



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE SANTA CATARINA: entre cenários e práticas



Organizadoras(es)

Carine Vendruscolo

Fabiane Ferraz

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Júlio César Schweickardt

Juliana Vieira de Araujo Sandri

Fernando de Toledo Barros Wendhausen

Maria de Fátima de Souza Rovaris

Fernanda Fabiana Ledra



ORGANIZADORAS(ES):

Carine Vendruscolo

Fabiane Ferraz

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Júlio César Schweickardt

Juliana Vieira de Araujo Sandri

Fernando de Toledo Barros Wendhausen

Maria de Fátima de Souza Rovaris

Fernanda Fabiana Ledra

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE DE SANTA CATARINA:**
entre cenários e práticas

editora



redeunida

COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA
Júlio César Schweickardt

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
Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Héider Aurélio Pinto – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Júlio 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
Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, 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
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil
Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Simone Edí Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 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 Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial
Gabriel Calazans Baptista

Diagramação / Arte da Capa
Junio Pontes

Projeto gráfica Capa e Miolo
Editora Rede UNIDA

Revisão
Julio Cesar Schweickardt, Denise Zoche

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

E24 Educação permanente em saúde de Santa Catarina : entre cenários e práticas [recurso eletrônico] / organizadores : Carine Vendruscolo ... [et al.] - 1.ed. - Porto Alegre : UNIDA, 2018.
331 p. : il. - (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v.17)
Ebook
ISBN: 978-8554329-06-8
DOI: 10.18310/9788554329068

1. Educação permanente em saúde – Santa Catarina. 2. Integração ensino-serviço. 3. Atenção à saúde. 4. Educação em saúde. 5. Saúde pública. I. Vendruscolo, Carine. II. Série.

CDU: 614:37
NLM: W18

Bibliotecária responsável: **Jacira Gil Bernardes** – CRB 10/463

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



Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Organizadoras(es):

Carine Vendruscolo

Fabiane Ferraz

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Júlio César Schweickardt

Juliana Vieira de Araujo Sandri

Fernando de Toledo Barros Wendhausen

Maria de Fátima de Souza Rovaris

Fernanda Fabiana Ledra

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE SANTA CATARINA: entre cenários e práticas

1ª Edição

Porto Alegre/RS 2018

Rede UNIDA

S U M Á R I O

PREFÁCIO (<i>Flavio Ricardo Liberali Magajewski</i>)	08
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA – REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS: UM RESGATE HISTÓRICO (2003-2012) (<i>Daiana Kloh Khalaf, Margarete Maria de Lima, Kenya Schmidt Reibnitz, Aline Bussollo Correa, Alessandra Dias da Silva, Maria de Fátima de Souza Rovaris e Fabiane Ferraz</i>)	12
IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO LITORAL CATARINENSE (<i>Juliana Vieira de Araujo Sandri, Rosangela Aparecida Borba, Gabriela Levien de Almeida e Maria Alice Siqueira de Oliveira da Silva</i>)	33
PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA GRANDE FLORIANÓPOLIS: ESTRUTURAÇÃO NA LÓGICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (<i>Alessandra Dias da Silva, Maria de Fátima de Souza Rovaris, Fernando de Toledo Barros Wendhausen, Jacks Soratto, Elieser Peper do Nascimento e Fabiane Ferraz</i>)	60
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: METODOLOGIAS ATIVAS COMO FERRAMENTA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (<i>Ariane Woehl, Francesli Pereira, Susanné Cassias, Talita Schimidt, Luciana Maria Mazon, Alexandre Engel e Espaldo Antunes</i>)	68
OFICINA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: ENCONTRO REGIONAL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (<i>Maria Ediléia Ribeiro da Silva e Milena Mery da Silva</i>).....	81
OFICINAS EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO FRENTE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (<i>Veridiane Patricia Orso, Francieli Girardi, Carine Magalhães Zanchi de Mattos, Fernanda Metelski e Leticia de Lima Trindade</i>)	94
EDUCA INDAIAL: HISTÓRIA DE UM PROPÓSITO COLETIVO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE (<i>Maria Ediléia Ribeiro da Silva, Milena Mery da Silva e Samira Natascha Tschoeke Reyes</i>)	108
PRÓ-SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA BASEADA NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE (<i>Raphael Nunes Bueno e Marcos Aurélio Maeyama</i>)	120
VIVENCIANDO A TRANSDISCIPLINARIDADE E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO VER-SUS OESTE CATARINENSE (<i>Natanael Chagas, Leticia Dal Magro, Alisson Mauricio Monteiro, Jean Wiliam Bender, Andressa Antônia Trizotto, Gelvani Locateli, Thiago Costa e Claudio Claudino da Silva Filho</i>)	131
INTERAÇÃO COMUNITÁRIA: ESTRATÉGIA PARA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU (<i>Ana Gabriela Quintanilha Veras, Bruno Antunes Wiethorn, Bruno Pfiffer, Larissa Carneiro e Clóvis Arlindo de Sousa</i>)	146

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FORTALECEDORA DO TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE DA FAMÍLIA (Fernanda Fabiana Ledra, Carine Vendruscolo, Denise Zocche, Gabriela Hann e Letícia de Lima Trindade)	180
(RE)SIGNIFICANDO A EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Valéria Silvana Faganello Madureira, Liane Colliselli, Jeane Barros de Souza, Lisiane da Rosa, Maraisa Manorov, Ariane de Lourdes Gomes Bueno, Karine Kooke, Lidiana Pauletto Piovesan e Adriana Schmoeller)	170
TEMPORALIZAR, SONHAR, APRENDER E ENSINAR: ALINHAVOS NO TERRITÓRIO SUBJETIVO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM A PARTIR DE UM GRUPO DE ESTUDOS (Carine Vendruscolo, Denise Antunes de Azambuja Zocche, André Lucas Maffissoni e Jean Willian Bender)	184
ENCONTROS COM A LOUCURA: GRUPO DE ESTUDOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL UNINDO PROFISSIONAIS E POPULAÇÃO (Andréia Jeanine Garcia Oss-emer, Fernanda Vicenzi Pavan, Isabella Goulart Bittencourt, Jorge Schlichting Neto e Margot Friedmann Zetsche)	201
DRAMATIZAÇÃO COMO METODOLOGIA NO ENSINO-APRENDIZAGEM PARA O DESVELAMENTO DO QUOTIDIANO E IMAGINÁRIO DOS PACIENTES INSULINODEPENDENTES (Bruno Menegatti Sanches, Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner, Hamilton Resendo Fogaça e Gabriel Cia Gomes)	216
INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ESTRATÉGIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (Edlamar Kátia Adamy, Karen Cristina Kades Andrigue, Gloriana Frizon, Simone Salete Tomkelki Pellizza, Marisa Gomes dos Santos, Adrean Scremin Quinto, Patrícia Poltronieri e Kauana Dall' Agnese Caregnatto)	227
DIÁLOGOS DE SABERES: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA PERSPECTIVA DE UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA DO PET-SAÚDE GRADUATUS/ENFERMAGEM (Maiara Vanusa Guedes Ribeiro, Camila Zanesco, Aldair Weber, Larissa Hermes Thomas Tombini, Gessiani Fátima Larentes, Margarete Dulce Bagatini e Débora Tavares de Resende e Silva)	239
IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL ESCOLA: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS A LUZ DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (Julia Valeria de Oliveira Vargas Bittencourt, Carla Argenta, Olvani Martins da Silva, Alcione Pozzebon, Veridiana da Silva Pinto, Luciana Vales Vieira, Aline Maffesson e Gabriela Vicari)	255
INTEGRAÇÃO ENSINO E SAÚDE: A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FORMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM NEFROLOGIA (Fabiana Meneghetti Dallacosta e Elisangela Schimidt)	281
PERCEPÇÃO DO SERVIDOR DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA (LACEN-SC) QUANTO À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (Aline Daiane Schlindwein, Adriana da Cruz Machado e Helen Bruggemann Bunn Schmitt)	293
ORGANIZADORES E AUTORES	321

P R E F Á C I O

O tema deste livro é um só, mas as experiências relatadas são variadas e riquíssimas, e remetem às oportunas reflexões que precisamos fazer sobre o que estamos fazendo neste momento de crise e ameaça sobre o que considero a maior Reforma do Estado Brasileiro pós ditadura – o Sistema Único de Saúde como expressão concreta do sonho de uma sociedade de garantir o direito à saúde para todos os brasileiros.

Assim, avaliar os movimentos desenvolvidos em torno da educação permanente em saúde - EPS é uma necessidade cada vez mais percebida entre os protagonistas do esforço para institucionalizar o campo da educação permanente no centro do debate em torno da defesa da construção também permanente das políticas sociais e em particular das políticas de saúde com compromisso com a universalidade, equidade e integralidade em todos os recantos do nosso país.

Apesar de todos os relatos que dão conta das muitas experiências construídas no âmbito dos serviços, de políticas específicas, em municípios, categorias profissionais e unidades da federação, neste caso, representadas pelo estado de Santa Catarina, todas detalhadas nos muitos capítulos deste livro, a área da educação permanente em saúde ainda é considerada pelos gestores como uma iniciativa secundária e periférica dentro do contexto do SUS.

Lamento estranhar este posicionamento dos gestores do SUS, infelizmente quase hegemônico, que me parece contraditório especialmente pela constatação de que esforços e iniciativas para manutenção de equipamentos e de áreas físicas nos serviços de saúde sejam mais facilmente aceitos e até considerados mais relevantes do que os esforços para mobilizar e atualizar as práticas e processos de trabalho que caracterizam o fazer setorial, essencialmente humano-dependente.

Em uma sociedade em permanente transformação em que a incorporação tecnológica é a regra, secundarizar os esforços de educação dentro das instituições é quase insano. Entretanto, é isto que vemos nas instituições que são responsáveis pela complexa

tarefa de garantir saúde para toda a população em condições singulares em cada serviço de saúde que se abre para as necessidades das pessoas que precisam de apoio para andar a sua vida.

Os trabalhadores da saúde, como qualquer trabalhador, também sofrem desgaste no seu processo de trabalho. O cansaço físico é apenas uma dimensão desta perda cotidiana. O estresse provocado pelo contato permanente com a miséria, com as tragédias pessoais e familiares vinculadas à doença, à perda, à violência, ao desamor e à impotência diante dos fatos que amputam a esperança individual e coletiva a todo instante, afetam de forma importante a vida dos que procuram fazer a saúde acontecer todos os dias em cada unidade de saúde desta enorme e contraditória nação.

O resultado deste desgaste é muitas vezes a ruptura dos laços com a comunidade e os colegas de trabalho, a destruições de caras ilusões a respeito da sua capacidade de enfrentar os problemas do mundo e, com seu trabalho e competência, lhes dar um sentido ético diante da banalização da violência e do parasitismo social representado pelos políticos sem escrúpulos e instituições à deriva.

A educação permanente em saúde tem esse sentido de resgate dos valores sociais que devem ser recuperados no interior de cada trabalhador a partir da solidariedade coletiva, da troca de experiências e de afetos, da ressignificação dos percalços e valorização das relações humanas que estão no centro de todo o esforço dirigido a um outro ser humano que precise de ajuda.

Além desta função absolutamente fundamental dentro das instituições, que é a de reproduzir a força de trabalho em cada local de trabalho realimentando a sua esperança e a confiança na sua capacidade de fazer saúde com competência e humanidade, a área da educação permanente tem outra grande tarefa: a de articular e encaminhar as demandas em torno das necessidades do aparelho formador de profissionais de saúde, que somente produzirá profissionais de acordo com o perfil de necessidades do SUS se tiver nos serviços de saúde do SUS os cenários de prática tão necessários à adequação dos egressos às demandas da população.

É por esse motivo que a educação permanente em saúde pode ser considerada um elemento da gestão estratégica do SUS. Não haverá o SUS que queremos se não tivermos uma estrutura de formação de profissionais

de nível médio e superior que seja fertilizada pelos valores do SUS no contexto dos serviços de saúde que fazem saúde nos termos do modelo de atenção que interprete em cada território os princípios doutrinários do SUS. Em outras palavras, a educação permanente em saúde é a iniciativa que garante sustentabilidade ao SUS no médio e no longo prazo.

Inovações como a dramatização aplicada à sensibilização de pacientes insulínodépendentes e a dança na reflexão sobre o processo do cuidado, as iniciativas do Ministério da Saúde como o PET Gradua-SUS, a EPS na prevenção e enfrentamento do suicídio e nas reflexões sobre a loucura entre profissionais e usuários do SUS, as articulações possíveis entre a EPS e a Política Nacional de Humanização – PNH, as atividades da EPS no nível de atenção primária à saúde – APS e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, o monitoramento e avaliação da EPS a partir do acompanhamento de indicadores de processo e resultado, as ligações entre a EPS, a educação popular e a interação comunitária, o potencial da EPS no aperfeiçoamento e coordenação da gestão do trabalho, as contribuições da EPS na promoção da saúde em nefrologia, no tratamento da hipertensão arterial sistêmica e em outras condições de saúde sensíveis à atenção primária em saúde estão todas detalhadas neste livro, como resultado do esforço coletivo de centenas de profissionais de saúde comprometidos com o SUS e com a formação de profissionais de saúde nos serviços, nas escolas de formação em saúde e nas Universidades públicas e comunitárias do estado de Santa Catarina.

A título de conclusão, me aproveito de reflexões de Hanna Arendt, uma das filósofas mais proeminentes do século XX e que ao discorrer sobre a educação procurou resgatar o sentido da educação para a sociedade. Para ela, os seres humanos têm dois nascimentos. O primeiro nascimento dá origem à vida. Este é um fato biológico incontestável. O segundo nascimento se dá quando os seres humanos são apresentados ao mundo – em sua dimensão política – e aparecem deixando a sua marca pelas ações que assumem como de sua autoria. A educação seria responsável pelo processo que ocorre entre os dois nascimentos, e significa aquilo que a própria palavra representa: condução – e-ducare – de um estado a outro; condução dos recém-chegados ao mundo humano, em que o agir livre, portanto político, é o horizonte principal.

A autora salienta que educar não é construir – fabricar, moldar – seres humanos ou transmitir conhecimentos e saberes como coisas mortas. A razão de ser da educação para Arendt é a natalidade, “[...] o fato de que seres nascem para o mundo.” (ARENDR, 1992, p. 223). O fato

é que os seres humanos são seres natais, isso é, nascem. O nascimento, por sua vez, é representativo do novo, do inédito, do começo, do vir a ser, do extraordinário, do improvável, do inesperado.

Isso significa que há duas maneiras de se compreender o recém-chegado em Arendt: o recém-chegado entendido como a criança e o jovem que se prepara para o mundo e o recém-chegado que, já adulto, participa do mundo por meio das suas ações e, nessa condição, estabelece a novidade (MULLER, 2012).

A educação permanente tem como sujeitos de suas práticas estes seres já adultos que participam do mundo agindo e tomando iniciativas que mudarão o mundo.

Enfim, existe atividade mais nobre e relevante do que a de permitir e estimular a plena expressão dos profissionais de saúde em seus espaços de trabalho em torno dos valores humanos que inspiram o SUS?

Flavio Ricardo Liberali Magajewski

Médico (1977). Mestre em administração (1994).
Doutor em Engenharia de Produção-ergonomia (2002).
Diretor de Educação Permanente em Saúde,
da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2007-2010).

Referências

ARENDRT, H. **Entre o passado e o futuro**. 3. ed. Trad. Mauro W. Barbosa de Almeida. São Paulo: Editora Perspectiva; 1992.

MULLER, M. C. **Respeito e responsabilidade para com os recém-chegados** In: FAVERO, A. A.; CASAGRANDA, E. A. Leitura sobre Hannah Arendt: educação, filosofia e política. Campinas/SP: Mercado de Letras, 2012, p. 55-70.



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA – REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS: UM RESGATE HISTÓRICO (2003-2012)

*Daiana Kloh Khalaf
Margarete Maria de Lima
Kenya Schmidt Reibnitz
Aline Bussollo Correa
Alessandra Dias da Silva
Maria de Fátima de Souza Rovaris
Fabiane Ferraz*

Necessidade de historicizar o processo de educação permanente em saúde

O presente texto, apresenta a história do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na Região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, período 2003-2012. Esta retrospectiva histórica foi guiada pelos seguintes questionamentos que impulsionaram o desenvolvimento dessa pesquisa: quem foram os protagonistas da Política de Educação Permanente em Saúde, na Grande Florianópolis? Como a Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço (CIES) da Grande Florianópolis se articulou para desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) em seus municípios de abrangência? Como e quais as ações de Educação Permanente em Saúde foram desenvolvidas pela Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço da Grande Florianópolis? Quais estruturas (institucionais e sociais) se envolveram com as ações de Educação Permanente em Saúde?

Estes questionamentos foram levantados a partir da necessidade de historicizar o processo de criação e estruturação da Educação Permanente em Saúde na Região da Grande Florianópolis, apontada como algo relevante pelos membros da CIES Estadual de Santa Catarina.

A importância desta pesquisa se estabelece ao desvelar as articulações e resistências que surgiram na constituição dos Pólos de EPS no início da política, no processo de mudança da Portaria 198 de 2004 para a 1.996 de 2007, que estruturam as diretrizes da PNEPS. Foi necessário reestruturar os Pólo de Educação Permanente em Saúde para CIES, tornando-se possível ajustar arestas, a fim de tentar retificar equívocos cometidos no passado, assim como destacar os acertos, buscando aperfeiçoar a EPS na região de saúde da Grande Florianópolis. Enfim, a pesquisa contribui com o resgate das ações de EPS e potencializam as mesmas.

Quando há relato do passado, há transmissão de experiências e emoções que foram vivenciadas e se tornaram um elo de passado e futuro, devendo ser compartilhados e não acabar no esquecimento. O conteúdo, a interpretação, as lembranças e memórias solidificam as histórias e nos ajudam a identificar os aspectos vivenciados. Esse resgate pode implicar na redescoberta de detalhes esquecidos do passado (BASÍLIO, FERRO 2012).

A EPS tem sido adotada como uma política de desenvolvimento de coletivos organizados de produção da saúde, a fim de adequar as ações de formação e qualificação dos trabalhadores às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (CECCIM, 2010).

A EPS carrega por definição o processo pedagógico educativo que questiona o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde, a partir das relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano. Ao mesmo tempo em que significa atualização cotidiana das práticas de saúde, almeja práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

Neste sentido, Celedônio *et al.* (2012), afirmam que o cenário das políticas públicas de saúde não pode ser discutido sem a temática da formação de recursos humanos, tendo em vista que representa um tema instigante pelos questionamentos que suscita e pelas indagações necessárias para consolidação do SUS.

A PNEPS foi instituída pela Portaria 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, como “estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (BRASIL, 2004, p.45). A EPS foi criada como uma proposta de ação estratégica, visando

contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e também para a organização dos serviços, mediante um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), em 2007, apresentou a “revisão” da Portaria GM/MS no 198/04, a partir das considerações apresentadas na Pesquisa de Avaliação da estratégia dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (VIANA, 2008). A proposta de revisão resultou na Portaria GM/MS no 1.996/07, que apresenta novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, visto que tal política deve considerar as especificidades e a superação das desigualdades regionais, as necessidades de desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Apresenta como objetivo subsidiar a elaboração de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e definir critérios para distribuição de recursos federais para os Estados e orientações para a formação no campo da educação na saúde, tanto dos trabalhadores técnicos do SUS, como dos acadêmicos em formação, por meio de Colegiados de Gestão Regional (CGR), atualmente denominadas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das CIES (BRASIL/SGTES/MS, 2009).

O processo de construção e implantação da CIES foi diversificado em todo Brasil e pode trazer informações importantes para compreender a atual configuração e ações de EPS e as relações interpessoais entre seus atores no Brasil.

Por fim, este estudo foi elaborado com o intuito de historicizar o processo de criação e estruturação da CIES da Região da Grande Florianópolis (Santa Catarina) no período de 2003 a 2012. Para tanto, foi realizada uma pesquisa histórica, sendo que a coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2013. Nesta construção, foram utilizadas fontes documentais, análise narrativa de entrevistas, referências de pesquisadores da área de educação permanente em saúde, literatura nacional e internacional, buscando a compreensão do processo histórico que marcaram a trajetória dos protagonistas envolvidos na implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado de Santa Catarina.

Cabe destacar que este artigo é fruto de pesquisa aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob parecer de

número 37.884. Os participantes foram orientados de forma clara e objetiva sobre o propósito da pesquisa e seus objetivos, conforme a Resolução 466/CNS/12, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa.

Protagonistas da educação permanente em saúde em Santa Catarina (2003-2012)

Teoricamente, a EPS deveria ser realizada por atores sociais que representam o “quadrilátero da formação para área da saúde”, composto por representantes do ensino, atenção, gestão e controle social. Na primeira estruturação da PNEPS – Pólos de EPS, todos possuíam igual poder, de tal forma que cada um deveria assumir compromissos com a realidade concreta onde estava inserido e, por conseguinte, com a gestão democrática e horizontal do contexto educativo. A presença dos participantes nas ações da PNEPS é premissa para que se possa a partir da educação promover práticas remetidas como imagem-objetivo que concretizam o SUS e tem natureza política e crítico-reflexiva (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; VENDRUSCOLO, PRADO, KLEBA, 2016).

A EPS valoriza a aprendizagem no trabalho, e para tal, torna-se fundamental a articulação permanente do quadrilátero do SUS assumindo compromissos com a transformação do modelo assistencial e com uma educação crítica e reflexiva visando à integralidade da atenção. Nesta perspectiva, é fundamental a participação dos diversos protagonistas sociais, principalmente dos trabalhadores da saúde, para que busquem juntamente com os demais, serem adotadas as melhores soluções diante das dificuldades e necessidades vivenciadas em seu cotidiano (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; SARRETA, 2009).

Deste modo, a voz dos protagonistas do quadrilátero são fontes fundamentais para historicizar o processo de Educação Permanente em Saúde na Grande Florianópolis, considerando que: a formação objetiva modificar as práticas de ensino tradicionais, centradas no professor e na transmissão de conhecimentos para uma educação problematizadora, crítica e reflexiva; a atenção visa a novas práticas de saúde, ancorada na integralidade, na equidade e humanização; a gestão disponibiliza redes de atenção que garantam resolubilidade das necessidades da população, sejam elas individuais ou coletivas; e o controle social tem a função de ser o apoiador das lutas em prol da saúde coletiva (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; AMESTOY *et al.*, 2008).

A partir da análise documental realizada em fontes primárias, foram levantados os nomes dos protagonistas do quadrilátero que atuaram na época dos Pólos de Educação Permanente em Saúde e após, a estruturação da CIES. Os sujeitos apresentados no quadro a seguir foram os que aceitaram participar da pesquisa, dando voz aos protagonistas do processo de EPS na Região da Grande Florianópolis.

O quadro 1 apresenta esses protagonistas (identificados por nome fictícios), sua formação, segmento de representatividade, instituição e tempo de atuação no respectivo segmento junto ao Pólo e/ou CIES Grande Florianópolis.

Destaca-se que um (1) dos entrevistados participou do Pólo Litoral Centro (PLC) no segmento da gestão e na CIES no segmento de controle social, totalizando dezessete entrevistas. Os participantes desta pesquisa foram onze enfermeiros e seis profissionais de áreas distintas, sendo, assistente social, advogado, naturólogo, psicólogo, fisioterapeuta e administrador.

Destaca-se o número de enfermeiros participantes desse espaço, aspecto que reflete o quanto esses profissionais se envolvem com temáticas relacionadas a educação em saúde e se preocupam em qualificar seus profissionais permanentemente para atender as necessidades da população, fortalecer o SUS e trabalhar a fim de superar os desafios presentes no campo da saúde coletiva (PIRES, 2009; SILVA, PEREIRA, 2017).

Quadro 1. Protagonistas sociais atuantes na Educação Permanente em Saúde na Região da Grande Florianópolis (SC) (2004 -2012).

