação buscando a

realização de objetivos comuns e a melhoria da qualidade das ações de saúde nos quesitos a serem avaliados. Portanto, mais do que atribuir juízo de valor, a avaliação opera aqui como um “organizador qualificado”<sup>1</sup> (LEITE, 2003), ou seja, pode fomentar mudanças que, no caso da saúde significa “funcionar” como combustível para a educação permanente em saúde.

O PMAQ-AB é uma iniciativa de avaliação para a melhoria e qualificação da atenção básica e foi instituído pela Portaria 1654, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), sendo organizado em quatro fases que se complementam e que acontecem de maneira contínua, a saber: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização.

A adesão e contratualização é a fase formal e voluntária de aceitação do Programa, em que a adesão é firmada mediante a contratualização de compromissos e indicadores pactuados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais em consonância com o Ministério da Saúde (MS). (BRASIL, 2012c)

O desenvolvimento, a segunda fase do PMAQ-AB, caracteriza-se pelo progresso do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de unir esforços e produzir a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. É nessa fase que acontecem as etapas de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; embora todas as etapas sejam contempladas com um olhar para a EPS, considerando

<sup>1</sup> Analisando a avaliação na educação, Denise Leite (2003) registra que a avaliação pode operar como ordenador qualificado das informações. Quando aprisionada no polo instituído, funciona como mecanismo de controle. Mas também, pode ser utilizada como “instrumento de construção de conhecimento e de responsabilidade democrática” (LEITE, 2003, p.83), produzindo mudanças.

o PMAQ-AB como um Programa que atua no sentido de avaliar o *modus operandi* do trabalho, da participação do usuário e da gestão. (BRASIL, 2012c)

A terceira fase do Programa é a avaliação externa, composta por um conjunto de ações que buscam averiguar *in loco* as condições de acesso e qualidade da atenção básica nos diferentes territórios. (BRASIL, 2012a; 2012c)

Finalmente, na quarta fase do PMAQ-AB, a recontratualização se caracteriza pelo reinício de todo o processo, dando ideia da continuidade do Programa, bem como o seguimento da EPS durante todo o ciclo. (BRASIL, 2012a)

### **O que é a EPS e como ela permeia as diferentes fases do PMAQ-AB?**

Segundo o Brasil (2014), através da Portaria 278, de 27 de fevereiro de 2014, a EPS é um processo de ensino-aprendizagem no cotidiano do trabalho. Baseia-se em um processo que tenha significado para os participantes e que proporcione repensar as práticas profissionais e transformá-las. É feita a partir dos problemas e desafios enfrentados na realidade e considera o conhecimento prévio e as experiências dos indivíduos. (CECCIM; FERLA, 2009) Não se trata de uma “fórmula mágica” para a transformação, mas de processos de negociação e de produção coletiva de iniciativas para o desenvolvimento do trabalho, sempre que houver conexão entre os atores do cotidiano.

Cabe ressaltar que, a partir dessa lógica, a EPS permeia todas as fases e subfases do PMAQ-AB, desde a avaliação e o monitoramento até a recontratualização. O PMAQ-AB instiga e provoca debates ao repensar as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva

da atenção básica, a gestão e a participação comunitária e a articulação com as necessidades dos serviços de saúde no território onde estão inseridos. A EPS invade essas questões, pois visa a transformar as práticas do fazer, do trabalho e do serviço para melhor enfrentar os desafios e solucionar problemas da comunidade e do território.

A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. (BRASIL, 2012c, p.45)

Nesse contexto, a aproximação da educação com o trabalho fomenta um aprendizado capaz de agir sobre os problemas de saúde intrínsecos e que não se distanciam da realidade em que são vivenciados. Mas é preciso que essa aproximação seja produzida com intencionalidade para desencadear mudanças; caso contrário será apenas mais uma tarefa no rol daquelas que precisam ser respondidas formalmente pelas equipes.

Diante da fase de adesão e contratualização do Programa, os gestores indicam as equipes e pactuam compromissos que serão avaliados posteriormente. Essa fase permite que as pactuações gerem esforços, formalizando, então, um dispositivo que analisará os processos de trabalho através do olhar de trabalhadores, gestores e usuários. Nessa fase, o caminho para a prática da EPS começa a ser construído conjuntamente com a avaliação. Aqui, precisa haver um estreitamento do elo entre a concepção e a execução do trabalho, pois se pactuam

metas e compromissos que influenciarão no modelo de atenção a ser prestado, sendo necessária a reformulação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo uma maior capacidade de análise, intervenção e autonomia. Esse é o momento para que as equipes a serem avaliadas pelo PMAQ-AB demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente combinadas com as necessidades e ofertas de acordo com o momento e com o contexto dessas equipes, atribuindo maior sentido, valor e efetividade. (BRASIL 2012b; 2012c) Essa capacidade de repensar e refletir sobre o cotidiano laboral na atenção básica é o prelúdio da EPS acontecendo na primeira fase do PMAQ-AB. Mas como dissemos há que ter dispositivos políticos operando para que isso ocorra.

Durante a fase do desenvolvimento, as equipes de atenção básica e as gestões municipais e estaduais realizam um conjunto de ações que têm como intuito promover movimentos de mudança, constituídas pelas dimensões de autoavaliação, monitoramento, apoio institucional e pela própria EPS. Tais dimensões estão vinculadas à EPS de forma a contribuir com o aprimoramento e desenvolvimento das potencialidades na atenção básica, induzindo ações transversais e sistemáticas.

A autoavaliação consiste, dentro das próprias equipes, na identificação e no reconhecimento das vulnerabilidades e dos produtos positivos do trabalho. Nessa etapa, a reflexão gera um pensamento crítico repleto de significados que poderão mobilizar mudanças para a melhoria da assistência e resolutividade da atenção básica. Diante disso, dá-se prosseguimento ao processo de EPS. O que permite, então, que se transforme o funcionamento dos serviços e do processo de trabalho; fazendo acontecer a EPS em sua dimensão estratégica de gestão em um processo provocador e desencadeador de mudanças no ambiente do trabalho.



Nesse âmbito, por exemplo, a inclusão dos trabalhadores faz com que se mobilizem para o próprio processo de trabalho, garantindo uma maior intervenção sobre os serviços de saúde e despertando para uma autonomia transformadora e permanente de funcionamento o que contribui para uma melhor relação e análise da vida em serviço. Portanto, um pressuposto importante da EPS é um planejamento educativo ascendente, partindo da análise coletiva dos processos laborais com identificação de nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, de maneira a construir estratégias promotoras de diálogo entre as políticas gerais e as peculiaridades dos lugares e dos indivíduos, com estímulo crescente no fazer de práticas inovadoras. A EPS é uma estratégia para que as mudanças se consolidem, gerando impacto na vida das pessoas e nos processos resolutivos da atenção básica. É preciso que ela esteja na agenda dos gestores e trabalhadores.

A subfase de monitoramento implica o uso da informação, pois subsidia a definição de prioridades e a programação das ações que devem ser pactuadas; permite o reconhecimento dos resultados alcançados e/ou formulação de intervenções cabíveis a cada caso; e fortalece a responsabilidade dos diferentes atores para a constituição da melhoria e qualificação da atenção básica. Essa subfase também deve estar apoiada em discussões crítico-reflexivas dos diversos atores envolvidos, dando prosseguimento a uma dimensão pedagógica da EPS que envolva conhecimentos, valores, planejamento e organização de trabalho.

Na subfase de EPS, que vem acontecendo ao longo de toda a trajetória do PMAQ-AB, permeando suas fases e subfases (como já vem sendo discutido até aqui), aumentam as alternativas para o enfrentamento de dificuldades. E o desenvolvimento de competências é potencializado,

levando em consideração o uso de tecnologias leves, o caráter humanizador e a valorização da escuta dos múltiplos atores.

A última subfase, o apoio institucional, tem uma função gerencial que aposta na potencialidade do trabalho. Contribui e auxilia as equipes no manejo de suas dificuldades, assim como ajuda no planejamento de intervenções e no uso das ferramentas necessárias para o aperfeiçoamento das equipes na atenção básica. E ainda, quanto ao apoio institucional, mais especificamente, no que diz no Manual Instrutivo do PMAQ-AB:

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. (BRASIL, 2012c, p.46)

Considerando já a terceira fase do PMAQ-AB, a avaliação externa busca o levantamento de informações para análise das condições de acesso e qualidade das equipes participantes do Programa. Também reconhece e valoriza os esforços dos diferentes atores envolvidos, bem como reforça as práticas de cuidado, gestão e educação em/para o serviço. Durante a realização da avaliação externa, é possível compreender quais ações, demandas, prioridades são consideradas; o significado da EPS para os trabalhadores; e quais mudanças são perceptíveis pelas equipes de saúde. Também é nessa fase que temos acesso à concretude das práticas dos serviços de saúde e que a EPS qualifica o serviço através da transformação dos problemas/desafios e da autonomia de intervenção no campo do trabalho. A

avaliação externa contribui para o entendimento da prática de EPS na medida em que analisa documentações, verifica com o profissional quais instrumentos se tem acesso para o desenvolvimento e reprodução de atividades pertinentes às melhorias no mundo do trabalho. O avaliador, ao lado do profissional, desperta uma discussão e um pensamento reflexivo sobre EPS, estabelecendo troca de informações que podem gerar uma avaliação das ofertas e ações de EPS e das demais estratégias de qualificação da gestão e do cuidado.

Enfim – na reconstrução –, institucionaliza-se um processo cíclico e sistemático de acordo com os resultados atingidos para a garantia do avanço da qualidade e do acesso na atenção básica, tanto quanto a ininterrupção da prática de EPS. (BRASIL, 2012c)

### Considerações finais

Através do desenvolvimento do Programa e suas fases, o PMAQ-AB pode possibilitar transformações de cotidianos pela avaliação, que se propõe a repensar elementos e conceitos na perspectiva estrutural da atenção básica, sob o foco do usuário e do profissional da equipe e do gestor. Essa indução potencializa a reflexão por parte das equipes sobre suas práticas e sobre seus processos laborais, desde o momento da autoavaliação até a avaliação externa, produzindo desafios e busca de soluções para os obstáculos a serem enfrentados. Portanto, o PMAQ-AB atua, não só, mas também, como um instrumento problematizador das rotinas de trabalho nos serviços de saúde, bem como de construção de novos pensamentos para questionar o que se tem feito. Esse diálogo é aliado ao que a EPS se propõe. Entretanto, é preciso que seja colocado como ação estratégica na gestão e no cotidiano dos serviços.

Logo, o PMAQ-AB possibilita a existência de uma avaliação sistemática e contínua, a fim de que se construa uma memória da atenção básica que permita absorver experiências, enfrentar obstáculos e analisar resultados, servindo de base para experiências futuras. Ao sistematizar indicadores, necessita ser compreendido como “ordenador qualificado” de indicadores e informação, que precisa ser debatido, analisado, pactuado e mobilizar os diferentes atores, produzindo conhecimentos e responsabilidades compartilhadas, de modo democrático e participativo.

No entanto, faz-se necessário pensar como agregar toda a competência desperta pelo PMAQ-AB perante a realidade das equipes e do lugar em que atuam com a prática da EPS para momentos não destinados somente ao da avaliação. Instituir a prática da EPS, indelevelmente fortalecida pela cultura avaliativa e disparadora do PMAQ-AB, que pressupõe um modelo estimulante para a melhoria e qualidade da atenção básica como um todo, da gestão aos usuários. Alimentar uma potência de formação no trabalho articulada com as demandas e necessidades da população. Ainda, concretizar, de maneira habitual, troca de experiências, discussões de casos, grupos de estudos, comunidades de práticas, apoio institucional e outras formas para que não se perca o dia a dia prático da EPS. E a construção da educação em serviço/ educação permanente em saúde tornará gregário o desenvolvimento individual e institucional, entre atenção à saúde e controle social, condições interligadas à dinâmica de avaliação e acompanhamento do PMAQ-AB.

Para isso o PMAQ-AB e a EPS precisam operar como dispositivo que põe em análise as práticas, no cotidiano. O que somente ocorre se houver determinação política dos diferentes atores. Esse é o desafio.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 64 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ AB, denominado Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável- PAB variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade - **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**: Documento Síntese para Avaliação Externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b, 110 p. il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 62 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1): 41- 65, 2004.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

HARTZ, Z.M.A. (org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

LEITE, D. Avaliação e democracia: possibilidades contra-hegemônicas ao redesenho capitalista das universidades. IN: MOLLIS, M. **Las universidades em Alerica Latina: ¿ reformadas o alteradas?. La cosmética del poder financiero**. Buenos Aires: CLACSO/Asdi, 2003.

**DA AVALIAÇÃO À COOPERAÇÃO:**  
constituindo espaços de Educação  
Permanente em Saúde no trabalho  
avaliativo

*Gímerson Erick Ferreira  
Jeanine Porto Brondani  
Matheus Neves  
Érica Rosalba Mallmann Duarte*

**O ponto de partida**

A organização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), enquanto locus de atuação de diferentes trabalhadores da saúde, os quais lançam olhares diversos sobre o exercício de atribuições com o mesmo propósito, oportuniza a prática do trabalho em equipe. Porém, a atuação em equipe não consiste no simples agrupamento de pessoas para o desenvolvimento de um trabalho comum, mas, sim, no resultado alcançado por meio de suas ações coletivas e de suas contribuições conjuntas, o que favorece a prática de cooperação.

O termo “cooperação” tem origem do latim *cooperatione*, que significa ação conjunta visando ao mesmo objetivo. Traduz o ato de cooperar, de colaborar, de buscar modos de integração social, pelos quais pessoas se unem, formal ou informalmente, para alcançar um fim comum, com solidariedade. (GHIZONI, 2013)

Historicamente, recorre-se a Marx (2013, p. 400), o qual anuncia a cooperação como uma “forma de trabalho dentro da qual muitos indivíduos trabalham de modo planejado uns ao lado dos outros e em conjunto no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, porém conexos.” Entretanto, para Marx, se por um lado a cooperação possibilita entender o âmbito espacial do trabalho, motivo pelo qual é demandada em certos processos devido à própria configuração do objeto de trabalho, como, por exemplo, na atenção em saúde; por outro, a razão que a conduz é estratégica, visto que é impulsionada pela maior produção de mais-valor, e, portanto, a máxima exploração possível da força de trabalho.

Analisando a mesma concepção num sentido mais clínico, Dejours (2008) elucida que o trabalho pode provocar o pior, mas também pode gerar o melhor, algo que se pode argumentar, ilustrar clinicamente e demonstrar. Isso porque, no mesmo espaço em que pode prevalecer a pressão individualizada por desempenho, e que se aprende a sabotar o colega e a agir sozinho, pode-se também encontrar o lugar onde é possível aprender a trabalhar com os outros, a cooperar. Sob tal perspectiva, Dejours esclarece que “para construir uma cooperação é preciso encontrar compromissos entre as opiniões de uns e outros sobre o trabalho.” E os compromissos no trabalho existem, tanto que, graças a estes, muitas pessoas quando trabalham se sentem melhor do que quando não trabalham.

Partindo dessa conjuntura, consideramos para essa construção que, apesar da dimensão estratégica do trabalho e dos objetivos de eficiência apregoados sutilmente pelo cenário do trabalho contemporâneo, é possível encontrar espaços de cooperação, de trabalhar com o outro, e de construção de coletivos, que são repletos de compromissos favoráveis à saúde. Sob esse enfoque, a cooperação vai além da atuação em equipe a qual demanda saberes e habilidades complementares em prol de um mesmo propósito. E passa a assumir um caráter emancipatório, embasado em laços de solidariedade, no respeito pelo outro e no compartilhamento e disseminação de saberes e práticas de cunho político e democrático.

A experiência da avaliação externa do PMAQ-AB, através da Rede Governo Colaborativo em Saúde, permitiu um olhar semelhante acerca do trabalho avaliativo. Em meio às situações-problema enfrentadas no cotidiano laboral das equipes de saúde em sua organização do trabalho, buscou-se o mapeamento de possíveis objetos de atuação, discutidos em conjunto, a partir de diálogos que valorizaram as vivências, os olhares, a escuta e os saberes individuais. E ultrapassaram a mera concepção de avaliação como medida quantitativa de desempenho. Mediante a problematização do processo de avaliação nos mais diversos territórios de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), perpassou-se o processo avaliativo como um modo de permitir visibilidade às dificuldades encontradas no trabalho em APS e que contribuam para a melhoria das práticas cotidianas.

Partindo-se dessa experiência, e da atuação do trabalho em cooperação, foi possível visualizar modos dialógicos de atuar e de vivenciar o processo de avaliação nos serviços de saúde. Essa atuação estimulou o diálogo e a escuta, a resposta coletiva aos pontos de vista nem

sempre convergentes, a garantia de apoio e colaboração, o reconhecimento de objetivos e interesses conjuntos, além de desenvolvimento de saberes, habilidades e realizações.

No contexto da avaliação externa do PMAQ-AB, essa atuação é elemento ímpar para o estabelecimento de medidas propositivas e edificadoras. Isso porque as ações educativas pelas quais se alicerça a avaliação em saúde acontecem de maneira articulada, considerando os atores envolvidos no processo, mediante os olhares e a escuta destes, pensando, problematizando e planejando ações em conjunto para a resolução de problemas.

Sob tal enfoque, a avaliação pressupõe a interação e o trabalho em equipe entre os diversos atores que participam desse processo, desde os avaliadores até os avaliados, para que, além do somatório de visitas avaliativas, pontuais e isoladas, possa emergir a construção de resultados coletivos. Desse modo, faz-se alusão à educação permanente no âmbito das equipes em saúde, uma vez que a partir desta tem-se o objeto de transformação do processo de trabalho e das práticas com vistas à melhoria da qualidade de suas ações. Já que as ações educativas estão voltadas às equipes, que precisam tomar como foco os problemas enfrentados no cotidiano laboral, aproximando suas práticas das diretrizes e dos princípios coerentes com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e que são passíveis de gerenciamento.

Nessa perspectiva, tem-se o propósito de discutir, ancorados em pressupostos da educação permanente em saúde, experiências de cooperação vivenciadas no contexto do processo de trabalho avaliativo durante a fase de avaliação externa do PMAQ-AB, no Rio Grande do Sul.

### **A invisibilidade da avaliação: uma crítica necessária à reflexão**

Mudanças significativas têm ocorrido no campo da saúde com vistas a atender aos princípios de universalidade do acesso, qualidade da atenção e viabilidade econômica do SUS. Nesse contexto, a necessidade de atender às expectativas de um cenário cada vez mais exigente demanda dos profissionais de saúde mecanismos de articulação que os permitam obter o máximo de informações acerca dos serviços prestados, no intuito de melhorá-los continuamente. Em meio a essa conjuntura, a avaliação parece ser uma alternativa adequada para responder às necessidades de informação desses profissionais.

Na Atenção Primária à Saúde, a avaliação constitui importante ferramenta da gestão e planejamento das ações de saúde, sendo um detector relevante para saber se o melhor foi realizado ou mesmo para conhecer os aspectos que podem ser melhorados. Assim, esta produz informações que permitem subsidiar a tomada de decisões em relação às ações de saúde, possibilitando rever as ações realizadas e propor readequações de atividades.

Nesse âmbito, ações e iniciativas de avaliação têm acompanhado o desenvolvimento dos serviços de saúde e, dentre algumas iniciativas, destaca-se o PMAQ-AB, o qual visa, fundamentalmente, a impulsionar a oferta de serviços de saúde que garantam o maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população. Há quatro fases no Programa, as quais se complementam e conformam um ciclo contínuo: (I) adesão e contratualização; (II) desenvolvimento; (III) avaliação externa; e (IV) recontratualização. Nossos olhares dizem respeito à terceira fase do ciclo, momento em que foram desenvolvidas ações no intuito de averiguar as condições de acesso e de qualidade das equipes de saúde cadastradas.

A experiência compartilhada entre os profissionais que trabalharam no processo de avaliação externa do PMAQ-AB mostrou que, para além da constituição de uma “equipe ideal”, a grande questão que se apresenta passa pelo entendimento de educação permanente em saúde, operando em consonância com o quadrilátero da formação (ensino, gestão, atenção e controle social). Destarte, propõe a construção e a organização de um trabalho responsável por processos interativos e de ação na realidade para alcançar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonistas e detectar a interação e mobilidade dos atores sociais como cenário de conhecimentos e intervenções. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Em seu 2º ciclo, a avaliação externa do PMAQ-AB no Rio Grande do Sul teve duração aproximada de sete meses. Para a operacionalização do campo, contou com a participação de mais de 50 profissionais da saúde, todos com formação de nível superior, alocados nas funções de supervisores de campo ou avaliadores de qualidade. Ambas as funções foram fundamentais para o trabalho avaliativo. Enquanto os avaliadores de qualidade eram responsáveis pela realização da visita avaliativa e da coleta de informações diretamente com os profissionais nos serviços de saúde; os supervisores tinham a função de articular os meios para a operacionalização do trabalho de campo, servindo de elo entre equipe de coordenação do Programa, avaliadores e coordenação de saúde dos municípios avaliados, bem como de validar e enviar os dados ao Ministério da Saúde.

Embora estivesse prevista a conformação inicial de três equipes, cada qual com um supervisor e nove avaliadores, várias reestruturações se deram durante o processo, em virtude das desistências e inserção de novos profissionais. Cabe destacar que as reestruturações eram motivadas, na maioria das vezes, pela falta de vínculo trabalhista, uma vez que o trabalho se dava em regime de bolsa de extensão. E

como todos tinham uma formação, estavam em busca de oportunidades que oferecessem vínculo empregatício.

O trabalho avaliativo foi desenvolvido mediante processo compartilhado, colaborativo, com interação mútua entre indivíduos, coletivos e instituições, com processos e objetivos claramente definidos e em constante aperfeiçoamento, direcionados para a avaliação de situações que poderiam ser melhoradas, sempre singulares. E que demandavam aspectos subjetivos diversos, os quais muitas vezes eram impossíveis de quantificar. Nesse sentido, os supervisores tinham o desafio de buscar um entendimento comum para a proposta de avaliação que se pretendia buscar em suas equipes, sendo a linguagem, nesse processo, elemento fundamental para o bom andamento do trabalho avaliativo.

No cenário contemporâneo, avaliar não é simplesmente uma opção, é algo mais que desejável, sendo estritamente necessário. Contudo, esse é um tema polêmico, que ultrapassa a esfera organizacional e perpassa a esfera política, da vida em sociedade. (ANJOS, 2013) Isso, porque a avaliação do trabalho é algo mais profundo, não passível de ser capturada por medidas e números apenas, devendo ir além do caráter meramente funcionalista. (DEJOURS, 2008; 2012)

A principal dificuldade encontrada no processo de avaliação do trabalho é justificada pela distância entre o que se compreende por trabalho prescrito e por trabalho real. Para Anjos (2013), o trabalho é como um *iceberg*, cuja ponta mínima vista por quem está acima do nível do mar é o trabalho prescrito, e o grande volume invisível, debaixo da água, é o trabalho real. Essa discrepância entre o prescrito e o real ilustra a dificuldade em se avaliar o trabalho, na medida em que há uma diferença entre aquilo que é solicitado e que é visível para a organização do trabalho

(trabalho prescrito) e aquilo que fica na invisibilidade (trabalho real).

Nesse sentido, ao avaliar é preciso ter em mente que aquilo que é visível, e possível de ser quantificado, é somente o resultado do trabalho e não o real do trabalho, ou seja, o resultado do esforço e não o esforço propriamente dito. (DEJOURS, 2012) Embora os números, indicadores e estratégias metodológicas de avaliação tenham seu espaço na melhoria dos serviços de saúde, estes não substituem os aspectos subjetivos envolvidos no trabalho e os espaços de compartilhamento de experiência entre os trabalhadores no e sobre o trabalho.

Não se trata de considerar, aqui, que toda avaliação visa à opressão e à desqualificação do trabalho e/ou do trabalhador; pelo contrário, é preciso reconhecer o quanto a avaliação é primordial nos processos de melhoria e qualificação das ações e dos serviços de saúde. Assim sendo, não se deve recusar a avaliação do trabalho e, sim, repensá-la, mostrando suas dificuldades, seus impasses e os maus usos desta, ao pretender, por seu intermédio, um acesso racional à objetividade. Pondera-se, portanto, a necessidade de uma avaliação equitativa, o que pressupõe o ideal de justiça, indo além de critérios relativos à verdade das circunstâncias de um mundo objetivo, e considerando critérios de justiça, relativos à saúde do indivíduo que trabalha. (DEJOURS, 2008; 2012)

Seria, portanto, um ato irresponsável desconsiderar os méritos de um processo avaliativo. Contudo, há de se considerar o risco que se tem em supervalorizar as quantificações de resultados, aderindo à lógica daquilo que Gaulejac denomina de “quantofrenia”, ou doença da medida. Nesta, ao invés de medir para melhor compreender, busca-se apenas a compreensão daquilo que é mensurável. (GAULEJAC, 2007)

Por esse motivo, é tão necessário, ao lidar com um trabalho avaliativo, investimentos em processos dialógicos, os quais favoreçam a problematização, a reflexão e a crítica das situações reais do trabalho, pois, conforme nos ensina Dejours (2008; 2012), a invisibilidade se acentua severamente quando há carência de coletivos de discussão sobre o trabalho real.

### **A educação permanente em saúde como essência do trabalho colaborativo**

O trabalho em equipe demanda dos profissionais a edificação de uma dinâmica fundamentada na interação, articulação e compartilhamento de objetivos, metas e resultados, de modo que a educação permanente em saúde constitui-se ferramenta de integração dos trabalhadores nas estratégias institucionais e na integração de coletivos. (PEDUZZI et al., 2011) Na perspectiva do trabalho avaliativo, buscou-se, mediante olhares, percepções e conhecimentos de diferentes perfis profissionais, aliar, na melhor ampliação possível, a compreensão das problemáticas apresentadas na realidade dos serviços de saúde e, dessa forma, refletir sobre estas, encontrando encaminhamentos e possibilidades mais adequadas a cada contexto.

Entretanto, para que essa atuação possa acontecer, acredita-se ser necessário fomentar espaços de deliberação, em que seja possível dar visibilidade aos saberes individuais e coletivos e, assim, encontrar novas e diferentes maneiras de atuação as quais metamorfoseiem as já existentes. Torna-se essencial, portanto, investir em ações educativas que contribuam para a produção de sujeitos coletivos, que tenham capacidade de intervir na realidade com o propósito de transformá-la.



Esse cenário favorece a prática da educação permanente em saúde, uma vez que, enquanto processo de aprendizagem, preconiza a organização de iniciativas fundamentadas em questões suscitadas pelos atores envolvidos na organização do trabalho, de modo que o conhecimento mostra-se significativo e comprometido com a transformação social daquela realidade. (CECCIM; FERLA, 2008; FERLA; CECCIM; DALL ALBA, 2012)

Conjuntura semelhante foi percebida no contexto da avaliação externa do PMAQ-AB, no Rio Grande do Sul, de modo que essa atuação revelou-se elemento ímpar para o estabelecimento de medidas propositivas. Na medida em que licerçou o trabalho avaliativo de maneira articulada com a realidade dos serviços de saúde, mediante olhares, acolhimento de demandas, integração, grupos de discussão e de reflexão que possibilitassem a resolução de problemas.

Sob tal perspectiva, o trabalho em equipe no processo de avaliação externa do PMAQ-AB pressupôs a interação entre os diversos atores que participaram do processo de avaliação, independentemente de que estes fossem avaliadores ou avaliados. Já que todos estavam articulados na construção de objetos comuns, coletivos, sobressaindo-se ao mero somatório de visitas avaliativas pontuais, isoladas.

Nessa conjuntura, faz-se alusão novamente à educação permanente no âmbito das equipes em saúde, uma vez que, a partir desta, tem-se o objeto de transformação do processo de trabalho e das práticas com vistas à melhoria da qualidade de suas ações. Isso porque a educação permanente em saúde é, ao mesmo tempo, política de educação em saúde e prática de ensino e aprendizagem que absorve as diretrizes do SUS e integra suas diversas dimensões. Parte do pressuposto de que, mediante o intercâmbio de vivências individuais e coletivas, ocorre o

estranhamento e a desconexão de saberes e práticas. (FERLA et al., 2012)

Essas iniciativas, que valorizam a articulação do trabalho em equipe, foram vivenciadas no decorrer do segundo ciclo do PMAQ-AB, no Rio Grande do Sul, as quais, tendo como pano de fundo as ações educativas que alicerçam o processo de educação permanente em saúde, enfatizaram a necessidade de articulá-las a espaços de (co) produção de coletivos. Tais vivências favorecem a construção e consolidação de espaços de troca entre os profissionais na construção de vínculos entre profissional, usuário e serviço, potencializando a cooperação entre os atores envolvidos no processo e elucidando a educação permanente em saúde como essência do trabalho colaborativo.

### **Das inquietudes em um processo de avaliação à descoberta da cooperação**

Embora o trabalho exija a coordenação das atividades singulares para constituir a cooperação, a análise psicodinâmica mostra que esta não é um produto mecânico da organização do trabalho. Logo, a cooperação é tributária da vontade dos agentes, baseando-se, fundamentalmente, naquilo que não é imposto, e, portanto, não aparece por decreto e nem pode ser prescrita entre os colegas. (LANCMAN; SZNELWAR, 2011) Assumindo tal perspectiva, é possível desenvolver a cooperação em um trabalho avaliativo?

Na perspectiva dejouriana, antes de examinar se uma vontade coletiva de cooperar pode ser construída a partir de vontades singulares, faz-se necessário definir as condições de possibilidade da cooperação, as quais estão relacionadas à possibilidade de os agentes estabelecerem

entre si relações intersubjetivas de confiança; à visibilidade dos ajustes singulares para fazer frente às insuficiências e contradições da organização prescrita do trabalho; e à arbitragem entre os modos operatórios, que poderão ser conservados e estabilizados, ou rejeitados pelos coletivos de trabalho. Sob esse enfoque, a definição de tais condições pressupõe a existência de espaços de discussão. (LANCMAN; SZNELWAR, 2011)

As ações educativas desenvolvidas no âmbito da estruturação do trabalho avaliativo do PMAQ-AB, no Rio Grande do Sul, assumiram um caráter multidirecional, em que se buscou o compartilhamento de saberes e a educação por meio de um processo dialógico e participativo, no qual as pessoas pudessem estar motivadas por um compromisso de transformação do seu próprio conhecimento. Para tanto, pensou-se em estratégias que pudessem fomentar espaços de deliberação e compartilhamento de experiências e, assim, propiciar o surgimento de elementos que pudessem ser trabalhados e discutidos de modo a identificar problemas na organização do trabalho passíveis de intervenção, e que viessem a comprometer o trabalho e/ou o trabalhador.

Cabe destacar que tais estratégias só foram possíveis devido às inquietudes de uma equipe multiprofissional alinhada à proposta de avaliação que considera as dificuldades encontradas no trabalho uma oportunidade de melhoria para a saúde no SUS, e, portanto, têm enfoque equitativo. Além de representarem avanços no que diz respeito às demandas relacionadas à saúde mental no trabalho. As mesmas são discutidas a seguir:

### *Dispositivos para a realização do trabalho de campo*

O Rio Grande do Sul é um estado com espaços territoriais heterogêneos, em termos de distribuição espacial das unidades de saúde, o que implicou deslocamentos longos e de difícil acesso durante o processo de avaliação externa. Para tanto, buscou-se a utilização de dispositivos logísticos que permitissem maior conhecimento acerca do trabalho de campo, favorecendo a articulação com os gestores de cada município e esclarecendo-os previamente acerca do real intuito da avaliação. Aos mesmos eram explicados que a avaliação do PMAQ-AB tinha enfoque educativo, centrado na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços oferecidos e que, portanto, a transparência nas respostas era fundamental para elucidação das fragilidades e fortalezas encontradas no próprio trabalho.

A receptividade dos gestores e das equipes nos municípios, em geral, foi afetuosa e acolhedora, especialmente no interior do estado. Contudo, principalmente na capital e região metropolitana, muitos gestores e profissionais da própria equipe mostravam-se pouco receptivos, demonstrando certa indiferença à avaliação e aos próprios avaliadores. O que pode estar relacionado a falhas na comunicação.

Notou-se, claramente, nessa relação, a necessidade de estreitar os vínculos entre esses atores, antes mesmo do início de cada ciclo. Mesmo que algumas pessoas não queiram e/ou não se entusiasmem em participar do processo – o que é perfeitamente legítimo –, novas iniciativas e estratégias precisam ser pensadas no intuito de favorecer maior envolvimento e participação destes. Assim, pode ser passada maior segurança para que os profissionais consigam expor suas dificuldades, sem medo de serem punidos por isto, e estas possam ser consideradas.

Dejours, ao tratar da avaliação do trabalho submetida à prova do real, mostra que, para obter uma fala que seja verdadeiramente aquela que nos dá acesso à parte invisível do trabalho, são necessárias palavras autênticas, as quais não suavizem as dificuldades. Contudo, ressalta que, no contexto individualista e de deslealdade com o qual nos deparamos, hoje, é perigoso falar do seu trabalho. Isso porque, ao apresentar os obstáculos e os motivos pelos quais o trabalhador sofre seus fracassos, incompetências e perplexidades, corre-se o risco de que alguém faça uso de tudo o que foi dito contra ele, sendo mais viável, portanto, restringir-se a falar sobre os talentos e proezas. (DEJOURS, 2008; 2012)

A partir dessa análise, entende-se que, para uma avaliação conveniente, avaliadores e avaliados precisam expressar o real do seu trabalho de forma autêntica. Portanto, Anjos (2013) compartilha a vertente a qual assegura que, para uma boa avaliação, é preciso proporcionar uma escuta do trabalhador, visando ao debate de ideias e à circulação da palavra. Para que, assim, o sofrimento possa ser elaborado e perlaborado, e o trabalhador seja reconhecido pelo real do seu trabalho, saindo da condição de alienação para a de emancipação.

### *Diários de campo*

Os diários de campo surgiram como estratégia para o melhor acompanhamento do trabalho de campo no processo de avaliação externa do PMAQ-AB. Como o instrumento de avaliação estava fundamentalmente centrado em respostas objetivas, a ideia dos diários de campo era explorar esse universo não quantificável, aproximando-se da concepção de avaliação almejada. Uma vez que, nestes, os avaliadores poderiam expressar suas

percepções acerca de determinadas situações relacionadas ao trabalho desenvolvido na APS.

Durante todo o período de avaliação externa, discutiu-se muito acerca da importância dessa ferramenta, pois esta seria uma ampliação significativa da avaliação realizada. Foi recomendado que os avaliadores descrevessem o máximo de vivências e situações detectadas durante o trabalho de campo. Além das facilidades e dificuldades encontradas no trabalho avaliativo, os avaliadores registravam suas impressões e formulações acerca dos acontecimentos vivenciados, bem como os comentários dos trabalhadores e dos usuários avaliados, muitas vezes apontados como uma forma de corroborar e/ou justificar o que foi dito objetivamente.

As contribuições expressas pelos diários de campo mostram-se notáveis para o contexto da avaliação, tendo em vista que os estudos da psicodinâmica do trabalho enfatizam a necessidade de fala e de escuta das situações laborais. Ao sair da perspectiva de assinalar respostas em alternativas e assumir a necessidade de escutar para um posterior registro, aproximamo-nos da concepção de boa avaliação proposta por Dejours (2008), em que prevalece a equidade entre aquele que fala e aquele que escuta. E através da qual, mediante usufruto da palavra, é possível revelar a face oculta do trabalho.

Percebe-se que a utilização de diários de campo foi muito importante para a avaliação externa, havendo a necessidade de serem reforçados e ampliados em relação aos seus objetivos no trabalho de campo. Majoritariamente, devem ser mais que um instrumento de trabalho, devem representar um dispositivo capaz de fomentar o debate e a articulação do coletivo de trabalho.

### *Grupos de discussão acerca do trabalho de campo*

Os grupos de discussão acerca do trabalho de campo consistiam em uma atividade da equipe e tinham o intuito de exercitar o trabalho interdisciplinar, no qual estavam reunidos, semanalmente, avaliadores, supervisores e equipe de coordenação técnica. Nesses espaços era realizada a discussão de situações específicas, especialmente selecionadas, com vistas a compartilhar as vivências e possibilitar compreensões ampliadas acerca de determinados eventos presentes no trabalho avaliativo.

Geralmente, os casos eram trazidos para discussão pelos avaliadores, visto que estes eram responsáveis pela avaliação direta no trabalho de campo. A discussão se tornava ainda mais interessante e rica, quando os demais membros da equipe já conheciam ou vivenciaram conjuntamente a situação, ou mesmo quando alguém compartilhava vivência anterior semelhante, pois potencializava um olhar ampliado para a superação de impasses no coletivo.

Ferreira et al. (2013) consideram que a articulação do coletivo se constrói a partir da cooperação produzida pela mobilização subjetiva dos trabalhadores, que, juntos, conseguem superar os entraves e contradições impostos pela organização do trabalho. Nesse sentido, a organização do trabalho necessita ser acessada nas suas múltiplas interfaces: visíveis, invisíveis, formal, informal, técnica, social e intersubjetiva; o que demanda a articulação no coletivo e favorece o estreitamento de laços afetivos, expressos nas relações de confiança e de solidariedade entre as pessoas. (MENDES, 2014)

Com isso, entendemos o quão importante foram esses momentos, pois neles pôde-se acessar um pouco do trabalho invisível do avaliador, que, a partir da sua fala, bem como da problematização e reflexão das vivências dos

demais envolvidos, descortinou o real do trabalho avaliativo, expresso em nuances do trabalho de campo. Para Mendes (2014), à medida que os trabalhadores se manifestam, tem-se a oportunidade de explorar o invisível do trabalho, sendo necessário investir em metáforas, substituindo uma palavra por outra, no intuito de organizar as experiências. Contudo, a autora ressalva que não se delibera com base em queixas, sintomas e fantasias, pois estes precisam ser simbolizados pela fala, suscitando a apropriação coletiva, a construção de defesas e a deliberação sobre seus destinos.

Embora tenha se dado em pouco tempo, o processo de avaliação externa foi muito intenso, mobilizando uma série de sentimentos, expectativas e percepções relacionados ao trabalho avaliativo. Em meio a toda essa mobilização, o olhar crítico para as vivências de prazer e sofrimento da equipe mostrou-se essencial, sendo necessário discutir temas relacionados ao trabalho e que guardam interface com o adoecimento.

Nessa construção, Dejours ensina que são necessárias experimentações, adaptações, ajustes, invenções, descoberta, astúcia; o que sugere uma transformação das experiências coletivas ou compartilhadas para a construção de um coletivo de trabalho ou de uma comunidade com a qual nos identificamos. (LANCMAN; SZNELWAR, 2011) Cooperar implica a discussão de diferentes modos operatórios no trabalho. Pressupõe o trabalho coletivo, mediante reunião das inteligências singulares para inscrevê-las em uma dinâmica coletiva, expondo a cooperação e as condições que a tornam possível e tornando visíveis os modos de trabalhar, abrindo espaço para discutir a confiança e que favoreçam a controvérsia, a deliberação, a arbitragem e o consentimento no grupo. (DEJOURS, 2012)

Além desses momentos, alguns encontros, organizados conjuntamente entre a equipe de avaliação,

tenham o objetivo de difundir informações a respeito da avaliação externa do PMAQ-AB e de promover discussões de interesse na temática avaliação em saúde.

Geralmente ocorriam dentro de programações institucionais em seminários, fóruns de pesquisa, congressos, aulas de graduação e de pós-graduação, durante todo o ciclo. Tinham especialmente o propósito de estimular o pensamento político nos serviços de saúde e de apresentar experiências e ensinamentos. Para Dejours (2012, p.176), “pensar politicamente o trabalho é também centrar toda a atenção que ela merece à solidariedade técnica e à cooperação, pois a cooperação repousa na mobilização dos recursos que estão no princípio mesmo de toda ação.”

#### *Grupos de reflexão com as equipes de trabalho*

Outro aspecto potencial nesse processo foram os grupos de reflexão com as equipes de trabalho, desenvolvidos a cada encontro, nos pequenos grupos, entre avaliadores e supervisores. Esses espaços de discussão foram fundamentais na valorização do real trabalho do avaliador, possibilitando o estreitamento do vínculo afetivo entre os pares e o estabelecimento de confiança.

A confiança entre esses atores favoreceu a discussão entre os pares acerca das contradições da organização prescrita do trabalho, bem como a condução de momentos centrados na escuta do outro. À luz da clínica psicodinâmica, Mendes e Araújo (2012) esclarecem que o processo de fala-escuta implica condições que vão além do dizer-ouvir, na medida em que permite a escuta do sofrimento decorrente das relações de trabalho, o não dito, o oculto, o silenciado.

De fato, a partir da escuta em grupos de reflexão, novas estratégias eram pensadas no sentido de melhorar

o trabalho do avaliador. De acordo com Carreiro (2014), escutar em situações de trabalho é despertar para a dualidade do trabalho pulsional e problematizar o campo da atividade. É atentar para as defesas coletivas e para o sofrimento, que, para ser escutado, não deve ser abstraído das condições organizacionais que o engendraram.

Nesses espaços de reflexão, em grupos menores, supervisor e avaliadores buscavam compartilhar seus anseios, situações e vivências, de modo a buscar um significado para estes. A ideia de expandir essas situações estava em desconstruir determinados episódios e concepções individuais. E, à medida que fossem escutadas, acolhidas, contextualizadas e deliberadas no grupo, pudessem transformá-las em consenso, favorecendo a emancipação no coletivo. É o que Carreiro (2014) define como “elaboração contextualizada”, ao retratar o processo de elaboração do sofrimento, o qual consiste na dinâmica de três elementos: acolhimento, momento em que o episódio é discutido no grupo; contextualização, momento em que são analisados tempo, espaço e condições socioprofissionais; e momento teórico-informacional, fase em que são aportados subsídios acerca da psicodinâmica envolvida.

Para Mendes e Araújo (2012), na medida em que a cortina do sofrimento é desvelada, as pessoas, no coletivo, conseguem construir novas estratégias para ressignificar o sofrimento e atribuir um novo sentido ao seu trabalho, abrindo espaços para ações sobre a organização do trabalho. Ao longo desses encontros, foi expresso pelos trabalhadores que o trabalho de avaliador não é fácil. Ele foi descrito como difícil, especialmente pelas situações de violência, de tristeza, de insatisfação, de insegurança. Um trabalho que mobiliza muito o indivíduo e o grupo, e que demanda controle emocional, proatividade, atenção e vigilância, e que, portanto, requer o espaço da palavra no coletivo de trabalho.

### *Oficinas de sensibilização e acolhimento*

Na perspectiva do trabalho em equipe, os diversos olhares, conhecimentos e percepções precisam estar aliados para possibilitar uma compreensão ampliada das demandas em saúde mental e trabalho, e para que os encaminhamentos mais adequados possam ser dados. (BIANCHESSI et al., 2014) Nessa mesma concepção, durante o processo de avaliação externa, a depender das demandas evidenciadas e dos encaminhamentos pensados nos grupos de discussão e de reflexão, eram propostas oficinas de sensibilização e acolhimento, as quais ocorriam uma ou duas vezes por mês.

As oficinas tinham o propósito de sensibilizar as equipes de avaliação para princípios teórico-práticos da avaliação em saúde, bem como para a avaliação da organização do trabalho avaliativo, mediante análise das dificuldades encontradas nesse processo. Nesses encontros, bem mais descontraídos, e geralmente fora dos espaços formais de trabalho e sem a presença da equipe de coordenação, as vivências de prazer e de sofrimento eram ainda mais aguçadas, uma vez que as pessoas sentiam-se mais livres para expressar seus sentimentos mediante fala, pintura, gestos, dinâmicas, brincadeiras, enfim, mediante linguagens diversas.

Para Dejours, a relação entre a psicodinâmica do trabalho e a linguagem é estabelecida pelo vivido do sujeito, algo de domínio da subjetividade. “É por meio da linguagem que o sujeito expressa como ele vive o trabalho, como sofre no trabalho, como constrói e se constrói com o trabalho, como se relaciona com o trabalho.” (LANCMAN; SZNELWAR, 2011, p.49) Na ótica dejouriana, a construção compartilhada de um determinado ponto de vista pelos grupos reunidos para discutir o trabalho só é possível pelas trocas linguageiras.

Estas demonstravam a afinidade e o estreitamento dos laços afetivos entre os integrantes, e, mais que isso, propiciavam uma reconstrução no plano coletivo, fomentando novos modos de agir e de enfrentar as situações de sofrimento que eram apresentadas. Ainda que as situações incômodas em seus trabalhos não pudessem ser superadas, tinha-se nesses espaços de integração e acolhimento a expressão de uma palavra verdadeira, de construção de confiança, aproximando-os da concepção de cooperação.

A cooperação consiste em laços construídos entre os trabalhadores, no sentido de desenvolvimento voluntário de algo em comum, de coordenar suas ações singulares. Sendo assim, os trabalhadores constroem vínculos horizontais e verticais, capazes de ultrapassar, coletivamente, as contradições emergentes da organização do trabalho. Logo, a cooperação entre os trabalhadores não pode ser prescrita. (VASCONCELOS, 2013) E esses momentos, por mais que fossem planejados e organizados pela equipe de supervisão, estavam sempre em construção e revelavam sempre um aspecto inacabado, não sendo possível, quase nunca, seguir o delineamento pensado.

Esse aspecto inacabado era notável, à medida que, no ir e vir desses encontros, novas demandas eram reveladas, novos *insights* aconteciam, debates intensos e nem sempre convergentes se faziam presentes, e a elaboração e o consenso se davam como algo móvel, capaz de se sustentar somente naquele momento. De qualquer modo, víamos nesses espaços um encontro ao conforto e ao prazer no trabalho, uma possibilidade de (re)pensar a organização do trabalho avaliativo e de (re)conhecer o sofrimento como mobilizador de transformações, o que poderia favorecer a emancipação enquanto sujeito.

### *Qualificação em avaliação de serviços de saúde*

Paralelamente ao trabalho de campo, a avaliação externa do PMAQ-AB, organizada pela Rede Governo Colaborativo em Saúde, estruturou seu processo de avaliação com a articulação concomitante de um curso de especialização *lato sensu* em Avaliação de Serviços de Saúde promovido pela Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS, na modalidade de ensino a distância (EaD). Nesse espaço virtual de aprendizagem, os atores envolvidos, dos mais variados campos do conhecimento e de diferentes culturas e regiões geográficas do país, encontraram uma oportunidade de visualizar propostas de avaliação como processo educativo, justo e equânime, fundamentadas nos ideários do SUS.