PÓLO/ CIES	Participante (Nome fictício)	Formação	Segmento que re- presenta	Instituição	Tempo de atuação no segmento
Pólo	Alfazema	Enfermeiro	Serviço	Hospital Universitário	2004 a 2007
	Boldo-da-terra	Naturólogo	Controle Social	Associação de bairros da Var- gem Pequena	2004 a 2008
	Camomila	Enfermeiro	Ensino	CEFET	2003 a 2007
	Eufrásia	Enfermeiro	Serviço	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina	Não lembra

	Citronela	Enfermeiro	Gestão	SMS de Florianópolis	2005 a 2007
	Hibisco	Enfermeiro	Ensino	UFSC	2003 a 2007
	Louro	Administrador	Controle Social	Conselho Municipal de Saúde Florianópolis	2004 a 2007
Pólo/ CIES	Arnica	Assistente social	Gestão/ Serviço	SMS de Florianópolis/ Representante técnica Florianópolis	2005 a 2007 2011 a 2013
	Calêndula	Psicólogo	Superv. EP da SES	SES DEP	Desde 2004
	Alecrim	Enfermeiro	Gestão Controle Social	SES DISA GEREP Representante titular Palhoça pelo Controle Social (usuária)	2004 a 2006 2009 a 2013
CIES	Anis-estrelado	Enfermeiro	Serviço	Representante técnica de São José	2009 a 2013
	Argânia	Enfermeiro	Serviço	Representante técnica de Garopa	2009 a 2013
	Arruda	Enfermeiro	Ensino	EFOS	2011 a 2013
	Beladona	Advogado	Gestão	Representante do Colegiado	2007 a 2012
	Celidônia	Enfermeira	Controle Social	Moradora de Tijucas	2007 a 2013
	Galanga	Enfermeira	Gestão	18ª Gerência Regional de Saúde da Grande Florianópolis	2012 a 2013
	Guaco	Fisioterapeuta	Ensino	UDESC	2011

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2013.

Os protagonistas envolvidos nesse processo de EPS desenvolveram ações para compor o quadrilátero da formação, e poderiam representar duplamente qualquer um dos vértices do quadrilátero, no entanto, deveria ser evitável para garantir e respeitar a proposta da PNEPS. Similar ao estudo de Ferraz (2011), o que se percebe, nas instâncias de gestão dos processos de educação em saúde, é que a participação do controle social nem sempre é representada pelo usuário do serviço, mas o segmento que participa é outro membro do Conselho Municipal de Saúde, por exemplo, profissionais de saúde ou representante da gestão.

Entendemos que a busca por alternativas de qualificação e transformação de toda ação em saúde, aprendizagem e conhecimento consiste em um esforço importante, devendo ser estimulado, independente do segmento que o representante ocupa no quadrilátero. É preciso promover mudanças das práticas, tendo por objetivo a melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2005; SILVA, PEREIRA, 2017).

Processo de estruturação da comissão de integração ensino-serviço grande Florianópolis

A aprovação da Portaria GM/MS n. 1.996 se deu em 2007, apresentando novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS. A Portaria alterou a configuração de Pólo de Educação Permanente em Saúde para CIES, o que gerou certa insegurança nos protagonistas dos Pólos e futura estrutura da CIES, pois não conseguiam visualizar os novos rumos da EPS na Região da Grande Florianópolis, gerando sentimento de dúvida e engessamento.

As falas dos protagonistas sugerem que havia uma maior participação e representatividade do quadrilátero na época do Pólo, em que todos, teoricamente, tinham o mesmo nível de poder de decisão, aspecto que referem justificar a demora e a dificuldade para sua organização. Com a nova portaria (1.996/07), ocorreu uma ruptura, visto que, mudaram os protagonistas e a forma de condução, pois no formato CIR/CIES os gestores municipais de saúde e o gestor estadual definem e aprovam as ações de EPS.

[...] a representatividade não é como deveria ser, no Pólo tinha uma representatividade mais guerreira, a representatividade hoje em dia está mais voltada para a pessoa que está representando e não para a instituição representada. Eu não vejo o retorno lá na ponta, até porque tem alunos e os alunos nem sabem que tem CIES e isso me preocupa bastante. É sinal que está vindo para a reunião, mas não está voltando (infor-

mações). Os próprios hospitais também não sabem que há CIES, tem muita gente da ponta que nem sabe que a CIES e educação permanente existem (Arruda).

O desconhecimento a respeito da PNEPS dentro da própria comissão, mesmo depois de estar instituída e depois de muitas idas às reuniões, fortalecia o sentimento de insegurança. Essa sensação começou a ser modificada em 2009, quando a CIES Grande Florianópolis aceitou participar de uma pesquisa participante, desenvolvida no Curso de Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

[...] em 2007 começaram acontecer algumas reuniões que os municípios eram chamados e começou a se discutir várias coisas. (...) O grupo estava um pouco perdido, as coisas não estavam muito claras, e só uns dois anos depois é que a coisa começou a engrenar com a vinda do estudo de tese da UFSC¹ (Celidônia).

Os depoimentos dos participantes referem que além da participação externa (pesquisa da UFSC), a Escola de Formação em Saúde (EFOS) foi uma grande incentivadora para a estruturação da CIES na Grande Florianópolis. Pois, essa instituição aceitou a proposta de se responsabilizar pela articulação da comissão, trazendo a nova portaria e realizando debates dentro das reuniões da própria CIES e também da CIR sobre os seus benefícios. Ocorria no momento das reuniões um estudo da nova portaria, sendo este movimento fundamental para os próximos passos dados por esses protagonistas.

[...] incentivados pela pesquisa de tese, nós começamos a estudar em um momento da reunião [...] Foi através de grupo de estudos que a gente foi desenvolvendo e quando participava da CIES Estadual de Santa Catarina conseguia ver o quanto evoluímos. Quando a gente faz um comparativo [...] com outras CIES [...] a gente vê o quanto evoluiu. Contudo, uma coisa que ainda dificulta bastante são as mudanças de gestão (Anis-estrelado).

Esses resultados corroboram com o estudo de Daniel, Sandri e Grillo (2014) ao afirmar que o processo pedagógico na educação permanente estimula uma ação reflexiva, visando à construção de conhecimentos e estimulando os participantes a se tornarem mais ativos nas transformações sociais, sendo este processo necessário e frutífero também dentro da CIES.

¹ FERRAZ, Fabiane. **Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino-serviço**: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Paulo Freire. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 421 p.

Na Região da Grande Florianópolis, com o estudo da portaria da PNEPS, em 2009, começou a ser estruturado o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), essencial para a CIES conseguir se estruturar, definindo melhor as ações que seriam ofertadas de acordo com as necessidades locais, contudo ainda em um formato de cursos.

Os protagonistas entrevistados reportam-se ao afastamento das universidades públicas e privadas nas reuniões a partir da estruturação da CIES. Contudo, problematizam que talvez o motivo do afastamento possa estar relacionado à perda de prioridade em desenvolver o “seu projeto”, considerando que muitas vezes os projetos apresentados nos antigos Pólos, não estavam relacionados às necessidades dos municípios, mas sim ao interesse específico de professores ou de um grupo de uma instituição de ensino.

[...] não houve interesse (das universidades) até porque quando foi montado o PAREPS a partir das necessidades dos municípios, dos indicadores, houve uma saída dessas entidades, porque viram que perderam a sua prioridade em desenvolver o seu projeto (Celidônia).

Apesar do afastamento das instituições de ensino, a CIES permaneceu encaminhando ofícios convidando-os para integrarem a comissão, contudo foi apontado pelos representantes das instituições de ensino, a dificuldade das pessoas visualizarem o seu papel na CIES e a importância do ensino estar integrando o quadrilátero. Destaca-se que a ausência das Instituições de Ensino na CIES também pode ter refletido negativamente na discussão da reforma curricular de cursos na área da saúde, pois entendemos que este necessita se voltar para as necessidades de saúde da população, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Os convites frequentes acabaram por aproximar duas instituições de ensino superior da Grande Florianópolis. Esse fato mobilizou os membros da CIES a solicitar alteração no regimento interno, permitindo se abrir vagas de titular e suplente para as IES, visto que de costume uma vaga pertence à Escola de Saúde Pública de SC. Mesmo com a participação de duas IES, os depoimentos expressam um pesar por não haver a participação ativa da Universidade Federal de Santa Catarina na CIES, visto que a mesma era muito assídua na época do Pólo de EPS.

[...] hoje a gente tem universidades que participam, mas não conseguimos ter a UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), o que seria interessante. Ela tem experiência dentro do serviço, também por conta do trabalho em parceria com

a SMS de Florianópolis, mas eu acho que a gente já está conseguindo ter um olhar mais amplo, mais abrangente dos dois mundos (trabalho e ensino) e gente consegue ir dentro da educação e do serviço e nos aproximar da real necessidade de cada município (Arnica).

Não obstante, dos contratempos na participação das Instituições de Ensino a partir da transição de Pólo para CIES, foi a partir da estruturação da CIES que ocorreu uma maior participação dos gestores em saúde. Os participantes expressaram que a CIR tem cadeira como membro da CIES, bem como de 2009 a 2012, a CIES tinha pauta continua nas reuniões da CIR Grande Florianópolis, o que de certa forma resultou no reconhecimento dos gestores sobre as ações de EPS propostas e realizadas na região, repercutindo no fortalecimento do quadrilátero da formação em saúde. Neste sentido, a CIES da Grande Florianópolis manteve no período de realização do presente estudo os quatros segmentos do quadrilátero, buscando ampliar e efetivar a representação de todos os interessados na PNEPS.

No regimento interno é o gestor de saúde que realiza a indicação do representante dos trabalhadores do seu município ou instituição para ocupar um assento na CIES. Conforme o grau de conhecimento e comprometimento do gestor e de seu indicado com a PNEPS, a sua atuação pode ser melhor representada ou ocorrer de modo superficial.

[...] muitas vezes você tem um gestor que conhece a questão da política, que conhece o SUS, aí você já tem mais chance de ter uma representação de melhor qualidade, se você tem um gestor que desconhece muitas vezes o que é aquilo (a política), aquela comissão, ou ele às vezes não indica ninguém, ou ele indica uma pessoal simplesmente por indicar e aí às vezes isso acontece em vários conselhos que a gente participa, quer dizer as pessoas vão sem querer ir (Arnica).

Foi identificado, pelos participantes da pesquisa, o papel da CIR na formação da CIES, sendo que no processo de transição (2007/2008) ficou definido pela CIR Grande Florianópolis que a CIES seria composta de um modo bem “enxuto”. Os gestores da época concebiam que desse modo seria mais fácil fazer as “coisas acontecerem” na CIES. O regimento interno que rege o funcionamento da CIES foi estruturado e aprovado pela CIR, sendo que esse detalhava o número de participantes de cada segmento, o local das reuniões, forma de participação e possível desvinculação de algum membro, logo, foi aprovado um regimento com um número bem limitado de participantes e a CIES iniciou suas atividades com esses representantes em 2008.

[...] as decisões começaram a passar pela CIR, essa definição da composição e formação da CIES dependia muito de cada CIR que trabalhou com a questão de representatividade. Por exemplo, tinha um representante dos hospitais, representantes das instituições de ensino e seu suplente, apenas quatro representantes dos municípios, entre os 22 da região. Então foi muito por representatividade. Ai eles decidiam entre eles quem iria representar as universidades, quem iria representar os hospitais, entre outros (Calêndula).

A partir dos movimentos de estudos implantados em um momento específico das reuniões da CIES, ao final de 2009, o item do regimento que limitava o número de participantes da CIES começou a ser questionado. A fim de conseguir negociar com os membros da CIR, a articuladora da CIES, apresentou ao longo de 2010 alterações necessárias na composição da CIES como, por exemplo, não limitar o número de participantes dos municípios e das IES, entre outros itens, sendo que a CIR foi aprovando tais mudanças de regimento.

Esse movimento de mudança, expressa a importância do espaço da CIES ser orgânico. Por vezes, essa compreensão transcende a lógica do quadrilátero da formação para composição desse espaço, o que nos aproxima a pensar a partir da metáfora do “prisma”, proposta por Vendrusculo, Prado e Kleba (2016), a qual expressa que nesses espaços, há uma grande diversidade de participações, sendo que tais podem formar um prisma, pois esse ao refletir os raios luminosos, traduz a complexidade, a riqueza e a potência de tais processos.

O representante da CIR na CIES referiu que uma mudança que ocorreu no regimento interno da CIR acabou por se tornar um problema. O participante referiu que em 2011-2012 o regimento da CIR sofreu modificações, sendo que se perdeu o cronograma prévio de reuniões, foi modificada a forma de votação dos projetos, pois não era mais necessária a maioria absoluta dos votos da CIR para aprovar ou reprovar um projeto, entre os quais os de EPS, o que acabou por descontentar alguns membros da CIES. Tal mudança, em sua opinião, prejudicou a análise dos(as) projetos/propostas apresentados(as) pela CIES à CIR.

[...] era um regimento bem elaborado [da CIR], acho que a gente não deixou de contemplar nada, ali constava os membros, a forma de participação, se ele era assíduo, forma de votação. O novo regimento eu não aprovei, mas por maioria dos votos foi alterado a votação em colegiado, por exemplo, o nosso primeiro regimento exige que qualquer situação no colegiado

[CIR] fosse aprovado com 50% mais 1 (um), e posteriormente, alteraram isso para qualquer número. Eu achei que ficou uma coisa muito banal, então esse processo eu não aprovei, porque se eu tivesse uma reunião com dois secretários eles aprovariam o que eles quisessem dessa alteração (Beladona).

Apesar de o quadrilátero ter se fortalecido com a criação da CIES, ainda se percebe a fragilidade política na sua consolidação, pois,

[...] cada vez que muda todos os gestores, nós temos que chamar novamente os participantes e ver se esses continuam e se os prefeitos, e se os secretários vão manter aquelas pessoas ou vão indicar novas pessoas e aí cada vez que chega novos participantes começa novamente um fator de educação ali para saber o que é a comissão, qual a função dessa comissão, o que é EPS [...] sempre que surge atores novos a gente tem que fazer essa volta para estar resgatando, para que as pessoas se interessem cada vez mais e se comprometam com a nossa causa (Anis-estrelado).

[...] pessoal é batalhador, tenta organizar, fazer a coisa acontecer, só que tem o problema de liberação de gestores, os gestores não liberam como tem que liberar, não acompanha, por desconhecimento, por falta de pessoas para trabalhar na ponta, tem gestor que não sabe que existe CIES (Arruda).

Os participantes relatam que com a transição do Pólo para CIES o que teve continuidade foi a apresentação de projetos de educação permanente e continuada, contudo, na CIES há uma inserção mais real da necessidade local dos serviços de saúde, pois os membros da comissão participam da elaboração, sendo que no formato dos Pólos, muitos projetos eram simplesmente apresentados aos membros, a fim de que aprovassem ou não.

[...] a única coisa que manteve da parte que eu tive de contato é exatamente a apresentação dos projetos, todos os projetos continuam passando pela CIES para serem planejados, orçados, discutidos e quando se chegou a um consenso vai para o colegiado de gestores/de secretários para a aprovação final (Beladona).

Segundo os participantes, entre os avanços obtidos na CIES Grande Florianópolis estão a maior visibilidade e entendimento de educação permanente em saúde e educação continuada por outros profissionais da saúde que não estavam diretamente ligados à comissão, mas que realizam cursos em seus espaços de trabalho. Assim como, a consolidação de uma coordenação da CIES, principalmente em relação a forma como essa conduzia o

processo de modo democrático e organizado, conseguindo estruturar melhor as ações a serem realizadas.

Apesar das dificuldades iniciais para estruturação da CIES como as mudanças de alguns membros por motivos diversos e algumas resistências encontradas no processo, os protagonistas da CIES reconhecem os avanços que tiveram no período de 2009-2012. Esses avanços foram possíveis porque os membros compreenderam a importância e relevância do trabalho realizado, como apresentado nas falas a seguir.

[...] é uma CIES bem estruturada, que participa ativamente [...] várias capacitações já foram realizadas, varias ações de EP, algumas serviram até de base para que a gente replicasse no Estado como foi à formação dos núcleos municipais de EPS, como foi trabalhar com os planos municipais essa articulação com a EPS onde eles fizeram oficinas para os gestores e a gente então aplicou para o estado inteiro (Calêndula).

Outro ponto que merece destaque, porém se configura como uma fragilidade está relacionada à representação de cada segmento, em que um membro, por vezes, acaba representando duplamente qualquer um dos vértices do quadrilátero. Os membros da CIES estão conscientes da necessidade de fazer uma busca ativa dos segmentos que ainda não tem representatividade real, como, por exemplo, usuários representando o controle social, sendo um entrave para a consolidação democrática das CIES.

As falas abaixo expõem a problemática do que deveria ser a participação do controle social e as fortalezas obtidas nos últimos anos.

[...] a gente discute muito a participação do controle social que é uma dificuldade bem notória em todos os sentidos, quando tinha alguns eventos, cursos, a gente se encarregava cada município de trazer alguém do controle social para que eles também entendessem o papel a importância deles (Beladona).

[...] na verdade eu represento os profissionais no controle social, mas eu não queria perder essa oportunidade de estar na CIES. Eu deveria estar como segmento dos trabalhadores, mas como o nosso regimento ainda limita o número de municípios, eu consegui estar pelo controle social [...] já discutimos que efetivamente o controle social não está presente dentro da CIES do ponto de vista como usuário do SUS. Estou ciente que deveria trazer o olhar do usuário, mas como sou profissional, mesmo que represento o controle social, acabo apresentando ideias

dos profissionais [...] Da parte de trabalhadores do SUS deveria ter um envolvimento maior das pessoas e representatividade de vários profissionais, porque os temas que surgem não são somente da enfermagem, da odontologia [...] deveria realmente ter uma participação efetiva e o comprometimento desses profissionais na ajuda da elaboração desses projetos (Celidônia).

Há o reconhecimento da CIES como uma ferramenta importante para o desenvolvimento do SUS, embora seja um processo constante de sensibilização dos gestores sobre a relevância de ações de EPS. Um dos entrevistados compara o desenvolvimento da CIES ao de uma criança, sendo que este processo precisa continuar, transpor suas barreiras, para que de fato atinja a imagem-objetivo preconizada na PNEPS.

[...] o Estado de Santa Catarina sempre teve muito destaque perante o Ministério da Saúde como um estado que consegue utilizar os recursos, consegue discutir a política. Acho que o que influenciou isso foi termos uma CIES Estadual efetiva que se reúne mensalmente para esta troca de experiências, ou seja, o que às vezes é dificuldade em uma região, outra já conseguiu resolver e pode passar dicas; isso tem sido um grande ganho das nossas reuniões da CIES Estadual (Calêndula).

[...]A gente tem que ter a sensibilidade dos grandes gestores para que isso realmente possa vir a acontecer e a melhorarmos realmente os processos de trabalho” (Celidônia).

A partir das falas, ficou expresso que apesar do sentimento de frustração e confusão inicial provocado pela Portaria GM/MS n. 1.996 de 2007, a CIES foi gradativamente sendo estruturada, sendo que fez alusão a mobilização gerada pelo processo reflexivo produzido por um projeto de tese de doutorado no ano de 2009. Essas mudanças ocorreram, com a realização de rodas de estudo da nova portaria e sobre EPS, procurando fazer o levantamento das reais necessidades de saúde locais, buscando uma maior participação dos segmentos que compõem o quadrilátero da formação em saúde.

Ações de educação permanente em saúde realizadas pela comissão de integração ensino-serviço (2007-2012)

Como já referido, a CIES da Grande Florianópolis necessitou três anos (2008-2010) para conseguir entender e estruturar a execução da

nova política prevista pela Portaria GM/MS n. 1.996/2007. Durante este período foram realizados grupos para estudar e compreender a nova portaria, foi realizado um levantamento das necessidades de formação, entender a diferença entre educação continuada e educação permanente em saúde, para assim dar início as ações de EPS demandadas pelos 22 municípios pertencentes a referida CIES. Segundo uma das representações da CIES,

[...] passados os primeiros anos a gente começou a sentar e estudar de que forma nós organizaríamos essas ações de educação permanente para não realizar educação continuada, quem seriam esses atores que participariam e a gente começou entender um pouco essas formações, mas ainda tem muita coisa a se avançar, participamos de algumas oficinas de educação permanente que a CIES Estadual e a DEP proporcionaram. Então houve um crescimento muito grande nesses anos no que diz respeito a esse processo de educação permanente (Celidônia).

O PAREPS é um documento previsto pela Portaria GM/MS n. 1.996/2007 que serve para definir as ações de EPS. Teoricamente é construído coletivamente pela CIR com apoio da CIES a partir de um processo de planejamento das ações de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço, a partir dos pressupostos da PNEPS (BRASIL, 2009).

Na elaboração do PAREPS 2010-2011, a CIES da Grande Florianópolis assumiu a proposta de regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades desse sistema. A construção ocorreu com apoio dos técnicos municipais, da EFOS e Escola de Saúde Pública (ESP), por meio da análise das necessidades de capacitação advindas de discussões realizadas nas reuniões da CIR da Grande Florianópolis e qualificação profissional advindas das solicitações encaminhadas pelos municípios. Cabe destacar que a CIES Estadual manteve seu papel de orientador em todo o período de elaboração do PAREPS.

O PAREPS é feito dentro das necessidades do município. São levantadas nos municípios as necessidades, depois é priorizado e visto o que vai ser feito. É um trabalho bem longo e árduo. E mesmo assim quando a gente tem que completar o plano, chamamos os municípios novamente para ver se realmente aquilo que a gente tinha levantando de prioridade continuava sendo uma prioridade. Em seguida encaminhávamos (as prioridades) para as Comis-

sões Intergestores Regionais (CIR) e após aprovado e era encaminhado para o Estado (Anis-estrelado).

[...] o PAREPS foi feito dentro das próprias reuniões da CIES com todo o grupo, e não por um grupo de trabalho [...] foi discutido amplamente e visto segundo as demandas e necessidades dos municípios [...]. Nós fizemos o PAREPS, à gente fez um plano de ação, porém, infelizmente, mesmo a gente tendo esse discurso da EP [...] faz tudo ainda muito pontual e muito fora do serviço. [...] por nos darmos conta disso, agora estamos com essa preocupação nesse novo PAREPS é voltá-lo para os municípios, levar realmente o curso para dentro dos municípios, dentro dos serviços, fazer uma coisa mais coerente com aquilo que estamos a anos falando (Arnica).

O PAREPS da CIES Grande Florianópolis (2010-2011) foi estruturado a partir de cinco problemas que remetem a necessidade de ações de educação permanente em saúde. Os problemas definidos pela CIR foram: Sistemas de Informação em Saúde; Gestão de Saúde Pública; Humanização e Acolhimento; Saúde Bucal; e Saúde Mental. Para composição do PAREPS inicialmente foram definidos os problemas. Na sequência, foi exposto os seguintes itens para serem preenchidos: causa, proposta, objetivo, público alvo, carga horária, estratégia metodológica, recursos, custo estimado, meta, prazo, periodicidade e resultados esperados (PAREPS CIES 2010-2011).

Segundo uma das representações da CIES Grande Florianópolis,

[...] fazia-se uma lista geral de necessidades prioritárias, posteriormente apontávamos o que era mais necessário ou menos necessário, levando em consideração as peculiaridades dos municípios pequenos e dos municípios grandes, a gente começava a pontuar dessa forma, aí fazia o exemplo da proposta de um curso, de uma oficina, de uma roda de conversa, tudo isso era pontuado e depois avaliado o que era necessário e como ia se fazer para que todos tivessem acesso, custo, o deslocamento das pessoas para participar, tudo isso a gente previa na própria elaboração do plano (Beladona).

Analisando as atas, as entrevistas com os participantes e os documentos como o relatório da CIES Grande Florianópolis – “Capacitações realizadas com recursos advindos do Ministério da Saúde/Educação Permanente em Saúde”, concluímos que foram realizadas cinco ações entre os anos de 2011 a 2012, conforme quadro 2.

Quadro 2. Ações de EPS e número de participantes.

Ações	Nº de participantes	Perfil dos profissionais participantes
Curso de Sistemas de Informação em Saúde	117	Profissionais das 22 Secretarias Municipais de Saúde que atuam na área.
Curso de Sensibilização em Saúde Mental	81	Profissionais da Equipe de Saúde da Família, NASF, psicólogos, assistentes sociais, SAMU, CAPS, Instituto de Psiquiatria de SC e Hospitais do SUS e profissionais da educação.
Curso sobre o Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Humanização	441	Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores das Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Policlínicas, Conselhos Municipais de Saúde e demais profissionais dos 22 municípios da Grande Florianópolis.
Oficina de Educação Permanente em Saúde da Grande Florianópolis Temas principais: - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. - A Importância da Implantação dos Núcleos Municipais de EPS.	83	Secretários Municipais de Saúde e Técnicos dos 22 municípios da Grande Florianópolis.
II Oficina de Educação Permanente em Saúde da Grande Florianópolis Temas principais: Temas principais: - Troca de Experiências entre Municípios sobre a Implantação dos Núcleos Municipais de EPS. - Importância da Educação Permanente em Saúde no PMAQ e nos Planos Municipais de Saúde.	70	Secretários Municipais de Saúde e Técnicos dos 22 municípios da Grande Florianópolis.

Fonte: Relatório da CIES da Grande Florianópolis - Capacitações realizadas com recursos advindos do Ministério da Saúde/Educação Permanente em Saúde, 2013.

Os membros da CIES Grande Florianópolis elaboraram, mas não conseguiram apresentar e aprovar na reunião da CIR o PAREPS 2012-2013. Devido a isso, continuaram fazendo as ações previstas e não realizadas do PAREPS anterior (2010-2011). Conforme expresso no depoimento a seguir,

[...] o PAREPS a gente faz de dois em dois anos, tinha 2010/2011. Em 2012 foi um ano que não conseguimos apresentar o PAREPS na CIR, porque teve todo o momento, contexto político, a gente pedia pauta e nunca dava tempo, e acabamos não apresentando. Em 2012 não teve, aí nós então mudamos, nós então alteramos a data e o colegiado aprovou e agora vai ter o 2013/2014. Em 2012 trabalhamos com demandas que tínhamos do PAREPS anterior (Anis-estrelado).

Por fim, destaca-se que a CIES Grande Florianópolis desenvolveu projetos de educação permanente em saúde após a mudança da portaria, ora com um enfoque na educação continuada, ora a partir dos pressupostos da EPS, as oficinas de EPS com criação dos Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde (NMEPS), foi onde se percebeu uma maior mudança e visibilidades nos conceitos e práticas de EPS. O movimento realizado para a criação destes núcleos ocasionou uma experiência valiosa para os membros da CIES, cada um dos 22 municípios foi visitado relatando aos gestores de saúde e profissionais envolvidos a importância de se ter um espaço municipal que se preocupasse de forma mais intensa com as questões de EPS dentro da sua especificidade. Foi colocado à disposição dos municípios todo o aporte teórico e regimental necessário para esta implantação.

Considerações finais

Apesar de a história ser registrada de forma linear, a formação e consolidação da EPS na Região Grande Florianópolis está em processo de consolidação, permeada por avanços e desafios que, ora impulsionam a consolidação do SUS, ora tem retrocessos. Isso ocorre porque, conforme expressa Ceccim (2010), a EPS é um construtivismo militante, considerando que em situações reais não encontramos visões iguais, interesses iguais, ao contrário, encontramos a disputa entre modelo hegemônico e as disrupturas de hegemonias.

O desafio da EPS foi assumido pelos atores que compõem o quadrilátero da CIES Grande Florianópolis, que em alguns momentos não caminhou na velocidade do seu desejo em virtude de disputas de poder e limitação de conhecimento, contudo no período da coleta de dados para essa pesquisa, continuava na busca constante da problematização, visando mudanças nas ações da gestão, atenção e participação em saúde.

Concluimos que no período de 2007 a 2012 a CIES Grande Flo-

rianópolis contribuiu de forma gradativa, para mudanças no processo de trabalho em saúde nos municípios pertencentes a esta região, com o desenvolvimento dos cursos propostos, mesmo cientes de que os mesmos algumas vezes estavam organizados em um formato de educação continuada, porém, se buscava mobilizar metodologias que os aproximasse da proposta de EPS.

Em relação a composição da CIES, constatamos que nos primeiros anos da comissão, efetivamente não houve a participação dos diferentes atores do quadrilátero, pois o controle social era representado pelo segmento profissional, o qual na CIES acabava por não levar os interesses do controle social para esse espaço. Logo, oficialmente havia representação de todos os segmentos, contudo de fato isso não ocorria. Essa limitação foi rompida, a partir do momento que a CIR aceitou alterar o regimento da CIES permitindo todos os municípios terem representação dos serviços na comissão, contudo, isso gerou o desafio de efetivamente trazer os atores do controle social que representam os usuários para participar da comissão.

É perceptível que no período estudado, a CIES da Grande Florianópolis conseguiu estabelecer e fomentar o sentido e a importância da EPS nos municípios de sua abrangência, mesmo com grandes desafios vivenciados, os atores sociais que estiveram envolvidos neste processo foram incansáveis em manter a PNEPS ativa, promovendo assim o aprimoramento dos processos de trabalho.

Como sugestão, essa pesquisa aponta a necessidade de intensificar os registros das ações realizadas pela CIES, com maior detalhamento em atas e com um processo de avaliação dos cursos ofertados, para que o trabalho realizado possa, além de ficar registrado, ser analisado com maior aprofundamento e clareza, pois em alguns momentos isso foi uma limitação para o estudo.

Referências

AMESTOY, S.C. *et al.* Educação Permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 1, p. 83-88. 2012. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PvNTuixTq1EJ:ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/4910/3213+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 14 abr. 2018.

BASÍLIO, A.C; FERRO, M.A.B. Enfermeiras piauienses que contribuíram para a enfermagem brasileira: história e memória de experiências profissionais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 67-85. 2012. Disponíveis em: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/75>. Acesso em: 14 de abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

.....Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, 2005.

..... Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. [documento internet] 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em: 01 set. 2017.

..... **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-168, 2005.

CECCIM, R.B. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde” leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (Orgs.). **Construção social da demanda**. Direito à saúde, Trabalho em equipe, Participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2010. p.163-182.

CECCIM, R.B. FEUERWERKER Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65. 2004.

CELEDÔNIO, R.M. *et al.* Refletir sobre o papel individual e coletivo de cada um na sua realidade profissional, e, assim, superar dificuldades

e promover melhores condições de trabalho e de vida. **Rev Rene**, Rio de Janeiro, v.13, n. 5, p.1100-10. 2012.

DANIEL, H.B; SANDRI, J.V.A; GRILLO, L.P. Implantação de política de educação permanente em saúde no Rio Grande do Sul. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 541-62, set./dez. 2014.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino-serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Paulo Freire**. 2011.421f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

PIRES, D. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v.62, n.5, p.739-44, set-out, 2009.

SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009. 232f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Franca, Franca, 2009.

SILVA, M.E.O.; PEREIRA S.A. **Educação permanente em saúde - concepções e perspectivas**. In: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de, HORTA, Natália de Cássia (Orgs.). *Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 101-13.

VENDRUSCOLO, C; PRADO, M.L; KLEBA, M.E. Reorientação do ensino no SUS: para além do quadrilátero, o Prisma da educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, p.246-260, Set./Dez. 2016.

VIANA, A.L.D. **Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde**. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva (USP); abr 2008. 255 p. Relatório Final.



IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO LITORAL CATARINENSE

*Juliana Vieira de Araujo Sandri
Rosângela Aparecida Borba
Gabriela Levten de Almeida
Maria Alice Siqueira de Oliveira da Silva*

Introduzindo a temática

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS). Um dos princípios da SGTES como política de educação para o SUS é integrar o ensino com o trabalho em saúde para motivar e propor mudanças na formação técnica, graduação e pós-graduação e promover um processo de educação permanente dos trabalhadores do SUS, a partir das necessidades de saúde da população, em consequência da responsabilização dos serviços de saúde com a municipalização (BRASIL, 2008).

De acordo com Campos *et al.* (2006, p. 43), a educação permanente em Saúde (EPS), tal como concebida pelos gestores do Ministério da Saúde, “utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, que vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como desafio a qualificação da atenção básica em saúde para o exercício da coordenação do cuidado e para a organização da atenção especializada de modo integrado, intercomunicantes, com o intuito de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a atenção básica fornecendo aos usuários a resolutividade para as suas necessidades. A atenção básica de saúde configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. Logo, é importante que haja adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Todavia, encontramos nos processos de

trabalho uma concepção biologicista da saúde e doença, pautadas em práticas curativistas, fragmentárias, de baixa resolutividade, incapaz de diminuir as desigualdades sanitárias.

A Universidade do Vale do Itajaí (Univali) é parceira do Ministério da Saúde com relação à qualificação e formação dos profissionais da Saúde desde 1998, através do 3º Núcleo de Capacitação e Estudos para Programa Saúde da Família na área de Comissões Intergestoras Regional cunscrição da 17ª, 25ª e 26ª Gerências Regionais de Saúde (GRS) (Itajaí, Canoinhas e Mafra), depois com os Polos Regionais de Educação Permanente (Portaria 198 GM/MS), e, atualmente, com a Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES) (Portaria 1996 GM/MS/2007), na abrangência da 17ª GRS, nas duas últimas Portarias, congregando os 11 municípios, quais sejam: Itajaí, Balneário Camboriú, Penha, Ilhota, Luis Alves, Piçarras, Camboriú, Navegantes, Porto Belo, Itapema e Bombinhas.

Em 2010 fomos contemplados no edital da FAPESC na Chamada Pública 003/2010, Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde - PPSUS - MS/CNPq/FAPESC/SES, com a pesquisa intitulada: Educação Permanente em Saúde: Análise da implantação e implementação da Política de Educação Permanente no Estado de Santa Catarina e seu impacto nas práticas e processos de trabalho. Todavia, a pesquisa supracitada está sendo desmembrada em outras pesquisas. Portanto, esta proposta compreende um destes desmembramentos.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na conjuntura da Portaria GM/MS 1996/2007, no período da execução da pesquisa era recente. Sendo assim, foi mister que ocorresse a sua análise de forma a identificar os seus avanços e retrocessos para que em tempo possa ser reformulada a sua operacionalidade no Estado de Santa Catarina. Embora tenha-se passado uma década de sua implantação, os resultados da pesquisa apontados na época continuam atuais em muitos pontos e, em outros, houve avanços e retrocessos.

Esta proposta faz parte do programa de pesquisa do Grupo de Pesquisa ARGOS - Educação na Saúde e Gestão do Trabalho vinculada ao Mestrado profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, o qual tem como preocupações centrais a educação em Saúde, incluindo a formação e qualificação profissional, a gestão do trabalho em Saúde e as tecnologias de promoção da saúde.

Este estudo tem como objetivos: analisar a implantação e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na região do litoral de Estado de Santa Catarina, conforme diretrizes apontadas na Portaria GM/MS 1996/2007; averiguar a formação, configuração e funcionamento (operacionalização) das comissões intergestoras regionais e das comissões permanentes de integração ensino e serviço no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; observar se segue o plano de ação estadual de educação permanente, bem como o seu respaldo no Pacto pela Saúde e o impacto da educação permanente nas práticas e processo de trabalho dos profissionais da Saúde.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo transversal, referente à Política de Educação Permanente em Saúde, no contexto do litoral do Estado de Santa Catarina, por meio das seis comissão permanente de integração ensino e serviço das quatro macrorregiões de saúde: 1) Macrorregião SUL: comissão permanente de integração ensino e serviço da Região Extremo Sul Catarinense (Araranguá); comissão permanente de integração ensino e serviço da Região de Laguna (Tubarão) e comissão permanente de integração ensino e serviço da Região Carbonífera (Criciúma). 2) Macrorregião NORDESTE: comissão permanente de integração ensino e serviço da Região da AMVALI/AMUNESC (Joinville/ Jaraguá do Sul). 3) Macrorregião Vale do Itajaí: comissão permanente de integração ensino e serviço da Foz do Rio Itajaí-Açu (Itajaí). 4) Macrorregião da Grande Florianópolis: comissão permanente de integração ensino e serviço da Grande Florianópolis (Florianópolis). E, das comissões intergestoras regionais da abrangência de cada uma das seis comissões permanentes de integração ensino e serviço. Porém, para fazer parte do estudo, foi sorteada uma comissão permanente de integração ensino e serviço de cada uma das 4 macrorregiões de saúde do litoral Catarinense e ao sortear a comissão permanente de integração ensino e serviço, conseqüentemente, foram incluídos as comissões intergestoras regionais.

Desse modo, os participantes foram os articuladores das comissões permanentes de integração ensino e serviço e representantes dos profissionais da Saúde (duas pessoas para cada comissão permanente de integração ensino e serviço); para as comissões intergestoras regionais, contamos com um representante indicado pela própria Comissão e que tenha participação na comissão permanente de integra-

ção ensino e serviço. Todavia, obtivemos o aceite de participação na pesquisa de três articuladores da comissão permanente de integração ensino e serviço; cinco representantes dos profissionais e dois das comissões Intergestores regionais, portanto, totalizaram-se dez entrevistas das dezesseis previstas, correspondendo a 62,5% dos presumidos.

Não obtivemos 100% dos participantes por motivos diversos, tais como: não aceitaram participar; aceitaram inicialmente, mas não enviaram as entrevistas (online) e; outros já não estavam mais atuando na educação permanente. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificados com a letra P (de Participante) com o número sequencial referente à temporalidade da realização da entrevista. Por exemplo, P1, P2, P3 e assim sucessivamente, garantindo seu anonimato.

Os dados foram obtidos no período de novembro de 2011 a maio de 2012. As entrevistas foram organizadas em duas etapas: 1) caracterização dos sujeitos; 2) a Política de Educação Permanente em Saúde. Algumas foram gravadas e transcritas para posterior apreciação. Outras foram encaminhadas via internet (online). As respostas foram analisadas, utilizando-se a Técnica de Análise Temática (MINAYO, 2007). Após a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com a sua interpretação, identificaram-se três categorias, quais sejam: 1) A Política de Educação Permanente e sua finalidade; 2) A Política de Educação Permanente e sua operacionalidade; 3) A Política de Educação Permanente em Saúde, suas fortalezas e fragilidades no impacto das ações.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí, obtendo a aprovação com o parecer de n.366/09 de 6 de novembro de 2009, com o título: Análise da Implantação e Implementação da Política de Educação Permanente no Estado de Santa Catarina e seu Impacto nas Práticas e Processos de Trabalho.

Resultados

Dos 10 participantes da região do litoral do Estado de Santa Catarina a maioria são do sexo feminino 9 (90%); idade entre 32 e 51 anos 8 (80%); superior completo com tempo de formação de 09 a 30 anos 8 (80%), sendo que 4 (40%) são enfermeiros, 1 (10%) são bacharéis em direito, nutrição e biologia e; 2 (20%) em administração; 6 (60%) tem especialização, mas não especificam qual área; apenas

um 1 (10%) dos respondentes informou ter ensino superior incompleto; 6 (60%) atuam na gestão, 3 (30%) na assistência e 1 (10%) no ensino; 6 (60%) informam que o tempo de trabalho na instituição é de 03 a 24 anos; todos participam da comissão permanente de integração ensino e serviço regional, sendo que 3 (30%) são articuladores da comissão permanente de integração ensino e serviço, 2 (20%) representam as comissões intergestoras regionais e 5 (50%) são representantes dos profissionais de saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde necessita ser vista como um processo contínuo de envolvimento entre a gestão, serviços, controle social e ensino, de modo a enfrentar os desafios do SUS no cotidiano do trabalho. Ela é definida como um dispositivo que busca patrocinar transformações nas práticas do trabalho em Saúde, na articulação com o sistema de saúde e as instituições formadoras, na identificação de problemas habituais, para a formulação de processos educativos que respondam à realidade e às necessidades do SUS.

Diante dessa perspectiva, busca-se saber o que os atores envolvidos neste processo entendem sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e como visualizam a sua operacionalidade na área de abrangência das comissões intergestoras regionais e comissão permanente de integração ensino e serviço, suas fortalezas e fragilidades diante do impacto das ações regionais desenvolvidas em educação permanente, conforme as categorias temáticas a seguir.

I Categoria temática: A Política de Educação Permanente e sua finalidade

Com relação à percepção dos atores a respeito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, verifica-se que consideram importantes e necessárias porque contribuem com o processo de trabalho no SUS, melhorando a prática dos profissionais, transformando e qualificando a atenção à saúde, tendo em vista que é por meio das ações de educação permanente que se torna possível melhorar a formação, porque coloca o sujeito no centro da aprendizagem, possibilitando a contextualização do seu processo de trabalho.

Política importante [...] base para educação no trabalho (P1). Vem para contribuir com processos de trabalho do SUS. Válida e necessária (P2). Parte integrante do processo de trabalho das equipes de saúde [...].

Visa recompor o processo de formação dos profissionais (P4). Auxilia nas melhoras das práticas profissionais (P6). Ajuda os profissionais a entender o SUS (P8). Coloca o sujeito no meio do processo ensino aprendizagem (P9). Transforma e qualifica a atenção à saúde (P10).

Outro ponto observado é que a referida Política Nacional de Educação Permanente em Saúde está de acordo com o que preconiza a Constituinte de 1988 e a Lei orgânica de Saúde 8080 (SUS), no sentido de buscar parcerias com outras instituições, proporcionando a intersetorialidade das ações e a reestruturação dos serviços, em conformidade com os determinantes sociais. Contudo, relatam que depende do interesse pessoal dos gestores, embora concordem que ela melhora o atendimento ao usuário do SUS.

Está de acordo com os princípios do SUS e da Constituição Federal (P2). Envolve parcerias e depende do interesse pessoal dos gestores (P3). Visa melhorar o atendimento ao usuário do SUS (P4). Estratégia de reestruturação dos serviços a partir dos determinantes sociais e econômicos (P9).

II Categoria temática: A Política de Educação Permanente e sua operacionalidade

Ao questionar os participantes sobre a formação, configuração e funcionamento das comissões Intergestores regionais e das comissões permanentes de integração ensino e serviço com relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os mesmos fizeram diversas apreciações. Houve quem afirmasse estar baseada nas questões técnicas, que a formação ainda é inadequada, porque faltam alguns componentes para cumprir o que determina a Portaria 1996. Todavia, a configuração proposta está correta.

Formação e configuração muito baseada na questão técnica. “[...] a formação é inadequada, faltam seguimentos para participarem. [...] já a configuração é adequada” (P1). “É necessário abrir mais as representações na comissão permanente de integração ensino e serviço, pelo momento atual de expansão dos trabalhos” (P6). Já P9 relata que a configuração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi planejada para caminhar juntos, portanto, tanto a comissão Intergestores regional quanto a comissão permanente de integração ensino e serviço regional trabalham para uma única causa - a

melhoria da qualidade formativa dos profissionais do SUS seja em nível secundário ou superior em qualquer uma das áreas da saúde. “A configuração foi planejada para que ambos caminhassem juntos” (P9). Na “[...] comissão Intergestores regional e a comissão permanente de integração ensino e serviço trabalham de maneira conjunta” (P6).

Outro ponto comentado quanto à relação dessa política com as diversas instâncias de atuação foi que, no início, os gestores de saúde não aceitavam que as comissões permanentes de integração ensino e serviço participassem das decisões regionais com relação à educação permanente. Contudo, com o passar do tempo, essa rejeição foi minimizando e, nos dias de hoje, já são parceiros neste processo.

As comissões intergestoras regionais não acreditavam muito na atuação da comissão permanente de integração ensino e serviço regional [...]. Tivemos que provar que éramos capazes e hoje já temos credibilidade (P8).

A comissão permanente de integração ensino e serviço está integrada nas reuniões das comissões intergestoras regional (P9). A comissão permanente de integração ensino e serviço do [...] tem participação integral dentro do colegiado e a política recebe muito apoio (P2).

Hoje a relação é favorável em nossa região, a comissão permanente de integração ensino e serviço é uma das comissões permanentes dentro das comissões intergestoras regionais. Todas as demandas de educação permanente das comissões intergestoras regionais passam pela comissão permanente de integração ensino e serviço (P4).

Acredita-se que a dificuldade de aceitação dos gestores municipais de saúde e demais membros das comissões intergestoras regionais ocorreu porque muitos desconheciam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a sua operacionalidade diante das ações de educação permanente desenvolvidas. “Gestor tem desconhecimento dele [se refere ao conhecimento do gestor com os serviços de saúde oferecidos na municipalidade] acerca do serviço” (P1). “Os membros do colegiado não estão familiarizados com a política e pensam como mais um deslocamento para mais um curso” (P2).

Outra situação relatada foi referente à demora da aprovação dos cursos a serem desenvolvidos na região, ocasionada ou por decisão arbitrária das comissões intergestoras regionais ou por acreditarem ser um investimento sem retorno prático aos serviços.

Quando as comissões intergestoras regionais demora em se reunir as deliberações/ aprovações para a comissão permanente de integração ensino e serviço ficam pendentes (P6). Os gestores entendem as capacitações como uma despesa desnecessária [...] não percebem estas capacitações como investimento na melhoria da qualidade dos serviços (P5). Gestores membros das comissões intergestoras regionais da [...] têm se mostrado resistentes quanto à aprovação de projetos (P10).

Contudo, P7 destaca que, na sua região, não há problema na aprovação das ações de educação permanente, porque já existe uma credibilidade entre as partes. A aprovação dos projetos está facilitada pela credibilidade da comissão permanente de integração ensino e serviço com o Colegiado (P7). Acreditam que a adesão das instituições e membros constituídos na comissão permanente de integração ensino e serviço depende do recurso financeiro recebido e dos interesses pessoais dos gestores e profissionais da saúde. Entretanto, apontam que a comissão permanente de integração ensino e serviço tem um importante papel com relação à formação e qualificação dos profissionais do SUS.

A adesão a comissão permanente de integração ensino e serviço ainda é pequena e depende muito do dinheiro (P1). A política depende dos interesses dos profissionais ou do gestor no sistema (P3). A comissão permanente de integração ensino e serviço tem um papel muito importante para a formação e qualificação dos profissionais do SUS (P8).

Por outro lado, há solicitação das comissões intergestoras regionais de mais atividades de qualificação para seus profissionais. Portanto, verifica-se que, embora uns apresentem resistência e rejeição, outros já reconhecem o trabalho realizado. “O colegiado pede mais cursos por perceberem a boa aceitação pelos funcionários e a melhora nos serviços” (P7). “Os cursos que realizamos foram muito bem aceitos por todos e isso ajudou muito” (P8).

III Categoria temática: A Política de Educação Permanente em Saúde, suas fortalezas e fragilidades no impacto das ações

Ao serem questionados quanto à relação entre as ações de educação permanente com a política nacional e estadual, encontraram-se

respostas diferenciadas. Há aqueles que consideram a existência dessa relação e outros não, sendo que atribuem isso a diversas situações.

Boa articulação nas ações desenvolvidas (P2). As ações estão dentro do preconizado pela política (P3). Há pouco relacionamento entre as ações (P5). A demanda regional é o reflexo do Estado e do País (P6). Na elaboração de projeto existe a especificidade regional. [...] mas a viabilidade financeira depende da quantidade de municípios e da liberação de recursos federal (P10). Articulações dependentes dos gestores, inclusive federais (P3).

Houve o comentário que, quando era o Polo, havia mais participação das instituições de ensino superior e que as ações eram mais ágeis. Consideram que a comissão permanente de integração ensino e serviço é frágil, porém relatam que estão aprendendo a trabalhar com essa nova estrutura da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Antigamente era mais consistente, hoje com a comissão permanente de integração ensino e serviço está fragilizado (P2). A proposta da comissão permanente de integração ensino e serviço é nova, ainda estamos aprendendo a trabalhar (P8). Com o Polo de EP havia maior participação das universidades (P4). Movimento, da EP, hoje está mais lento do que deveria (P3).

Uma das coisas que consideram necessário ser aprofundada é a discussão e a reflexão sobre o que corresponde a educação permanente, porque se observa uma incongruência entre o discurso conceitual e a sua prática.

Há muita preocupação com uma capacitação pontual do que com a educação permanente. Falta uma oficina que discuta apenas sobre conceito de educação permanente (P1). Hoje a educação permanente está voltada à capacitação, educação continuada (P4). Falta de conhecimento sobre educação permanente e sobre o SUS (P7 e P8).