As diversas situações vivenciadas como avaliador no trabalho de campo aconteciam paralelamente à participação no curso, que, ao explorar situações que demandavam problematização, propiciavam o despertar para a busca de soluções no coletivo. O que vai ao encontro da perspectiva de trabalho em rede e favorece a construção do conhecimento em conjunto e a inteligência coletiva. (FERLA, 2009) De acordo com Paima e Guimarães (2009), a proposta de uma qualificação EaD mostra-se um diferencial na democratização do acesso à educação, podendo constituir-se em espaço privilegiado de acesso, busca e compartilhamento de informações e conhecimentos. Fundamentado este nas necessidades e disponibilidade dos atores, que podem colocar em discussão suas explicações sobre determinada situação. Ao discutir sobre esta, é promovido um confronto de opiniões, favorecendo a transformação de diferentes percepções e possibilitando o estabelecimento de negociações e a construção de acordos orientados segundo os objetivos explicitados.

Nesse sentido, a proposta de um curso EaD ocorrer paralelamente à avaliação externa do PMAQ-AB configurou-se como uma estratégia de educação permanente em saúde. Isso porque possibilitou a integração e a interação de atores diversos para discutir questões relacionadas ao trabalho e que perpassam as fronteiras físicas, temporais e culturais, ao mesmo tempo em que favorece o conhecimento e o aprendizado coletivo. Para Paima e Guimarães (2009), a abordagem EaD, quando bem planejada, é bastante profícua, pois estimula a integração ensino-serviço, e o trabalho torna-se um princípio pedagógico, capaz de fomentar o comprometimento, a qualidade e a eficácia do processo de ensino-aprendizagem.

Assim, considera-se que a articulação de uma proposta de qualificação, mediante um curso de especialização EaD, representou uma experiência potencialmente inovadora no contexto da avaliação externa do PMAQ-AB no Rio Grande do Sul, podendo contribuir com outras instituições responsáveis pela avaliação em serviços de saúde do SUS. Logo, mudanças significativas nos modos de avaliar em saúde podem ser apreendidas e repensadas no sentido de contribuir para uma avaliação equitativa e consoante aos princípios e diretrizes do SUS.

### *Integração de novos colaboradores*

Em razão do equacionamento do grupo, em determinado momento do processo de avaliação externa, novos integrantes foram agregados ao trabalho, sendo os supervisores responsáveis pela disseminação da organização do trabalho do avaliador e da cultura existente no cenário laboral. Essa atividade tinha o intuito essencial de promover o acolhimento e a integração de novos avaliadores, com vistas a propiciar um espaço de reflexão em relação aos anseios e expectativas iniciais diante do trabalho avaliativo.

O desenvolvimento dessas atividades visava a favorecer espaços de construção e desconstrução em que os saberes individuais, fundamentados em experiências prévias, pudessem ser valorizados, e mobilizados, possibilitando maior autonomia aos trabalhadores. Admitese que, nesse processo de socialização, o caráter prescritivo de certo modo prevalece, tendo em vista que muitos delineamentos já estão construídos. Contudo, corroborando com Vasconcelos (2013), considera-se que a prescrição é útil, na medida em que fornece bases para conceber o trabalho; sendo esta prejudicial quando tomada como verdade absoluta. Condição esta que limita possibilidades de ação e bloqueia manifestações da inteligência prática.

#### *Espaços informais de deliberação*

Para a psicodinâmica do trabalho, os espaços de deliberação se propagam em duas dimensões bastante heterogêneas e que apresentam dificuldades de identificação, investigação e avaliação. Segundo Dejours (2012), parte do espaço de deliberação ambienta-se em reuniões de caráter formal, como as que apresentamos até então; e parte ambienta-se em espaços informais, a exemplo de lanchonetes, vestiários, copa, sala de estar, dentre outros. Estes são tomados pelas práticas de convivência, relacionadas, por exemplo, à pausa para um cafezinho, lanche, comemorações, conversas informais, momentos de descontração e de prazer no trabalho.

Durante o processo de avaliação externa, buscou-se maximizar, progressivamente, esses espaços de deliberação, tanto formais quanto informais, valorizando os mais diversos momentos de convivência e a liberdade de expressão das demandas individuais e coletivas, o que favoreceu a união do grupo, que se tornava ainda

mais forte em meio aos impasses e dificuldades que entremearam o processo. Na concepção dejouriana, “o espaço de deliberação informal é o lugar do reajustamento, da sintonia fina, ou ainda de ‘interpretações coletivas’ das ordens constitutivas da coordenação” (DEJOURS, 2012, p.85), ou seja, é na criação de espaços coletivos como estes que conseguimos, mediante processo de fala e escuta, a interpretação das relações intersubjetivas propiciadas pela organização do trabalho avaliativo.

Além disso, considerando as novas configurações do cenário contemporâneo, em que as tecnologias de informação invadem os modos de viver e trabalhar das pessoas, esses espaços informais também se ampliam, estendendo-se a possibilidades virtuais de interação no compartilhamento de situações relacionadas ao trabalho. Nesse ínterim, foi muito recorrente a comunicação virtual em grupos por aplicativos como WhatsApp e Skype, *e-mails* compartilhados coletivamente, serviços de telefonia e mensagens de texto. Moraes e Nercolini (2014) mostram que essas tecnologias móveis alargam as possibilidades interativas, facilitam o diálogo entre pessoas distantes geograficamente e promovem novas vivências com o território e com as pessoas, permitindo que os usuários, mesmo distantes fisicamente, sintam-se envolvidos em um espaço virtual.

Analisando os espaços informais à luz da clínica psicodinâmica do trabalho, bastante comuns durante o processo de avaliação externa do PMAQ-AB, perceberam-se mudanças subjetivas e políticas no decorrer deste. Uma vez que, com a escuta do sofrimento no trabalho, novos sentidos e novas reflexões às vivências foram compartilhados entre os trabalhadores, em um nível de consciência diferente. Esses espaços, por mais informais que possam ser e, na maioria das vezes, imperceptíveis sob uma perspectiva que



denote sua verdadeira relevância, possibilitam mudanças significativas nas vivências de prazer e sofrimento do trabalhador, seja pelo favorecimento de um repensar o trabalho, seja pela sensação de ser escutado. Embora sejam pouco valorizados pela organização do trabalho e, muitas vezes, tolhidos, tais espaços podem ser fomentadores da emancipação no trabalho, na medida em que favorecem o enfrentamento de problemas diversos e potencializam o diálogo e a problematização das situações. Despertando, ainda, o senso político, capaz de estimular a mobilização e a reorganização das atividades laborais.

### **Sinalizando (alguns) desafios que se mostram**

O contato com os contrastes foi muito marcante durante todo o trabalho de avaliação, tornando cada vez mais intensas e frequentes as vivências de tensão e desgaste, mas também de prazer, de aprendizado e de reflexão, potencializadas pelo trabalho colaborativo. Tais situações buscaram na educação permanente em saúde a maior estratégia para o favorecimento de um ambiente de aprendizagem, em que o aprender, o compartilhar e o avaliar foram incorporados ao cotidiano da equipe durante todo o processo de avaliação.

Criou-se então um ambiente permeado de oficinas de sensibilização, atividades lúdicas, grupos de reflexão e de aprendizado em serviço, no intuito de favorecer a problematização do trabalho e a emancipação de pessoas. Foi notório o forte empenho da equipe em buscar e/ou criar mecanismos de apoio mútuo e de solidariedade entre os membros. A equipe passou da condição de avaliadores, simplesmente, a um coletivo de pessoas dispostas a militar a serviço do SUS, focadas em objetivos equitativos, O que

possibilitou o trabalho em cooperação, mediante espaços de fala e escuta que tornaram o cotidiano do trabalho menos sofrível, mais agradável e mais cooperativo.

Com base nas narrativas da equipe, muitas reflexões acerca do trabalho em APS foram exploradas. Muitas vivências, visualizações e escutas de situações experimentadas sobre o funcionamento da rede de serviços foram problematizadas e compartilhadas em conjunto. Aliadas a isso, a diversidade profissional do grupo, as experiências individuais e coletivas e a qualificação profissional, foram condições favoráveis para a reflexão e crescimento pessoal e coletivo. Assim, para além de cumprir o protocolo de coleta e avaliação, a riqueza da vivência no trabalho avaliativo esteve no acompanhamento do grupo, no acontecer grupal e na elaboração e transformação de experiências em aprendizado significativo.

A perspectiva de avaliação adotada durante o processo de avaliação externa do PMAQ-AB, o envolvimento dos seus pares e os tantos olhares lançados para a educação permanente em saúde representaram a essência do trabalho cooperativo, sendo edificados novos saberes, e possibilitadas novas ações para o trabalho coletivo em saúde.

As várias articulações, bem como os diversos momentos de fala e escuta, surgiram como oportunidade de aprendizagem coletiva e possibilidade de consenso quanto aos modos de trabalhar, favorecendo uma análise ampliada das situações-problema, a conscientização política para a organização do trabalho e a mobilização de indivíduos na criação de estratégias coletivas para superar os impasses. Para tanto, a criação de um ambiente favorável ao compartilhamento de opiniões e à tomada de decisões mostrou-se essencial, o que possibilitou a recriação do trabalho, a elaboração das vivências em consenso e a

ressignificação do trabalho avaliativo, que passa a assumir um caráter equitativo, com senso de justiça.

Entendemos, perante o exposto, a importância e a necessidade de descortinar a parte invisível do trabalho, de modo legítimo, o que não é tarefa fácil, e demanda um repensar no sentido de possibilitar que novas estratégias sejam criadas, e que seja possível sensibilizar os atores para esses aspectos. Especificamente no âmbito do PMAQ-AB, ações que valorizassem o processo de fala e escuta poderiam ser possibilitadas, por exemplo, com a criação de oficinas de sensibilização envolvendo avaliadores e avaliados, antes do início do trabalho de campo, em que fossem promovidos encontros para debater a organização do trabalho e as vivências de prazer e de sofrimento.

Tais iniciativas estreitariam os laços relacionais entre avaliadores e avaliados, e possibilitariam o acesso mediante a palavra, de modo que a cooperação se estendesse para além do trabalho avaliativo. Como o sofrimento nem sempre pode ser visto, esses momentos possibilitariam revelar o invisível do trabalho, favorecendo um repensar acerca do trabalho, bem como as possibilidades para enfrentar o real do trabalho. Contudo, é necessário pensar que a constituição de espaços de fala e escuta, os quais pressupõem a deliberação, serão sempre provisórios, estarão sempre em construção e, portanto, não podem ser prescritos, pois serão edificados em detrimento do “olhar” que é dado à organização do trabalho.

## Referências

- ANJOS, F.B. Avaliação do trabalho. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.M.; MERLO; A.R.C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.
- BIANCHESSI, D.L.C., et al. Sobre uma construção em atenção em saúde mental e trabalho na empresa. In: MERLO, A.R.C.; BOTTEGA, C.G.; PEREZ, K.V. **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.
- CARRETEIRO, T. A ética da escuta do sofrimento em diferentes contextos institucionais. In: MENDES, A.M.; MORAES, R.D.; MERLO, A.R.C. **Trabalho & sofrimento: práticas clínicas e política**. Curitiba: Juruá, 2014.
- CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.
- DEJOURS, C. **Cadernos de TTO, 2 - A avaliação do trabalho submetida à prova do real**. São Paulo: Blucher, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Brasília: Paralelo 15, 2012.
- FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; DALL ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, sup., ago., 2012.

FERLA, A.A. et al. Educação permanente e a regionalização do sistema estadual de saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 7, 2012.

FERLA, A.A. **Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde**: análise e sistematização de recursos tecnológicos utilizados para apoio à gestão de sistemas e ao ensino de trabalhadores em diferentes contextos do Sistema Único de Saúde (SUS). Porto Alegre: CNPq (2009).

FERREIRA, J.B. et al. 2013. Entre a mobilização subjetiva e a subtração do desejo: estudos com base na Psicodinâmica do Trabalho. In: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. **O sujeito do trabalho**: entre a saúde e a patologia. Curitiba: Juruá, 2013.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**. Aparecida: Idéias & Letras, 2007.

GHIZONI, L.D. Cooperação. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.M.; MERLO; A.R.C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**, 3.ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2011.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, A.M. Escuta analítica do sofrimento e o saber fazer do clínico do trabalho. In: MENDES, A.M.; MORAES, R.D.; MERLO, A.R.C. **Trabalho & sofrimento**: práticas clínicas e política. Curitiba: Juruá, 2014.

MENDES, A.M.; ARAÚJO, L.K.R. **Clínica psicodinâmica do trabalho**: o sujeito em ação. Curitiba: Juruá, 2012.

MORAES, L.A.; NERCOLINI, M.J. Tecnologias móveis, vida cotidiana e comunicação instantânea. **Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano**, n. 5, 2014.

PAIMA, M.C.; GUIMARÃES, J.M.M. Importância da formação de docentes em EaD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 94-103, 2009.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**. 2011, vol. 21, n. 2, p. 629-646.

VASCONCELOS, A.C.L. Inteligência prática. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.M.; MERLO; A.R.C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

## **A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE:** reflexões iniciais sobre suas interfaces com o Programa Academia da Saúde

*Luciano Bezerra Gomes  
Alessandra Xavier Bueno*

O Programa Academia da Saúde é amparado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Mobiliza recursos para que os municípios brasileiros possam construir ou restaurar espaços específicos para desenvolvimento de ações relativas às práticas corporais e atividades físicas, além de outras ações no âmbito da promoção da saúde que envolvam a realidade local além de práticas artísticas e culturais (teatro, música, pintura e artesanato), seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os polos da Academia da Saúde são equipamentos da rede de saúde da atenção básica, compondo mais um ponto de atenção a essa área. Devem se articular com os demais pontos para constituir redes de cuidado, além de estar vinculados a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Segundo dados

do Ministério da Saúde, no mês de maio de 2014, havia 832 polos da Academia da Saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), vinculados, em grande medida, a UBSs e equipes de Saúde da Família (ESF) pesquisadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Neste texto, pretendemos debater algumas das relações que a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ter nos processos de produção do cuidado no Programa Academia da Saúde. Sendo a EPS parte do eixo de desenvolvimento do PMAQ-AB, a reflexão sobre as relações da EPS na construção da Academia da Saúde pode nos ajudar a pensar as potencialidades da atenção básica como um todo. E, assim, apoiar o desenvolvimento de ações que, direta ou indiretamente, impactem as metas das equipes delineadas no PMAQ-AB.

### **Começando a conversa**

Existem alguns momentos no cotidiano da saúde que nos fazem pensar no motivo de termos tantos problemas se tanta gente dá sangue, suor e lágrimas para que as pessoas sejam bem cuidadas. Embora haja grande quantidade de abordagens da imprensa sobre o setor saúde que enfocam situações extremas de falta de assistência, vemos diariamente que a grande maioria dos trabalhadores desempenha suas atribuições dando boa parte de suas melhores qualidades.

Mas como investimentos tão intensos de afetos e de energia parecem resultar apenas em pessoas indignadas nos corredores indignadas? Como se consomem tantas energias para que haja mais possibilidades de existências

felizes no mundo, e tudo acaba por desaguar em uma impressão geral de ineficiência e descompromisso?

Há muitas razões para esses desencontros, segundo diversos estudiosos do campo da saúde. Temos desde os que enfatizam em suas análises os problemas estruturais relacionados à história da saúde pública no Brasil, concentrada na disputa em torno do destino do fundo público para financiar lógicas privatistas de assistência; até os que compreendem que atravessamos uma crise da racionalidade médica hegemônica e que agregações pontuais de certos saberes mais holísticos não teriam a capacidade de lidar com as contradições e insuficiências do modelo biomédico.

Sem desconsiderar as relevantes possibilidades explicativas dessas críticas ou de várias outras que não nos cabe aqui listar, pensamos sempre que, na visão da população, o que eles sentem diretamente não é a falta de financiamento (embora tal problema condicione uma série de limitações). Nem mesmo a inadequação de saberes vigentes para responder às demandas apresentadas (por mais que tal desencontro possa passar despercebido mesmo quando age de modo gritante). Parece-nos que boa parte das demandas por melhor atenção por parte da população se relaciona à percepção de equipes que não consideram as necessidades de saúde dos usuários quando organizam suas ofertas. Ou mesmo que as queixas dos que acessam os serviços é vinculada à capacidade de os trabalhadores se responsabilizarem com a produção do cuidado e não com a realização de certos procedimentos.

Ou seja, por um lado, temos serviços que orientam suas ações para acolher as necessidades de saúde das pessoas e, a partir daí, identificar as ações que podem ofertar para apoiar seus usuários; por outro, temos serviços que apresentam um conjunto preestabelecido de ações e

procedimentos, aos quais os usuários devem se adequar, caso contrário, devem procurar outros serviços. A distinção entre um serviço que enfatiza a produção do cuidado de outro que prioriza a realização de procedimentos pode ser identificada, entre outras maneiras, através do modo como seus trabalhadores se percebem: como pessoas que se colocam à disposição dos usuários, adaptando seus saberes e habilidades às necessidades dos outros, para apoiá-los em seus momentos de sofrimento, ou como trabalhadores que se disponibilizam para realizar ações determinadas que sua formação profissional e vínculo empregatício definem. Que não fique aqui o falso dilema sobre se é melhor um trabalhador competente tecnicamente ou um que seja “bonzinho” e não saiba realizar suas ações específicas; como se fossem posturas antagônicas ser tecnicamente competente e ter capacidade de atuar dialogando com as necessidades dos usuários. O cuidado não prescinde do saber técnico, entretanto, não pode ser reduzido a ele.

O que torna mais difícil nossa situação ao atuarmos na saúde é que tal divisão entre os serviços (ênfase no cuidado ou em procedimentos) não é tão estanque quanto parece na descrição acima. Tais caracterizações, como sendo uma separação entre duas maneiras bem delimitadas de se operar, não ocorrem na prática; parecem mais como dois polos de uma escala com várias etapas que separam a produção do cuidado, em um extremo, da ênfase apenas em procedimentos, no outro. Outro fator que torna complexa a análise se refere ao fato de que um mesmo serviço de saúde, com dezenas de profissionais atuando, pode apresentar, simultaneamente, processos de trabalho que apontam para um dos polos e para o outro. E mais, não só um serviço pode ter essas contradições internas, mas os próprios trabalhadores em seu cotidiano podem atuar de maneiras diversas: certos encontros produzem determinadas relações que fazem um profissional ser extremamente

cuidador com certos usuários e, logo em seguida, afetado por outras relações. Esse mesmo profissional pode realizar ações meramente “burocráticas” com outros.

Cenários tão complexos nos colocam a necessidade de, sistematicamente, refletirmos sobre o tipo de trabalho que estamos desenvolvendo, sobre a produção que estamos operando nos serviços em que atuamos. Entretanto, muitas vezes, é bastante sutil a transformação que opera em nós, profissionais de saúde, de modo que temos dificuldade em identificar claramente os fatores que nos fazem migrar entre esses distintos efeitos.

Sendo assim, uma alternativa para nos apoiar nessas reflexões é considerarmos a percepção da população como eixo de análise das nossas dificuldades e desafios na saúde. Isso sem desconsiderar outras dimensões, mas de modo a que possamos, em determinados momentos, reposicionar a maneira como olhamos para nosso próprio trabalho a partir da perspectiva do outro. Pedir emprestado o olhar do outro para refletir sobre a nossa prática. Não nos colocarmos no lugar do outro, mas colocarmos o outro em nós e vermos como nossas ações podem ser significadas a partir dessa outra perspectiva.

Ao mesmo tempo, devemos fazer essa “torção” sobre nós mesmos para refletirmos sobre nosso trabalho não apenas a partir do lugar do usuário. É também riquíssimo o processo que permite aos trabalhadores colocarem em análise seus modos de atuação a partir da perspectiva dos demais trabalhadores envolvidos no cuidado. Uma dificuldade para operarmos nesse sentido, entretanto, identificamos no fato de estarmos acostumados a chamar de equipe de saúde os mais diferentes arranjos multiprofissionais existentes nos serviços. O problema é que, muitas vezes, acabamos por considerar que um trabalho se dá em equipe quando, na prática, ele se

configura muito mais por ações de fatiamento e soma: fatiamento das necessidades de saúde do usuário e soma de procedimentos efetuados sobre ele.

E tais processos de “fatiamento e soma” se dão intensamente não apenas entre os trabalhadores que atuam num mesmo serviço, ou então num polo da academia da saúde, mas atravessam as relações entre os mais variados estabelecimentos das distintas redes. Muitas vezes, fazemos uma distribuição normativa das localidades em que determinados tipos de ações de saúde deveriam ser realizadas e formalizamos em lógicas de referência e contrarreferência os trânsitos possíveis dos usuários nos serviços. Tais distribuições não dão conta do desafio a que se propõe quando se fala da necessidade de se estabelecerem redes vivas que implementem a atenção segundo a construção de linhas de cuidado múltiplas e dinâmicas.

Aquelas lógicas de “fatiamento e soma” tendem também a atravessar as relações entre trabalhadores e gestores. É frequente identificarmos lógicas de gestão que colocam entre os lineamentos de sua “missão institucional” o acolhimento das necessidades dos usuários e a participação da população, mas que tentam implementar tais lógicas instituindo relações de pressão e cobrança sobre os profissionais. Sem considerar o papel central de formuladores e implementadores de modos de funcionar os serviços que esses trabalhadores também têm.

Enfim, lógicas que se estabelecem entre os vários atores envolvidos segundo a perspectiva do “fatiamento e soma”, na verdade, efetivam-se a partir da mesma perspectiva: a visão do outro como objeto de minha prática. Seja o trabalhador “coisificando” o usuário; seja um profissional vendo o colega de trabalho como máquina produtora de uma ação que complementa a minha; sejam

os serviços se comunicando segundo uma visão estanque das atribuições uns dos outros; sejam, por fim, os gestores (mesmo os comprometidos com um SUS democrático) se percebendo como os únicos sujeitos da transformação da realidade ainda inadequada do setor saúde.

É no bojo de tal “coisificação” do outro, é na esteira de tais lógicas de desconsideração do papel ativo do outro que se desenvolvem mais intensamente as relações de opressão no cotidiano do trabalho em saúde. Nessa maneira de compreender e operar nossas intervenções é que as dificuldades mais agudas vão se entremeando e os desencontros passam a se tornar estruturais. E aí vemos o usuário como alguém que não adere ao que propomos; percebemos o outro trabalhador como alguém que não enxerga a relevância do que estamos demandando que ele faça e o rotulamos de irresponsável; presenciamos os serviços que se queixam, afirmando que os outros estabelecimentos apenas tentam se livrar das pessoas que encaminhamos e não compreendem as dificuldades e limitações que temos; e vemos aí também reuniões em que o mote é a fala da gestão que tenta definir unilateralmente as linhas de ação de todos os atores envolvidos, como se sua lógica fosse a única vigente.

Ante tais desencontros, que tendem a ser múltiplos e a se reforçar sinergicamente, tende a se estabelecer unilateralmente a noção de que certas pessoas compreendem os problemas melhor do que os demais e, portanto, estariam mais aptas a propor soluções. Nessa lógica, implementam-se ações rígidas e diretivas que visam à “educação” dos outros, a fim de se adaptarem às deliberações que são tomadas à sua revelia.

Se vejo o usuário como um objeto, nada mais justo do que eu, trabalhador que conhece o melhor para ele, definir o que ele precisa fazer e como deve viver. Se vejo o outro

trabalhador como objeto, nada mais justo que eu imaginar que sou capaz de propor o melhor modo de organizarmos nosso trabalho. E, a partir daí, tentar impor a maneira que achar mais adequada ao meu pensamento. Se vejo os outros serviços como objeto, preciso apenas fazer com que eles compreendam o que deveriam fazer quando eu demandar certas ações para complementarem minhas atividades. Se, no papel de gestor, vejo os trabalhadores como objeto, é natural que eu procure apenas definir normas a que eles devem se adaptar, para que as suas ações sejam executadas a fim de levarem ao que eu considero o melhor resultado para a população como um todo.

Em cada uma dessas relações, as lógicas verticais de educação se apresentam como uma saída quase natural. Estas operam nos trabalhadores que tentam ensinar para os usuários a melhor maneira de viver, a partir das regras e normas que procuram impor aos outros, em virtude de suas eventuais patologias. São medidas necessárias nas relações entre trabalhadores e serviços em que um tenta fazer com que os outros entendam e aceitem a correção das linhas mestres de funcionamento, implementadas a partir de protocolos que impõem lugares fixos e predeterminados para cada um dos trabalhadores e serviços existentes. Também é fundamental a realização de ações educativas impositivas, meramente expositivas, para os trabalhadores, de modo que os façam compreender e operar as (novas) deliberações dos gestores.

Educar o outro para fazer o que penso. Educar o usuário para seguir minha prescrição. Educar o outro profissional ou os demais serviços para que assumam seu lugar de engrenagem na máquina de produção de procedimentos que instituo. Educar os trabalhadores para desenvolverem suas atribuições de modo a se adequarem aos bem-intencionados planos que desenhamos nos gabinetes democráticos de governo.

Tais lógicas, entretanto, por mais que sejam disseminadas em praticamente todas as relações, nunca conseguem superar um contrassenso: os atores nunca deixam de disputar a partir de suas concepções. Os usuários disputam seus planos de cuidado com os trabalhadores. Todos os trabalhadores usam e abusam de suas liberdades de atuação, e nenhuma norma externa consegue “aprisioná-los” completamente. E os gestores nunca desconsideram, no fundo, completamente as possibilidades de seus planos não serem seguidos, inventando a cada “fuga” uma nova possibilidade provisória de “captura”.

### **E a Educação Permanente com isso tudo?**

É no eixo dessas relações de poder que se inscreve o debate sobre a educação permanente em saúde. Esta não representa uma mera técnica pedagógica de desenvolver processos de formação ou educação em saúde. A educação permanente é uma dimensão constitutiva do trabalho em saúde, pois é uma maneira de dar visibilidade à produção de saberes diretamente implicados no cotidiano do trabalho em saúde.

Assim, pensar em como a educação permanente em saúde pode ser desenvolvida demanda colocar em análise as relações que se produzem nos mais variados encontros entre usuários, trabalhadores e gestores. E esse quadro é muito mais complexo do que temos apresentado até aqui. De modo até inadequado, temos simplificado a reflexão desenvolvida no presente texto, ao apresentarmos essas relações de poder como se só operassem unilateralmente, numa linha de opressão que incidiria sobre o usuário que seria objeto do poder do trabalhador e, por fim, desses que se submeteriam ao poder dos gestores.



As relações de poder têm vetores que se direcionam para todos os sentidos, como quando um usuário maneja suas possibilidades de interferir no trabalho do profissional, jogando com o vínculo que possui, visando a alcançar determinados objetivos. Ou como quando o trabalhador também lida com o gestor como este sendo objeto, ao limitar-se a vê-lo como fornecedor de insumos para seu trabalho, e o cobra sem se comprometer com o adequado uso e destinação dos recursos públicos envolvidos no SUS.

Os desafios da saúde, assim, à medida que aprofundamos nossas análises, colocam-se de modo cada vez mais complexos.

### **Educação Permanente e o Programa Academia da Saúde**

Até aqui, começamos a problematizar de modo mais abstrato alguns aspectos relacionados aos desafios postos à produção do cuidado nos serviços de saúde. Mas tal caminho parece nos ter levado a questões muito distantes do cotidiano. E, conforme havíamos dito, tomamos para este texto as especificidades do Programa Academia da Saúde.

Acreditamos que tal distanciamento aparente é falso, e que pode e precisa ser desfeito. Diversas observações podem ser realizadas nesse sentido. Por exemplo, os usuários transitam por diversos serviços de saúde e, certamente, as experiências que eles têm naqueles locais atravessam sua inserção na Academia da Saúde. Seja por terem se aproximado da academia ao serem encaminhados por um profissional de uma unidade básica, ou por identificarem a academia mais como uma “extensão” do atendimento que ele vem realizando. Ou até mesmo pelo

fato de a academia também agregar alguns profissionais identificados pelos usuários como sendo do campo da saúde. Há efetivamente trabalhadores da saúde atuando nessas academias, e que trazem suas experiências de inserção em outros serviços para esse campo. E os gestores responsáveis pela sua implementação e gerenciamento são vinculados às Secretarias de Saúde.

A verdade é que parte das grandes questões que se colocam para os serviços de saúde em geral podem atravessar de modos variados o cotidiano das Academias da Saúde. No momento em que a própria portaria que institui tal Programa busca induzir lógicas de cuidado baseadas no encontro, todos os distintos aspectos apresentados acima, bem como outros mais, apresentam-se de modo imperativo para pensarmos as maneiras de potencializar as ações das academias.

O Programa Academia da Saúde se propõe a operar a partir de equipes multiprofissionais que atuem integradas com diversos serviços e redes de saúde, de modo a construir uma gestão compartilhada do cuidado. Espera-se que se desenvolva uma efetiva relação de equipe entre as unidades básicas e a Academia da Saúde, posto que esta última também constitui a atenção básica e tem o mesmo compromisso com o SUS naquilo a que se propõe. Essa diretriz, entretanto, coloca a necessidade de lidarmos frequentemente com processos de negociação entre os profissionais das unidades e das academias. Tais relações podem ainda se ampliar ao envolverem nesse escopo também os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), os quais são constituídos por trabalhadores com diferentes núcleos de saberes. Estes, agregando olhares diferenciados no cotidiano do trabalho, podem construir com o Programa Academia da Saúde atividades as mais variadas.

Por tudo isso, acreditamos que será fundamental que os diversos polos da Academia da Saúde reflitam sistematicamente sobre a maneira como têm implementado seu trabalho e como se integram com as outras ofertas acessadas pelos usuários. E essa reflexão terá mais potência, e ao mesmo tempo será muito mais difícil de se conduzir, quando realizada pelo conjunto dos atores envolvidos em cada situação, de modo a que todos tragam as mais variadas lógicas para a negociação coletiva.

E um dos desafios que temos, quando procuramos atuar considerando tais elementos, é acreditar que os processos de educação permanente, por serem constitutivos do mundo do trabalho, ocorreriam espontaneamente e não demandariam certa preparação. Determinadas situações demandam análises sobre o próprio processo de trabalho que podem trazer à tona relações já esgarçadas entre os envolvidos. Diante disso, um momento que poderia ser apenas mais uma produtiva reunião de trabalho pode terminar com o rompimento das relações entre os profissionais. Sendo assim, é necessário não apenas um preparo prévio para esses momentos de educação permanente, como também, sempre que possível e necessário, é importante que as equipes contem com outros atores capazes de promover a mediação desses encontros.

Para tais funções de facilitação de processos de educação permanente, podemos contar com certos atores institucionais. Por exemplo, em municípios que têm trabalhadores compondo equipes de apoio institucional formalizadas, tais sujeitos podem ser bons mediadores, desde que não se prendam apenas a fins gerenciais em sua atuação. Em outras situações, membros do NASF, trabalhadores de outros serviços ou mesmo gestores preparados podem assumir um papel de mediação mais direta de processos de educação permanente.

Pelo que se expôs até aqui, é possível afirmar que educação permanente é algo diferente, e muito mais complexo, do que realizar apenas atividades de educação continuada dos trabalhadores. Quando identifica-se que os problemas que ocorrem nos serviços são devidos à falta de conhecimentos específicos, muitas vezes clínicos, de determinados profissionais, propõe-se a realização de atividades de atualização. A lógica da educação continuada, assim, aposta na construção de momentos de ensino-aprendizado baseados num conjunto de saberes definidos *a priori*. A educação permanente não exclui a possibilidade de, em determinadas situações, ocorrer limitações relacionadas à falta de conhecimentos teóricos de certos profissionais. Diante disso, é necessário que se organizem momentos de educação continuada. Entretanto, seu eixo central é a análise compartilhada do processo de trabalho em saúde, trazendo para o foco a necessidade de construção coletiva de modos de se produzir o cuidado. Sendo assim, o processo educativo não se dá pela transmissão de certos conhecimentos; ao contrário, este é construído pelos próprios trabalhadores ao realizarem a reflexão sobre suas maneiras de atuarem em coletivos.

Felizmente, já existem em diversos territórios várias pessoas com reflexões mais sistematizadas sobre os desafios que a concepção da educação permanente agrega ao mundo da saúde. Embora tais processos operem a partir de demandas oriundas de cada realidade local, diversas iniciativas desencadeadas a partir da instituição da Política Nacional de Educação Permanente permitiram que, ao longo do tempo, acumulássemos em diversos coletivos importantes capacidades de operar com tais processos. Mesmo que tenha lançado mão de dispositivos institucionais tão distintos como os Polos de Educação Permanente em Saúde ou as Comissões de Integração Ensino-Serviço, ao longo do tempo, a Política Nacional

de Educação Permanente estimulou o desenvolvimento de iniciativas locais potentes. E é para estimular a ativação de coletivos capazes de reconhecer as iniciativas locorregionais de educação permanente, apoiando-as em suas especificidades a partir de ações de cooperação, que o Ministério da Saúde, em parceria com diversas instituições formadoras, está recentemente desenvolvendo a estratégia de Educação Permanente em Saúde em Movimento. Esta integra processos de formação semipresencial para grande número de atores com movimentos descentralizados de reflexão nas mais variadas regiões de saúde.

Desenvolvida a partir do ano de 2003, a Política Nacional, de toda forma, inovou ao trazer como eixo a educação no trabalho, para o trabalho e a partir do trabalho. Tal repetição desse termo não é mero pleonasma, e sim a consideração de que é em cada situação específica com que os trabalhadores se deparam no seu cotidiano que eles têm de analisar quais os saberes e relações que precisam ser mobilizados para se construírem as melhores ofertas para as necessidades de saúde apresentadas pelos seus usuários. E que os profissionais diretamente envolvidos precisam pensar sobre o modo como têm se organizado para responder aos desafios com que se deparam, para que consigam inventar novos arranjos organizacionais, quando necessário.

A Academia da Saúde, como espaço potente para a construção de ações de cuidado, não deve, portanto, estar limitada a ações pautadas no senso comum a que a própria palavra “academia” remete. Esta propõe não só ser um espaço para a prática de atividade física da comunidade, mas, também, um espaço de convivência e de diversas outras ações em saúde, que não necessariamente têm como objetivo direto o exercício físico. Atividades em grupos, rodas de conversa, atividades propostas pelas comunidades em conjunto com a equipe da academia e da unidade básica

são alguns exemplos. Para que essa proposta aconteça, deve ser evidenciada a construção conjunta do cotidiano do trabalho, também, da academia.

É colocando a implicação dos mais variados atores em análise que se pode promover efetivo deslocamento do modo de olhar o outro como objeto. Ao fazer isso, não é apenas a lógica de “fatiamento e soma” que “entra em parafuso”: todos os processos que buscam assujeitar os vários atores envolvidos passam a ser vistos como inadequados. E tal deslocamento se faz não apenas porque se adere a determinada concepção teórica, e sim por reconhecer que as tentativas de anular o papel ativo dos demais apenas aumentam a inefetividade das ações, ao induzir a construção de processos de trabalho que serão, o tempo todo, minados pelos demais envolvidos.

Para além de colocar em análise os modos organizacionais que precisamos instituir, os processos de educação permanente podem colocar em xeque certas lógicas que carregam em si importantes contradições. Por exemplo, pode ser muito confortante para alguns compreender que estamos atuando na Academia da Saúde para desenvolvermos ações de promoção da saúde. Muitos podem se reconhecer na proposição de que nosso eixo central de atuação deve ser a criação de condições para que as pessoas desenvolvam modos de vida saudáveis.

Tais diretrizes, de modo geral, estão entre os pilares de algumas das mais avançadas formulações do setor saúde. Quem não ficaria feliz em atuar na lógica da promoção da saúde e não apenas na perspectiva de “apagar incêndios” em práticas apenas curativas? Mas essa percepção pode ser relativizada, por exemplo, diante de um usuário que não tem em seus parâmetros de vida uma existência saudável. Diante de um etilista que não pretende parar de beber, mesmo sabendo de suas sequelas potenciais. De um tabagista sedentário que tem intenção de continuar assim,

mesmo que compreenda os efeitos de longo prazo de suas opções, por valorizar mais os prazeres que elas também agregam. E tais situações, muitas vezes, demandam-nos posturas intervencionistas, que tendem a estigmatizar os outros, ou a que “lavemos as mãos”, considerando que, se essas pessoas não querem ser saudáveis, que arquem com as consequências de suas escolhas.

Seria possível, diante de tais situações de resistência, pensarmos que o nosso desafio no setor saúde, em especial nas Academias da Saúde, seria apoiarmos a produção de modos de vida felizes, não necessariamente saudáveis? É possível aceitarmos que a vida pode ser maior do que a salubridade? E que certos projetos de vidas felizes podem prescindir dela?

É comum pensarmos as academias com uma grade de horários de ginásticas e caminhadas, planilhas para controle de medidas dos usuários que a frequentam, e profissionais comprometidos com a prescrição e controle de um bom plano de exercícios físicos. Mas e quando nos deparamos com pessoas que estão usufruindo dessas atividades muito mais pelo encontro do que pelo objetivo “biológico”? Que atitude os profissionais devem ter diante daquela senhora que ocupa “um lugar no colchonete”, mas passa a atividade toda “descansando”? Será que, mesmo que se tenha uma disponibilidade de atividades direcionadas de exercícios físicos, isto basta? Isso é tudo que a academia pode oferecer? E, novamente, a senhora que vem apenas para o encontro e passa a aula descansando? O que fazemos com ela?

Outro ponto que vale ressaltar: a possibilidade de ter um serviço vinculado à atenção básica, que também propõe a prática de exercícios físicos (lembramos que este é apenas um dos eixos da Academia da Saúde), põe em pauta as relações das pessoas com o movimento corporal. Os profissionais das equipes podem aproveitar os espaços de

educação permanente para discutir essa relação, instituindo todos como atores do cuidado. Assim, potencializar o entendimento de que as pessoas têm experiências muito diversas com o movimento ao longo da vida e de que isso pode interferir nas propostas dessa equipe em relação às atividades da academia, pois essas experiências podem ser positivas ou completamente diversas do senso comum. Como podemos propor algo em relação à prática de exercícios físicos se isto não faz sentido para os usuários ou mesmo para a comunidade?

Essas e outras questões podem nos “pular às faces” em meio a processos de educação permanente e, às vezes, são nesses momentos que sua potência se apresenta de modo mais intenso. Em certos contextos, a melhor alternativa pode ser deixarmos os incômodos que são gerados terem tempo e condições de amadurecer, segurando o ímpeto de construirmos respostas imediatas para cada um dos “problemas” evidenciados. A invenção de novas formas de se produzir cuidado pode encontrar oportunidade de se cristalizar nesses momentos ou mesmo demandar certo tempo para “decantar”.

E, quando pensamos nos eixos de atuação propostos para o Programa Academia da Saúde, podemos até mesmo ficar paralisados diante de tantas e tão plurais agendas que podem ser geradas. Se isso ocorrer, embora se conceba que efetivamente não deva existir hierarquia entre os distintos eixos do programa, nós nos arriscamos a pedir um apoio diferenciado a um deles. Quando nos encontramos aparentemente sem alternativas, um grande pensador nos ajuda a encontrar possibilidades na dimensão artística. Como nos ensinou o cantor e compositor Oswaldo Montenegro, podemos apostar em alguns momentos na possibilidade de “que a arte nos aponte uma resposta mesmo que ela não saiba, e que ninguém a tente complicar, porque é preciso simplicidade para fazê-la florescer.”

## Referências

Para termos uma melhor fluidez na leitura deste texto, optamos por não fazer as citações de autores de referência à medida que certas formulações foram sendo apresentadas. Obviamente, esta produção é imensamente devedora de diversos autores que se dedicaram a refletir profundamente e a compartilhar conosco os caminhos que encontraram para encarar as dificuldades com que se depararam.

Na relação abaixo, segue uma lista (certamente incompleta) de materiais que inspiram nosso referencial teórico e que, direta ou indiretamente, desenvolvem de modo mais aprofundado diversos aspectos dos elementos que trouxemos no texto.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva (RJ)**, v. 14, n. 1, p. 4 -65, 2004.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 165-184.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na

atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 113-126.

FRANCO, T.B, MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface. Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.

FRAGA, A.B. et al. **Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos**. Porto Alegre: Gênese, 2009.

FREITAS, F.F. **A educação física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec. 2007.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, 192p.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, fev. 2005

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.; CERQUEIRA, M.P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, Túlio Batista; RAMOS, Valéria do Carmo (orgs.). **Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 60-75.

## **PARTE III**

### **Redes Colaborativas - promovendo diálogos**

# **CONFIGURAÇÕES CONTEMPORÂNEAS DO MUNDO DO TRABALHO, PROATIVIDADES E REDES DE COLABORAÇÃO EM SAÚDE**

*Gímerson Erick Ferreira  
Dagmar Elaine Kaiser  
Érica Rosalba Mallmann Duarte  
Alcindo Antônio Ferla*

As configurações contemporâneas do mundo do trabalho, caracterizadas pela maximização dos modos de produção, pela precariedade da organização do trabalho e pela captura da subjetividade do trabalhador, acentuam as repercussões à saúde deste, que, em meio a tais conformações, busca encontrar meios de “driblar” os mecanismos sutis de exploração. Ao tentar esquivar-se, muitos trabalhadores lançam mão do seu poder criador, incorporando astúcia, inventividade e engenhosidade na criação de ações que subvertem a prescrição para dar conta do real do trabalho, uma forma de exercer a inteligência prática em seu fazer. (DEJOURS, 2011a) A inteligência prática, de acordo com Dejours (2011b; 2012), refere-se, por um lado, à criação e à incorporação da inovação às rotinas; e, por outro, demanda familiarização com a realidade de

trabalho. Esse modo de inteligência consiste, portanto, no usufruto da experiência com vistas à criação de algo novo, distinto da prescrição. Parte dos trabalhadores, que não consegue mobilizar essa capacidade, produz sofrimento. Nossa reflexão, aqui, entretanto, é sobre a mobilização de condições para o exercício do protagonismo do trabalhador no cotidiano de trabalho.

A expressão inteligência prática possui suas raízes epistemológicas na psicologia e na antropologia histórica do francês Jean-Pierre Vernant e do belga Marcel Détiénne, os quais desenvolveram uma interpretação do termo grego *métis*, que é etimologicamente o núcleo do termo *metier*, estando relacionada à técnica e à fabricação. De acordo com a mitologia grega, Métis, cujo nome combina sabedoria e astúcia, é a deusa da prudência, das habilidades e do ofício. Métis foi devorada por Zeus, seu esposo, que a engoliu temendo ser destronado por um dos futuros filhos do casal, pois este se tornaria o deus dos deuses. Ao impedir o nascimento desse filho, Zeus assimila a prudência, a inteligência artilosa e a astúcia para se manter no poder, demonstrando estar sempre pronto para intervir, antecipadamente, nos perigos de seu reinado. (VASCONCELOS, 2013)

Détiénne e Vernant (2008, p.29) apresentam a *métis* como “uma potência de astúcia e engano” que confere ao seu detentor a possibilidade de vencer sem o uso da força, visto que consegue mobilizar a astúcia (*dólos*), aproveitar as vantagens (*kérde*) e apreender as ocasiões particulares, momentos oportunos e dominá-las (*kairós*). Essa tríade é descrita como complexa por articular ações diversas que combinam faro, sagacidade, esperteza, previsão, precisão, atenção e senso de oportunidade. Contudo, apesar de tais ações serem de extrema importância no mundo grego, apresentam efeitos ambíguos, visto que “ora se verá aí o

produto de uma fraude, a regra do jogo não tendo sido respeitada. Ora ele provocará tanto mais admiração quanto terá surpreendido mais.” (DÉTIENNE; VERNANT, 2008, p.19) Sob esse espectro, a *métis* tanto pode conduzir à antecipação, ao agir e ao sucesso, como pode possibilitar a fraude, a abertura para o ilícito, a punição. Assim, o detentor de *métis* deve conhecer seus limites para alcançar os objetivos sem infringir a fronteira entre o permitido e o censurável. (VASCONCELOS, 2013)

Proposição análoga pode ser ponderada ao refletir acerca da definição de proatividade, característica comumente exaltada e requerida no cenário do trabalho contemporâneo. Conceituando, genericamente, pode-se dizer que a proatividade consiste em promover a ação para além das obrigações, permitindo um olhar estratégico que possibilita a antecipação às mudanças. O indivíduo proativo toma a iniciativa na resolução de problemas e na criação de novas soluções, não se restringindo apenas a cumprir o que é preestabelecido. (ARAÚJO; GAVA, 2011)

Nessas condições, a pessoa proativa é movida por oportunidades que visem a melhorias, demonstra iniciativa e procura por informações e oportunidades as quais permitam a antecipação aos problemas e à tomada de decisões, ao invés de agir apenas quando as informações e oportunidades chegam até ela. (BATEMAN; CRANT, 1993; 1999; KAMIA; PORTO, 2011)

Nesse contexto, o impacto das profundas transformações do mundo do trabalho sobrepõe uma nova condição à saúde do trabalhador, que pode ser fonte geradora de prazer e/ou sofrimento. No entanto, geralmente o trabalhador não associa conscientemente tal situação emocional ao trabalho, apesar de expressar-se em seus comportamentos e atitudes. Seus desejos e a realidade colocam-no frente a frente com a dimensão a



partir da qual ele existe como sujeito e confere identidade à prática situada. E, ao buscar alternativas para lidar em cada situação que se coloca, mobiliza a busca de condições de superação e clarificação de vivências que revelam saberes de toda uma atuação produtiva. (DEJOURS, 2011a)

Contudo, considerando o universo da saúde, o desenvolvimento da capacidade de proatividade mostra-se fundamental nos dias de hoje, especialmente se considerarmos que, ao lidar com o ser humano em seus aspectos biopsicossociais, é preciso ser visionário e orientado para a busca de oportunidades em meio a toda complexidade que essa conjuntura apresenta. Para Ferreira (2013), o profissional proativo é orientado para a busca de oportunidades em prol de melhores práticas em seu serviço. Nessa perspectiva, o trabalhador não se limita à sua zona de conforto e, sim, faz acontecer no trabalho ao invés de se adequar acriticamente a uma situação. Essa condição, mais do que ser prescrita ao trabalhador, precisa de condições institucionais para ser fomentada.

Ademais, a conduta proativa sugere a adoção de medidas gerenciais inovativas, as quais sejam capazes de criar novas e diferentes possibilidades, de empreender com vistas a melhorias e de estabelecer parcerias e articulações que permitam maior resolubilidade nas ações desenvolvidas. (FERREIRA, 2013) Nesse sentido, alude à atuação em rede. Esse contexto revela a ambivalência existente na atuação proativa em saúde e que precisa ser refletida criticamente. Considerando essa necessidade, debate-se neste capítulo a interface trabalho/proatividade/redes de colaboração no sentido de evidenciar a relação subjetiva que se instaura no trabalho em saúde e aponta possibilidades de análise a partir das contribuições teóricas da Psicodinâmica do Trabalho.