Com relação às ações de educação permanente realizadas nas regiões surgiram resultados no processo de trabalho, os respondentes consideram que houve modificação, umas mais tímidas e outras mais evidentes.

A grande rotatividade de profissionais atrasa, e não é possível perceber as mudanças claramente no processo de

trabalho deles (P2).

Houve modificações como mais diálogo, promoção de encontros, efetivações, parcerias, fluxo de trabalho e vínculo com os usuários (P3).

Os cursos proporcionam uma melhora no processo de trabalho, sim (P7).

Houve mudanças positivas de atitudes, pensamentos [...]. O papel da comissão permanente de integração ensino e serviço está na mudança do processo de trabalho, mudança de comportamento, de atitude do ser humano. [...] mas é uma coisa gradativa que temos que fazer aos poucos. Há uma troca de saberes - Ah! Na minha unidade eu faço assim, por que não faz assim (P8)?

Profissionais elogiam ações da comissão permanente de integração ensino e serviço (P9).

Contudo, P5 considera que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é, ainda, incipiente, porque não muda processos de trabalho e não melhora a assistência ao usuário. “Incipiente no tocante a mudança no processo de trabalho no SUS. Pouco contribuinte na melhoria da qualidade de assistência ao usuário” (P5).

Além do processo de trabalho ter melhorado, na percepção de alguns, a população também foi beneficiada, porque está mais participativa e a qualidade dos serviços melhorou.

Tem reflexo na população devido à melhora no processo de trabalho (P2).

Houve reflexo na população, que está mais participativa (P3). Melhoria na qualidade do atendimento que reflete na população (P7).

Houve melhora nos serviços oferecidos para a população porque os profissionais estão mais bem preparados para executá-los. [...] mudar postura e pensamentos é um processo longo. A educação que é ofertada hoje poderá ter reflexo só daqui a 5, 8, 10 anos [...] vamos esperar para ver o que de fato muda. Sou otimista e acredito nesta proposta (P8).

Porém, P5 afirmar o contrário: “Não houve mudanças e nem reflexo na população”. Já P7 destaca que as mudanças acontecem de forma gradativa. Todavia, outros dizem que não podem afirmar se ocorreram modificações, porque não há uma avaliação das ações efetuadas no contexto da educação permanente. “Só será possível saber das mudanças após uma avaliação” (P1). “Não é realizada avaliação para conhecimento de mudanças” (P4). “O reflexo na população ainda

não foi avaliado” (P6). Entretanto P8 destaca que “[...] nos últimos cinco anos nunca se viu tanto falar em formação, a gente está formando gente do Estado inteiro e nas diversas áreas de atuação na saúde [...]”.

A formação comentada se refere aos Cursos em nível médio, os quais são executados pelas Escolas Técnicas do SUS, que em Santa Catarina correspondem a duas escolas: A Escola de Formação em Saúde do Estado de Santa Catarina (EFOS) e a Escola Técnica de Blumenau (ETSUS/BN).

As fragilidades e potencialidades apontadas com relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foram basicamente as mesmas, havendo, portanto, uma similaridade nas respostas emitidas. Como frágeis, foi destacada que não há adesão no processo e poucos assumem; a mudança frequente de gestão nas diversas esferas públicas constitui um entrave na condução da política. “Não adesões de algumas pessoas que não assumem seu papel dentro do SUS” (P1). “Mudanças de gestor e política, mudança de governo. [...] fazem com que se comece do zero” (P2). “Interrupções por troca de gestores e Ministérios” (P3).

Além dessas fragilidades relacionadas à alternância de governo e gestão, outras mais foram relatadas e que certamente seriam possíveis de amenizar se houvesse um encaminhamento alinhado com as condições estadual e regional, visando mais articulação com as instituições envolvidas, tais como as comissões intergestoras regionais e as Instituições do Ensino Superior, no sentido de desburocratizar o processo, viabilizando as ações previstas no Plano Regional de Educação Permanente.

Burocratização do processo (P4).

Falta de continuidade e de relação com a realidade local (P5).

Falta de entendimento da importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o estado, falta de recursos humanos, falta de recursos financeiros, ausência de repasse financeiro por parte do Estado (P6).

Dificuldade de aprovação pelas comissões intergestoras regionais devido custo do projeto, pouca participação do público alvo, falta de ferramenta de avaliação, falta de compromisso de multiplicadores (P10).

Pouco interesse dos gestores e instituições de ensino (P9).

Já os pontos fortes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde estão respaldados na instituição da comissão perma-

nente de integração ensino e serviço estadual, o qual permite a troca de experiências e o direcionamento da política. Outra fortaleza destacada é o financiamento ser contínuo e o comprometimento dos envolvidos neste processo para que as ações aconteçam de modo mais efetivo e eficaz possível.

Presença da comissão permanente de integração ensino e serviço estadual na coordenação e organização da política, pontuando o que é importante (P1).

Formação da comissão permanente de integração ensino e serviço estadual que permite troca de experiências (P4). Investimento financeiro (P5).

Comprometimento dos envolvidos, possibilidade de melhorias no atendimento, repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde (P6).

Construção de conhecimento, capacitação do profissional (P3). Articuladora comprometida, planejamento abrangente e liberal (P10).

Levantamento de necessidades de EP, mobilização das instituições (P9).

Discussão

O SUS possui desafios a serem superados que envolvem demandas específicas de gestão, da assistência e dos processos intersetoriais que mobilizam a administração pública na questão da formação em Saúde. O trabalhador é visto como o principal ator de desenvolvimento do trabalho, porém, muitas vezes, o serviço não o enxerga como um colaborador que necessita estar atualizado e preparado para desenvolver as suas competências com qualidade.

A formação acadêmica não o prepara totalmente para enfrentar as adversidades do cotidiano do trabalho, portanto, é necessário ter dispositivo que venha contribuir para a transformação não só dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, mas também da organização dos serviços.

Para Batista; Goncalves (2011, p.882), “apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas”. Sendo assim, há necessidade de preparar os profissionais de saúde para que se possa fortalecer a atenção à saúde no SUS. A Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde é uma das estratégias possíveis para melhorar a qualificação no trabalho.

A educação permanente em saúde traz no seu contexto a aprendizagem no trabalho, fazendo com que ocorra a transformação do processo de trabalho e, portanto, da própria atenção à saúde da população. Dessa forma, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde busca a “transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde”. Impõem um trabalho intersetorial de articulação interinstitucional com ações e serviços envolvendo a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BATISTA; GONCALVES, 2011, p.886)

Falkenberg *et al.* (2014, p.850) sintetizam a educação permanente em saúde a partir dos pressupostos descritos em Brasil (2009) como: “ações educativas que se embasam na problematização dos processos de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais, tomando como referência as necessidades de saúde da população”. Garcia; Meneguci; Bastos (2015) afirmam que a educação permanente é uma estratégia indispensável para que as mudanças nos cenários de prática possam ocorrer, conferindo aos agentes de transformação competências e habilidades para uma atuação responsável e significativa.

A educação está presente no cotidiano das várias ações de diversas práticas profissionais, seja no plano individual ou no coletivo, constituindo-se um processo em constante construção, que se baseia na interação com o outro. Motta; Buss; Nunes (2001, p.04) relatam que “a ideia de que os processos educacionais são contínuos ou permanentes é tão antiga quanto à própria história do homem”. No entanto, somente no século XX é que foram formalmente organizados programas de educação continuada e, desde então, cresce a necessidade de se instituir esta modalidade de educação. Os termos continuada e permanente conferem especificidade no processo ensino/aprendizagem.

Para Ceccim (2005) a educação permanente em saúde constitui estratégia basilar para a transformação do trabalho no setor das polí-

ticas públicas de saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em saúde, na sua Portaria do GM /MS 1996/2007, define a educação permanente como um conceito “pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (BRASIL, 2009, p. 7)

Saupe; Cutolo; Sandri (2008, p. 449) propõem um conceito ampliado de educação permanente a partir dos resultados da pesquisa que sustenta esta definição:

Direito de cidadania que inclui a produção, incorporação, reelaboração, aplicação e testagem de conhecimentos, habilidades, atitudes e tecnologias, através de um processo multidimensional de perspectivas e prioridades, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais, negociada entre as partes envolvidas no processo de ensino e aprendizagem, desenvolvida a partir de projetos de curta, média longa duração, promovendo a valorização da subjetividade, a cooperação, a solidariedade, a troca, a superação da realidade existente, para construção da realidade almejada e possível. Os espaços de interação desta educação incluem a vida cotidiana, a educação formal e informal, o preparo para o trabalho, a organização e controle social, a cultura e o lazer.

Este conceito ultrapassa a continuidade de estudo após a formação acadêmica ou para o preparo e atualização para atuar no mundo do trabalho, mas adquire uma conotação inclusiva e processual, ou seja, inclusiva, porque prevê a participação de todos os atores (indivíduos, grupos e instituições), e processual, porque investe na continuação de desenvolvimento de projetos articulados entre as instituições. Muito ainda se tem que refletir sobre a definição e finalidade da educação permanente, visto que a elaboração conceitual é integradora, democrática, transformadora, dialética, ética e processual, mas na sua prática pouco se aplica estes princípios básicos, continua-se a realizar ações esporádicas e nem sempre condizentes com a realidade da prática do processo de trabalho na execução das diretrizes e metas do SUS.

Embora poucos saibam o significado da educação permanente, verifica-se que os entrevistados reconhecem a importância dela na mudança do processo de trabalho e, portanto, do próprio paradigma do cuidado na Saúde, o qual não cabe mais estar pautado

no biologicismo e higienismo, mas sim, na produção social da saúde. Saúde é um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção alguma, portanto, corresponde a “um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos.” A saúde deve ser analisada em três dimensões: saúde física, saúde mental e saúde social. (OMS, 2016).

Porém, para que ocorra a mudança do paradigma conceitual de saúde é necessário que os trabalhadores da Saúde e a população em geral modifiquem seu pensamento, deixando de focar os cuidados na doença, mas na promoção da saúde. O processo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é novo para todos. Por conseguinte, é esperado que ocorra discordância de entendimento da sua conceituação e operacionalidade. Porém, cabe buscar informações. Trabalhar de modo articulado entre as diversas esferas administrativas do SUS demanda articulação e empenho político dos envolvidos. Para que tenhamos ações de educação permanente que sejam capazes de mudar as práticas no processo de trabalho na Saúde, buscando soluções para os problemas identificados, é importante que se tenha uma articulação regional sólida dessa política.

A Portaria GM//MS nº 198 trazia um desenho diferente de conduzir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que também foi difícil de absorver. Quando ela foi substituída pela Portaria GM/MS nº 1996, passou-se por uma transição complicada e conflituosa em todas as esferas de gestão do SUS, mas principalmente nos espaços regionais, haja vista que já se estava familiarizando com a condução da anterior.

Houve um sentimento de fracasso e de retrabalho em virtude da necessidade de reiniciar todo o processo de articulação da política em cada um dos espaços institucionais, e de convencimento dos gestores públicos e das instituições de ensino de que a mudança veio para facilitar a sua operação, bem como para atender a atual conjuntura política administrativa das novas diretrizes operacionais do SUS, do Pacto da Saúde e do cumprimento da descentralização dos serviços. Ter que reestruturar todo um processo de trabalho que envolve vários atores e instituições significa uma combustão de ideia e desordem, principalmente, quando não se tinha, na época, definido claramente o papel de cada um neste processo.

A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Essa Portaria reafirma os princípios da educação permanente em saúde como norteadores para a construção dos planos regionais de educação permanente em saúde e das ações educativas na saúde. Também recoloca a questão de que as demandas para a formação devem considerar, prioritariamente, os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. Além disso, institui que as ações de educação na Saúde passem a compor o Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

O Pacto da Saúde está pautado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e contempla três componentes que visam a promoção, transformação e fortalecimento do SUS. São eles: a) Pacto pela Vida, composto por um conjunto de prioridades sanitárias; b) Pacto em Defesa do SUS, com o objetivo de discutir o sistema a partir de seus princípios fundamentais e, c) Pacto de Gestão do SUS, onde suas diretrizes referenciam-se à regionalização, ao financiamento, ao planejamento, à programação pactuada e integrada à saúde, à regulação da atenção à saúde e da assistência, à participação e controle social, à gestão do trabalho e à educação na Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2009; BRASIL, 2007).

Portanto, com o objetivo de readequar a estratégia de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, às novas diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto Pela Saúde, o Ministério da Saúde substitui as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, impressas na Portaria GM/MS nº 198/2003 pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007. Esta nova Portaria, além de redefinir a educação permanente em saúde como concepção pedagógica e política para o desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde, redesenha a estrutura operacional, inserindo as instâncias de cogestão e pactuação, descritas na Portaria GM/MS nº 399, formada por gestores municipais da Saúde de uma região e representantes dos gestores estadual, denominados Colegiados de Gestão Regional, responsáveis pela instituição do processo de planejamento regional, conforme os Termos de Compromisso e Planos de Saúde dos municípios da região (CEAP, 2007).

Com as mudanças político-administrativas do SUS, ocorridas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o Colegiado de Gestão Regional passou a ser chamado de Comissão Intergestora Regional, seguindo a mesma lógica das demais Comissões Intergestoras Tripartite

(CIT – Esfera Federal) e Bipartite (CIB – Esfera Estadual). A comissão intergestora regional é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB, e tem importante papel no espaço de discussão e tomada de decisão regional, portanto, corresponde a uma instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, no âmbito regional (BRASIL, 2009).

Com a finalidade de apoiar tecnicamente, bem como contribuir no processo de monitoramento e avaliação das ações educativas em saúde previstas, conforme o Artigo 14 da lei 8080/ e na NOB/RH – SUS, foram instituídas as comissões permanentes de integração ensino e serviço (CEAP, 2007). Segundo a Portaria GM/MS 1.996 constam em sua composição: “As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, por: I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; III – Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS” (BRASIL, 2009, p.10).

As comissões permanentes de integração ensino e serviço, além de serem instâncias regionais, vinculadas as comissões intergestoras regionais, obtêm espaço no âmbito estadual, vinculadas à CIB que, dentre outras finalidades, objetiva, no Art. 10 da Portaria GM/MS 1.996/2007, assessorar nas discussões sobre elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. Deverão assessorar as comissões intergestoras regionais na formulação, condução e desenvolvimento dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde em sua respectiva área de abrangência, de acordo com as diretrizes nacionais, estaduais e municipais para a educação em saúde. Contudo, esses planos deverão ser pactuados regionalmente e aprovados pela CIB, de forma a fazer com que as ações de educação sejam parte integrante e indissociável do Sistema de Saúde (BRASIL, 2007; MÂNGIA, 2007).

Para atender a todas essas Portarias e ao Plano Diretor Regional (PDR) de 2002, o Estado de Santa Catarina constituiu as suas comissões permanentes de integração ensino e serviço a partir dos doze Polos de Educação Permanente. Em 2007, foram formadas quinze comissões intergestoras regionais e quinze comissões permanente de

integração ensino e serviço, conforme deliberações das CIB 127/07 e 225/07. Todavia para atender PDR 2008, a CIB homologou, a partir das Deliberações 079/CIB/09 e 205/CIB/09, mais uma comissão intergestoras regional e mais uma comissão permanente de integração ensino e serviço, totalizando 16 comissões, respectivamente. É oportuno destacar que o PDR de 2002 determinou a criação de uma 9ª Macrorregião de Saúde, denominada Foz do Rio Itajaí (SANTA CATARINA, 2010; SANTA CATARINA, 2008; BRASIL, 2007).

A Portaria GM/MS 1.996/2007 determina que o financiamento do componente federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o limite financeiro global do Estado, Distrito Federal e município para execução dessas ações. Também prevê que o repasse será de forma regular e automática, sendo os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos de Saúde. Toda locação de recurso para ser utilizado na educação permanente pelas comissões permanentes de integração ensino e serviço regionais seguirá os critérios adotados pelo Ministério da Saúde na distribuição dos referidos recursos, os quais deverão obter, obrigatoriamente, a aprovação da CIB (BRASIL, 2007).

Um dos pontos observados positivamente pelos respondentes foi o repasse financeiro ser automático e regular. Todavia, na prática, tem-se observado a demora da liberação dos recursos no âmbito federal e de obter a aquiescência das comissões intergestoras regionais para a utilização dele quando há a necessidade de articular e pactuar as ações entre os seus pares. Especialmente, porque nem todos os gestores municipais querem assumir no seu fundo municipal de saúde recursos a serem utilizados regionalmente, tendo em vista a Lei de Responsabilidade Fiscal a que estão sujeitos, e também, porque demanda de articulação e de autorização do órgão legislador do município para administrar este dinheiro sem que seja utilizado pelo município para as demandas municipais, mas sim, para as necessidades de educação permanente regional.

Sem dúvida essa é uma ocorrência que interfere no êxito das atividades previstas, tanto no Plano Regional quanto no Estadual, e já foi solicitado a Divisão de Educação Permanente um diálogo com os gestores municipais de Saúde para que deem a devida atenção quando for solicitado pela comissão permanente de integração ensino e serviço um espaço nas reuniões das comissões intergestoras

regionais com relação a esta questão. É urgente buscar estratégias de aproximação; do contrário, não se conseguirá cumprir os objetivos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Vale destacar que Santa Catarina tem uma peculiaridade com relação aos demais Estados da Federação: trabalha desde 2003 com a metodologia da descentralização regionalizada e com gestão territorializada das políticas públicas por meio das 36 Secretarias de Desenvolvimento Regionais (SDR) que, além de articular as necessidades regionais com as ações de planejamento, são instâncias executoras de atividades, ações, programas e projetos das demais secretarias de Estado. Na estrutura administrativa de cada SDR está instituída uma Gerência de Saúde.

Pelo fato de a SDR ser considerada uma continuação do governo estadual, o repasse financeiro para as ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde poderá ocorrer na modalidade de descentralização de crédito. Nesse caso, a própria SDR presta contas ao Ministério da Saúde, seguindo as mesmas regras de prestação de contas, como se o recurso financeiro permanesse no Fundo Estadual de Saúde. Contudo, seja na modalidade de descentralização de crédito ou no repasse fundo a fundo municipal, a comissão intergestora regional deverá dar a sua autorização, a qual precisa estar firmada na ata da reunião e ser encaminhada a Divisão de Educação Permanente para que seja protocolada para análise e homologação do Conselho Estadual de Saúde e da CIB. Por meio da Lei nº 16.795, de 16 de dezembro de 2015, o governo de Santa Catarina transformou as SDR em Agências de Desenvolvimento Regional (ADR), órgãos vinculados ao Gabinete do Governador do Estado (SANTA CATARINA, 2015).

Diante dessas modificações territoriais, e para cumprir a Portaria GM/MS 1.996/2007, quanto a apoiar e cooperar tecnicamente com as comissões intergestoras regionais para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência e assessorar a CIB nas discussões sobre educação permanente em saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, foram organizados nas comissão permanentes de integração ensino e serviço regionais uma oficina para a elaboração do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, o qual serviria de base para a construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Todas as comissões permanentes de integração ensino e serviço regionais se empenharam para a efetivação dessa atividade e encaminham seus relatórios para a Di-

visão de Educação Permanente de forma anual, incluindo as alterações ocorridas e novas propostas. Todas as propostas regionais estão pautadas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, e esta segue as diretrizes da Portaria GM/MS 1.996/2007.

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, pode ser compreendido como uma proposta de orientação das ações de educação permanente e educação profissional no âmbito do SUS em Santa Catarina, alinhadas com as necessidades de formação e qualificação profissional exigidas para a atenção das necessidades de saúde da população. Embora o Plano Estadual descreva as prioridades de educação permanente no Estado a partir das necessidades das comissões permanentes de integração ensino e serviço regionais, e estabeleça que a gestão regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é de responsabilidade das comissões intergestoras regionais com apoio das comissões permanentes de integração ensino e serviço regionais, porém não há garantia de integração entre essas duas instâncias regionais (SANTA CATARINA, 2010).

Mângia (2007, p.02) descreve que a Portaria nº 1.996/2007 reflete amadurecimento e seriedade, porém demanda ação coordenada e cooperativa dos atores envolvidos, cuja responsabilidade depende o seu sucesso ou fracasso. Todavia, as instituições formadoras na área da Saúde, gestores e profissionais atuantes na luta pela defesa do SUS necessitam assumir “seu papel que hoje inclui a necessidade de sensibilização de todos para a importância de desenvolvimento de processos formativos articulados com as reais necessidades do sistema e de acordo com suas diretrizes”.

Há de se concordar com Mângia (2007), de fato, para que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tenha resultados positivos é necessário o envolvimento e vontade política e pessoal ‘dos atores envolvidos’, além da integração regional das comissões intergestoras regionais e da comissão permanente de integração ensino e serviço. Ficou evidenciada nas falas essa situação, haja vista que foi apontada esta problemática de duas vertentes. Aqueles que não têm um bom relacionamento entre estas instâncias mostraram a dificuldade de acesso as comissões intergestoras regionais, de aprovação do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, de liberação dos recursos, enfim, tudo fica mais difícil. Por outro lado, há quem não apresente dificuldade alguma, porque já conquistou seu espaço e a confiança das comissões intergestoras regionais. Quando o desenvol-

vimento de uma região ou serviços depende de deliberação de órgãos colegiados, em que a decisão é tomada através da consciência coletiva, não é adequado e ético que exista envolvimento de interesses pessoais ou políticos. Cabe refletir sobre essa atitude e pensar sempre no coletivo e não na individualidade.

Outro ponto comentado foi o afastamento das instituições formadoras na área da Saúde na comissão permanente de integração ensino e serviço, o que na época dos Polos Regionais isso não acontecia. Muitos consideram imprescindível a participação delas no processo. Não obstante, de modo desarticulado à Portaria GM/MS 1.996, o Ministério da Saúde implantou, concomitantemente, outras ações de educação permanente que envolve diretamente essas instituições de ensino (Pró-saúde e o Pet-saúde). Acredita-se que elas tenham utilizado suas capacidades técnicas operacionais para desenvolver estes projetos, entendendo que as demandas que viessem da comissão permanente de integração ensino e serviço não lhes diziam respeito e/ou eram deixadas de lado. Porém, em tempo, o Ministério da Saúde se alertou e passou a descrever nos Editais de Seleção que toda e qualquer proposta que envolve a educação permanente deverá ter a aquiescência das comissões intergestoras regionais e da comissão permanente de integração ensino e serviço regional e que deverão fazer parte das comissões permanentes de integração ensino e serviço regional. Essa decisão fortaleceu a articulação da comissão permanente de integração ensino e serviço regional em virtude do reconhecimento do trabalho, e também uma troca de experiências entre as ações desenvolvidas na região, favorecendo o crescimento profissional locorregional.

O Pró-Saúde, Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, na sua primeira versão, lançada pelo Ministério da Saúde em 2005, envolvia somente três cursos da saúde, medicina, enfermagem e odontologia, contudo na segunda versão, em 2007, incluiu os demais cursos estimulando propostas integradas. Em 2009, propõem o Pet-Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, voltado a temas prioritários do SUS, tais como: saúde da família, vigilância em saúde, saúde mental e redes de atenção à saúde. Já em 2011 houve a proposta em conjunto dos dois programas, com o intuito de fortalecer o movimento por meio da articulação ensino-serviço-comunidade. As instituições de ensino superior assumiriam o compromisso efetivo de realizar mudanças nas propostas pedagógicas dos cursos da área da saúde pautadas no documento base do

Pró-Saúde, para uma formação alicerçada na produção da saúde e do cuidado humanizado (KLEBA, 2016).

Embora existissem estes movimentos promovidos pelo Ministério da Saúde para a mudança da formação dos profissionais da saúde, ainda não era suficiente, visto que os trabalhadores da saúde que se encontravam nos serviços foram formados em outro modelo, desse modo a participação deles nas ações de educação permanente previstas no Plano Regional de Educação Permanente em Saúde para que os serviços sejam qualificados e eficientes. É de responsabilidade das instituições de serviços proporcionarem o acesso aos seus trabalhadores de eventos que venham ampliar o conhecimento teórico e prático para o desenvolvimento da força do trabalho vivo, seja por iniciativa institucional ou por possibilidades.