O conceito de rede representa uma inovação importante para a organização da atenção em saúde, uma vez que favorece a prática de responsabilidade, poderes e atribuições diferentes, sem hierarquizar complexidades ou importância da produção do cuidado. Assim, o modo de atuação em rede não prioriza uma hierarquia de importância estável ou permanente entre os seus atores estratégicos, e, portanto, a complexidade não tem endereço fixo. (RIGHI, 2010) Para a existência de uma rede, não há somente pontos fixos; há também fluxos de integração em movimento.

A emergência de mecanismos inovadores e propositivos faz-se, então, necessária para o trabalho colaborativo em redes, de forma a potencializar a sua ação e ampliar o seu alcance a partir dos diferentes atores e setores envolvidos. Nesse sentido, a concepção de rede apresenta-se como uma ação coletiva concreta que proporciona ganhos e efetiva contribuição para o desenvolvimento das políticas públicas, podendo transformar a realidade nos diferentes coletivos.

Essa discussão tem por objetivo difundir a questão acerca das configurações contemporâneas do trabalho, na perspectiva das práticas de avaliação em saúde e que denotam a necessidade de trabalho em redes de colaboração e a atuação proativa dos atores sociais envolvidos no processo.

## **Novas configurações do trabalho em saúde e as demandas por avaliação**

A busca por produtividade atravessa as mais altas esferas das hierarquias no campo da saúde pública e desce em cascata, demandando de diretores, de gerentes e, como consequência, de trabalhadores do cuidado, números, indicadores, metas. É evidente que esses elementos são fundamentais e não se faz gestão sem eles. No campo da saúde pública, são necessários para garantir acesso, equidade e formulação de políticas. Todavia, a questão que se coloca é que, em muitas situações, estes tomaram também o lugar da interação e das informações qualitativas sobre os processos de trabalho, que também devem ter seu lugar nos processos de gestão, assim como dispositivos institucionais para construir sentidos compartilhados para informações e indicadores.

Como se esses elementos ainda não bastassem, organizações atravessadas por uma ideologia de excelência (SOBOLL; HORST, 2013) – apoiada nos discursos da qualidade, sem correspondentes nas condições de trabalho (nesse caso, com quantitativo de pessoal insuficiente) e ainda carente de espaços de discussão a respeito dos processos de trabalho – agravam esse hiato entre o trabalho real do cuidado e os processos de gestão. E nestes a ponte precisa ser reconstruída, coletivamente, pelos gestores. Soboll e Horst (2013), baseados em Dejours, afirmam que a ideologia de excelência trata de um sistema de pensamento hegemônico no contexto atual de trabalho e prima pelo mito da autossuperação e por resultados sempre superiores, subsidiando a crescente produtividade nas organizações. O que pressupõe algo não partilhável, visto que, para ser excelente, é preciso que alguém esteja aquém.

No contexto organizacional, avaliar é uma necessidade e não simplesmente uma opção. Não devemos cair aqui na

irresponsabilidade de considerar que toda avaliação visa a oprimir ou a desqualificar o trabalho ou o trabalhador. No entanto, a crítica, de Dejours (2008) e de Gaulejac (2007) quanto à avaliação do trabalho restrita aos métodos quantitativos vai para além dessa visão pueril: “Há um risco de quantofrenia aguda (a doença da medida) que espreita todos aqueles que, em vez de medir para melhor compreender, querem compreender apenas aquilo que é mensurável.” (GAULEJAC, 2007, p.67-68)

Dejours (2011b) conceitua inteligência prática como a habilidade de lidar com as situações e a capacidade de resolução de obstáculos. Para tanto, não basta apenas saber, há, sim, a necessidade do saber-fazer adquirido a partir da experiência do sujeito. Entretanto, o que se coloca em discussão neste capítulo não é somente o quão importante é a proatividade para o trabalho em saúde, aponta-se a necessidade de dialetizar essa questão, tendo em vista as ambiguidades que podem estar presentes nessa mobilização. Busca-se desvelar aspectos paradoxais que perpassam o agir proativo no trabalho, sem perder de vista que este também pode ser fonte de conflitos e sofrimento. Em si mesma, essa condição sinaliza a necessidade de desenvolver abordagens teóricas que discutam a dinâmica da subjetivação instaurada nas situações de trabalho.

Não se trata de rejeitar tais propostas, pois estas possivelmente trariam melhorias à organização do trabalho. A preocupação consiste em apreender o real significado do que se deseja alcançar, por quais meios e que consequências resultam. (DALL’AGNOL, 1999) Especialmente no âmbito da saúde, atitudes proativas mostram-se cada vez mais indispensáveis, visto que podem estar relacionadas à realização e ao reconhecimento profissional, ao desejo de cooperar coletivamente nas equipes de trabalho e à oportunidade de um olhar que vai além da doença, por buscar melhores maneiras de intervir e de sistematizar a

assistência. (FERREIRA, 2013) Sobretudo, para a qualificação de processos, fluxos e serviços.

Esse desejo, anseio ou vontade de cooperar coletivamente, perpassando uma mobilização não prescrita que deve ser considerada como contribuição insubstituível dos trabalhadores, sinaliza a cooperação em sua efetividade. Nesse ínterim, as estratégias de gestão passam a prescrever alternativas coletivas que nem sempre são de interesse dos trabalhadores e não se constituem espaços que possam gerar confiança, cooperação e mobilização subjetiva. (DEJOURS, 2012)

Tais configurações sinalizam, nessa conjuntura, a necessidade de uma atuação em redes de colaboração, as quais sejam capazes de acompanhar as rápidas mudanças do cenário contemporâneo e potencializem a cooperação entre as pessoas no ambiente de trabalho. Sob tal enfoque, denotaria o entendimento acerca das relações entre os colaboradores para a construção e geração do saber-fazer no cotidiano das práticas laborais.

Por tais motivos, analisar as novas configurações do cenário do trabalho contemporâneo em saúde, sob uma perspectiva crítico-reflexiva e que favoreçam a constituição de lócus de aprendizagem e o fortalecimento dos espaços políticos, faz-se tão importante. Tem-se a concepção de que os atores sociais envolvidos na atenção à saúde, diante das novas demandas exigidas por um contexto abrangente e complexo, precisam adotar modos de atuar condizentes com objeto do trabalho em saúde, produzindo relações cooperativas, integrativas e emancipatórias. A atuação em redes colaborativas em saúde incorpora a noção de cooperar e de agir proativamente em arranjos relacionados à promoção da saúde e ao desenvolvimento social e sustentável, no interior de políticas e modos de gestão que fomentem democraticamente o protagonismo.

## As configurações do cenário do trabalho contemporâneo

O cenário de mudanças do mundo do trabalho contemporâneo tem demandado novos modos de atuação profissional, cada vez mais exigentes e centrados em estratégias inovadoras, proativas e empreendedoras, as quais ressaltem a rede de cooperação existente entre os atores que a compõem. No campo da saúde, a atuação em rede implica desenvolvimento de estratégias que favoreçam a qualidade e efetividade de ações gerenciais e assistenciais e, assim, potencializem a integração dos serviços de saúde, aumentando a resolutividade da atenção.

Entretanto, a dimensão oculta que configura dinâmicas sociais e econômicas orientadas pelas prerrogativas do mundo do trabalho contemporâneo tem suavizado os mecanismos de controle que seduzem o trabalhador aos interesses organizacionais. O trabalho vem sendo marcado por contínuas transformações, típicas do modelo capitalista, que implicam a reordenação das práticas laborais, assim como nos seus sentidos, conteúdos, natureza e significados. (SILVA; NAVARRO, 2012)

Na mesma diretriz, os modelos de gestão contemporâneos têm proposto novas formas de agir dos sujeitos, instigando-os a adotar, para si, modos de trabalhar e de ser que ampliem suas capacidades técnicas e intelectuais, no intuito de corresponder às expectativas de um mercado cada vez mais competitivo e incerto. Estes demandam, então, criatividade e empenho dos trabalhadores como fator de produtividade e de competitividade nas organizações. (ANTUNES, 2009; TRAESEL; MERLO, 2011)

Pesquisas internacionais asseveram a importância de redes de cooperação como estratégias relacionais capazes de oportunizar resultados efetivos que transcendem a mera soma dos recursos organizacionais individuais. (MÜLLER-

SEITZ, 2011; LEE; MONGE, 2011) A partir do momento em que a rede é constituída, a mesma é percebida como um novo modo de coordenar as atividades, pois nesta coexistem diferentes configurações de conhecimentos, capacidades e competências, o que requer níveis de gerenciamento diferenciados em seus momentos evolutivos. (ZANCAN, 2010)

Nesse sentido, a atuação em redes propicia o compartilhamento de recursos e riscos, bem como a sinergia resultante dos relacionamentos produzidos entre os atores sociais envolvidos e destes com os serviços, organizações e sistema. (ZANCAN et al., 2013) O entendimento de redes em saúde deve estar embasado em uma concepção de saúde ampliada, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Para Ferla et al. (2013), as redes se configuram como espaços de aprendizagem, em que o trânsito entre os diferentes serviços e instâncias do sistema favorece a perspectiva de linhas de cuidado. Ademais, fomentam o desenvolvimento de parcerias entre os atores sociais e estimulam a corresponsabilização entre estes, com vistas à qualificação das ações em saúde.

Essa tônica mostra-se relevante para o cenário da saúde, especialmente em virtude da complexidade tecnológica e informacional típica do cenário contemporâneo, no qual os ritmos e cadências passam por modificações constantes e exigem do trabalhador modos diferenciados de agir, centrados em modelos proativos, empreendedores e que possibilitem o desenvolvimento de inovações em saúde.

A proatividade em saúde está atrelada à ampliação de possibilidades de agir em prol de melhores práticas na atenção em saúde. Estudo recente desenvolvido com enfermeiros de um hospital universitário do sul do Brasil (FERREIRA, 2013) revelou que esses profissionais têm a percepção de que ações proativas repercutem

positivamente na qualidade e efetividade da assistência. Isso porque impulsionam o desenvolvimento organizacional, possibilitam um olhar para além da doença, estimulam a cooperação, a liderança e o aprendizado na equipe e proporcionam maior *performance*, reconhecimento e realização profissional.

Concepção semelhante já fora destacada em pesquisa anterior por Moura et al. (2012), ao sinalizarem a importância do fortalecimento de redes nas equipes no alcance de um agir colaborativo, cooperativo e integrado que permita a consecução de objetivos grupais e organizacionais. Essa compreensão reforça que o agir proativo pode proporcionar uma ambiência favorável ao surgimento de inovações.

Também em Ferreira et al. (2013) foi ressaltada a necessidade de investir em ações empreendedoras, as quais valorizem o rompimento de estruturas cristalizadas e fomentem o desenvolvimento de práticas inovadoras em saúde, centradas no indivíduo, no coletivo e na transformação social.

Os trabalhadores que percebem e desenvolvem criatividade, inovação e autonomia na tomada de decisão poderão contribuir para a construção de relações de confiança, respeito, reconhecimento e colaboração nos coletivos em um modelo transformacional, mas, sobretudo, que privilegie ações participativas de liderança. E, assim, possam promover mudanças propositivas nos sistemas de cuidado de saúde. (DALL'AGNOL et al., 2012) Tal proposição delineia a proposta de configuração em redes, sob a qual Ferla, Ceccim e Dall Alba (2012) ensinam que essa construção assume um caráter de produção fundamentado em pensamentos heterogêneos que, por um lado, desafiam a heterogeneidade dos campos, de modo intenso; e, por outro, despertam o potencial de criação e de produção de novos planos para o pensamento. O que representa o trabalho vivo e em ato.

## **Os novos modelos de atenção e a interface com o PMAQ-AB**

Os modelos de atenção em saúde podem ser entendidos como modos de organização das relações que se estabelecem entre os atores estratégicos - organizações, profissionais e usuários -, as quais são mediadas pela informação e tecnologias utilizadas no trabalho em saúde, com vistas à inovação e ao desenvolvimento. No cenário contemporâneo, evidencia-se uma sucessão de transformações decorrentes das inovações tecnológicas, advindas, principalmente, do aumento do fluxo de informações.

Essas mutações provocam impactos nos modelos de atenção em saúde, demandando a atuação proativa dos atores estratégicos envolvidos na organização do trabalho, o que pressupõe uma configuração em rede que potencializa o trabalho colaborativo. O novo arranjo estrutural favorece a ocorrência de mudanças nas práticas de saúde. Contudo, no âmbito da saúde, não se trata de eleger um modelo ideal. Para Ferla e colaboradores (2013), de modo algum, as construções do trabalho em saúde devem ser levadas como regra, mas, sim, problematizadas, deliberadas, no sentido de adquirir a autonomia e a organicidade necessárias para promover a aprendizagem significativa e buscar o engendramento de redes colaborativas em prol da integralidade.

Entende-se que este tenha sido o propósito do Ministério da Saúde ao implantar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) por meio da Portaria GM/MS 1654, de 19 de julho de 2011. A organização do PMAQ-AB, enquanto espaço de relação acesso/qualidade, atua na conformação de redes colaborativas, permitindo a troca e o compartilhamento de

informações e de conhecimento dentro dos serviços de saúde, por meio de relações formais e informais existentes entre os colaboradores.

O intercâmbio, o fluxo, o uso e a apropriação de informações no processo de avaliação de serviços de saúde potencializam a capacidade das pessoas, grupos e organizações de se associarem para o aprendizado permanente, mediante compartilhamento, mobilização e ação coletiva voltada para a criação de estratégias efetivas em prol do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Acompanhar as rápidas mudanças em curso exige a aquisição de novas capacitações e conhecimentos em avaliação de serviços de saúde, o que sugere o desenvolvimento de práticas proativas que ampliem a efetividade das ações nesse processo. A proatividade está relacionada à preocupação de fazer algo melhor, de agir por antecipação e de identificar oportunidades, sugerindo uma perspectiva de inovação e inovatividade.

A experiência da avaliação externa do PMAQ-AB, através da Rede Governo Colaborativo em Saúde, permitiu um olhar importante para essa questão, na medida em que instigou os colaboradores envolvidos no processo a atuarem de modo proativo. No contexto da avaliação externa do Programa, essa atuação mostrou-se elemento ímpar para a efetividade dessa etapa do ciclo. Isso porque são requeridos de cada indivíduo comportamentos dirigidos para metas coletivas, as quais favoreçam mudanças espontâneas nos espaços de trabalho, visando a equacionar problemas e a implementar ideias benéficas em saúde.

O processo de avaliação externa englobou basicamente: a seleção e a qualificação da equipe de avaliadores; o planejamento, a organização e a definição dos itinerários; a articulação com os gestores e as equipes dos municípios; o trabalho de campo, que se constitui na

avaliação externa propriamente dita; o acompanhamento e o monitoramento das ações e cronogramas; a validação dos dados coletados; dentre outras atividades que permearam essa fase. Toda essa sistematização anuncia a necessidade de um gerenciamento proativo que seja sustentado por metas e planejamentos bem elaborados e compartilhados e que permitam enfrentar as intempéries do cotidiano dos serviços de saúde.

Iniciativas análogas, fundamentalmente embasadas em práticas de colaboração e proatividade, permearam o processo de avaliação externa do PMAQ-AB no Rio Grande do Sul. Favoreceram um ambiente em que as fraquezas puderam ser equilibradas, as fortalezas individuais e coletivas potencializadas e os atores envolvidos sentiram-se pertencentes a um grupo em que o apoio e a cooperação foram mútuos e constantes.

Tais práticas se constituíram a partir dos diversos espaços destinados a trocas e relações intersubjetivas entre os atores envolvidos no Programa, que, na perspectiva dejouriana, configuram-se como essenciais para que a inteligência individual se torne pública. Para Dejours (2011b), quando se fala em inteligência prática, esta se refere à individualidade, à singularidade. Entretanto, à medida que a confiança, a cooperação, a coordenação e o reconhecimento se estabelecem, induz-se a um nível de complexidade suplementar em que a subversão ao prescrito é regularizada, culminando na sabedoria prática.

Para Ferla, Ceccim e Dall Alba (2012), no contexto da saúde, é necessário ir além da explicitação de continuidades nas informações realçadas em evidências e protocolos. Para que sejam edificadas práticas de cuidado, de gestão e de formação mais comprometidas com a qualidade e defesa da vida, com o compromisso social e com o fortalecimento da cidadania, é necessário que a inteligência coletiva seja

fomentada. Para que, então, possa produzir movimentos e mudanças no ver, no agir e no sentir do trabalho em saúde.

Sob tal perspectiva, a atuação dos atores envolvidos em processos de avaliação, a exemplo do PMAQ-AB, deve ser passível de reflexão e crítica, pois, além de constituir a abertura de novos caminhos estratégicos para o desenvolvimento de ciclos subsequentes, representa a visualização de aspectos essenciais à construção de futuros projetos e programas no âmbito da saúde.

Nessa construção, revela-se o caráter emancipatório desse capítulo, uma vez que a emancipação, segundo Dejours (2012), conota um esforço pessoal e repousa, antes de tudo, sobre o poder de pensar. Expressando, ainda, uma exigência bastante significativa capaz de organizar os modos de vida e de fruição que rescindem o risco de alienação pela massa.

Dejours (2011b) esclarece que uma das características da inteligência prática está em conceder maior importância aos resultados da ação do que ao caminho empreendido para se alcançar tais resultados, prevalecendo a astúcia, ou o que ele denomina de “inteligência astuciosa.” Algo que se opõe à “inteligência conceitual.” Nesse sentido, e considerando que em um Programa como esse, a proatividade manifesta-se de modo espontâneo, pulsional. E reforça-se aqui a necessidade de reflexão e crítica de seus atores, para que estes não se alienem na importância que os resultados destes possam alcançar. Mas, pelo contrário, valorizem estes os objetivos e o objeto do seu fazer, cientes de que importância ainda maior deve ser dada à trajetória cultivada para obter esses resultados.

No mesmo sentido, Ferla, Ceccim e Dall Alba (2012), ao reforçarem a necessidade de construir sentidos para a avaliação, mostram a necessidade de focar o âmbito das tecnologias leves. Os autores reportam-se à teoria

do ator-rede, ou mesmo das tecnologias da inteligência para demonstrar que o desafio para a atuação coletiva não está na capacidade de domínio teórico-metodológico sobre determinados resultados, mas, sim, em buscar, a partir destes, dispositivos para o pensamento e para a comunicação.

Logo, em meio às novas configurações entremeadas nos serviços de saúde, a atuação proativa, focada no desenvolvimento de práticas colaborativas, deve ser vista como uma oportunidade de contribuição, de transformação e de (re)construção do modo como avaliamos e gerimos a atenção em serviços de saúde, fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS. Ao incorporar a inteligência prática, a inventividade e a engenhosidade, manifestadas pela atuação proativa e em redes de colaboração, os atores envolvidos no processo devem se nortear pelo objeto do seu fazer. E, portanto, visualizar como maior benefício dessa incorporação o sentido do trabalho. Assim, o trabalho de avaliação no âmbito, em programas de avaliação a serviço do SUS, precisa assumir o caráter justo, equitativo, transversal, o a qual, diante do seu poder criador e da necessidade de alcançar resultados significativos, seja capaz de proporcionar maior visibilidade e valorização ao caminho empreendido, ao invés de simplesmente considerar os resultados da ação.

## À guisa de conclusão

Gestão do trabalho em saúde pressupõe garantia de aspectos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho. E a instauração de coletivos, fundados no compromisso de fortalecer processos de gestão que favoreçam a gestores e trabalhadores de saúde o acesso à sua própria subjetividade e ao (re)conhecimento das situações de seu sofrimento e prazer no trabalho, faz de tais espaços o *locus* para o trabalho colaborativo. Este capaz de fomentar a compreensão dos processos de crise e a capacidade criativa e inovativa do trabalhador. Nesse sentido, a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações, sejam aquelas construídas por iniciativas individuais ou no contexto de práticas democráticas de gestão, com maior potência e repercussão no desenvolvimento do trabalho.

A importância da temática faz-se pela existência de iniciativas que se inscrevam nas próprias instituições na busca por novos paradigmas de organização que se dediquem às práticas de avaliação em saúde e que denotem a necessidade de trabalho em redes de colaboração. Além da atuação proativa dos atores sociais envolvidos no processo. As exigências do trabalho são demandadas a partir da configuração do trabalho e da forma como se apresenta.

Essa face ambígua instaurada nos construtos ressalta a necessidade de reflexão e crítica em nosso fazer, requerendo um repensar individual e coletivo das nossas ações. Faz-se necessário, portanto, problematizar as configurações contemporâneas do cenário em perspectiva, no sentido de compreender que tais conformações, tanto podem conduzir à proatividade como um modo de fomentar a engenhosidade e a inteligência no sentido

de fazer o bem como podem favorecer uma mobilização insana. Alienada esta em seu próprio fazer e que se constitui terreno fértil para a condição de sofrimento e patogênica. Do mesmo modo, as relações de cooperação, que tanto podem estar relacionadas à deterioração das relações de trabalho e aos interesses do lucro incalculável que isso possa remeter como podem favorecer a colaboração e o coletivo de trabalho. Assim, o caráter emancipatório suscita justamente a necessidade de refletir essas questões e de avaliar criticamente, e de modo equitativo, a natureza da proatividade e da cooperação em nossas práticas.

Nesse sentido, é necessário que trabalhadores, gestores e organizações se mobilizem na conformação de redes colaborativas, agindo de forma semelhante à proposta do PMAQ-AB no Rio Grande do Sul e revendo os modos de organização do trabalho e a análise das configurações que as pessoas encontram no trabalho. É a partir desse olhar que conseguiremos favorecer a constituição de coletivos, haja vista que é fundamental o entendimento de como se dão as questões referentes ao trabalho em saúde e os modos com que os envolvidos reagem à integração do saber-fazer aos resultados e dificuldades com que se deparam.

## Referências

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho, 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARAÚJO, L; GAVA, R. **Empresas proativas**: como antecipar as mudanças no mercado. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

BATEMAN, T.S.; CRANT, J.M. The proactive component of organizational behavior: a measure and correlates. **Journal of Organizational Behavior**, v. 14, n. 2, p. 103-118, 1993.

\_\_\_\_\_. Proactive behavior: meaning, impact, recommendations. **Business Horizons**, v. 42, n. 3, p. 63-70, mai./jun. 1999.

DALL'AGNOL, C.M. **Avaliação de desempenho na enfermagem e o ser (a)crítico**, 1999, 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

\_\_\_\_\_. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 1, p. 186-190, 2012.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo (SP), v. 14, n. 3, p. 27-34, 2008.

\_\_\_\_\_. Sofrimento e prazer no trabalho: a abordagem pela psicologia do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**, 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2011a.

\_\_\_\_\_. Inteligência prática e sabedoria prática. In: LANCMAN, S.; SZNELMAN, L.I. (org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**, 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2011b.



DEJOURS, C. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Brasília: Paralelo 15, 2012.

DETIENNE, M.; VERNANT, J.P. **Métis: as astúcias da inteligência**. São Paulo: Odysseus Editora, 2008.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**. Aparecida: Idéias & Letras, 2007.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; DALL ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, sup., ago., 2012.

FERLA, A.A. et al. Vivências e estágios na realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2013.

FERREIRA, G.E. **Proatividade do enfermeiro no gerenciamento da assistência**, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FERREIRA, G.E. et al. Características empreendedoras do futuro enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 688-694, 2013.

KAMIA, M; PORTO, J.B. Comportamento proativo nas organizações: o efeito dos valores pessoais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília (DF), v. 31, n. 3, p. 456-467, 2011.

LEE, S.; MONGE, P. The coevolution of multiplex communication networks in organizational communities. **Journal of Communication**, v. 61, n. 4, p. 758-779, 2011.

MOURA, G.M.S.S. et al. Representações sociais do processo de escolha de chefias na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1156-1162, out. 2012.

MÜLLER-SEITZ, G. Leadership in interorganizational networks: a literature review and suggestions for future research. **International Journal of Management Reviews**, v. 14, n. 4, p. 428-433, 2011.

RIGHI, L. B. **Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humanizausus 2, 2010.

SILVA, J.L.; NAVARRO, V.L. Work organization and the health of bank employees. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 20, n. 12, p. 226-234, 2012.

SOBOLL, L.A.P.; HORST, A.C. Ideologia da excelência. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.M.; MERLO, A. R.C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

TRAESEL, E.S.; MERLO, A.R.C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo (SP), v. 36, n. 123, p. 40-55, 2011.

VASCONCELOS, A.C.L. Inteligência prática. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.M.; MERLO, A.R.C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

ZANCAN, C. **Redes de cooperação**: um estudo de relações interorganizacionais na Associação dos Produtores de Vinhos Finos do Vale dos Vinhedos (APROVALE), 2010. Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2010.

ZANCAN, C. et al. Condicionantes de consolidação de redes de cooperação interorganizacional: um estudo de caso sobre o Rio Grande do Sul. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro (RS), v. 47, n. 3, p. 647-669, 2013.

## **POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE REDES COLABORATIVAS UNIVERSIDADES-SUS: reflexões a partir da experiência da avaliação externa do PMAQ-AB**

*Juliana Sampaio  
Luciano Bezerra Gomes*

A experiência do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem aberto um leque de discussões não apenas sobre a qualidade da atenção básica, mas sobre temas correlatos como a integração ensino-serviço, com foco na relação entre as instituições formadoras e o SUS. Neste ensaio, gostaríamos de pôr em foco o papel das universidades no PMAQ-AB e na constituição de redes colaborativas com o SUS, sendo, para tanto, necessário analisar os desafios e tensões na efetivação das diversas possibilidades de integração ensino-serviço.

## Dilemas da integração ensino-serviço

Nos últimos anos, temos acompanhado diversas iniciativas do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SGTES), no sentido de ampliar a integração entre as Instituições de Ensino Superior (IESs) e os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre essas iniciativas, podemos citar o PRO-Saúde, o PET-Saúde, a ampliação das Residências Multiprofissionais, o Telessaúde, o UNASUS, dentre outros.

Sabemos, contudo, que tais iniciativas são, em sua maioria, pontuais, pois se reduzem a projetos com financiamentos específicos para bolsas e/ou aquisição de materiais. Além de não envolverem boa parte da comunidade acadêmica, não interferem na estruturação dos cursos, nem na política das universidades, que privilegiam a graduação tecnicista e a produtividade em termos de pesquisa e publicações dos docentes. É destaque ainda que tais contextos são extremamente intensificados com políticas como o REUNI, que, dentre outras iniciativas, aumentou a proporção professor-aluno e a carga horária de trabalho do professor em sala de aula. (LIMA; AZEVEDO; CATANI, 2008; LÉDA; MANCEBO, 2009) Este, além de priorizar a produção científica dos professores, estabelece relações de concorrência entre os mesmos, por meio do fomento de pesquisas e pós-graduação, a partir de editais de instituições como CNPq e CAPES. Na disputa por editais, os professores-pesquisadores tornam-se reféns da produtividade, para angariarem recursos, com vistas a viabilizar-financiar mais produtividade. (LUZ, 2005)

É criado, assim, um cenário desigual de investimentos financeiros e profissionais para as diversas atividades acadêmicas. De um lado, as instituições de fomento à pesquisa financiam congressos, publicações e pesquisas;

e, de outro, as atividades de extensão, graduação e integração ensino-serviço seguem sendo as “primas-pobres” do sistema. Um exemplo singular são as atividades de tutoria e preceptoria das residências, sejam médicas ou multiprofissionais, que não recebem nenhum tipo de incentivo; e, em muitas instituições de ensino federal, os professores que participam dessas pós-graduações *lato sensu* sequer reduzem a carga horária na graduação.

Também não temos propostas efetivas do Ministério da Educação para inserir na graduação dos currículos atividades de tutoria e de interface entre vários cursos, nos moldes do PET-Saúde, por exemplo. Este é outro Programa do Ministério da Saúde que tem efeitos ambíguos: por um lado, produz interessantes resultados locais de integração universidade-sistema de saúde e de articulação interdisciplinar, na medida em que envolve alunos, preceptores e tutores de diferentes cursos da saúde (ALBUQUERQUE et al. 2013; CYRINO et al., 2012; MORAIS et al., 2012); por outro lado, tem uma pequena abrangência nas universidades, não conseguindo produzir grandes mudanças na política de formação para o SUS.

Nesse cenário, a integração ensino-serviço não apenas é fragilmente incentivada, como se torna mais uma atividade desprivilegiada para os docentes, que, quando se ocupam desta, fazem-no como aposta política na formação em saúde, ou seja, atuam como militantes do SUS. Apesar da oferta pelo Ministério da Saúde de um cardápio de programas e projetos que incentiva a integração ensino-serviço no SUS, poucos impactos efetivos são observados na estrutura curricular dos cursos da saúde.

Como consequência, temos uma pequena parcela de professores, em sua maioria, vinculados aos departamentos, núcleos e programas de saúde coletiva, promoção da saúde e outros afins, que se ocupam de atividades de integração

ensino-serviço, além de participarem de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), Conselhos de Saúde e de outros espaços de representação das IESs no SUS. E uma grande maioria de professores que ainda reproduz um modelo de ensino centrado em aulas expositivas, nos serviços próprios das universidades, como os Hospitais Universitários ou nas clínicas de cada departamento, têm pouca articulação com a rede SUS.

Alguns professores ainda se aventuram na articulação com a rede, mas muitas vezes de forma utilitarista, depositando os alunos nos “campos de estágio”, coletando informações para suas pesquisas ou desenvolvendo ações de intervenção nas comunidades, sem pactuação prévia com a mesma. Reproduzem, assim, a lógica da universidade “levar seu saber” para a comunidade, e não produzir, com ela e a partir dela, novos conhecimentos e processos interventivos.

Consequentemente, surgem diversas críticas dos profissionais, gestores e usuários de saúde sobre a presença das universidades nos campos de aprendizagem do SUS. Optamos aqui pelo termo “campo de aprendizagem”, e não “cenários de práticas”, por acreditarmos que, nos cenários da vida cotidiana, produzem-se relações de ensino-aprendizagem entre os diversos atores, não sendo tais experiências meras oportunidades de os alunos aplicarem na prática os conteúdos vistos teoricamente.

Tais críticas apontam para a falta de diálogo dos professores/pesquisadores com a rede SUS. Alguns chegam com uma demanda pronta para os serviços e, após obterem o que precisam (seja estágio, pesquisa ou extensão), retornam para seus gabinetes nas universidades sem produzir coletivamente um retorno para o serviço. Aqui cabe ainda problematizarmos o que seria um retorno da universidade para o serviço. Muitas vezes, quando realizado,

reduzimos essa ideia de retorno a uma palestra ou oficina na qual são expostos pelos acadêmicos os resultados dos seus exercícios/pesquisas para o serviço. Ou seja, temos aí uma relação unilateral, na qual apenas um dos lados tem a oferecer o seu saber para o outro. Na verdade, reforçamos uma lógica de que a universidade vai até o serviço para extrair/observar/coletar dados de uma realidade bruta e, depois, pelo exercício intelectual, produz um saber sobre aquela realidade, retornando esse saber para os atores nela envolvidos. Não temos, nessa relação, nenhuma produção coletiva e dialogada de saber com o serviço e seus atores, mas um saber que se pressupõe *sobre* o serviço e seus atores. Isso não é um aspecto irrelevante, pois um “saber sobre” o outro permite a certos atores “falar sobre” esse outro. E, via de regra, ao articular um “discurso sobre” terceiros, acabamos legitimando uma “ação sobre” eles. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Neste cenário complexo, de (des)integração ensino-serviço e de ofertas de programas pontuais pelo Ministério da Saúde para reverter tal contexto, é que se construiu a proposta de participação das universidades no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

### **As universidades no PMAQ-AB**

No PMAQ-AB, as universidades conseguiram conquistar um espaço importante de participação, que nos parece potente como dispositivo para fortalecer suas parcerias com o SUS, em especial com a atenção básica. Consideramos essa iniciativa acertada por diversos motivos. Por um lado, temos a valorização das instituições públicas, em processos públicos de fortalecimento do SUS, e não o

repassa de oportunidades, seja de recursos financeiros ou de domínio sobre um determinado saber (dados produzidos na avaliação) para instituições particulares de pesquisas. Além disso, as universidades têm a oportunidade de, em parceria com o Ministério da Saúde, produzir novos conhecimentos e propostas no campo da avaliação em saúde. Por fim, destaca-se ainda a conformação de redes de colaboração técnica entre as diversas instituições de ensino e pesquisas públicas no país, para a efetivação da avaliação nos diferentes estados. Algumas dessas colaborações possibilitaram a efetiva articulação entre diferentes grupos de pesquisa, fomentando novas parcerias institucionais, que, em alguns casos, como no coletivo liderado pela UFRGS, têm produzido novos projetos em diferentes campos da saúde.

Aqui, parece-nos produtivo delimitar melhor o que compreendemos por redes colaborativas. Podemos fazer uma analogia desse conceito com as imagens de redes de dormir ou de pescar. Ambas são formadas por um conjunto de fios que ganha resistência, conseguindo segurar um corpo relaxado ou um peixe alvoroçado, pelo conjunto de nós (conexões) que tem. Quanto mais trançada a rede, ou seja, mais cheia de nós ou conexões, mais resistente ela deve ser. Poderíamos fazer uma única ressalva nessa analogia: enquanto as redes (de deitar ou de pescar) são instrumentais, ou seja, feitas pelos homens como instrumentos para um determinado objetivo, as redes colaborativas que construímos entre sujeitos nas mais diversas relações que estabelecemos, seja no mundo do trabalho ou não, são redes vivas, que constituem essas próprias relações. Ou seja, são inerentes à produção do encontro entre os sujeitos. (MERHY, 2013)

Na diferenciação de rede instrumento e rede viva, podemos considerar ainda uma diferença dos nós-conexões

que as constituem. Enquanto nas redes instrumentais (de deitar ou pescar), os nós são mais fixos, nas redes vivas que traçamos em nossos encontros cotidianos, as conexões são fluidas, têm movimentos, e ora têm pontos mais fortes, ora mais fracos, ora conectados num ponto, ora em outro. (MERHY et al., 2014)

Particularmente, o PMAQ-AB se apresenta como uma possibilidade de conexão, de amarração de nós, entre várias IESs e seus grupos de pesquisas. Essas conexões fortalecem a produção do conhecimento e o desenvolvimento científico, na medida em que ampliam o debate teórico de vários pesquisadores, de diferentes instituições, e que trabalham com focos teóricos diversos, sobre um determinado tema, no caso, a avaliação da atenção básica à saúde. Temos, assim, a partir das redes colaborativas, a possibilidade do compartilhamento de diferentes saberes, que entrelaçam diferentes realidades e perspectivas teóricas. (APRESENTAÇÃO, 2014)

Outra conexão importante se forma entre as IESs e o SUS. Isso porque tais instituições se conectam por intermédio do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, com esse ente federativo. Além disso, na operacionalização do PMAQ-AB, cada instituição precisa se relacionar com gestores estaduais e municipais e com suas diversas instâncias de gestão, como as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), e com as diversas equipes de saúde, com seus trabalhadores, usuários e todas as singularidades dos diversos territórios onde o trabalho vivo acontece. (MERHY, 2002) Temos, assim, mais uma oportunidade de implicar as universidades na produção do trabalho vivo do SUS, na medida em que o mundo do trabalho em saúde torna-se pauta para as instituições formadoras, o que permite fortalecer a integração ensino-serviço.

Infelizmente, nem toda potência se reflete em produção, e temos acompanhando experiências que apontam para avanços e articulações, bem como outras, para dificuldades e entraves. E nessa amplitude de possibilidades e produções, gostaríamos de levantar alguns aspectos sobre a forma como as universidades têm efetivamente participado do PMAQ-AB.

### **Por que avaliadores externos?**

Podemos começar problematizando a participação das universidades no PMAQ-AB, a partir da definição mesmo do seu papel nesse processo de avaliação. Estamos na função de “avaliadores externos”. Mas por que “externos”? Externos a quê? De quais processos do mundo do trabalho em saúde não somos parte? Lembremos que o PMAQ-AB é composto por quatro etapas: a contratualização; o desenvolvimento (com autoavaliação, monitoramento, apoio institucional e educação permanente); a avaliação externa e a certificação; e a recontratualização. (BRASIL, 2011; 2012)

É fácil compreendermos que não estamos inseridos diretamente nos processos de contratualização e recontratualização das equipes de saúde. Tais processos envolvem mais os gestores e trabalhadores de saúde, apesar de muitas universidades terem representação em espaços como Conselhos de Saúde e Comissões de Integração Ensino-Serviço, relevantes para pactuações e definições políticas locais.

Contudo, não necessitaríamos ser atores externos aos processos de monitoramento, educação permanente e apoio institucional nas equipes de saúde. Como instituições que buscam promover uma formação contextualizada com

as demandas do SUS, colaborando com o desenvolvimento e aprimoramento do sistema, poderíamos muito bem estarmos inseridos em tais processos.

Na verdade, estarmos no PMAQ-AB, na posição de avaliadores externos, não parece ser um equívoco semântico, ou uma intenção deliberada de excluir as IESs dos processos. Mas, ao contrário, um reflexo das reais dificuldades de integração ensino-serviço que apontamos no início de nossa conversa. Assim, caímos no paradoxo de nos propormos a ser membros de uma rede colaborativa implicada na produção do trabalho cotidiano das unidades de saúde, ao mesmo tempo em que conseguimos, sem muita dificuldade ou espanto, reconhecermos-nos como avaliadores externos a esse processo.

Mas o PMAQ-AB nos aproximou, então, do mundo do trabalho da atenção básica? Em alguns aspectos, infelizmente, parece que nem tanto. Pelas experiências que tivemos e acompanhamos mais de perto, pudemos perceber que os avaliadores de qualidade, os efetivos sujeitos que se deslocaram até as unidades de saúde para (re)conhecer e avaliar a realidade local, não eram membros efetivos das instituições de formação. Muitos foram por elas selecionados e treinados para fazer uma “coleta de dados”. Os pesquisadores com vínculo acadêmico se ativeram, muitas vezes, às atividades de planejamento e acompanhamento do trabalho de campo e à análise dos dados produzidos.

Felizmente, também acompanhamos algumas experiências em que diversas questões do processo avaliativo e do cotidiano do trabalho nos serviços puderam ser problematizadas pelos pesquisadores, produzindo uma aproximação dos mesmos com a realidade local. Isto fica mais evidente quando nos debruçamos sobre os diários de campo dos avaliadores da qualidade, ou nos registros de

nossas reuniões de coordenação da avaliação externa na Paraíba, em que analisamos situações que demandaram constante negociação dos supervisores de campo com os gestores e trabalhadores.

### *Quem e para que avaliar?*

Ainda problematizando o lugar de exterioridade na avaliação externa do PMAQ-AB assumido pelas universidades e centros de pesquisas e de formação públicos, gostaríamos de explicitar o que compreendemos por avaliação e o que queremos com ela.

Não nos propomos, aqui, a fazer um resgate teórico sobre as concepções e métodos da avaliação, mesmo porque se trata de um campo bastante profícuo e amplo. Pretendemos, entretanto, reconhecer, apoiados em Brito e Jesus (2009), que a avaliação pode assumir um caráter de emissão de juízo de valor ou de dispositivo para a reflexão sobre uma dada realidade, com vistas à sua transformação. Temos, assim, na primeira acepção do termo, uma perspectiva bastante condizente com a figura de avaliador externo, que, de forma supostamente “isenta”, poderá medir, avaliar, mensurar os padrões de qualidade de uma equipe de saúde.

Já na outra acepção do termo avaliação, como dispositivo de reflexão sobre uma dada realidade, parece-nos que a implicação do avaliador com o objeto da avaliação seria algo primordial. Deveria analisar a atenção básica e os atores nela implicados, comprometidos e interessados em sua transformação. (ABRAHÃO et al., 2014) Nesse sentido, esta poderia ser compreendida como uma estratégia de produção de saberes sobre a atenção básica, compartilhados entre usuários, trabalhadores, gestores e,

por que não, comunidade acadêmica, com seus estudantes e professores/pesquisadores.

Assim, a ideia da avaliação externa, em especial assumida pelas IESs públicas, novamente nos parece insuficiente e inadequada. Não é por menos que várias experiências do PMAQ-AB têm relatado gestores e trabalhadores apreensivos, percebendo os avaliadores como fiscalizadores, que muitas vezes precisam ser “enganados” com as conhecidas “pmaquiagens” (arranjos, que não condizem com a realidade cotidiana do serviço, preparados para a obtenção de um bom resultado na avaliação externa).

Como avaliadores externos, reconhecidos como os fiscais da qualidade da atenção básica, dificilmente podemos assumir uma posição colaborativa com as equipes de saúde e com os municípios, o que fortalece o papel das IESs na integração ensino-serviço e na formação para o SUS. Caso operemos apenas nessa perspectiva, dificilmente poderemos nos oferecer como pontos de conexão de uma rede colaborativa que amplie os espaços e oportunidades no cotidiano do trabalho em saúde. E nem produzirmos juntos processos de monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Estaremos, sim, no lugar externo, que cada vez mais nos distancia do mundo do trabalho em saúde e dos atores neles implicados.

## Considerações finais

Queremos salientar que, efetivamente, tem sido uma grande experiência participarmos como universidades do PMAQ-AB e que a avaliação externa tem nos possibilitado criar e fortalecer algumas boas redes colaborativas, tanto com outras IESs como com a rede SUS. Contudo, devemos repensar nosso lugar “externo” nos processos cotidianos de avaliação e do PMAQ-AB das equipes de saúde.

Entendemos que, como universidades, temos potência e necessidade para qualificar nossa formação profissional para o SUS, assumir uma posição mais ativa, participativa, colaborativa e interna aos processos cotidianos dos serviços de saúde e fortalecer nossas ações. Não apenas de avaliação pontual, mas de contribuição na execução sistemática de monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Para tanto, devemos nos fazer parte integrante, integrada, implicada numa rede cheia de nós-conexões capazes de produzir uma atenção básica cada vez com maior qualidade.

## Referências

ABRAHÃO, A.L. et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: GOMES, M.P. C.; MERHY, E.E. (org.) **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 155-170 (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

ALBUQUERQUE, G.S.C. et al. Educação pelo trabalho para a formação do médico. **Trab. duc. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200009>.

APRESENTAÇÃO. In: **Saúde em Debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014, p. 9-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1654**, de 19 de julho de 2011, que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, C.A.; JESUS, T.S. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, Revista Digital, Buenos Aires, n. 139, 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>. Acesso em: 13 de out. de 2013.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva (RJ)**, v. 14, n. 1, p. 4 -65, 2004.



CYRINO, E.G. et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200013>.

LÉDA, D.B.; MANCEBO, D. REUNI: heteronomia e precarização da universidade e do trabalho docente. **Educação & Realidade**, v. 34, n. 1, 2009, p. 49-64.

LIMA, L.C.; AZEVEDO, M.L.N; CATANI, A.M. O processo de Bolonha, a avaliação da educação superior e algumas considerações sobre a Universidade Nova. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-40772008000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772008000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772008000100002>.

LUZ, M.T. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 39- 57, 2005.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec: 2002.

\_\_\_\_\_. **Conferência sobre redes aranha e pescador**. Uma conversa sobre a produção das existências. Realizada em 29 de junho de 2013, durante o I Seminário de Formação e Cuidado em Rede, ocorrido na Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Hy-1A-0lx1w>. Acesso em: 17 de dez. de 2013.

MERHY, E.E. et al. **Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua**. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde, 2014 (Mimeo).

MORAIS, F.R.R. et al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000300011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000300011>.

## **A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DO TRABALHO EM REDE: a experiência do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB**

*Fernanda Monte da Cunha  
Caren Serra Bavaresco  
Thais Chiapinotto dos Santos  
Jeanice da Cunha Ozorio  
Aline Vargas Ferreira  
Daniela Tozzi Ribeiro  
Deisy Tolentino do Nascimento  
Angelo Pagot Zortea  
Mirceli Goulart Barbosa  
Alcindo Antônio Ferla*

### **Organização em redes**

A concepção de rede, para Capra (1998), foi a chave para os avanços na compreensão científica. O conhecimento através dessa percepção traz um novo paradigma, que rompe com a ciência clássica pautada pela objetividade para dar lugar à ciência “epistêmica”. Dialogar com o mundo torna-se mais importante que “desvendar seus segredos”. Nessa lógica, o sistema passa a ser visto através da perspectiva

do todo, não como uma soma de partes. A partir das relações dessas partes surgem novas potencialidades, que também se retroalimentam, estimulando-as a expressar sua individualidade. (JUNQUEIRA, 2000)

Sendo assim, os vínculos entre indivíduos, entidades e organizações estruturam as mais variadas dimensões sociais. Essa forma de organização, estruturada em redes, é global, logo, sua lógica difunde-se, influenciando o fluxo de bens materiais, ideias, poder, informação, ciência e tecnologia. Segundo alguns autores, é fundamental a construção de uma “sociologia relacional”, a qual possui foco nas relações sociais e não em atributos de decisores individuais ou em estruturas concebidas previamente. (MARQUES, 2006; CASTELLS; CARDOSO, 2005)

Essas relações não são homogêneas. Todos os elementos são sempre diversos, mas possuem pontos de convergência; todos contribuem, de alguma forma, para um mesmo objetivo. (SILVA, 2002) A atuação em rede se dá, entretanto, quando uma intencionalidade comum se manifesta com potência suficiente para aproximar a atuação em direção a certos valores e/ou iniciativas. É preciso um dispositivo para “fazer funcionar” um coletivo como rede.

A perspectiva atual das relações focadas em arranjos concêntricos de auxílio mútuo estimulou a criação e implementação de novas estratégias de fazer/ser na sociedade atual. E a necessidade da formação de coletivos organizados, que compartilhem de preceitos básicos de cooperação, desencadeou a necessidade do trabalho articulado em redes, que, segundo Mendes (2010), apresenta as seguintes características:

- a) missão e objetivos comuns;
- b) operação de forma cooperativa e interdependente;
- c) otimização de recursos;

- d) ausência de relação hierárquica;
- e) incorporação de valor.