Cabe a gestão definir e planejar a liberação dos seus colaboradores naquelas ações que de fato vão trazer benefícios ao processo de trabalho e a população em geral. Quando essa demanda não é bem elaborada, o colaborador participa de várias atividades de educação permanente e acaba não focando a sua ação naquilo que foi capacitado ou preparado. Muito embora, é notório verificar essa ocorrência em municípios pequenos, tendo em vista o parco quantitativo de trabalhadores. Mas, isso é visto, inclusive, em municípios de médio e grande porte que, diferentemente dos pequenos, tem capacidade para planejar equitativamente.

Outro fator relevante é a rotatividade dos profissionais da Saúde, principalmente, quando a instituição empregadora não tem uma política trabalhista humanitária com planos de cargos e salários, ou, que a contratação desses profissionais ocorra por contrato temporário, denotando a precarização do trabalho na Saúde e, conseqüentemente, a perda da proteção social. Ambas as situações são cruciais para não desvelar com segurança o impacto das ações de educação permanente desenvolvidas regionalmente, tendo em vista que não se consegue capacitar e preparar de forma efetiva os profissionais trabalhadores do SUS. De acordo com Sancho; Carmo; Sancho *et al.* (2011), a rotatividade dos profissionais da saúde no SUS corresponde um dos principais problemas para o alcance do modelo integral de atenção à saúde na direcionalidade da implementação do SUS, interferindo no impacto e eficácia do atendimento.

Impacto corresponde à eficácia, energia e vigor que atingiu deter-

minado ato. Neste caso, correspondem às ações de educação permanente na região do litoral de Santa Catarina. As falas dos participantes evidenciam que não foi possível sentir essa pujança no processo de trabalho, porque não notaram modificação alguma na comunidade. Todavia, outros afirmam que observaram mudanças no processo de trabalho, porque ampliou o diálogo com a comunidade, favorecendo vínculos com o usuário e também mudanças de atitudes dos profissionais nas suas ações cotidianas, primando mais pela promoção da saúde e por uma assistência mais humanizada, buscando solucionar os problemas e a necessidade proeminentes da comunidade. Consideram que os profissionais estão mais preparados para atender. Avaliam que eles gostam de participar dessas ações.

Outros já optaram em emitir nenhuma avaliação, porque não há um processo de acompanhamento e de avaliação dessas ações para que se possa verificar com precisão o impacto. A Divisão de Educação Permanente, ciente dessa vacância, organizou dois Seminários Estaduais para elaboração de instrumentos de avaliação que possa atender essa necessidade. O referido evento teve o assessoramento de expertises na temática, mas, ainda não se conseguiu construir um instrumento que abrace um método investigativo que possa avaliar o impacto das ações de EP nas suas peculiaridades. Uma das dificuldades observadas foi a diversidade de desempenhos de EP desenvolvidos nas comissões permanentes de integração ensino e serviço regionais, inviabilizando a produção de um único instrumento e método investigativo. Precisa-se amadurar a ideia com reflexões consistentes e coerentes.

Uma das fragilidades apontadas para a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde refere-se a alternância de gestão local, incluindo, outras esferas do SUS, além da ausência das instituições formadoras, dificultando a continuidade das atividades previstas e planejadas no Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, burocratizando o processo.

O SUS tem gestores em cada esfera governamental (federal, estadual e municipal), geralmente são cargos por indicação política, comissionados, de confiança para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde e, precisam atuar em dois sentidos: o político e o técnico (CASTRO; CASTRO; VILAR, 2005). Todavia a gestão pública na área da saúde exige do seu gestor comprometimento e atualização constante, visto a complexidade dos processos de gestão no SUS, a fim de que possam responder às exigências da população oferecendo um aten-

dimento mais qualificado eficaz, eficiente e efetivo (BONIATTI, 2012).

Uma das fortalezas evidenciada corresponde à articulação da Divisão de Educação Permanente com as comissões permanentes de integração ensino e serviço regionais; a atuação profícua da articulação das comissões permanentes de integração ensino e serviço regionais e o comprometimento dos envolvidos, favorecendo a troca de experiências e saberes, no fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em Santa Catarina.

Considerações finais

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na região do litoral de Santa Catarina mostrou-se fortalecida, porém nem sempre foi assim. Muitos caminhos e descaminhos houve para se chegar onde estão. Esta área é a maior e a mais desenvolvida, economicamente, do Estado de Santa Catarina, porque congrega a Grande Florianópolis, capital catarinense e Joinville, município mais populoso, que produz 18,9% do PIB Global do Estado devido à expansão da indústria e comércio, levando o título de maior polo industrial de ferramentas e de grandes conglomerados do setor metal-mecânico, químico, plásticos, têxtil e de desenvolvimento de software. Estes municípios têm um dos mais altos índices de IDH do país (0,975 e 0,857, respectivamente).

No âmbito da saúde, essa região é autossustentável, tanto possui instituições de ensino na área nos diversos níveis de formação profissional, desde ensino privado ao público quanto tem na sua conjuntura serviços de atenção básica, de média e alta complexidade ofertados pelo SUS ou por instituições privadas com muita qualidade e competência, tornando-se referência não somente para a região, mas para toda Santa Catarina e Estados circunvizinhos.

O desenvolvimento socioeconômico da região denota o quanto é importante se ter ações de educação permanente condizentes com a realidade regional. Fragilidades foram apontadas, mas também se enunciou as potencialidades e fortalezas conquistadas com o trabalho de pessoas comprometidas, éticas, responsáveis e cientes de seu papel social e no SUS.

Estamos em processo de construção de novos saberes, portanto somos eternos aprendizes do SUS que não deixa de crescer e de se consolidar como a maior política de proteção social que um cidadão

pode almejar. Portanto, temos um trabalho permanente para fazer em todos os territórios de vida.

Referências

BATISTA, K.B.; GONCALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** [online]. 2011, vol.20, n.4, pp.884-899. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>>. Acesso em: 25 de out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Tele saúde, avaliação por competências e Profaps. **Revista RET-SUS**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 4-9, maio/jun. 2008.

..... Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

..... Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

..... Ministério da Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde. **Série pactos pela saúde 2006**. v. 9. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

..... Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS**. Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BONATTI, J. **Análise do perfil sócio profissional dos gestores do sus da região do alto Uruguai**. 2012. 45f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão e Saúde EAD). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Novo Hamburgo, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67758/000870604.pdf?sequence=1>>. Acesso em 26 de out 2017.

CASTRO, J.L., CASTRO, J. L., VILAR, R. L. A. **Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte?** Um estudo sobre o perfil. 2005.

Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf>. Acesso em: 26 Out 2017.

CAMPOS F. E., PIERANTONI C. R, Faria R. M. B, *et al.* Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde** 2006; 3(1):41-53.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** – Passo Fundo: IFIBE, 2007. Nº 48p.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [online]. 2005, vol.9, n.16, pp.161-168. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>>. Acesso em 25 de out 2017

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

FALKENBERG, B. M. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2014.

GARCIA, C. A.; MENEGUCI, J.; BASTOS, M. A. R. Ações de educação permanente na saúde pública brasileira: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 3, n. 3, 2015.

KLEBA, M.E. Reflexões sobre o processo de reorientação da formação dos profissionais de saúde no Brasil. In: KLEBA, M.E; PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S. (Org.) **Diálogos sobre o ensino na saúde: vivências de reorientação na formação profissional em saúde**. Chapecó, SC: ARGOS, 2016. 17-35p

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p. (Saúde em debate) ISBN 8527101815.

MOTTA, J. I. J; BUSS, P; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para formação de recursos humanos. **Revista Olho Mágico**, 2001; 8 (3). Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2012.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** [Online]. 2013, vol.66, n.spe, pp.158-164. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Acesso em 25 out 2017.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Conceito de saúde segundo a OMS/WHO**, Publicado em 04 de março de 2016. Disponível em: <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>>. Acesso em 26 de out 2017.

SANCHO, L.G.; CARMO, J.M.; SANCHO, R.G.; *et al.* Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Trab. educ. saúde (Online)** [online]. 2011, vol.9, n.3, pp.431-447. ISSN 1981-7746. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000300005>>. Acesso em: 26 de out 2017.

SANTA CATARINA (Brasil). **Lei nº 16.795, de 16 de dezembro de 2015**. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=825&Itemid=245>. Acesso em: 26 de out 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde (Brasil). **Plano estadual de educação permanente em saúde Santa Catarina – Brasil**, 2011-2015. Florianópolis: Secretaria do Estado da Saúde, 2010.

----- (Brasil). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**: PDR 2008. Florianópolis: IOESC; 2008.

SAUPE, R; CUTULO, L. R. A; SANDRI, J. V. A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2008; 5(3):433-52.



PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA GRANDE FLORIANÓPOLIS: ESTRUTURAÇÃO NA LÓGICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Alessandra Dias da Silva
Maria De Fátima De Souza Rovaris
Fernando de Toledo Barros Wendhausen
Jacks Soratto
Elieser Peper do Nascimento
Fabiane Ferraz*

Introdução

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas de governo, a identificação e definição de estratégias para resolução dos problemas de saúde pública, indicando também a necessidade do fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. O desenvolvimento dos profissionais da saúde é um ponto de suma importância para implementar um SUS democrático, equitativo e eficaz. Neste sentido, ações de Educação Permanente em Saúde são percebidas como mecanismos capazes de produzir mudanças no perfil profissional, a fim de motivar os profissionais a trabalharem dentro da lógica da interdisciplinaridade, da integralidade. Sendo assim os gestores, trabalhadores da saúde e usuários capacitados, podem concretizar uma parceria na construção do Plano Municipal de Saúde (PMS) para ser utilizado como um instrumento de planejamento e gestão na área da saúde.

A Secretaria Estadual e Municipais de Saúde necessitam cultivar esforços para a criação e/ou fortalecimento de estruturas de gestão de pessoas, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação em saúde. Para o redimensionamento da gestão/atenção há a necessidade de transformação constante no funcionamento dos serviços e dos processos de trabalho das equipes, exigindo de seus atores, maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento

no sistema de saúde de práticas transformadoras. Dentro desta lógica a construção dos Planos Municipais de Saúde, tem grande relevância na gestão municipal, são importantes ferramentas de gestão do trabalho, para a efetivação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentro da lógica do SUS, alinhando-se à política de fortalecimento da regionalização, a Portaria GM/MS nº 1.996/07, estabeleceu no seu Art. 2º, que a condução regional da Política /nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS ocorreria por meio de Colegiados de Gestão Regional (hoje CIR), definidos como “instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde de uma determinada região e por representantes do gestor estadual” (BRASIL/MS, 2007). Para a condução da política, a portaria indicou como estratégia a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES), definidas como “instâncias inter-setoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS nas regiões de saúde” (BRASIL/MS, 2007a). Sendo que a Macrorregião da Grande Florianópolis é composta por 22 municípios vizinhos da Capital do Estado de Santa Catarina, está situada entre a Macrorregião do Sul e Foz do Rio Itajaí, do ponto de vista territorial é a terceira Macrorregião do Estado.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), organizado pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Grande Florianópolis, com apoio dos técnicos municipais, da Escola de Formação em Saúde e Escola de Saúde Pública, Controle Social, é um documento previsto pela Portaria 1996/2007 que redefiniu a PNEPS no âmbito do SUS. A elaboração do PAREPS ocorreu por meio da análise das necessidades de capacitação advindas de discussões realizadas nas reuniões da Comissão Intergestores Regional da Grande Florianópolis e qualificação profissional advindas das solicitações encaminhadas pelos municípios.

As prioridades das capacitações foram estabelecidas pelos membros da CIES em reunião ampliada com a presença de técnicos municipais, realizada em 10 de setembro de 2012. Dentro destas prioridades está a necessidade da elaboração dos Planos Municipais de Saúde, através de seus atores municipais, para que seja um documento capaz de apontar a realidade do município. A parceria entre a 18ª Gerência Regional de Saúde; Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) possibilitou que este processo se realizasse. Contamos com o apoio da Escola de For-

mação em Saúde (EFOS); da Gerência de Planejamento do SUS/SES e da Gerência de Planejamento/SES para a realização desta Oficina.

Relato de experiência

A Política de Educação Permanente na Grande Florianópolis tem se configurado como um espaço de troca de experiências e decisões relativas às ações de Educação Permanente em Saúde entre a CIES e a CIR. Sendo que a proposta para realização de oficina como apoio aos municípios na elaboração dos Planos Municipais de Saúde era uma das demandas do PAREPS, atendendo a solicitação dos técnicos municipais para que este processo de trabalho venha ao encontro da realidade dos seus munícipes e dos atores envolvidos na gestão da saúde pública. O Plano de Saúde é definido, segundo o PlanejaSUS, como o instrumento de gestão, que baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem alcançados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Iremos relatar a metodologia ocorrida na Região que motivou transformar este resultado em uma experiência a nível estadual.

Iniciamos discutindo sobre esta proposta junto a CIES/CIR, convidamos também profissionais da Secretaria de Estado da Saúde - Gerência de Planejamento, para buscar uma forma de instrumentalizar os trabalhadores e gestores para a construção dos seus Planos Municipais de Saúde (PMS), criou-se então um grupo condutor que buscou materiais bibliográficos para dar o suporte científico necessário. Esta ação recebeu o nome de “Oficina sobre o Plano Municipal de Saúde – Região da Grande Florianópolis”, esta Oficina ocorreu em três encontros com um mês de intervalo entre eles. O primeiro encontro foi conceitual, foram abordados temas de relevância como: A importância da EPS enquanto estratégia de gestão do SUS; Instrumentos de Gestão: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Indicadores de Saúde e Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP, além da pactuação de um roteiro e agenda para elaboração do Plano Municipal de Saúde. Foi apresentado aos municípios um modelo de PMS com um passo-a-passo do modo de fazer, desta forma ficou bem didático para que todos pudessem verdadeiramente elaborar um plano de saúde com suas especificidades.

Foi realizado no dia 29 de maio de 2013, com a presença de 65 participantes, de 21 municípios dos 22 municípios que compõe

a Região, entre eles, 9 secretários municipais de saúde, ou seja, 40% dos gestores de saúde e 95% de municípios da Região da Grande Florianópolis, agregando os saberes e diagnósticos de cada integrante desta construção coletiva. A partir deste Encontro, desencadearam-se outros momentos de acompanhamento e assessoramento para os municípios que necessitassem deste apoio. Estas orientações aconteceram na 18ª Gerência Regional de Saúde.

Nos dias 03 e 04 de julho aconteceu o 2ª Encontro, este espaço foi utilizado para que os municípios apresentassem o que já haviam conseguido elaborar e quais foram os movimentos realizados por eles para o envolvimento de outros profissionais ou outras instâncias na elaboração do Plano. Nestes dois dias estiveram presentes 39 participantes, de 15 municípios. A participação dos secretários municipais de saúde foi menor. No mês de agosto também foram realizados momentos de acompanhamento e assessoramento presenciais para os municípios que precisaram de orientações.

Foi realizada o 3ª Encontro, nos dias 02 e 03 de setembro, para orientações finais e para apresentação dos Planos Municipais de Saúde. Estiveram presente 17 participantes, de 9 municípios, não havendo a presença de secretários municipais de saúde. Para os municípios que participaram deste momento foi oportuno, pois dúvidas ainda existentes foram sanadas e conseguiram presenciar a apresentação dos demais municípios, ampliando assim o conhecimento de todos. Durante todo o período de maio a setembro também foram disponibilizados e-mails para orientações. Ao final, foi sugerido que os municípios apresentassem o Plano Municipal de Saúde em Audiência Pública, a fim de mobilizar e comprometer os entes envolvidos para que o referido Plano possa ser conhecido e aplicado no município.

Acreditamos na importância da EPS como fator de mudança de gestão do trabalho e instrumentos de gestão para favorecer a construção dos PMS, pois cada um é conhecedor de sua realidade e poderia fomentar mudança de processo de trabalho no seu município. Diante deste contexto, a CIES da Grande Florianópolis foi pioneira nesta metodologia de trabalho, a Superintendência de Planejamento e Gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sabedora deste tecnologia de instrumentalização para a construção do PMS, solicitou aos técnicos que efetivamente trabalharam nesta construção, a possibilidade de fomentar estas Oficinas para todas as Regiões de Saúde do Estado junto as CIR, CIES e Gerências de Saúde.

Resultados

Com o objetivo de facilitar a elaboração desse instrumento essencial para uma boa gestão, o grupo condutor, buscou verificar a essência de cada município, fomentando autonomia dos atores envolvidos, para definir as linhas gerais do processo de elaboração no seu Plano Municipal de Saúde, de acordo com os princípios e diretrizes adotadas na legislação básica e normas do SUS. Acreditamos que com essas três Oficinas realizadas com os profissionais da gestão municipal, a partir de diversas dinâmicas de trabalho, consolidou-se uma classificação do diagnóstico da análise situacional e a definição dos problemas de saúde, a partir da percepção dos diversos atores sociais, buscando não só o levantamento dos problemas, mas também a identificação dos fatores que o determinam e juntos elencar as prioridades de saúde para os municípios.

A troca de experiência entre os participantes foi altamente significativa, foram proporcionados momentos de trabalho em grupo e discussões entre os municípios que tinham a mesma afinidade de dificuldades. Esta experiência proporcionou um conhecimento conceitual e estimulou os trabalhadores para formarem grupos de trabalho para discussão e elaboração dos Planos Municipais de Saúde nos seus ambientes laborais, potencializando a visibilidade das ações a serem realizadas em cada município, havendo um comprometimento com as mudanças do processo de trabalho, fomentando ainda mais a responsabilização de cada profissional no cotidiano de suas ações. Cabe ressaltar que no momento inicial das Oficinas, um maior apoio dos secretários municipais de saúde foi essencial para a estruturação do PMS e a participação efetiva dos técnicos municipais no 1º Encontro, proporcionou o processo de construção e orientação para preparação dos PMS.

Na avaliação realizada com os participantes, algumas falas são disparadoras, confirmando a efetividade da metodologia utilizada:

*Ter um modelo de Plano para seguir foi ótimo.
Alguns municípios já têm uma noção do Plano, mas sai da Oficina com maior conhecimento e esclarecimento.
Colocar prazos ajuda o município a elaborar o Plano.
Aporte estrutural/roteiro que foi mostrando como fazer o Plano ajudou bastante.*

Considerações finais

Para atender uma das demandas do PAREPS da Região da Grande Florianópolis, a CIES/CIR constatou a necessidade de criar um grupo trabalho condutor, com o objetivo de instrumentalizar os atores da área da saúde para facilitar a elaboração dos Planos Municipais de Saúde. Sendo o PMS um instrumento de gestão essencial para um bom planejamento das ações em saúde nos municípios, e quanto mais atores envolvidos nesta construção, certamente estes mesmos profissionais serão os protagonistas para efetivar as ações planejadas concretizando uma melhor gestão na área da saúde pública.

Cada município possui autonomia para definir as linhas gerais do processo de elaboração no seu Plano Municipal de Saúde, consoante aos princípios e diretrizes adotadas na legislação básica e normas do SUS, este grupo condutor tem o papel de assessorar, instrumentalizar, criar mecanismos e apoiar na elaboração dentro da realidade de cada município.

Acreditamos que com as oficinas, o assessoramento disponibilizado e todo material didático e o material produzido por diversos saberes no decorrer das oficinas, efetivou uma construção coletiva e foi um exercício de planejamento necessário para a consolidação de Planos Municipais de Saúde, configurando assim as necessidades dos trabalhadores de saúde e da população que atendemos constantemente.

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**. Série Pactos pela Saúde, vol. 9. 2006.

..... Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS - Uma Construção Coletiva – Instrumentos Básicos – Vol. 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/planejajus/cadernos/Cadernos_de_Planejamento_-_Volume_2.pdf>. Acesso em 01 set. 2017.

SANTA CATARINA. Escola de Formação em Saúde. **Relatório sobre a Oficina do Plano Municipal de Saúde**. São José: Secretaria de Estado da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://efos.saude.sc.gov.br/>>

portal2011/images/fotos/efos/Oficina%20PMS%202013.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

SANTA CATARINA. Escola de Saúde Pública Professor Mestre Osvaldo de Oliveira Maciel. **Capacitação para o Sistema de Planejamento do SUS em Santa Catarina**. Apostila presencial. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2008.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano Estadual de Saúde 2007-2010**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, IOESC, Florianópolis, 2007.

Agradecimentos

Agradecemos todas as pessoas que compuseram a equipe organizadora das oficinas para elaboração de Planos Municipais, em especial as colegas da CIES Grande Florianópolis: Wanusa Grasiela Amante de Souza, Isolene Bernadete Hoffmann e Maria Fraga que não mediram esforços para que as atividades acontecessem. Gratidão pela parceria estabelecida no interior da CIES Grande Florianópolis!

ANEXOS

Fotos da Oficina sobre o Plano Municipal de Saúde – Região da Grande Florianópolis:



Imagem 1: Grupo de Trabalho



Imagem 2: Participantes da Oficina



Imagem 3: Participantes da Oficina



Imagem 4: Equipe organizadora das Oficinas



PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: METODOLOGIAS ATIVAS COMO FERRAMENTA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Ariane Woehl
Francesli Pereira
Susanne Cassias
Talita Schimidt
Luciana Maria Mazon
Alexandre Engel
Eivaldo Antunes*

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2004). Sendo assim, as metodologias ativas surgem como proposta para focar o processo de ensinar e aprender na busca da participação ativa de todos os envolvidos, centrados na realidade em que estão inseridos. Como enfrentamento ao modelo tradicional imposto e aceito ao longo do tempo, tem-se lançado mão das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, nas quais é dado forte estímulo ao reconhecimento dos problemas do mundo atual (tanto nacional quanto regional), tornando os sujeitos capazes de intervir e promover as transformações necessárias (OLIVEIRA; PONTES, 2011). Neste processo o sujeito se torna protagonista no processo de construção de seu conhecimento, sendo responsável pela sua trajetória e pelo alcance de seus objetivos, no qual deve ser capaz de autogerenciar e autogovernar seu processo de formação, tendo ajuda do facilitador para a completude deste processo (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

As metodologias precisam acompanhar os objetivos pretendidos. Se queremos que os sujeitos sejam proativos, precisamos adotar

metodologias que os envolvam em atividades cada vez mais complexas, em que tenham que tomar decisões e avaliar os resultados, com apoio de materiais relevantes. Se quisermos que sejam criativos, eles precisam experimentar inúmeras possibilidades de mostrar sua iniciativa (MITRE, 2013).

Desafios e atividades podem ser dosados, planejados e acompanhados através de instrumentos de ensino. Os desafios bem planejados contribuem para mobilizar as competências desejadas, intelectuais, emocionais, pessoais e comunicacionais. Proporcionar vivências bem elaboradas através de contação de histórias, jogos, teatros, competições, dinâmicas, permitem o desenvolvimento de habilidades para melhor compreensão dos conceitos e sua aplicabilidade na vida. O uso desta tecnologia leve na Educação Permanente é capaz de aproximar o agente facilitador e o aluno não somente para facilitando o ensino aprendizagem mais tornando os agentes transformadores neste processo.

A Educação Permanente utilizando as metodologias ativas podem não se limitar a sala de aula convencional. O ambiente físico das salas como um todo também precisa ser redesenhado dentro dessa nova concepção mais ativa, podendo caracterizar na distribuição das carteiras e cadeiras em círculos, sentar no chão ou ar livre. As salas de aula podem ser mais multifuncionais, que combinem facilmente atividades de grupo, de plenário e individual. Os materiais utilizados também podem ser variados não se limitando ao projetor, materiais como fantasias, recicláveis/sucatas, escolares (cartolinas, tinta, pincel entre outros) podem ser utilizadores na construção do saber.

As gerações que estão acostumadas a competir através de jogos, a linguagem de desafios, recompensas e cooperação é atraente e fácil de perceber. Os jogos colaborativos e individuais, de competição e colaboração, de estratégia, com etapas e habilidades bem definidas se tornam cada vez mais presentes nas diversas áreas de conhecimento e níveis de ensino. Nas metodologias ativas de aprendizagem, o aprendizado se dá a partir de problemas e situações reais; os mesmos que os alunos poderão vivenciar em suas vidas (MITRE, 2008).