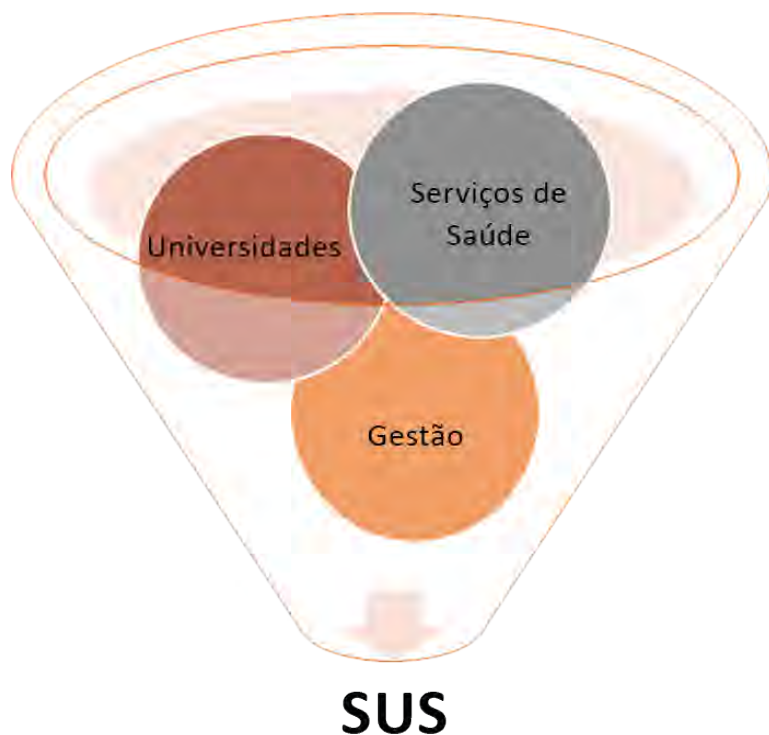
Ainda, para Junqueira (2000), essas novas práticas de cooperação constituem uma forma de encontrar saídas para intervir em uma realidade social complexa.

No panorama do setor saúde brasileiro, a formação de redes de trabalho visa à criação de formas organizacionais de cooperação e coordenação mútuas com objetivos de qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde da população. O controle e gestão dessas redes se dá através de uma análise das atividades de definição de competências e dos processos de tomada de decisões acerca das atividades a serem desenvolvidas pelos membros constituintes da rede organizacional. (PARK, 1996) Assim, a análise de redes permite que outros elementos sejam relacionados com a estrutura social que a rede apresenta. Por meio das estruturas relacionais entre os atores, podem-se identificar padrões de ação social que são exercidos pelos componentes da rede.

O Brasil é um país com dimensão continental caracterizado por importantes contrastes socioeconômicos, heterogeneidade de distribuição de infraestruturas e diferenças no nível de qualificação profissional. Esses fatores associados às dificuldades geográficas geram diferenças na qualidade de serviço de atenção à saúde de uma região para outra, assim como dentro de um estado e até dentro de municípios.

A Atenção Primária à Saúde (APS), nos países dependentes como o Brasil, vem se desenvolvendo de forma tardia para atender às necessidades de cuidado integral e continuado há muito percebidas. (HARZHEIM et al., 2006) Ainda, em nosso meio, seja pela cultura *flexneriana*,

seja pela indução da poderosa indústria transnacional de insumos e equipamentos médicos, as instituições se habituaram a ofertar cuidados fragmentados baseados em órgãos e sistemas, não em necessidades complexas com múltiplas determinações. (HARZHEIM et al., 2006) Tais características criam um cenário favorável e indispensável à implantação de redes de cooperação entre serviços, universidades e gestores com vistas à qualificação do SUS (Figura 1).



**Figura 1:** Inter-relação entre serviços de saúde, universidades e gestão na construção do SUS.

## A Rede Governo Colaborativo em Saúde

Através dessa nova forma de olhar para a sociedade, pode-se dizer que uma rede se expressa em diferentes graus, e com diferentes formas. Deve ser o ponto de partida para qualquer política, estratégia, projeto humano. (CASTELLS; CARDOSO, 2005) Conformando-se a essa forma de arranjo como alternativa a modelos burocráticos pouco eficientes, surge a Rede Governo Colaborativo em Saúde: Articulação Institucional e Formativa, Pesquisa & Desenvolvimento e Apoio em Rede para o fortalecimento do SUS. Em uma parceria interinstitucional entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a partir de maio de 2011, foi firmado um protocolo de cooperação para promover intercâmbio e ações em rede entre instituições de ensino e pesquisa, órgãos de gestão da saúde e diversos movimentos de educação, cultura e saúde do Brasil e de outros países. O protocolo visa a desenvolver atividades técnicas, de ensino, de pesquisa, de desenvolvimento e de ações científico-acadêmicas e a organizar redes interinstitucionais de apoio para a construção de uma gestão democrática e participativa na saúde. Esse trabalho é realizado através do desenvolvimento de atividades que fortalecem a construção coletiva dentro das instituições parceiras, em busca do funcionamento ideal e manutenção das ações que compõem suas diretrizes.

Parceria que vem ao encontro da necessidade de consolidar a articulação entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, a fim de fortalecer o papel dessas no retorno aos interesses públicos e a tarefa social na formação de profissionais, atendendo às transformações da sociedade e aos interesses coletivos. Compondo, assim, parte de um movimento baseado no quadrilátero da formação em saúde – ensino, gestão, atenção e controle

social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) –, em direção a uma mudança das práticas de formação na área da saúde.

Entre os objetivos da Rede Governo estão:

- Identificação e análise de iniciativas e projetos de interesse na cooperação, com a potencialidade de fortalecer a gestão democrática, a educação em saúde e as políticas desenvolvidas no SUS.

- Organização de eventos, simpósios, conferências e encontros sobre temas relacionados ao objeto do protocolo firmado.

- Desenvolvimento de programas de pesquisa, educação permanente, articulação interinstitucional, apoio à gestão, monitoramento e avaliação, disseminação científica e outras atividades.

- Incremento de atividades científicas e tecnológicas, por meio de publicações em diferentes mídias e veículos de temas de interesse.

- Organização de acervo das tecnologias desenvolvidas, em formato aberto e acessível aos participantes, disponíveis para ampliar a cooperação com outras instituições.

- Mobilização de recursos físicos, técnicos, financeiros e pessoal capacitado, disponíveis nas respectivas instituições que possam contribuir e fortalecer a cooperação entre ambas.

- Cooperação mútua para o bom funcionamento e manutenção das ações que compõem o escopo do protocolo.

Considerando a organização da sociedade em rede, não faz sentido utilizar velhos paradigmas da ciência hierárquica e positivista, marcada pelas certezas do conhecimento, para a realização de intervenções que objetivem mudanças efetivas na realidade dos diversos

atores envolvidos no sistema complexo da atenção à saúde brasileira. (JUNQUEIRA, 2000)

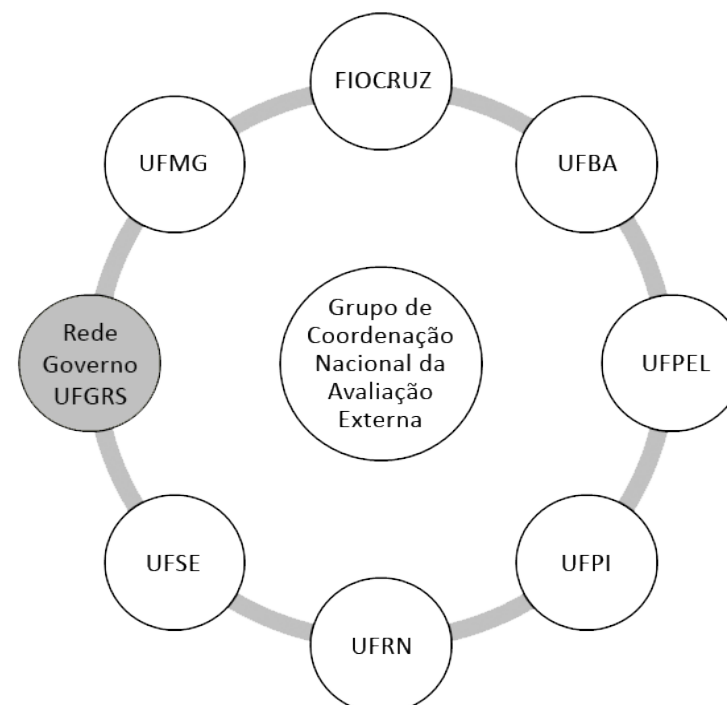
Dessa forma, o modelo existente na rede pode-se caracterizar como auto-organizado, baseado em relações horizontais que permeiam o escopo de ações e projetos em diversas de suas fases. Cada ator, aqui representado por pesquisadores, acadêmicos, sociedade, instituições, influencia direta ou indiretamente na tomada de decisões, formando um “tecido relacional” (MARQUES, 2006) em constante construção e com diferentes desdobramentos encontrados como soluções num constante estado de aprendizagem. No caso dos projetos desenvolvidos pela Rede Governo em rede científica com diferentes instituições e parceiros, há um conjunto de comuns (o campo da saúde coletiva, a perspectiva das ciências sociais e humanas, o enfoque da integralidade em saúde, entre outros) e um conjunto de dispositivos políticos (a defesa do SUS e de políticas democráticas e inclusivas, a produção de tecnologias de cuidado integral e de práticas pedagógicas inclusivas, o combate às violências e iniquidades do cotidiano, a mudança na formação de trabalhadores, a aproximação da educação com o trabalho) que dão amálgama ao funcionamento em rede.

Compondo o escopo de ações e projetos vinculados à Rede Governo Colaborativo em Saúde está, com grande expressividade, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

## A experiência do PMAQ-AB: vivenciando o trabalho em redes

O PMAQ-AB surge como uma construção coletiva, com a participação de diversas instituições. Para a operacionalização do Programa, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) convidou instituições para composição do Grupo de Coordenação Nacional da Avaliação Externa. Coordenado pelo MS, no primeiro ciclo, esse grupo contou com seis universidades, sendo elas: Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal de Pelotas, Fiocruz/Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No segundo ciclo, esse número foi ampliado para oito instituições, com a inclusão da Universidade Federal do Sergipe e da Universidade Federal do Piauí (Figura 2).

Devido à característica multicêntrica do Programa, essas instituições possuíram uma função nucleadora na operacionalização do processo em todo o país. Na organização desse processo, o território nacional foi dividido entre as instituições nucleadoras, que se responsabilizaram pela pesquisa de campo.



**Figura 2:** Rede de Avaliação Externa.

A importância do caráter horizontal do Programa destaca-se não apenas como uma forma eficiente e inclusiva de operacionalizar a pesquisa de campo, mas como uma importante ferramenta na produção científica e de conhecimento, agregando diferentes experiências e permitindo uma maior participação social. Entendendo-se, aqui, o conhecimento científico norteador pelo pensamento sistêmico (CAPRA, 1998), constituindo-se numa rede de concepções e de modelos, na qual nenhuma parte é mais fundamental que as demais, e as inter-relações determinam a estrutura de uma teia dinâmica.

Assim, a Rede Governo Colaborativo em Saúde se insere no Programa através do processo de avaliação externa e na articulação de instituições de ensino, assim como em

iniciativas de educação permanente para a qualificação da atenção básica.

O território sob a responsabilidade da rede científica coordenada pela UFRGS, no segundo ciclo, foi definido em seis estados (São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba e Rio Grande do Sul – com 50% das equipes de atenção básica) (Figura 3). As questões relativas às estratégias operacionais para esses territórios incluiu a composição de equipes e definições de estratégias específicas, considerando a opção por uma rede descentralizada, com relativa autonomia em cada instituição. A ideia central adotada desde o início foi de que, para além do trabalho de campo, as instituições mobilizassem atores para o processo de avaliação e educação permanente articulados de forma colaborativa e em redes.



**Figura 3:** Rede UFRGS.

A rede de parcerias (com uma base descentralizada no território nacional) envolveu no segundo ciclo as seguintes instituições: Rio Grande do Sul (UFRGS; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA; Universidade da Fronteira Sul – UFFS; Escola do Grupo Hospitalar Conceição; Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS); Mato Grosso do Sul (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS; Fiocruz Mato Grosso do Sul); São Paulo (Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho – UNESP – Botucatu; Escola de Enfermagem da USP – EEUSP; Escola de Enfermagem USP Ribeirão Preto – EERP; Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo; Universidade Federal de São Paulo – campus capital – UNIFESP; Universidade Federal de São Paulo – Baixada Santista – UNIFESP Baixada; Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA; Faculdade de Medicina do ABC – FMABC; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Saúde Pública da USP – FSP USP; Universidade Nove de Julho); Paraíba (Universidade Federal da Paraíba – UFPB; Universidade Federal de Campina Grande – UFCG); Mato Grosso (Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT; Universidade de Cuiabá – UNIC); e Pará (Universidade Federal do Pará – UFPA).

Considerando a grande diversidade dos seis estados componentes das cinco regiões brasileiras, a escolha metodológica de um modelo de rede descentralizada foi fundamental para análise da situação, planejamento e qualificação da pesquisa, com maior aproximação das realidades e especificidades locais. Cada um dos estados constituiu uma coordenação local, responsável pela participação na seleção de avaliadores, organização logística da pesquisa de campo, apoio às oficinas de formação dos avaliadores e articulação com gestores.

Como instituição nucleadora, através da Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, o trabalho em

cooperação foi marcante nas diversas etapas do processo. Uma estratégia para fortalecer os laços dessa rede foi “tecê-la” com a promoção de encontros presenciais, tendo a participação de representantes das instituições dos seis estados. Esses encontros ocorreram antes mesmo da seleção dos candidatos, na etapa de planejamento, bem como durante o período de avaliação e posteriormente ao mesmo.

A importância da descentralização da avaliação pode ser observada, inicialmente, no planejamento da pesquisa. Para a seleção dos avaliadores da qualidade, foi estimado o número necessário de pessoas, de acordo com a viabilidade do acesso e logística indispensável em cada território. Abrangendo as cinco regiões brasileiras, os conhecimentos das coordenações locais sobre as diversidades dos seus territórios e condições de acesso foram fundamentais para a definição do quantitativo de selecionados.

Uma iniciativa inovadora e exclusiva da Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS no processo de avaliação foi disponibilizar uma ferramenta de educação permanente aos avaliadores de campo. Em parceria com a Universidade Aberta do SUS – UFCSPA foi oferecido um curso de especialização, a fim de qualificar a coleta de dados, fomentar a produção científica e incrementar a formação de profissionais, de acordo com a realidade e necessidades do sistema de saúde. O curso, denominado Avaliação de Serviços de Saúde, ocorreu em modalidade de Educação a Distância, com alguns encontros presenciais nas cidades-sede de cada coordenação local.

A construção do conteúdo do curso contou com pesquisadores das diferentes instituições parceiras. Considerando a educação permanente como um processo educativo no qual está em análise o cotidiano do trabalho em saúde, que se permeabiliza pelas relações concretas

e que permite construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2004), propôs-se que os tutores do curso, participassem também do processo de avaliação do PMAQ-AB. Incluí-los nesse processo possibilitou uma maior aproximação dos alunos, auxiliando e compreendendo melhor suas demandas e experiências, e fomentando uma aprendizagem significativa.

Após a seleção, cada coordenação local encarregou-se de planejar a logística da avaliação, com a elaboração de cronograma de visitas. A equipe localizada na Coordenação da Rede Governo Colaborativo em Saúde, nesse momento, atuou em apoio às demandas e às particularidades de cada instituição e, devido à proximidade de localização, participou mais ativamente nessa etapa no Centro de Pesquisa em Odontologia Social (CPOS) da UFRGS. Houve uma articulação prévia com gestores municipais em cada coordenadoria de saúde do estado (com avaliação sob a responsabilidade da UFRGS), a fim de torná-los parte dessa construção, esclarecer questões e deixá-los a par do papel da universidade na avaliação.

Para estreitar relações com cada estado e tornar essas conexões efetivas, a equipe técnica da Rede Governo Colaborativo em Saúde foi dividida de forma que cada coordenação local contasse com um apoiador localizado na sede da coordenação da rede para assessorá-los. Dessa forma, a equipe esteve presente na etapa inicial de formação dos selecionados para a pesquisa de todos os estados. Essa formação contou com oficinas realizadas em duas fases. A primeira, voltada para os supervisores e a segunda, voltada para os avaliadores. Essas oficinas se constituíram na primeira aula do curso de especialização e incluíram em seus conteúdos o funcionamento do Programa, a apresentação do instrumento de coleta, os procedimentos e condutas em



campo e também a dinâmica da plataforma virtual que foi utilizada.

Ao longo da coleta de dados, a equipe da Rede Governo Colaborativo em Saúde também se incumbiu de monitorar e garantir que todas as equipes do território contratualizadas ao Programa fossem avaliadas. Visto que dessa totalidade de avaliações dependia a certificação dessas equipes, essa atividade foi de extrema relevância. Para isso, foram criados instrumentos capazes de acompanhar o trabalho de campo e de produzir indicadores sobre a coleta de dados, os quais puderam servir de base para o planejamento, reorganização e readequação das atividades e formas de trabalho ao longo dos ciclos do PMAQ-AB. A equipe também atuou na mediação de informações repassadas entre o MS e as coordenações locais, fazendo-se presente, quando necessário, para apoio local ou resolução de problemas.

Após o final da pesquisa de campo, o trabalho nessa rede se fortalece, não apenas com o objetivo da realização da avaliação externa, mas se intensifica como rede científica na produção de conhecimento para uma maior divulgação sobre a realidade atual da atenção básica. Contando com diversos núcleos e instâncias institucionais de pesquisa e educação no país, essas produções demonstram uma forma de protagonismo da universidade, a fim de democratizar e difundir a produção de conhecimento, de forma que se preste contas à sociedade, abrangendo e atingindo as diversas regiões brasileiras. Além disso, a amplitude dos atores envolvidos, incluindo a participação de gestores nos níveis municipais, corrobora para a consolidação da ideia da configuração de redes no sistema de saúde brasileiro. Todos os resultados e práticas dessa experiência foram justamente possibilitados devido ao arranjo utilizado: flexível, composto por múltiplos atores, tolerante a mudanças e rearranjos de forma coletiva e cooperativa. A rede estabelecida não foi o

objetivo, mas parte da metodologia que, inclusive, ampliou o leque de ações objetivadas inicialmente, no qual todas as partes envolvidas foram integrantes e indissociáveis na construção de uma teia definida à medida que foi realizada, ratificando, assim, as afirmações promissoras sobre essa forma de organização de trabalho na sociedade. Como resultado, tivemos bastante produção compartilhada operacional, técnico-científica, de ensino/pesquisa/extensão, mas, sobretudo, uma rede de afetos militantes. Para o trabalho em rede, é necessária a decisão política de trabalhar em rede, e essa produz e mobiliza afetos. Se o texto fosse sobre educação permanente em saúde, diríamos que gerou também conhecimento significativo sobre o atuar em redes.

## Referências

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo, Cultrix, 1998.

CASTELLS. M; CARDOSO. G. **A sociedade em rede**: Do conhecimento à acção política. Conferência. Belém (PT): Imprensa Nacional, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Collective Health Journal**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev., 2005.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35- 45, nov./dez., 2000.

MARQUES, E.C. Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir de políticas urbanas. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, v. 21, n. 60, fevereiro, 2006.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol., 15 n 5, Rio de Janeiro, aug, 2010.

PARK, S.H. Management an interorganization network: a framework of the institutional mechanism for network control. IN: **Organization Studies**, 17/5, 1996, p.795-824.

SILVA, E.L. Rede científica e a construção do conhecimento. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 1-17, jan./ jun., 2002.

## O CURSO DE AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM REDE

*Otávio Pereira D'Ávila  
Aline Blaya Martins  
Maurício Fernando Nunes Teixeira  
Lívia Preuss Vargas  
Andre Phylippe Dantas Barros  
Márcia Fernanda de Mélo Mendes*

### Avaliação

A avaliação contemporânea é uma soma de esforços e de controvérsias que, durante muito tempo, permitiram conceber abordagens, métodos e técnicas para estimar as intervenções e os programas sociais. Mas a história da avaliação mostra também que sua natureza é adaptativa e polêmica. Cada um dos períodos e “gerações” difere na função e na metodologia atribuídos à avaliação, no papel desempenhado pelos avaliadores, no grau de interesse manifestado pelos atores sociais interessados, no leque dos envolvidos na produção e utilização da avaliação, bem como nos meios de produção e de difusão dos resultados e dos conhecimentos produzidos por essa atividade.

Ao consultarmos as origens da avaliação, veremos que suas definições começam fortemente ligadas aos objetivos da avaliação educacional. Ralph Tyler (1950, apud RISTOFF, 2000) diz que “a avaliação é um processo para determinar até que ponto os objetivos educacionais foram realmente alcançados. ” Na visão dele, a avaliação está centrada em objetivos, partindo dos processos educacionais. Outros autores, como Stake (1967), trazem a avaliação como a descoberta de algo, indicando o caminho, o que está bom e que pode ser melhorado. Segundo ele, a avaliação é a descoberta da natureza e do valor de alguma coisa, na qual os propósitos podem ser muitos, porém ela sempre tenta descrever algo e indicar os seus méritos e deméritos [...]. A avaliação é uma busca de causas e efeito, um inventário do estado presente, ou uma previsão de sucesso futuro, somente a partir do momento que consegue contribuir para a identificação da substância, função e valor.

Scriven (1991, p.2) ressalta ainda que a “avaliação é o processo através do qual se determina o mérito, o valor de mercado e o valor das coisas”, isto é, esse processo determina o valor ao invés de estudá-lo, como um contêiner que determina o conteúdo. Em outras palavras, o autor deixa explícita uma visão de avaliação cuja valoração ocorre não a partir do que é encontrado, mas a partir do que se constrói sobre o encontrado, com a participação decisiva de uma carga valorativa já *a priori* incorporada às estruturas conceituais do avaliador, como se o processo avaliativo fosse um copo que dá forma à água que contém. Daí a sua insistência em distinguir avaliação de mensuração.

Guba e Lincoln (1989) identificam quatro gerações na história da avaliação. Na passagem de uma geração para outra ocorre o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos, por isso em cada uma delas podemos identificar características das outras. A primeira

geração é baseada na medida (dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores). Nessa época, as palavras medida e avaliação eram usadas como sinônimos. Aqui o avaliador é essencialmente um técnico que tem de saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. A segunda geração trata de descrever e identificar como os programas permitem atingir seus resultados. E a terceira geração é fundamentada no julgamento. Nessa fase, a avaliação busca e deve permitir o julgamento de uma intervenção. Já a quarta geração vem logo a seguir como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. (HARTZ, 2006) Atualmente, temos a emergência da quinta geração de avaliação com participação da sociedade civil em todas as etapas. (BARON; MONNIER, 2003) A quinta geração (‘emancipadora’) combinaria as anteriores, mas implica a vontade explícita de aumentar o poder dos participantes graças ao processo de avaliação.

### **Avaliação em saúde na atenção básica**

A Política Nacional de Atenção Básica vigente (BRASIL, 2011a) estabelece que a atenção básica deva ser o nível ordenador da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia de Saúde da Família, a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

Esse documento é um dos marcos da atual política de saúde, que busca consolidar o SUS, um sistema que se constitui em uma das maiores conquistas do modelo de proteção social brasileiro e possui enorme potencial de inclusão social e ampliação do acesso aos serviços de saúde por parte de parcelas significativas da população.

A Política Nacional de Atenção Básica prevê a necessidade de institucionalizar a avaliação e o monitoramento como uma premissa para qualificação das ações e dos serviços de saúde. (BRASIL, 2011a) Dessa forma, reforça o condicionamento de parte do financiamento desse nível de atenção aos resultados e a avaliação do acesso e da qualidade, obtidos através de programas, tais como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB foi um Programa criado alguns meses antes da atualização da Política Nacional de Atenção Básica, com os seguintes objetivos: indução da ampliação do acesso; melhora da qualidade da atenção básica; garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local; e garantia da transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica. Além disso, o Programa possui os compromissos de institucionalizar a avaliação e a autoavaliação dentro das equipes, regular a avaliação e o monitoramento nos municípios e realizar ações de educação permanente com/para as equipes de atenção básica. (BRASIL, 2011b)

Sendo assim, há uma necessidade premente de investimento na formação e na qualificação de avaliadores em saúde, capazes de julgar a efetividade, a eficácia e o impacto das intervenções realizadas, do acesso e da qualidade como ferramentas imprescindíveis para a gestão na tomada de decisões, no financiamento e no planejamento de ações de educação permanente. Para que estas possam qualificar o sistema, considerando a diversidade locorregional que deve ser capturada em tal avaliação.