Os métodos tradicionais aplicados no processo ensino aprendizagem, que privilegiam a transmissão de informações pelo agente facilitador, faziam sentido quando o acesso à informação era difícil. O processo de educar, devido a múltiplos fatores deixou de ser baseado na mera transmissão de conhecimentos (OLIVEIRA; PONTES, 2011).

A tecnologia como a internet e o acesso rápido e fácil à informação, possibilitou a todos aprender em qualquer lugar, a qualquer hora e com muitas pessoas diferentes. Isso é complexo, necessário e um pouco assustador, porque não temos modelos prévios bem-sucedidos para aprender de forma flexível numa sociedade altamente conectada (VALENTE, 2012).

As metodologias ativas são pontos de partida para se aprofundar em reflexão e conceitos, de integração cognitiva, de generalização, de reelaboração de novas práticas (MORAN, 2015). Teóricos como Freire (2009) e Rogers (1973) enfatizam a importância de superar a educação tradicional e focar a aprendizagem no aluno, envolvendo-o, motivando-o e dialogando com ele. Assim, alguns componentes são fundamentais para o sucesso da aprendizagem: a criação de desafios, que realmente trazem as competências necessárias. Neste contexto as metodologias ativas e as aulas roteirizadas com a linguagem lúdica estão cada vez mais presentes no cotidiano escolar e podem ser estratégias para a Educação Permanente em Saúde (MORAN, 2015).

Neste contexto, este estudo apresenta o relato de experiência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no desenvolvimento de métodos não tradicionais de ensino aprendizagem aos profissionais da Rede de Atenção Básica em Saúde a fim de que pudessem empregá-las em seu cotidiano de trabalho junto ao Programa Saúde na Escola.

O Programa Saúde na Escola no contexto da Atenção Primária em Saúde

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 como uma política intersetorial da Saúde e da Educação, voltada às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira para promover saúde e educação integral. A escola auxilia na elaboração de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de compreender o mundo (BRASIL, 2015).

O PSE se tornou hoje uma das principais políticas públicas para infância e adolescência. Os principais eixos de ação compreendem a avaliação ocular, ações de educação em saúde, avaliação nutricional e promoção da alimentação saudável, atividade física, ações de promoção e prevenção em saúde no contexto escolar e ainda inserção das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (MACHADO, 2015).

Este programa pode ser visto como um plano de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da melhoria das políticas públicas brasileiras, fortalecendo as ações na perspectiva do desenvolvimento integral e possibilitando à comunidade escolar na participação de programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem desempenho de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes (BRASIL, 2015).

Baseada na realidade brasileira, especificamente no que diz respeito à educação em saúde na escola, Figueredo (2010), diz ser necessário ao profissional de saúde estar sensível às questões de planejamento, implementação e/ou avaliação das ações junto com os educadores, tendo um olhar crítico da estrutura e funcionamento do ensino básico. Nessa perspectiva, se inserem as recomendações dos Parâmetros Curriculares Nacionais, ao descreverem os temas afeitos à saúde como transversais e interdisciplinares, portanto como um discurso do cotidiano escolar, a ser feito pelos educadores, sob múltiplos olhares. Assim, cabe aos profissionais da saúde entender que a participação dos mesmos no processo de educação em saúde na escola só se justifica se implementado com a potencialização da ação do educador em sala de aula.

As ações do PSE são desenvolvidas nos territórios definidos segundo a área de abrangência das Estratégias de Saúde da Família (ESF), possibilitando a criação de vínculos entre os setores públicos da saúde e da educação. Tanto a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) quanto a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) valorizam o território como espaço fundamental para o desenvolvimento das ações de saúde (COSTA FERREIRA, 2012).

A ESF organiza o serviço de saúde que interage com a escola e que se articula com os demais serviços de saúde. Por isso, quando se identifica uma criança, adolescente ou jovem com necessidades ou problemas de saúde, deve-se escolher um profissional da equipe de saúde, e um representante da unidade escolar, para fazer a orientação e coordenação do cuidado ou plano terapêutico proposto, evitando-se ou reduzindo-se ao máximo o afastamento dos estudantes de suas atividades escolares normais. A estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASF, compostos por equipes multiprofissionais, trouxe apoios técnicos importantes e a possibilidade de acompanhamento qualificado às crianças e adolescentes (BRASIL 2009).

O cenário local do Programa Saúde na Escola

As atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde em Ma-fra voltadas a saúde escolar, no território das escolas iniciaram em 2013, em parceria intersetorial Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal de Educação (SME) e Universidade. Desta maneira, profissionais da área da saúde, sobretudo enfermeiros e acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade local realizaram juntos atividades de avaliação em saúde previstas pelo Ministério da Saúde por meio da “Semana da Saúde na Escola”.

O público alvo foi estudantes inseridos no ensino fundamental de cinco escolas públicas municipais. As atividades compreenderam avaliação antropométrica, avaliação visual e orientações para atualização do calendário vacinal. Os estudantes que apresentaram alterações nas avaliações foram acolhidos na rede de atenção à saúde para acompanhamento. Os dados obtidos foram tabulados e utilizados em pesquisas acadêmicas.

No ano seguinte o gestor de saúde, juntamente com equipe técnica da SMS e SME, realizou formalmente adesão ao Programa de Saúde da Escola, por meio de aceite de termo de adesão e cadastramento em site oficial do Departamento da Atenção Básica, de 29 escolas municipais que receberiam apoio intersetorial para o desenvolvimento de atividades de educação permanente para profissionais inseridos nestas escolas, bem como, profissionais de saúde envolvidos das atividades de avaliação em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos. Nesta ocasião foram contemplados os três componentes previstos no Manual de PSE publicado pelo Ministério da Saúde: Avaliações em Saúde, Ações de promoção da Saúde e Ação de Educação Permanente em Saúde para profissionais da SME e SMS.

Algumas dificuldades impediram a execução integral das ações, entre elas: baixa adesão dos profissionais da SME que mesmo após treinamento para desenvolvimento das ações de PSE, exigiam presença dos profissionais da SMS para o seu desenvolvimento; baixo quantitativo de equipe de saúde da família (09 no total, com aproximadamente 50% de cobertura territorial), algumas destas equipes estavam incompletas com relação à capital humano e desta maneira, menos da metade das escolas pactuados tiveram efetividade das ações.

Na ocasião todas as informações exigidas, referentes às avaliações

em saúde, foram registradas num sistema chamado SIMEC, disponibilizado para acesso intersetorial (saúde e educação). Posteriormente, em 2015, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde foram convocadas para discussão durante nova adesão ao PSE, desta maneira, foram pactuadas 14 escolas públicas municipais, considerando a expansão das equipes de ESF, em que ficou negociado que cada equipe trabalharia com uma única escola ao longo de um ano. Os resultados apresentaram maior efetividade e práticas de atenção em saúde no território escolar passaram a ser rotina para todas as equipes, aumentando vínculo entre escola e unidade de saúde e refletindo em integralidade na atenção à saúde dos escolares.

No ano de 2016 o município apresentava 100% de cobertura de ESF, com 18 equipes em atividade, mantendo-se a proposta de atenção integral a todas as temáticas previstas nas diretrizes de PSE, ou trabalhando aquelas mais relevantes segundo indicadores epidemiológicos e indicadores populacionais locais. Fato é que, em geral, as equipes atendem de forma pontual todas as escolas do território e efetivamente a escola eleita para trabalho anual, pactuada no PSE. No entanto, precisava-se avançar nos métodos empregados pelas Equipes de Estratégia Saúde da Família para abordar e conduzir as atividades junto aos escolares para o alcance efetivo dos objetivos do Programa.

Ocorre, em 2016, a “1ª Oficina de Metodologias Ativas para o PSE” no município, envolvendo todas as equipes de ESF, de forma multiprofissional. Esta ação promovida pela SME em parceria com intersetores contribuiu sobremaneira para o fortalecimento e longitudinalidade das ações de PSE no município.

A proposta do Núcleo de Educação Permanente de métodos não tradicionais de ensino aprendizagem para o Programa Saúde na Escola

Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersectorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011). Assim, a sinergia entre as políticas de saúde e de educação pode garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens acesso a uma qualidade de vida melhor e deve considerar entre vários aspectos que o momento de atuação das ações realizadas pelas

Estratégias Saúde da Família não compitam ou se sobreponham aos momentos de atuação do professor ou atividade dos educandos; que o espaço físico a ser utilizado considere e respeite a dinâmica de atividades escolares já programadas; que qualquer intervenção da saúde seja pedagógica em sua intenção e execução em sintonia com a programação pedagógica da escola, além disso, é necessário e importante que os educandos sejam preparados sobre as atividades em saúde que serão desenvolvidas/realizadas, e não somente avisados (BRASIL, 2011).

A saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis. Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde (BRASIL, 2011).

A prática pedagógica ativa desenvolvida nos ambientes saúde/escola desenvolve nas demandas envolvidas no processo aprendizado/ensino, a oportunidade de crescimento sócio-intelectual. A utilização de metodologias ativas, em ambientes coletivos e comuns aos educandos, promove, mudanças de comportamentos, disseminação das dificuldades pessoais e culturais, promoção do autocuidado e a conquista da autonomia. Esta metodologia possibilita colocar em prática uma pedagogia problematizadora, pelo que é associada inegavelmente aos ensinamentos de Paulo Freire (BERBEL, 1999).

Diante desta orientação do Ministério da Saúde (MS), o Município de Mafra, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e do NEP em 2016, atenta, às demandas sociais de cada área de abrangência dos ESF, construiu uma Proposta de Capacitação, como uma estratégia de qualificação dos profissionais de saúde para atuação no PSE. A proposta de capacitação visava proporcionar experiências de métodos não tradicionais de ensino aprendizagem aos profissionais de Atenção Básica em Saúde, afim de que, as atividades desenvolvidas no PSE ocorressem de maneira criativa, transformadora e significativa para o universo escolar.

Para desenvolver este método de qualificação aos profissionais de saúde da Atenção Básica, que atingisse de maneira ampliada os diferentes cenários municipais, a Secretaria Municipal de Saúde/NEP, nomeou uma Comissão Multidisciplinar intitulada “Mentes Criativas”, do próprio Corpo de Funcionários, tendo, como participantes as

áreas de enfermagem, farmácia, nutrição, fisioterapia, serviço social, psicologia, odontologia e fonoaudiologia. Foram convidados também, especialista em Dependência Química, da área de psicologia da Comunidade Terapêutica do município de Mafra/SC.

O desenho desta Capacitação estava alicerçado, na perspectiva da pedagogia transformadora (FREIRE, 2000), voltada para os problemas reais, onde o diálogo, e os recursos sociais de cada universo escolar, fossem explorados de maneira concreta, desafiando os proponentes a ousarem na construção das oficinas, sem o uso de equipamentos rotineiramente usados, em palestras e eventos de PSE, como projetor de multimídias. Para Bastos (2006), as Metodologias Ativas são como “processos interativos de conhecimento, análise, estudos, pesquisas e decisões individuais ou coletivas, com a finalidade de encontrar soluções para um problema.”

Toda estrutura da capacitação foi fundamentada nos principais objetivos do PSE, os quais envolvem a promoção de políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira para promover saúde e educação integral e a articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008). Todas as atividades planejadas foram ricas em detalhes, tornando a capacitação atrativa e motivadora, para os profissionais de saúde. Desde o convite especial aos profissionais de saúde, sendo este criativo e colorido, assim como, as inscrições, onde cada Unidade Básica de Saúde (UBS) pode eleger seus participantes, que depois multiplicariam os conteúdos explorados.

A estrutura inicial da Capacitação deu luz a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006). Muitas vezes os profissionais de saúde, não obtiveram em suas formações técnicas, bases teóricas e práticas voltadas as medicinas tradicionais. Estas são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem incentivando e fortalecendo a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e seus praticantes nos sistemas nacionais de saúde.

O Brasil define as Medicinas Tradicionais e Complementares como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). A realidade do Brasil se destaca, pois as PICS estão inseridas em um sistema público e universal de saúde, fortemente estabelecidas na Aten-

ção Básica, de forma integrada ao sistema e não à parte, como ainda acontece em outros países (BRASIL, 2017).

A programação do evento ficou estabelecida em período matutino e vespertino, onde cada participante inscrito poderia participar em até três Oficinas de 45 minutos cada uma. As atividades no período matutino envolveram: Dinâmica de Integração entre os participantes, denominada de “A parte mais importante do Corpo”, em que o objetivo era motivar a percepção dos participantes, de que somos seres diferentes e, sentimos o toque humano da maneira particular, muitas vezes conduzindo e outras vezes se deixando conduzir. Vivenciando a prática de Yoga. Nesta atividade foi proporcionada 01 hora de prática de Yoga com profissional habilitado na área. O objetivo foi estimular a vivência do processo de conhecer-se, de buscar o equilíbrio mental e físico. Contextualizando PSE no Município de Mafra/SC. Esta atividade foi apresentada de forma expositiva e dialogada com os objetivos, a organização e abrangência do PSE no município de Mafra, pela Coordenação de Atenção Básica.

As oficinas desenvolvidas período vespertino, pela Equipe Multidisciplinar, fora tecida, a partir de 15 minutos de bases teóricas problematizadas e 30 minutos de vivências com dinâmicas. Não foram utilizados equipamentos de projetor de multimídia, e os celulares dos participantes foram guardados em caixas coloridas no início de cada Oficina. As oficinas oferecidas foram:

Oficina 1 - Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS:

Nesta atividade foi empregada a técnica de Cadeia de Transmissão. O Objetivo foi reconhecer comportamentos vulneráveis, identificar a cadeia de transmissão e refletir sobre a vivência sexual responsável.

Oficina 2 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas:

A oficina empregou a técnica “Desatando Nós”, com o objetivo de refletir sobre os nós que o uso das drogas traz para a vida das pessoas e dos familiares. Foram enfatizados ainda aspectos relativos à prevenção do uso de substância químicas e o impacto sobre a saúde física e mental.

Oficina 3 - Promoção da cultura da Paz, Cidadania e Direitos Humanos:

Nesta oficina, os participantes foram motivados a integrar Rodas de Conversa, a partir do Programa de Comportamento Moral, de Paula Inez Cunha Gomide (2010).

Oficinas 4 - Promoção de segurança alimentar e nutricional saudável: Esta oficina envolveu um “Tabuleiro Nutritivo Gigante”, em que as peças do tabuleiro eram os próprios participantes. O objetivo era por meio do jogo, estimular a percepção dos participantes diante os hábitos e costumes frente à alimentação saudável, bem como motivar as práticas de diferentes atividades físicas.

Oficina 5 - Prevenção das Violências e dos acidentes: O objetivo desta atividade foi trazer em cena a problemática das violências no contexto da Saúde Pública. O método da atividade envolveu a encenação e a contação de histórias. O ambiente foi preparado com diversas fantasias (super-heróis, princesas, monstros etc.). Os participantes foram convidados a vestir uma das fantasias e se posicionarem sentados em almofadas espalhadas na sala. A profissional mediadora da atividade iniciou o conto da história da chapeuzinho vermelho, no entanto, o final desta história deveria ser dado por um desenho desenvolvido pelos participantes que envolvesse o personagem com o qual estavam caracterizados. O desenho deveria ilustrar como a violência pode ser prevenida. Posteriormente os participantes foram convidados a dividir com o grupo seu desenho e ao contextualizar eram explorados aspectos relativos à violência.

Oficina 6 - Promoção da Saúde e prevenção de doenças em eliminação: Nesta atividade o mediador expôs o que seriam os agravos em eliminação e as medidas profiláticas a serem adotadas para a promoção da saúde. Posteriormente os participantes foram convidados a participar de um jogo de tabuleiro, em que as peças eram os próprios participantes. O jogo se deu com perguntas e respostas, sendo que as respostas eram dadas coletivamente pelo grupo. A atividade proposta buscou além de proporcionar conhecimento básico sobre medidas profiláticas de doenças parasitárias e infecciosas, resgatar valores como união e solidariedade nos trabalhos em equipe.

Oficina 7 - Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor: Nesta atividade, foram apresentadas experiências exitosas desenvolvidas em ambientes escolares, que tiveram como recursos estratégicos, para mediar o diálogo entre Profissionais de Saúde a educandos, jogos, teatro com fantoches, desenhos e atividades cognitivas.

Oficina 08 - Promoção da saúde, auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração: Nesta oficina os participantes puderam vivenciar diferentes testes e percepções de avaliação

da saúde auditiva. O método adotado foi uma roda de conversa, utilizando a dinâmica da batata quente para motivar um diálogo sobre o tema (cinco tiras com questões colocadas em um saco de pano opaco, que circulava de mão em mão entre os jovens, enquanto uma música tocava. Quando a música era interrompida, o participante que estivesse com o saco de pano (batata quente), retirava uma pergunta e tentava responder. Os demais jovens debatiam sobre o tema com o auxílio dos moderadores). Posteriormente foram explorados testes simplificados de habilidades auditivas, como o teste de percepção dos sons de LING; teste de localização sonora; teste de identificação auditiva; teste de pareamento sonoro; teste de memória auditiva; teste de sequência auditiva e teste de discriminação auditiva.

Todos os facilitadores das oficinas teceram suas estratégias de explorar as temáticas, primando pelo entendimento que todos ensinam e todos aprendem, em um movimento dialético, baseado no diálogo e no lúdico. Segundo Freire, uma alternativa segura para eliminar as fronteiras entre esses diferentes atores é o diálogo, que funciona como potencializador da elaboração de conflitos e permite o trabalho coletivo. O resgate da palavra e da escuta potencializa a mudança. Entretanto, somente por meio da disponibilidade e do respeito pelo potencial de cada ator será possível uma verdadeira transformação.

Considerações Finais

A oficina de metodologias ativas foi desenvolvida de forma multiprofissional e intersetorial, alicerçada no princípio teórico significativo da autonomia e no processo mútuo de ensinar e aprender. A oficina permitiu instrumentalizar os profissionais da atenção primária a saúde, para empregarem no Programa Saúde na Escola, novas metodologias, deixando um pouco de lado os tradicionais métodos com características marcantes de fragmentação e reducionismo. No entanto, o processo ensino-aprendizagem é complexo e requer dos profissionais que assumem dentro do PSE a ação de mediador, o exercício permanente da problematização e reflexão, afim de, se construir uma aprendizagem significativa.

Apesar dos desafios ainda impostos, a proposta de aproximar os profissionais de saúde de uma prática pedagógica inovadora foi determinante no fortalecimento do vínculo saúde-ensino e na longitudinalidade das ações de PSE no município.

Referências

BASTOS, C. C. **Metodologias ativas**. 2006. Disponível em: <http://educacaoemcuidado.com.br/2006/02/metodologias-ativas.html>. Acesso em: 06 de jul 2017.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p: 25-40, 2011

BRASIL. **Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. **Decreto nº 6286 de 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. **Portaria nº 1861 de 04 de setembro de 2008**. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº24**: Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília, 2015. 68 p.

COSTA FERREIRA, I.R. *et al.* Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012, p: 3385-3398.

FIGUEIREDO, T.A.M, *et al.* A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p.59.

----- **Educação como prática de liberdade**. 29ª ed. Rio de Janeiro:

Paz e Terra; 2006

..... **Pedagogia da Autonomia**. 36. ed, São Paulo: Paz e Terra, 2009.
MACHADO, M.F.A.S, *et al.* Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p: 307-312, 2015.

Ministério da Saúde Ministério da Educação. **Passo a Passo Programa Saúde na Escola. Tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília -DF, 2011

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORAN, J. M. **Mudando a educação com metodologias ativas**. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Ponta Grossa: UEPG Foca. Coleção Mídias Contemporâneas, 2015.

OLIVEIRA, M. G.; PONTES, L. **Metodologia ativa no processo de aprendizado do conceito de cuidar: um relato de experiência**. X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011. Acesso em: jul de 2017.

ROGERS, C. **Liberdade para Aprender**. Belo Horizonte: Ed. Interlivros, 1973.

SOBRAL, F; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm.** USP, v. 46, n. 1, São Paulo, 2012.

VALENTE, J. A. Comunicação e a Educação baseada no uso das tecnologias digitais de informação e comunicação. **Revista UNIFESO – Humanas e Sociais**, v. 1, n. 1, p:141- 166, 2012.



OFICINA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: ENCONTRO REGIONAL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

*Maria Ediléia Ribeiro da Silva
Milena Mery da Silva*

Introdução

O Sistema de saúde atualmente vigente no país, Sistema Único de Saúde (SUS), é resultante de uma construção histórica, com que envolveu diversas iniciativas de políticas públicas do contexto brasileiro e internacional. Em 1988 a Constituição Federal alterou o entendimento do conceito de saúde, neste a saúde foi reconhecida como um direito dos indivíduos e um dever do estado. O projeto de reorganização do Sistema de Saúde aprovado na Constituição de 1988, denominado Sistema Único de Saúde modificou os alicerces do sistema de saúde anterior, tem sua base na universalização, integralidade, descentralização e a participação popular. As suas ações tornar os serviços de saúde integral aos usuários (NASCIMENTO, 2004).

A Atenção Básica deve ser o elo de comunicação com toda a Rede de Atenção a Saúde e o referencial da população. Trata o sujeito em sua singularidade, busca criar vínculo e a continuidade do cuidado. Em 2011, o Ministério da Saúde reafirma a centralidade da Atenção Primária da Saúde na organização do SUS definindo a Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, demo-

cráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e das necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

Visando ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, e a partir de debates nacionais e de experiências municipais, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes são compostos por equipes multiprofissionais, que atuam de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e Atenção Básica, realizando o compartilhamento de saberes e práticas em saúde, procurando ajudar no manejo ou resolução de problemáticas assistenciais, bem como adicionando práticas que contribuam para ampliação da capacidade de cuidado.

Neste cenário os profissionais do NASF deveriam agregar ações na atenção básica, que se dão de forma direta, em ações individuais ou coletivas. Entretanto, essas ações muitas vezes aparecem fragmentadas e desconectadas das realidades das equipes de saúde conforme as experiências apresentadas por diversos atores envolvidos no processo.

Em uma revisão de literatura, realizada nas bases Lilacs e Scielo e em documentos ministeriais, intitulado “Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura” Souza e Calvo (2016), verificaram que apesar da equipe do NASF viabilizem a ampliação dos profissionais na AB e abrangência de ações. Não garante resultados extensivos, a qualificação da própria organização das ofertas de ações em saúde, tendo em vista o trabalho desarticulado e desconectadas da realidade das equipes.

Frente às lacunas vivenciadas no cotidiano do trabalho do NASF, um grupo de servidores públicos da Região do Médio Vale do Itajaí, iniciou um processo de aproximação com as demais equipes desta regional, com o intuito de fomentar discussões sobre o processo de trabalho dos NASF visando à qualificação e melhoria do trabalho. A priori, esta aproximação ocorreu informalmente. No entanto, com a

importante adesão coletiva, se fez necessário a oficialização do encontro incluindo demais atores como gestão e ensino, a fim de legitimar esse espaço de discussão e construção dos processos de trabalhos.

Este processo de discussão acontece concomitantemente à implementação no município de Indaial do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), que por sua vez apoiou os profissionais do NASF de Indaial, tendo em vista que os mesmos eram parte idealizadora deste movimento. Por esse motivo, o encontro foi sediado na cidade de Indaial/ SC e contou com o apoio e participação de profissionais do Mestrado de Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI.

Caminho metodológico

Trata-se de uma pesquisa do tipo participante, a qual foi mobilizada a partir das atividades realizadas pelo grupo do NASF junto aos locais de atuação. As narrativas coletadas nos encontros trazem à tona a construção de um espaço que objetivou a promoção do reconhecimento das equipes NASF e a reflexão sobre as práticas realizadas, fomentando a criação de um coletivo orgânico para melhoria do processo de trabalho na Atenção Básica.