### **Por que formar avaliadores?**

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde tem demonstrado enorme potencial de inclusão social e ampliação do acesso aos serviços de saúde por parte de parcelas significativas da população brasileira. A recente expansão na implantação de Equipes de Saúde da Família (ESF) verificada nos últimos anos – tendo passado de 2.054 equipes em 1998 para um total de 33.193 equipes em 2013 (BRASIL, 2013) – é apenas um exemplo desse potencial.

Mesmo assim, em que pesem os avanços verificados, ainda nos deparamos com lacunas para a efetiva consolidação do SUS. Um dos grandes desafios do SUS fica, então, evidente: a necessidade de implementação de propostas de monitoramento e avaliação dos serviços capazes de, a partir da análise do presente e do passado, viabilizar a projeção de um futuro que consiga garantir maior efetividade às políticas de saúde. Movimento nesse sentido que já está em curso em países mais desenvolvidos – caracterizados pela crescente necessidade de modernização da gestão pública e adoção de programas de gestão baseada em resultados, com introdução de mecanismos de regulação de oferta e de acesso.

Nos últimos anos, tal movimento vem ganhando concretude no âmbito da gestão pública da saúde no Brasil, em estudos como o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS); as propostas e experiências de monitoramento e avaliação do próprio Ministério da Saúde, entre as quais o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e o Pacto pela Saúde; as experiências de alguns estados e municípios brasileiros, a Pesquisa Mundial de Saúde e, mais recentemente, o Programa de Avaliação para Qualificação do SUS.

Esse contexto evidencia a necessidade de investimento na formação e na qualificação de avaliadores em saúde, capazes de julgar a efetividade, a eficácia e o impacto das intervenções realizadas para apoiar a tomada de decisão. Sanders (2002) e Stevenson et al. (2002) reforçam tal posição ao apontarem que elas trazem em comum o investimento na construção de competência em avaliação, objetivando ainda o potencial das mesmas em auxiliar na tomada de decisão. O que ocorre a partir da análise das experiências internacionais realizadas no campo da avaliação de serviços de saúde

Atualmente, o papel do avaliador possui destaque, mas o desenvolvimento da avaliação exige que esse papel seja reconfigurado, expandido e pouco ortodoxo. Exige-se que o estilo de trabalho do avaliador atenda às necessidades que as organizações (ex: sistema de saúde, municípios, equipes...) possuem de aprendizagem emergentes de forma eficaz. Desse modo, o movimento de promover e aperfeiçoar atualização sistemática, capacitação de avaliação, tomada de decisão, aprendizagem e pensamento avaliativo nas organizações é visto como parte essencial do trabalho do avaliador. (VOLKOV, 2011)

Considerando esse cenário, um curso de especialização (modalidade pós-graduação *lato sensu*) a distância foi criado na Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA), através de um convênio com a Rede Governo Colaborativo em Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Destinado este à formação de especialistas que possam desenvolver atividades de avaliação dos serviços de saúde. Os estados que participaram dessa edição do curso foram Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo. O que foi considerado ao propor o curso é o aprendizado de forma dinâmica e integrada ao

processo de avaliação *in loco* visto como uma alternativa viável para a formação dos avaliadores do PMAQ-AB, com um papel relevante na política de saúde atual.

### A proposta pedagógica

Na busca de maior resolubilidade e qualidade, a proposta pedagógica do curso foi desenvolvida a partir do objetivo de promover a formação de profissionais capazes de avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das estruturas, os processos de trabalho e os resultados relacionados ao risco, ao acesso e à satisfação dos cidadãos diante dos serviços do SUS.

O curso foi organizado com base na proposta pedagógica da Universidade Aberta do SUS, que propõe módulos para organização curricular: um conjunto de objetivos educacionais relacionados a uma mesma temática, definidores dos conteúdos que foram abordados.

Assim, o curso foi estruturado, de acordo com duas ênfases. A primeira foi em Avaliação de Serviços de Saúde e apresentou três eixos: um para instrumentalização sobre educação a distância e outros dois de saúde coletiva e avaliação de serviços de saúde, totalizando 390 horas (Quadro 1).

**Quadro 1** - Eixos temáticos da ênfase em Avaliação de Serviço de Saúde

Carga-horária	Eixos
10 horas	Eixo temático: instrumentalização em EaD
180 horas	Eixo temático: campo da saúde coletiva
180 horas	Eixo temático: avaliação de serviços de saúde
20 horas	Trabalho de conclusão de curso

A segunda ênfase, em Educação Permanente em Saúde, apresentou quatro eixos temáticos: um para instrumentalização sobre educação a distância, um de saúde coletiva e um sobre avaliação de serviços de saúde. Além desses, foi acrescido um novo eixo, denominado Educação Permanente em Saúde, com carga horária de 20 horas, totalizando 430 horas de curso (Quadro 2).

**Quadro 2** - Eixos temáticos da ênfase em Educação Permanente em Saúde

Carga-horária	Eixos
10 horas	Eixo temático: instrumentalização em EaD
40 horas	Eixo temático: Educação Permanente em Saúde
180 horas	Eixo temático: campo da saúde coletiva
180 horas	Eixo temático: avaliação de serviços de saúde
20 horas	Trabalho de conclusão de curso

Os eixos foram estruturados em unidades temáticas e módulos. Estes últimos corresponderam à organização de grandes temas de cada unidade. No eixo temático instrumentalização em EaD, foram abordados aspectos introdutórios referentes ao uso e à navegação no ambiente virtual de aprendizagem do curso.

Não obstante, no eixo temático da saúde coletiva, as unidades de ensino abordaram os temas: Modelo Assistencial em Saúde, Epidemiologia Aplicada e Interações em APS. Nas unidades, são discutidas as questões de saúde coletiva como políticas públicas de saúde; Sistema Único de Saúde; abordagens em saúde individual, familiar e comunitária; epidemiologia aplicada à APS; questões relacionadas ao trabalho em equipe, como ética e situações de violência.

No eixo temático de avaliação de serviço de saúde foram desenvolvidos os seguintes temas e conteúdos: avaliação da qualidade em saúde, avaliação de serviços de Atenção Primária à Saúde, avaliação dos serviços de Atenção Secundária e Terciária à Saúde, regulação e auditoria no Sistema Único de Saúde.

Por fim, no eixo temático educação permanente foram desenvolvidos dois módulos: um de formação de tutores e outro sobre bases teóricas em Educação Permanente.

Os alunos foram acompanhados por tutores a distância, cada um ficando responsável por 50 alunos. Ao final de cada semestre, foram realizadas atividades presenciais nos pontos de apoio com a presença dos professores para a realização do fechamento do período. Com o intuito de tornar o curso de avaliação uma grande roda de troca de experiências e saberes, os tutores convidados para atuar nas turmas de ênfase em Educação Permanente em Saúde eram profissionais com experiência anterior na fase de coleta de dados do PMAQ-AB. Os estudantes dessa ênfase foram convidados a serem tutores das turmas da outra ênfase proposta pelo curso: Avaliação de Serviços de Saúde.

Como avaliação pedagógica do curso, além das atividades previstas dentro dos módulos, os alunos elaboraram um portfólio como trabalho de conclusão de curso (TCC). Essa produção era uma coletânea de fragmentos do que foi vivido a partir da problematização, apresentando suas experiências dialogadas com os referenciais teóricos apresentados no curso. Não foi necessário que sua apresentação se desse de forma rígida, protocolar. Contudo, alguns pressupostos deveriam ser seguidos, o Portfólio/TCC deveria apresentar um título, uma apresentação que falasse da implicação com o tema (como foi pedido na narrativa de si), um desenvolvimento que apresentasse a

problematização e os autores que inspirassem a reflexão, e por fim, uma conclusão que alinhavasse os fragmentos e evidenciasse as afetações, os impactos desse processo. Buscávamos que o estudante manifestasse suas ideias e inquietações de modo a expressar a sua singularidade.

A construção do curso ocorreu a partir da realização das seguintes etapas: elaboração do material didático, alimentação de um sistema Moodle já existente, capacitação de tutores e seleção dos alunos. Com a participação de profissionais que atuam no campo da avaliação em saúde, o material didático foi elaborado sob orientação de uma consultora pedagógica, e técnicos de informática e diagramação operacionalizaram a disponibilidade do material produzido. Os tutores foram capacitados, principalmente, para o desenvolvimento das dimensões pedagógica e tecnológica do curso, visto que a dimensão teórica (competência no campo da avaliação em saúde) não era um dos requisitos para a tutoria. Um colegiado gestor multiprofissional foi estruturado para administrar o curso.

### **Entre o planejamento e a ação**

Com o intuito de atender aos objetivos do curso, o colegiado gestor optou por criar estruturas de apoio pedagógico em cada estado participante do projeto. Essas estruturas eram formadas a partir de indicações das universidades locais que compunham a Rede Governo Colaborativo em Saúde e que estavam diretamente comprometidas com o desenvolvimento da coleta de dados do PMAQ-AB em seu território. A UNASUS/UFCSA também ofertou uma estrutura de apoio acadêmico para dar suporte pedagógico àqueles participantes que estivessem enfrentando dificuldades com o desenvolvimento do curso.

Esse complexo desenho tinha como norte principal sustentar um processo de formação de avaliadores por meio de ferramentas educacionais virtuais, a partir da problematização das experiências vivenciadas nos territórios. A grande roda de educação permanente virtual seria alimentada pela relação estabelecida no encontro da teoria ofertada pelo curso e a vivência ofertada pelo PMAQ-AB, na qual o supervisor do PMAQ-AB se transformava em tutor do curso, e o avaliador do PMAQ-AB, em estudante no curso. A grande aposta era na troca contínua de vivências e conhecimentos.

### **Considerações finais**

No decorrer do curso, muitos obstáculos foram observados. A maior riqueza, assim como a maior fragilidade da proposta, foi o ineditismo do curso proposto a seis estados muito diferentes da federação. Como cada estado tem uma organização peculiar, houve dificuldades em relação à padronização das informações, ao mesmo tempo em que a diversidade de cenários produziu resultados muito diversos. A estratégia de estudantes do eixo de Educação Permanente de se transformarem em tutores da turma que viria na sequência provocou debates muito ricos, mas gerou alguns problemas relacionados ao atraso dos estudantes desse módulo e dificuldades de acompanhamento de seus alunos.

Realizada por mais de uma instituição e por um colegiado multiprofissional, a gestão do curso trouxe uma riqueza muito grande de trocas de experiências e ideias, mas gerou desgastes que a relação entre partes com objetivos e desejos diversos estão sujeitos. As reuniões do

colegiado produziram divergências e grandes discussões entre os componentes do grupo.

A oferta desse curso veio se somar às iniciativas de institucionalização da avaliação que estão em curso no país e, com isso, qualificar profissionais de saúde para uma prática que pode ajudar na melhoria da qualidade de ações e serviços do Sistema Único de Saúde.

### Referências

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. **Informations Sociales**, n. 110:1-7,2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2488, de 24 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ AB, denominado Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável- PAB variável, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acessado em: 30/04/2013.

GUBA E.G.; LINCOLN Y.S. **Fourth generation evaluation**. Sage Publications, Newbury Park, 1989, 294p.

HARTZ; Z.M.A.; SILVA; L.M.V. (orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, 276p.

RISTOFF, D. Avaliação institucional: pensando princípios. In: DIAS SOBRINHO, J.; BALZAN, N.C. (org.). **Avaliação institucional: teoria e experiências**, 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SANDERS JR. Presidential address: on mainstreaming evaluation. **American Journal of Evaluation**, 23 (3): 253-259, 2002.

SCRIVEN, M. Evaluation thesaurus. London: Sage, 4 ed., 1991. In: STOER, S. R. **Educação e mudança social em Portugal: 1970-1980**. Uma década de transição. Porto: Afrontamento, 1992.

STAKE, R.E. **The countenance of educational evaluation**. Teachers College Record, 1967.

STEVENSON, J.F.; FLORIN, P.; MILLS, D.S.; ANDRADE, M. Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. **Eval Program Plann**, 2002; 25:233- 43.

VOLKOV B.B. Beyond being an evaluator: The multiplicity of roles of the internal evaluator. **New Directions for Evaluation**, 2011, 2011(132): 25-42.



## **SOBRE OS AUTORES**

**Alcindo Antônio Ferla:** Médico. Doutor em Educação pela UFRGS. Professor adjunto da Escola de Enfermagem da UFRGS. Atua no Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Endereço eletrônico: ferlaalcindo@gmail.com

**Alessandra Xavier Bueno:** Graduada em Educação Física. Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva e Mestre em Ciências do Movimento Humano (UFRGS). Colaboradora da Rede Governo Colaborativo em Saúde (UFRGS) no escopo da cooperação internacional com a Universidade de Bologna (UNIBO).

Endereço eletrônico: bueno.ax@gmail.com

**Aline Blaya Martins:** Doutora em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2012). Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Membro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Pesquisadora atuando nas áreas de Políticas Públicas de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Educação Permanente em Saúde, Saúde do Idoso. Coordenadora do Curso de Avaliação de Serviços de Saúde – UFCSPA/Rede Governo Colaborativo em Saúde.

Endereço eletrônico: alineblaya@hotmail.com

**Aline Vargas Ferreira:** Graduada em Psicologia pela PUCRS. Residente no Grupo Hospitalar Conceição (Ênfase Saúde da Família e Comunidade). Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde (Ênfase em Educação Permanente pela Una-SUS). Aluna do Curso de Especialização em Políticas Públicas de Saúde Mental e Assistência Social da PUCRS.  
Endereço eletrônico: [aline\\_vferreira@yahoo.com.br](mailto:aline_vferreira@yahoo.com.br)

**Andre Phylippe Dantas Barros:** Acadêmico do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Curso Tecnológico em Marketing da UNINTER.  
Endereço eletrônico: [phylippedantas@gmail.com](mailto:phylippedantas@gmail.com)

**Angelo Pagot Zortea:** Economista, graduado pela Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS (FCE/UFRGS). Mestrando em Desenvolvimento Econômico (PPGDE/UFPR). Foi colaborador da Rede Governo Colaborativo em Saúde.  
Endereço eletrônico: [angelo\\_pzor@hotmail.com](mailto:angelo_pzor@hotmail.com)

**Caren Serra Bavaresco:** Cirurgiã-dentista do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Professora adjunta da ULBRA/RS. Especialista em Saúde Coletiva. Mestre e doutora em Bioquímica (UFRGS). Doutoranda em Odontologia em Saúde Coletiva (UFRGS).  
Endereço eletrônico: [c\\_bavaresco@yahoo.com.br](mailto:c_bavaresco@yahoo.com.br)

**Dagmar Elaine Kaiser:** Enfermeira. Especialista em Administração Hospitalar e em Saúde Pública. Mestre em Administração da Educação pela PUC-RS. Doutora em Enfermagem pela UFRGS. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS.  
Endereço eletrônico: [dagmar.kaiser@ufrgs.br](mailto:dagmar.kaiser@ufrgs.br)

**Daniela Tozzi Ribeiro:** Enfermeira e sanitarista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apoiadora do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) na Rede Governo Colaborativo em Saúde.  
Endereço eletrônico: [dani7saude@gmail.com](mailto:dani7saude@gmail.com)

**Deisy Tolentino do Nascimento:** Graduada em Nutrição pelo Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista – Centro Universitário Metodista. Pós-graduada em Nutrição Clínica e Doenças Crônicas pelo Instituto de Educação e Pesquisa da Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Apoiadora dos programas PMAQ-AB e PNASS pela UFRGS.  
Endereço eletrônico: [deisy\\_nascimento@yahoo.com.br](mailto:deisy_nascimento@yahoo.com.br)

**Emerson Elias Merhy:** Médico. Doutor e livre-docente em Saúde Coletiva/UNICAMP. Professor titular da Faculdade de Medicina/UFRJ. Pesquisador e coordenador da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde/UFRJ.  
Endereço eletrônico: [emerson.merhy@gmail.com](mailto:emerson.merhy@gmail.com)

**Érica Rosalba Mallmann Duarte:** Enfermeira. Especialista em Administração Hospitalar. Mestre em Administração e doutora em Engenharia da Produção pela UFRGS. Professora adjunta da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.  
Endereço eletrônico: [ermduarte@gmail.com](mailto:ermduarte@gmail.com)

**Fernanda Monte da Cunha:** Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Endereço eletrônico: [femonte.cunha@gmail.com](mailto:femonte.cunha@gmail.com)

**Gímerson Erick Ferreira:** Enfermeiro e administrador. Especialista em Enfermagem do Trabalho e em Saúde Pública. Mestre e doutorando em Enfermagem pela UFRGS. Docente de Enfermagem nas Faculdades Integradas de Taquara.

Endereço eletrônico: [faccat.gimeferreira@gmail.com](mailto:faccat.gimeferreira@gmail.com)

**Hêider Aurélio Pinto:** Médico especialista. Mestre em Saúde Coletiva. Atuou como médico em equipe de saúde da família, como apoiador, preceptor, docente e facilitador de educação permanente. Foi diretor de instituições relacionadas à atenção básica nos âmbitos regional, estadual e federal. Atualmente é secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Endereço eletrônico: [heider.aurelio.pinto@gmail.com](mailto:heider.aurelio.pinto@gmail.com)

**Ione Ferreira Santos:** Enfermeira. Doutora pela EERP – USP em Enfermagem Fundamental. Docente da Faculdade de Medicina de Marília na disciplina de Enfermagem Clínica e no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Cirúrgica Especializada. Coordenadora (?) acadêmica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) e do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) nas regiões de Marília e Presidente Prudente.

Endereço eletrônico: [ionefs13@gmail.com](mailto:ionefs13@gmail.com)

**Jeanice da Cunha Ozorio:** Psicóloga. Residente (Ênfase em Saúde da Família e Comunidade) no Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde (Ênfase em Educação Permanente pela UNA-SUS). Aluna do Curso de Especialização Políticas Públicas de Saúde Mental e Assistência Social pela PUCRS.

Endereço eletrônico: [je.ozorio@gmail.com](mailto:je.ozorio@gmail.com)

**Jeanine Porto Brondani:** Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – PUC-RS. Mestre e doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS.

Endereço eletrônico: [jeaninebrondani@yahoo.com.br](mailto:jeaninebrondani@yahoo.com.br)

**Jorge Zepeda:** Médico. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Atualmente cursa o doutorado na University of Leeds, Inglaterra. Quando escreveu o texto para este livro, ocupava o cargo de diretor de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Endereço eletrônico: [apsflorianopolis@gmail.com](mailto:apsflorianopolis@gmail.com)

**Juliana Sampaio:** Psicóloga. Mestre em Serviço Social (UFPE). Doutora em Saúde Pública (Fiocruz). Professora do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Paraíba. Membro da Rede ABRAPSO Paraíba.

Endereço eletrônico: [julianasmp@hotmail.com](mailto:julianasmp@hotmail.com)

**Lívia Preuss Vargas:** Pedagoga especialista em Avaliação de Serviços de Saúde. Atuou como apoiadora institucional, na educação permanente de trabalhadores e na equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental para adolescentes privados de liberdade, monitorando e avaliando políticas públicas voltadas à adolescência e no âmbito da atenção básica em saúde. Coordenadora do Curso de Avaliação de Serviços de Saúde – UFCSPA/Rede Governo Colaborativo em Saúde.

Endereço eletrônico: [preusslivia@gmail.com](mailto:preusslivia@gmail.com)

**Luciano Bezerra Gomes:** Médico sanitарista. Mestre e doutorando em Medicina (UFRJ). Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB. Pesquisador da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde (UFRJ). Pesquisador da Rede Governo Colaborativo em Saúde (UFRGS).  
Endereço eletrônico: lucianobgomes@gmail.com

**Mara Quaglio Chirelli:** Enfermeira. Docente na Faculdade de Medicina de Marília, atuando nas disciplinas Enfermagem em Saúde Coletiva e Administração Aplicada à Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela EERP-USP. Atua nos mestrados profissional e acadêmico e desenvolve pesquisa nas áreas de Educação na Saúde, (Ênfase em Metodologias de Ensino-Aprendizagem, Currículo, Educação Baseada em Competência e Cuidado e Gestão em Saúde no Envelhecimento).  
Endereço eletrônico: mara@famema.br

**Márcia Fernanda de Mélo Mendes:** Mestre em Saúde Coletiva. Atualmente atua como professora de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico no Instituto Federal do Rio Grande do Sul campus Alvorada. Colaboradora da Rede Governo Colaborativo em Saúde. Coordenadora do Curso de Avaliação de Serviços de Saúde UFCSPA/Rede Governo Colaborativo em Saúde.  
Endereço eletrônico: marciafernandammendes@gmail.com

**Maria Neusa Pegorari Molaro:** Formação em Administração. Colaboradora na Faculdade de Medicina de Marília – Famema.  
Endereço eletrônico: polo\_psf@famema.br

**Matheus Neves:** Cirurgião-dentista. Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – PUC-RS. Mestre e doutorando em Odontologia pela UFRGS. Docente de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.  
Endereço eletrônico: matineves@gmail.com

**Maurício Fernando Nunes Teixeira:** Mestre em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2012). Doutorando em Odontologia (Ênfase Saúde Bucal Coletiva pela mesma instituição – UFRGS). Atualmente é professor assistente do Centro Universitário Univates. Coordenador do Curso de Avaliação de Serviços de Saúde – UFCSPA/Rede Governo Colaborativo em Saúde.  
Endereço eletrônico: mauricioteixeira@redeplay.com.br

**Mirceli Goulart Barbosa:** Nutricionista. Professora de Educação Física. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista na modalidade Residência Integrada em Saúde (Ênfase em Atenção ao Paciente Crítico pelo Grupo Hospitalar Conceição). Especialista em Atividade Física, Desempenho Motor e Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora técnica da Avaliação Externa do PMAQ-AB e do PNASS pela UFRGS.  
Endereço eletrônico: mirceligoulart@yahoo.com.br

**Otávio Pereira D'Ávila:** Mestrado em Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (2011). Doutorando em Odontologia (Ênfase em Saúde Bucal Coletiva – UFRGS). Atua como teleconsultor do TelessaúdeRS/UFRGS. Tem experiência na área de Odontologia (Ênfase em Saúde Bucal Coletiva e Epidemiologia Bucal). Atua nos seguintes temas: epidemiologia e atenção primária à saúde.  
Endereço eletrônico: otaviopereiradavila@gmail.com

**Silvia Franco da Rocha Tonhom:** Docente da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, dos cursos de Enfermagem e Medicina e do Mestrado Profissional – Ensino em Saúde. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas. Docente coordenadora do Núcleo de Avaliação Institucional da Famema.

Endereço eletrônico: [siltonhom@gmail.com](mailto:siltonhom@gmail.com)

**Thais Chiapinotto dos Santos:** Bacharel em Educação Física (UFRGS). Especialista em Envelhecimento e Qualidade de Vida (UFRGS), Saúde da Família (UnB/UNA-SUS) e Avaliação de Serviços em Saúde (UFCSA/UNA-SUS). Bolsista da Rede Governo Colaborativo em Saúde. Atua nos programas Academia da Saúde, PMAQ e PNASS.

Endereço eletrônico: [thais.chiapinotto@hotmail.com](mailto:thais.chiapinotto@hotmail.com)



Publicações da Editora Rede UNIDA

### Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Arte Popular, Cultura e Poesia

Interlocuções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde & Amazônia

### Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)