Frente às informações coletadas na oficina, utilizou-se a análise de conteúdo para compreender as características, estruturas e modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagem considerados. Conforme cita Bardin:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Para potencializar as discussões e facilitar o processo de comunicação, criou-se um grupo chamado “NASF sem fronteiras” por meio de software para telefone móvel (Whatsapp), onde possibilitou a troca de mensagens instantâneas. Este foi utilizado para iniciar aproximação dos profissionais lotados no NASF da região no médio vale do Itajaí. Entretanto, as discussões se ampliaram e profissionais de outras regiões do estado de Santa Catarina foram inseridos nesse grupo, e conse-

quentemente foram incluídos no momento presencial da Oficina.

No momento que antecedeu a realização da oficina, ocorreram dois encontros para planejamento. No primeiro encontro foram definidos aspectos organizacionais, distribuídos tarefas e discutido sobre as problemáticas a serem abordadas. No segundo encontro foi realizado com dois professores doutores do Mestrado de Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI, para orientação e reflexão, a fim de sistematizar o conhecimento e discutir a melhor metodologia para oficina. Neste, pactuou-se a participação dos referidos professores para facilitação da oficina, por meio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização de Indaial/SC. Esta parceria tornou-se possível, devido a parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde de Indaial/SC com o Mestrado de Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI/SC que naquela oportunidade realizavam oficinas para formação de um grupo de profissionais, no processo de implementação no município de Indaial do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU).

O encontro foi sediado na cidade de Indaial/ SC, com duração de 4 horas. Participaram da reunião vinte e dois municípios, de diversas regionais do estado de Santa Catarina. Estavam presentes 146 profissionais de diversas categorias, são elas: 33 Psicólogos, 26 Nutricionistas, 21 Fisioterapeutas, 16 Assistentes Sociais, 14 Fonoaudiólogos, 13 profissionais de Educação Física, 9 Farmacêuticos, 7 Terapeutas Ocupacionais, 5 Médicos e 2 Enfermeiros. A Oficina contou com cinco momentos, sendo os quatro primeiros momentos relacionados à oficina propriamente dita, o quinto e último momento ao processo de avaliação. Na qual, foi entregue questionário de avaliação do encontro.

Como referencial para a realização da oficina utilizou-se uma proposta pedagógica respaldada na metodologia do Paulo Freire, na qual os participantes puderam, dialogicamente, refletir de maneira crítica sobre o panorama do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil e em Santa Catarina. Possibilitou também, discutir sobre as práticas cotidianas, as possibilidades de inserção profissional, considerando as ferramentas de trabalho da atenção básica, processos de trabalho, educação permanente, a partir de suas práticas e conhecimentos científicos e cultura do trabalho em saúde.

A dialogicidade é concebida como essência da educação, prática da liberdade, estando presente nos momentos do processo ensino-

-aprendizagem, faz com que os indivíduos reflitam as suas práticas, tomando como ponto de partida suas experiências no mundo e com o mundo, “Quando tentamos um adentramento no diálogo como fenômeno humano, se nos revela algo que já poderemos dizer ser ele mesmo: palavra. Mas ao encontrarmos a palavra, na análise do diálogo, como algo mais que um meio para que ele se faça, se nos impõe buscar, também, seus elementos constitutivos” (FREIRE, 2006, p. 89). Este método possibilita a reflexão crítica, implicando a conscientização sobre a sua própria realidade, por transformando-a, contribuindo para que estes se assumam como sujeitos da práxis.

Com o intuito de conhecer os processos de trabalho e histórico das equipes, bem como de facilitar as discussões utilizou-se roteiro composto por perguntas abertas que questionavam: número de profissionais, equipes ESF vinculadas, facilidades e dificuldades no processo de trabalho. Este roteiro foi adaptado da pesquisa de mestrado intitulada “Trabalho e Produção de Conhecimento em Saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família nos Municípios Do Médio Vale Do Itajaí/SC” (SILVA, 2016).

O processo de elaboração e facilitação da oficina teve a participação da Universidade do Vale do Itajaí. Neste ponto cabe salientar a interface ensino/serviço, que vem ao encontro com os indicadores previstos nas pactuações e políticas de saúde, tais como a Educação Permanente em Saúde, Atenção Básica entre outros.

As discussões foram gravadas, transcritas e encaminhadas via relatório pela equipe do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI, ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU) de Indaial/SC. Realizou-se a leitura flutuante do material como análise de conteúdo, possibilitando assim, a identificação de alguns temas para destaque.

Para melhor entendimento do processo adotado nas oficinas, o processo de trabalho foi categorizado nos seguintes temas: Núcleo de Apoio à saúde da Família: política pública e situação em Santa Catarina; Rede de atenção básica: qual o lugar do NASF?; Práticas, teorias, construções históricas e cultura; Reflexão-Ação.

Na categoria do “Núcleo de Apoio à Saúde Família: política pública e situação em Santa Catarina”, a discussão realizou-se de maneira dialógica, no grande grupo, a introdução as portarias e documentos

norteadoras relacionadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, bem como apontamentos sobre os Núcleos em Santa Catarina. Na categoria sobre a “Rede de atenção básica: qual o lugar do NASF?”, realizou-se uma roda de conversa onde se pontuou a relação do NASF com o trabalho em Rede e o Lugar que o núcleo ocupa neste processo.

Na categoria de “Práticas, teorias, construções históricas e cultura” Profissionais foram divididos em pequenos grupos, entregue roteiro de perguntas, posteriormente solicitou-se que os profissionais, discutissem e preenchessem o roteiro. Logo após as respostas foram apresentadas ao grande grupo. Por fim, na categoria “Reflexão-Ação”, foi possível no grande grupo, refletir as práticas e processos de trabalho dos profissionais do NASF, a partir da discussão das respostas do roteiro. Para a realização de ação foram propostos e discutidos mecanismos e espaços de construção e planejados novos encontros.

Núcleo de apoio à saúde da família: política pública e situação em Santa Catarina

Foi realizado uma breve introdução sobre criação e percurso histórico do NASF, relacionando as portarias Ministeriais e documento norteadoras da atuação. Os diálogos levaram a reflexões sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil e o panorama em Santa Catarina.

Observou-se que os profissionais trouxeram questionamentos referentes a execução das normatizações e atividades norteadas por documentos oficiais relacionados ao NASF. Esteve presente nos discursos questões sobre cadastro de profissionais versus real atuação na equipe, processo de seleção para o trabalho na equipe, perfil profissional, incentivo para atuação na equipe, regulamentação da equipe nos municípios, modalidades de equipes, categorias profissionais com possibilidade de atuação, aplicabilidade dos recursos destinados às equipes do NASF nas ações de saúde e aquisição de materiais e recursos que facilitem, potencializem ou possibilitem a realização das ações.

Também foram discutidas as ações assistenciais versus técnico-pedagógicas, pode-se verificar dúvidas sobre o número adequado de ações relacionadas aos atendimentos individuais, acionamento da equipe, matriciamento, atividades de educação permanente, atividades coletivas, relacionadas especialmente ao núcleo de atuação dos profissionais e ações generalistas.

Neste momento houve uma grande discussão sobre o lugar ocupado pelo núcleo na atenção básica, ressaltando-o como pertencente à atenção básica e não como um serviço a parte, um núcleo de atendimento especializado na atenção básica.

Práticas, teorias, construções históricas

Foi realizada uma roda de conversa sobre o trabalho em rede o lugar que o NASF ocupa neste processo. Este momento possibilitou uma reflexão sobre a importância do trabalho em rede e atuação do NASF nesse processo como potencializador das ações, apontando para um cuidado integral, longitudinal e qualificado na atenção básica. Ainda para este momento os profissionais foram divididos em pequenos grupos e utilizou-se roteiro contendo perguntas abertas que possibilitaram a visualização do processo histórico e de trabalho das equipes. Solicitou-se que os profissionais, discutissem as perguntas e preenchessem o roteiro. Os profissionais contaram com auxílio de facilitadores.

Ao final, cada grupo escolheu um integrante que representou a construção coletiva para expor aos demais as questões apontadas no questionário. Esse processo possibilitou conhecer o histórico dos NASF, bem como potencialidade e dificuldades para a realização das atividades e atuação. Possibilitando a reflexão crítica das práticas e processos de trabalho.

Reflexão-ação

Constantemente retomava-se ao objetivo geral da oficina, bem como os objetivos relacionados aos momentos específicos deste movimento. Dando seguimento foram propostos e discutidos mecanismos e espaços que viabilizem a criação de um espaço coletivo que possibilite a construção de conhecimento vislumbrando a melhoria do processo de trabalho na atenção básica. Os dispositivos apontados foram a criação de uma câmara técnica ou grupos condutores que pudessem se caracterizar como espaços específicos da Atenção Básica, onde a discussão da práxis fosse constantemente difundida e amadurecida entre os membros participantes.

Ainda nesse momento foi pactuado novo encontro, tendo em vista a necessidade de discutir a construção desse espaço. Salienta-se que nesse processo reflexivo ficou demarcada a importância de apro-

ximar os profissionais das equipes de saúde da família para as discussões relacionadas ao processo de trabalho do NASF, considerando que o núcleo é parte das equipes de saúde.

Considerando o referencial teórico de Freire o processo dialógico, de problematização, reflexão-crítica dos sujeitos envolvidos para uma determinada ação, gera conhecimento tendo em vista que nesta ótica criou-se um ambiente pedagógico de ensino e aprendizagem e neste sentido “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 2016, p. 24).

Resultados

Pode-se observar que os Núcleos de Apoio a Saúde da Família presentes foram criados entre os anos de 2009 e 2016. O maior número de equipes presentes pertencem aos NASF da modalidade 01, que totalizaram 16 equipes.

Conforme orientações da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (Brasil, 2017), os NASF da modalidade 01 deverão ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior cuja soma de cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais. Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

O NASF da modalidade 02 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior cuja a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais. Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

Os NASF da modalidade 03 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior cuja a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais. Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

Como processo histórico de construção dos núcleos, observa-se que alguns nascem por vontade e motivação de alguns profissionais sobre o trabalho na saúde coletiva como trabalhador ativo, empoderado e coletivo. Outras equipes foram instituídas por gestores com interesses secundários, considerando a possibilidade de recebimento do incentivo financeiro ministerial.

As equipes apontaram dificuldades relacionadas ao não entendimento do processo de trabalho do NASF pela gestão e pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família. Este processo conduz o trabalho do núcleo muitas vezes para ações pontuais e desconectadas das equipes de saúde e das reais demandas do território. Anjos *et al.* (2003) apontam como uma fragilidade, na prática do NASF, que os profissionais das equipes vinculadas não possuem clareza sobre o trabalho do NASF.

O fator das equipes de saúde não perceberem o NASF como pertencente à atenção básica, como apoio a equipe, apresenta-se como “ponto crítico” para a construção do trabalho dos profissionais. Este fato culmina com o relato da existência da grande demanda para o atendimento ambulatorial.

A partir destas reflexões se evidenciou a existência do modelo hegemônico, biologicista e médico centrado. O núcleo então pode ser percebido em sua potencialidade como protagonista para a quebra desta lógica imposta na atenção básica. Segundo Nascimento e Oliveira (2011 p. 95), “A formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e também a intervenção sobre seus condicionantes”.

Ainda com relação aos relatos, os entraves do trabalho do NASF também perpassam pela ausência/deficiência de qualificação dos profissionais do NASF. Este se relaciona a formação acadêmica e posteriormente qualificação para o trabalho na saúde coletiva, em atividades interdisciplinares, na qual os profissionais são compelidos em atuar de maneira generalista assumindo-se como trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS, por vezes tendo que aprender somente na prática tal ofício.

Nascimento e Oliveira (2011) no artigo intitulado “Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família” apontam que as dificuldades no processo de trabalho do NASF se deve, em parte, pela formação dos profissionais que não atende às necessidades da atenção básica e do SUS. Tendo em vista que não contempla questões indispensáveis para a proposta do NASF.

A falta de espaço físico, recursos materiais para as atividades e de transporte também foram citados como dificultadores para realização do trabalho no núcleo. Com relação às dificuldades no processo de trabalho do NASF Almeida (2012) em seu trabalho denominado “Potencialidades e fragilidades do NASF e do apoio matricial em João Pessoa/PB: percepção dos profissionais” identificou fragilidades e potencialidades percebidas e vivenciadas pelos trabalhadores do NASF. Neste sentido apontou como fragilidades dependência de algumas equipes da ESF para a resolução dos problemas/situações adversas nos territórios, carência de apoio clínico assistencial e técnico pedagógico; precariedade do vínculo de trabalho (prestação de serviços), más condições de trabalho (transporte); e à incompreensão do papel do apoiador (a equipe de ESF percebe a equipe do NASF como um fiscalizador).

Em contrapartida, as potencialidades da proposta do NASF apontaram que, em geral, os profissionais inseridos nos núcleos apresentam clareza do seu papel e procuram responsabilizar-se pelo cuidado junto as equipes, percebendo que o trabalho proporciona a otimização da resolutividade das ações para os usuários. Outras potencialidades foram apontadas pelos profissionais como a possibilidade de discussões dos casos de maneira multiprofissional e inter-setorialmente. Verifica-se a realização de trabalhos grupais de apoio, equipes com experiência em matriciamento, horários de trabalho compatível com horários da Estratégia de Saúde da Família, interesse, pro-atividade com disponibilidade para adquirir conhecimento, flexibilidade, visão integral e centrada no usuário.

Verificamos nas discussões, o reconhecimento por parte dos profissionais, que o processo de trabalho do NASF possibilita o aumento das resoluções de casos na atenção básica e redução demanda para os atendimentos em especialidades. Outros aspectos apontados foram o aumento de oferta de serviços e qualificação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde, por meio dos matriciamentos, e a possibilidade de unir os pontos da rede de atenção.

Corroborando com esses achados Souza e Calvo (2026 p.984) apontam como resultados finais identificados em sua pesquisa documental que:

O aumento da eficácia das equipes apoiadas e de sua resoluibilidade, a ampliação da resolução das problemáticas de saúde dos usuários na AB, a oferta de acesso contínuo a cuidados em saúde oportunos e de qualidade nas RAS e em articulação com outros setores e a consolidação de modelos de cuidado em saúde focados na atenção integral.

Consideramos que o matriciamento em sua dimensão técnica-pedagógico, na qual são utilizadas tecnologias leves, estes referentes aos processos relacionais e dialógicos, se caracterizam com um espaço de compartilhamento de saberes, locus propício para construção de conhecimentos, contribuindo para as reflexões de práticas cotidianas entre outros aspectos. Segundo Merhy (2005) as tecnologias leves estão relacionadas a relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho.

No processo de discussão foram elencados e posteriormente discutidos com os profissionais, no grande grupo, a possibilidade da instituição de um coletivo orgânico que possa discutir legitimamente os processos de trabalho do NASF, possibilitando a melhoria do processo de trabalho. Para este ficou definido a necessidade de um novo encontro que potencializasse as discussões nesse sentido. Com relação a este fato, cabe apontar que um segundo momento está em processo de planejamento, nesta será possível visualizar de maneira mais efetiva a avaliação e monitoramento dos impactos do serviço, bem como projetar melhorias no funcionamento e manutenção do programa.

Conclusões

Qualificar uma rede de atenção à saúde não se caracteriza uma tarefa fácil, já que o conhecimento não se repassa nem se absorve sem a

intenção de aprender. Nesse sentido, evidenciamos a benesse desse encontro: a convicção dos servidores públicos em aprimorar a atenção básica por meio do NASF. A grata surpresa deste movimento foi encontrar no caminho, por vezes árduo, do serviço público, profissionais que desejam qualificar e defender seus fazeres, muitas vezes sucateados entre a rede pública de saúde, experienciando e acreditando num programa que pode sim, contribuir para o aumento do escopo de ações da atenção Básica.

A oficina foi utilizada na sua potencialidade, considerando capacidade relacional, gerador de circunstâncias criativas e ativas, como ferramenta geradora de visibilidades e estranhamentos no processo de trabalho. Justamente por ter sido planejada e executada por profissionais que objetivavam promover o reconhecimento das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Possibilitando aos profissionais o entendimento do processo de trabalho como relação da práxis, envolvendo a produção do conhecimento.

No percurso evidenciou-se diversos entraves que inviabilizam ou dificultavam o trabalho em saúde, bem como as suas potencialidades. Mesmo assim, segue-se acreditando na manutenção não só das políticas públicas como a do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como também, na construção de espaços dialógicos de aprendizagem, de deslocamento de ideias, de transformação. A oficina contribuiu positivamente para a efetivação do objetivo inicial, potencializando as discussões para a criação de um grupo de trabalho organizado.

Consideramos os trabalhadores do NASF como sujeitos históricos e atores de mudança da lógica de processos de trabalho na atenção básica, de maneira macro este movimento cumpriu o papel de problematizar a realidade dos trabalhadores, dialogicamente, fazendo-os perceber as peculiaridades e características de seus trabalhos para criar um momento reflexivo gerador de mudanças em cada território pertencente aos atores ativos envolvidos nesse complexo papel de trabalhador da saúde coletiva.

Referências

ALMEIDA, E.R. Suplemento **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. ISSN 1414-3283. Interface (Botucatu) [online], supl. 1, 2012.

ANJOS, K.F. *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 37, n. 99, p.672-680. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível no endereço eletrônico: <<http://>

dx.doi.org/10.1590/s0103-11042013000400015>. Acesso em: 02 nov. 2017
 BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

ENCONTRO REGIONAL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA. 2016. Secretaria Municipal de Saúde. Indaial/SC.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

_____, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016

BRASIL, **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível no endereço eletrônico: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 03 Nov. 2017.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

Nascimento, C. A. T. (2004). **Construindo processos de organização dos psicólogos em Saúde Pública** Em C. A. T. Nascimento (Org). Psicologia e Políticas públicas: experiências em Saúde Pública (pp. 11-16). Porto Alegre: CRP – 7ª. Região.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde** (CUSC), São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/novo/publicacoes/publicacoesDownload.php?ID=74&rev=s&ano=2010>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

SILVA, M.E.R. **Trabalho e Produção de Conhecimento em Saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família nos Municípios Do Médio Vale Do Itajaí/SC**. 2016. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí. 2016.

SOUZA, T.T; CALVO, MCM. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Saúde Soc: revisão de literatura**, São Paulo, v. 25, n. 4, p.976-987, 2016.



OFICINAS EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO FRENTE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

*Veridiane Patricia Orso
Francielli Girardi
Carine Magalhães Zanchi de Mattos
Fernanda Metelski
Leticia de Lima Trindade*

Introdução

No Brasil, a Atenção Básica à saúde (AB) desenvolve-se a partir de um importante processo de descentralização e capilaridade, atuando o mais próximo possível da vida das pessoas. Constituinte-se como a principal porta de entrada do usuário para a comunicação com as demais Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

A AB atua ainda, por meio de um conjunto de ações voltadas para o âmbito individual e coletivo, com enfoque na promoção e proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico e tratamento, na reabilitação, na redução de danos, cuidados paliativos e na vigilância em saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral à saúde da população. Neste espaço devem ser desenvolvidas ainda, as ações de educação permanente em saúde, a partir de compartilhamento de saberes e ações intersetoriais (BRASIL, 2017).

Os profissionais de saúde que atuam na AB também têm papel fundamental nas estratégias de prevenção, diagnóstico, controle e monitorização das doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Buscando manter como foco principal a prática/

cuidado centrado na pessoa, assim envolvendo os usuários e cuidadores, tanto no contexto individual como coletivo, a definirem e implementarem novas estratégias de controle para a HAS (BRASIL, 2013).

O atual modelo de Saúde da Família adotado pelo Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da AB, possui como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado para com as famílias e as pessoas sob o qual está responsável, mantendo a organização do trabalho das equipes com foco nas necessidades dos usuários e na busca constante da melhoria dos serviços que são ofertados para a população (DIAS, 2014).

No Brasil, a hipertensão atinge indivíduos adultos, aproximadamente 32,5%, e mais de 60% da população idosa, contribuindo com 50% dos óbitos por doenças cardiovasculares. Além disso, traz complicações cardíacas interferindo na produtividade para o trabalho (SBC, 2016).

Percebe-se que um dos maiores desafios encontrados pelos profissionais da AB é de se manter adequadamente atualizados, devido ao grande número de novas informações disponibilizadas (BRASIL, 2013). Nesse sentido, em 2007 o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2007), e em 2014, publica as diretrizes para a sua implementação, as quais tem o intuito de permitir a identificação das necessidades de formação e ampliação de conhecimento dos trabalhadores da área da saúde, possibilitando assim a construção de estratégias e processos que visem a qualificação da atenção e do processo de gestão em Saúde, buscando produzir impactos positivos diante da saúde da população, tanto no contexto coletivo como no individual (BRASIL, 2014).

A EPS compreende a aprendizagem significativa em meio ao processo de trabalho, e para tanto, o ensinar e o aprender devem estar inseridos no dia a dia das pessoas e dos serviços, a fim de transformar práticas profissionais. Parte dos problemas vivenciados na realidade dos serviços, e valoriza os conhecimentos e experiências dos trabalhadores. Assim, as necessidades de formação emergem das demandas e necessidades de saúde das pessoas, o que possibilita que a educação permanente seja um importante dispositivo para a reorganização do trabalho (BRASIL, 2007).

A partir destes pressupostos, a formação acadêmica em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, durante a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado II, vem estimulando os estudantes

a identificarem em conjunto com a equipe de saúde da família (ESF), os problemas vivenciados no cotidiano profissional e as ações educativas que podem ser desenvolvidas com o objetivo de contribuir com a reorganização do processo de trabalho. O objetivo geral deste relato é apresentar a experiência vivenciada em meio a assistência aos usuários portadores de HAS na AB, e as contribuições para a organização do processo de trabalho, ancoradas em oficinas educativas com a equipe de saúde.

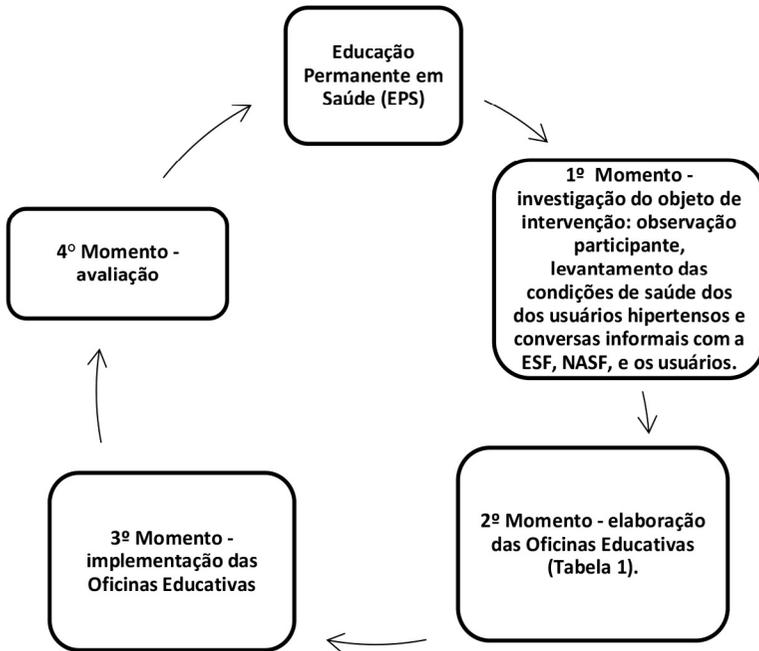
Metodologia

Trata-se de um relato de experiência acerca das ações desenvolvidas em conjunto com a ESF de Unidade Básica de Saúde (UBS) do Oeste de Santa Catarina (UDESC Oeste), integrando a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado II do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, durante o segundo semestre de 2016. A UBS é composta por apenas uma ESF, que é responsável por uma população de aproximadamente 4.000 habitantes. Está dividida em sete micro áreas, e conta com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composta por uma farmacêutica, uma educadora física, uma nutricionista e uma psicóloga.

Durante as rodas de conversa com a equipe de saúde, foi problematizada a atenção oferecida aos usuários portadores de HAS, evidenciando-se situações como: a baixa adesão dos usuários nos grupos de hipertensão realizados mensalmente na UBS; a dificuldade de organização da equipe multidisciplinar para o atendimento integral deste usuário; a necessidade da continuidade de uma assistência; e a falta de um fluxo sistematizado para o atendimento a esse público. Para além disso, foram analisados os prontuários dos usuários portadores de HAS para ter um maior conhecimento sobre as situações que envolvem estes usuários.

Em busca de organizar o processo de trabalho em conjunto com a ESF optou-se por desenvolver oficinas educativas, as quais se constituem na formação de espaços de promoção da aprendizagem com a participação coletiva, multiprofissional e interdisciplinar mediante o diálogo, contribuindo para a construção de novos conhecimentos (FREIRE, 2002). Essa proposta vem ao encontro da EPS, uma vez que as oficinas valorizam os saberes dos trabalhadores e favorecem a aprendizagem significativa.

Assim, a intervenção foi desenvolvida em 04 momentos, conforme são apresentados no fluxograma a seguir:

Figura 1: Fluxograma organizador dos momentos de EPS junto a ESF:

Fonte: Construção dos autores, 2016.

No primeiro momento da intervenção foi utilizado o método de observação participante, o qual é considerado um processo aonde a influência da teoria com a prática converge na transformação ou implementação do meio que é pesquisado (QUEIROZ *et al.*, 2007), a fim de identificar com detalhes os fluxos e números de atendimentos, dinâmica e demandas de trabalho da equipe da unidade, em relação aos usuários portadores de HAS.

Foi realizado um levantamento de dados quantitativos por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que era utilizado naquele momento, visualizando um total de 300 usuários portadores da HAS, também cadastrados em sistema de Prontuário Eletrônico utilizado pela UBS. Existe ainda um mecanismo interno de acompanhamento destes usuários, a partir de uma ficha específica, com informações como nome, idade, doenças prévias, medicamentos utilizados, entre outros.

Esta ficha de acompanhamento dos usuários portadores de HAS é utilizada por todos os profissionais da unidade, e serve ainda para o registro da participação dos mesmos nos grupos de hipertensos, além das anotações de atendimento e acompanhamento dos usuários de alto risco.

Ainda foram realizadas conversas informais com os profissionais da ESF e NASF, e também com os usuários hipertensos, durante as consultas de enfermagem, sobre suas percepções quanto ao desenvolvimento da assistência aos hipertensos e das atividades grupais oferecidas na UBS. Durante as conversas, os mesmos eram questionados sobre a sua percepção em relação as atividades desenvolvidas no grupo de hipertensão, novas sugestões e novas dinâmicas de grupo, além de questionar os motivos pelos quais os usuários não participavam rotineiramente do grupo. Desta forma, as atividades descritas anteriormente realizadas no primeiro momento da intervenção foram de suma importância para o reconhecimento dos problemas que emergiram nas rodas de conversa e que constituíram o objeto de intervenção.

No segundo momento, foram organizadas as temáticas e o cronograma conforme apresentado na Tabela 1, resultando em três oficinas educativas que foram desenvolvidas com a ESF.

Tabela 1: Cronograma de atividades para oficinas educativas

ATIVIDADES	
1º OFICINA	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão da metodologia de intervenção: o trabalho com as Oficinas Educativas; - Apresentação dos resultados obtidos por meio do SIAB, prontuário eletrônico e fichas de acompanhamentos; - Pontos positivos e negativos relacionados ao trabalho da equipe com os usuários hipertensos; - Importância da EP como estratégia para a transformação das práticas profissionais; - Dinâmica para integração da equipe e fechamento da primeira oficina.
2º OFICINA	<ul style="list-style-type: none"> - Problematização do fluxograma de atendimento ao usuário portador da HAS (atendimento sistematizado); - Proposta de agendamento fixo para hipertensos de ALTO RISCO; - Identificação de grupos de pacientes com maior risco de complicações para oferecer cuidado diferenciado (obesos, alto valor de glicemia, não adesão ao tratamento, alto Framingham ou risco renal); - Organização da busca ativa realizada pelos ACS por meio de visitas domiciliares para pacientes de alto risco;

	<ul style="list-style-type: none"> - Atualização da Ficha de acompanhamento dos portadores de HAS, durante a consulta de enfermagem, consulta médica e renovação da receita; - Construção coletiva de ferramentas e alternativas para a organização e fortalecimento do processo de trabalho da equipe em relação ao cuidado e a adesão ao grupo de usuários portadores de HAS;
3º OFICINA	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da intervenção realizada por meio da aplicação de um breve questionário com os participantes: 1. Pontos positivos e negativos da intervenção? 2. Quais os benefícios da atividade realizada para a equipe? 3. A atividade contribuiu para o planejamento estratégico do próximo ano?

Fonte: Banco de dados dos autores, 2016.

As oficinas foram realizadas na sala de reuniões da UBS, no horário das reuniões de equipe, momento privilegiado para a problematização das necessidades de saúde da população e troca de saberes multiprofissionais.

Primeira Oficina: ampliando a percepção da realidade

A primeira oficina teve duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. Nesta foram discutidos os seguintes temas: objetivos das Oficinas Educativas e a importância da EP como estratégia para a transformação de práticas profissionais em busca da melhoria da qualidade da atenção aos usuários portadores de HAS.

A educação permanente pressupõe a aprendizagem expressiva na qual a atividade de aprender e ensinar deve agregar a prática diária em que vivem os profissionais da saúde, pois é através dela que poderão refletir qual a realidade e o modelo de atenção em que se insere aquele modelo de saúde, a fim de buscar identificar quais as situações-problemas naquele âmbito. Em algumas circunstâncias dentro das práticas profissionais, muitos modelos de atenção à saúde são realizados, porém não são discutidos com todos os atores envolvidos dificultando o atendimento integral do usuário (STROSCHEIN; ZOCHE 2012). Após esta roda de conversa, foi apresentada para a equipe o resultado do levantamento dos dados.

Tabela 2 : Frequência e percentual dos usuários portadores de HAS segundo a faixa etária e o sexo em uma UBS do Oeste de SC, no segundo semestre de 2016.

Faixa Etária	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
20 a 49 anos	22	40	33	60	55	100
50 a 80 anos	89	49	93	51	182	100
Total	111	47	126	53	237	100

Fonte: Fichas de acompanhamento de usuários portadores de HAS

No total foi possível analisar 237 fichas do total de 300 cadastrados na área de abrangência da ESF, onde identificou-se a maior incidência de HAS no público feminino a partir dos 50 anos (51%) confirmando dados apresentados pelo Ministério da Saúde, por meio do programa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2011). Ainda, segundo o este mesmo autor, a prevalência de casos de HAS auto referida na população com mais de 18 anos de idade é de 22,7%, mostrando maior incidência no público feminino (25,45%) do que no masculino (19,5%). A HAS apresentou maior frequência e tornou-se mais comum com a idade, de forma mais marcante para as mulheres, com uma frequência de mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Esse resultado pode estar atrelado a maior procura pelos serviços de saúde pelas mulheres podendo representar maior oportunidade de diagnóstico médico de HAS. Portanto, a maior prevalência não indica necessariamente maior risco de hipertensão no grupo de mulheres (FERREIRA, 2006).

Após a apresentação e justificativa desses dados, foram discutidos com a equipe de forma dinâmica, pontos positivos e negativos do trabalho realizado com os usuários hipertensos, os quais foram colocados em tarjetas e colados na parede para que todos pudessem observar e refletir para a oficina seguinte, quais pontos precisam ser melhorados ou ainda, identificar potencialidades e fragilidades em relação ao público alvo. Adotar práticas dialógicas nesse modelo de intervenção é essencial para que exista o compartilhamento e a discussão de ideias, conhecimentos, problemas e soluções, assim melhorando a qualidade da atenção prestada (SILVA; DUARTE, 2015).

Os principais pontos de destacados como positivos foram: a importância do trabalho em grupo da equipe multiprofissional; o comprometimento de trabalho da equipe; e as informações que a equipe transmite aos usuários. Já os principais pontos negativos citados apontados pela equipe foram: a falta de interesse por parte do usuário em buscar a UBS; a falta de motivação da equipe para com o usuário; e a forma como é organizado atendimento o qual muitas vezes não produz os resultados esperados. Estes dados identificados e relatados pela equipe, confirmam a importância

da realização de atividades de EP com a equipe multiprofissional, para organização do processo de trabalho.

Em relação aos relatos dos usuários, foi apresentado para a equipe que os mesmos alegavam que não frequentavam o grupo por falta de tempo, ter esquecido a data, ou já estarem cientes dos temas abordados no grupo. Já na conversa com os trabalhadores da unidade, os mesmos relatavam muitas vezes haver a falta de motivação por parte dos usuários e a dificuldade de autocuidado, além de pouco reforço durante a realização dos convites.

Para fechamento da primeira oficina, foi realizada uma dinâmica chamada de dinâmica do barbante, na qual os participantes ficam presos uns aos outros, existindo apenas uma maneira de soltar-se. Essa dinâmica teve como objetivo animar e unir o grupo, mostrando a importância de persistir diante das dificuldades ou problemas encontrados. Os participantes tiveram um tempo de 3 minutos para encontrar o modo de se soltar sem cortar nem desatar o barbante. Após este tempo foi perguntado como sentiam-se amarrados uns aos outros? Quem desistiu antes de terminar o tempo, e o porquê? E que conclusões poderiam ser tiradas dessa brincadeira, levando em consideração as atividades que são realizadas com os usuários portadores de HAS.

Como respostas gerais disseram sentir-se “agoniados”, que no início desejavam soltar-se rapidamente sem antes observar as possibilidades, e, que após muitas tentativas não encontravam uma solução e acabavam por desistir. Ao final foi revelado qual era a única maneira de soltar-se, todos ficaram admirados, pois era uma forma muito simples, porém requeria de uma observação maior e mais cautelosa. Então para o fechamento foi trazida a seguinte fala para reflexão: “todo problema tem uma solução, porém as vezes é necessário persistir e não desistir, pois muitas vezes a solução está na frente dos nossos olhos, mas não conseguimos enxergar, e ainda quando não estamos conseguindo encontrar a solução, é de suma importância quebrar os paradigmas ampliando os olhares, pois na maioria das vezes as soluções são mais simples do que imaginamos”.

Assim finalizou-se a primeira oficina, obtendo uma grande aceitação do grupo em relação as atividades a serem desenvolvidas, aceitação essa, observada a partir de comentários feitos pela equipe durante a realização da mesma, como por exemplo sobre a importância de utilizar este espaço em que toda equipe se encontra reunida para discutir, refletir e superar possíveis dificuldades encontradas a partir de uma determinada situação de trabalho.

O trabalho em equipe possibilita uma grandiosa e importante troca de informações para a busca da melhoria da qualidade da atenção prestada, principalmente utilizando a cooperação como uma das maneiras de enfrentar as dificuldades da realização do trabalho em grupo, assim construindo consensos e pactuando decisões de maneira coletiva e democrática (CARDOSO; HENNINGTON 2011).

Segunda Oficina: ações para as mudanças na prática profissional

A segunda oficina teve duração de aproximadamente 1 hora e 20 minutos, e teve como pauta os seguintes temas: discussão de um fluxograma de atendimento aos usuários portadores da HAS, em busca de oferecer um atendimento sistematizado e integral; o agendamento fixo para hipertensos de ALTO RISCO; identificação de grupos de pacientes com maior risco de complicações e oferecer cuidado diferenciado (obesos, alto valor de glicemia, não adesão ao tratamento, alto Framingham ou risco renal).

Ainda buscou-se destacar a importância de realizar a busca ativa por meio de visitas domiciliares realizadas pelas ACS, para os pacientes que apresentarem alto risco a partir do escore de Framingham. Este escore é um método utilizado para avaliar o risco de desenvolvimento de doença coronariana a partir de alguns dados como: valor da pressão arterial sistólica, colesterol total, fração de HDL do colesterol, diagnóstico de diabetes e hábito de uso do tabaco, sendo que somados geram um número de score que identificará qual o risco de desenvolvimento da doença coronariana (LOTUFO, 2008).

Também foi demonstrada a importância de realizar a atualização da Ficha de acompanhamento de usuários portadores de HAS, durante os atendimentos e consultas, bem como a construção de ferramentas e alternativas para a organização e fortalecimento do processo de trabalho da equipe em relação ao cuidado com o usuário; e a adesão dos usuários ao grupo de hipertensos.

Para que haja a concretização do princípio da integralidade na atenção, é imprescindível que cada profissional da equipe empregue seu potencial criativo em conjunto com a equipe multiprofissional, através de novos métodos de trabalho, ainda a partir de esforços coordenados para a produção da promoção do cuidado em prol dos usuários (VIEGAS; PENNA 2013). Assim, os temas foram discutidos

em conjunto com toda a equipe multiprofissional, chegando as seguintes propostas para realização do plano de gestão da atenção ao usuário portador de HAS:

- Propor como parte do tratamento da HAS, a participação do usuário no grupo de hipertensos, a qual será solicitada e estará descrita nas orientações em anexo a receita dos medicamentos;
- Realizar os grupos de hipertensos mensalmente por microáreas, devido ao pouco espaço na sala de reuniões (aproximadamente 25 pessoas somente), e oportunizando uma maior interação entre eles e a equipe de saúde. As ACS entregarão os convites impressos com data e hora da realização do grupo. O convite terá um campo que será assinado no momento da entrega do convite ao usuário, para confirmação do recebimento da mesma;
- Implantar a carteirinha do HIPERDIA disponibilizada pelo Ministério da Saúde, para o acompanhamento de consultas, pacientes de alto risco, participação dos grupos e demais acompanhamentos realizados na UBS;
- Fazer busca ativa e elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para usuários de alto risco que não buscam a UBS para acompanhamento da HAS. O PTS prevê a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde e planos conforme o futuro de cada pessoa, com o apoio da equipe multiprofissional do NASF (BRASIL, 2015);
- Disponibilizar nas principais salas, como por exemplo a de sinais vitais, consultório de enfermagem e consultório médico, os fluxogramas de atendimentos criados em conjunto com a equipe multiprofissional, a fim de facilitar a visualização do modo como está sendo organizada a atenção ao usuário portador de HAS.

Terceira Oficina: avaliando as Oficinas Educativas e visualizando o início dos desdobramentos

A terceira e última oficina ocorreu para a avaliação da atividade de intervenção desenvolvida na unidade, auxiliando na identificação dos pontos positivos e negativos da intervenção, dos benefícios da atividade para a equipe, e o quanto os movimentos de EP foram importantes para o início das mudanças, e subsidiar o planejamento estratégico do próximo ano.

Para esta avaliação, foram entregues a equipe pequenas folhas com os questionamentos já apresentados, onde cada um pode expor sua opinião em relação a prática desenvolvida. De modo geral, nas respostas foi destacado pela equipe de maneira positiva as oficinas pedagógicas como uma importante atividade de intervenção na identificação das potencialidades e fragilidades da equipe em relação ao atendimento aos usuários portadores de HAS, proporcionando momentos de troca de saberes, aprendizado, atualização e reflexão frente ao processo de trabalho realizado, para que houvesse uma melhoria na qualidade do atendimento prestado, obtendo assim maior resolutividade, além de proporcionar para a equipe um momento de cooperação, diálogo e compartilhamento de experiências. Como único ponto negativo foi destacado o pouco tempo disponibilizado para realização da atividade, pois é um tema que envolve várias questões e estimula as discussões na equipe.

Ainda vale destacar como ponto positivo e resultante da atividade de EP desenvolvida, que após a realização das duas primeiras oficinas, ocorreu o grupo dos hipertensos organizado pela equipe do NASF e pela Enfermeira da ESF, utilizando uma das propostas sugeridas durante a intervenção, onde foi identificado uma significativa melhoria na adesão dos usuários ao grupo. O grupo realizado antes das oficinas educativas contou com a presença de sete usuários, e após a intervenção o grupo contou com a participação de 19 usuários. Este resultado demonstrou uma primeira mudança nas práticas de trabalho da equipe, e reafirmou o uso da EP como um dispositivo que contribui para a melhoria das práticas profissionais.

Observou-se por meio das respostas obtidas e das ações realizadas que vale reforçar a importância da interação entre o conhecimento dos diferentes profissionais da saúde, para que se torne possível utilizar novos objetos e novas tecnologias, para a prestação de uma atenção integral à saúde da população, a partir de um processo de construção coletivo da assistência na ESF (VIEGAS; PENNA 2013).

Sendo assim, quando educador e educando adotam uma postura ativa no processo de aprendizagem, desperta-se maior interesse por parte das pessoas na busca do conhecimento, com base na informação e sensibilização, diante de seus direitos e de suas responsabilidades, referente as questões que envolvam a sua saúde. Portanto, as ações de educação em saúde que são desenvolvidas pelos profissionais no âmbito da AB, tem em vista a ampliação adequada das condições de saúde, envolvendo uma reflexão crítica a partir da realidade em que vivem os usuários e dos fatores que definem um ser saudável (ARANTES, et. al. 2015).

Considerações Finais

A HAS é um grave problema de saúde pública e exige dos profissionais da AB constante acompanhamento, tanto no diagnóstico como no tratamento, controle e monitorização da mesma, permitindo ao usuário portador da HAS a melhoria na qualidade de vida, além da redução da morbimortalidade decorrente das complicações da doença.

Utilizar a EP como estratégia de intervenção ancorada nas oficinas educativas, permitiu aos profissionais e acadêmicos a problematização da realidade, a troca de saberes e fazeres, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos, fundamentais para a construção de novas estratégias de trabalho e de práticas transformadoras realizadas em uma construção coletiva com a equipe multiprofissional, além da revisão da abordagem terapêutica de maneira geral. As oficinas oportunizam a qualificação da atenção e do processo de gestão do cuidado, desencadeando resultados positivos em relação às condições de saúde dos usuários, tanto no contexto coletivo quanto no individual. Desta forma é possível potencializar ações, buscando torná-las integrais e efetivas, a fim de aumentar a qualidade de vida e promover a saúde dos usuários portadores de HAS.

Por fim, compartilhar potencialidades, necessidades e fragilidades durante as oficinas, no que se refere à atenção aos usuários portadores de HAS, partindo dos problemas identificados no início da intervenção, permitiu visualizar que os movimentos de EP constituem alicerces para a mudança e melhoria das práticas profissionais, contribuindo para a organização do trabalho e favorecendo a integração entre o ensino e o serviço.

Referências

ARANTES; R.K.M. *et al.* Educação que Produz Saúde: Atuação da enfermagem em grupo de hipertensos. **Rev Enferm UFSM**. v. 5, n. 2, p. 213-223, 2015. Acesso em: 24 Nov 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13472/pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade aberta do SUS. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde. **Projeto Terapêutico Singular**. UNASUS: 2015. Universidade Federal do Estado de Santa Catarina (UFSC). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Acesso em: 23 Nov 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1834>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Acesso em 17 Jan 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acessado em: 12 Out 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 16 Jan 2018. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 23 Nov 2016. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Acesso em 17 Jan 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>

CARDOSO, C.G; HENNINGTON, E.A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde**. 2011, v.9, suppl.1, p.85-112. ISSN 1981-7746. Acesso em: 24 Nov 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>>.

DIAS, M.S.A. et. al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver. **Ciênc. saúde coletiva**: 2014, v.19, n.11, pp.4371-4382. Acesso em: 23 Nov.2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>>.

FERREIRA, S.R.G. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, **Rev Saude Publica**, v.43, supl 2, p. 98-106, 2006. Acesso em 10 de jan 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900013>.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 24a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

LOTUFO, P.A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med**. São Paulo, v. 87, n. 4, p. 232-7, 2008. Acesso em: 25 nov 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/59084/62070>>.

QUEIROZ, D.T. *et al.* Observação Participante na Pesquisa qualitativa: Conceitos e Aplicações na Área da Saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.276-83, 2007. Acesso em: 23 Nov. 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>

SILVA, D.S.J.R; DUARTE, L.R. Educação Permanente em saúde. Rev. Fac. **Ciênc. Méd. Sorocaba**, v.17, n.2, p.104-105, 2015. Acesso em: 23 Nov. 2016. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/23470/pdf>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo, v. 7, n. 3, 2016. Acesso em: 17 Jan 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>.

STROSCHEIN, K.A; ZOCHE, D.A.Z. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 505-519, nov.2011/fev.2012. Acesso em: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300009> .

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.1, p.133-141, 2013. Acesso em: 23 Nov 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>>.



EDUCA INDAIAL: HISTÓRIA DE UM PROPÓSITO COLETIVO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

*Maria Ediléia Ribeiro da Silva
Milena Mery da Silva
Samira Natascha Tschoeke Reyes*

Introdução

O presente relato refere-se a um estudo sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS) do município de Indaial/SC. Para tal, realizou-se um ensaio avaliativo das ações de educação em saúde implementadas na Secretaria Municipal de Saúde do município. Para o alcance dos objetivos desse estudo, será explanado o panorama da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde do município referido.

É pelas vias da reflexão sobre o Ensaio e a experiência em jogo com o tema da avaliação que traçamos o rumo metodológico deste estudo. Através dele, será possível escrever e fazer um balanço do trabalho vivo, com uma forma não regulamentada da escrita e do pensamento, trazendo à tona, justamente as formas variadas e subjetivas que integram a construção dessa forma, sendo o modo experimental de uma escrita pensante (LARROSA, 2004).

A demonstração viva do trabalho é a realização do trabalho em ato, em eclosão de ações, a concepção e recriação de espaços. Sobrepostos de atos e desejos efetiva-se pela ação do conjunto, e na singularidade, revelando ser uma transformação em conjunto. Os sujeitos se expressam vivos através do significado do trabalho incluindo-se na totalidade pelo significado coletivo da expressão viva do trabalho (CESAR-VAZ, 2009).

O ensaio permitirá trazer a expressão de uma subjetividade que representa o mundo de quem a escreve, desde que esta subjetividade se ponha à prova, se ensaie, se invente e se transforme. É olhar a existência a partir dos possíveis, ensaiando novas possibilidades de vida.

Justifica-se a utilização do ensaio avaliativo das ações de Educação Permanente em Saúde no município de Indaial/SC, visto que os autores deste estudo são parte integrante do processo de construção, na prática diária do trabalho, bem como, encontram-se em papel importante de articulação entre a gestão, os trabalhadores, o controle social e os processos assistenciais necessários para elaboração de uma nova forma de implementação dos processos educativos.

Contextualização do local

O município de Indaial/SC é situado na região do Médio Vale do Itajaí, no Estado de Santa Catarina. Com uma população atual de aproximadamente 65.000 habitantes, a cidade vem expandindo consideravelmente no decorrer dos últimos anos. No entanto, a estrutura administrativa e assistencial da Prefeitura Municipal e principalmente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), não tem acompanhado a crescente população Indaialense. Nesse sentido, a estrutura administrativa da Secretaria de Saúde de Indaial ainda se encontra precária. Após o ano de 2015, com mudanças na gestão da Secretaria Municipal de Saúde, aos poucos, ainda que timidamente, vem avançando no escopo de oferta e serviços do Sistema Único de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde possui cerca de 380 funcionários, efetivos e contratados. Conforme levantamento realizado pelo setor de Educação Permanente em Saúde no ano de 2016, a SMS precisaria aumentar sua força de trabalho em cerca de 101%. Esse dado é fruto de um levantamento com cada frente de trabalho nos estabelecimentos de saúde, visto que se verifica constantemente a grande defasagem profissional para o desenvolvimento adequado dos serviços de saúde.

Atualmente, o município dispõe de 11 equipes de Estratégia de Saúde da Família (com cobertura de 55%), 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família I, 1 Equipe de Atenção Básica (atende o território não coberto por ESF), 1 Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, 1 Centro de Atenção Psicossocial I, 1 Centro de Assistência Farmacêutica, 1 Equipe de SAMU (Básica), 1 Serviço de Atenção Integral à Saúde (atendimento de especialidades médicas, psicológicas, fonoaudiológicas e nutricionais), 1 Laboratório Municipal, 1 Serviço de Odontologia (com atendimento nas unidades de saúde), Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e o EspaSUS (Espaço de Educação Compartilhada em Saúde).

Tendo como panorama esse contexto, a Secretaria Municipal de

Saúde por meio do Setor de Educação Permanente em Saúde (EPS), vem buscando meios de motivar os profissionais no sentido de prestar a devida atenção no que se refere à saúde do trabalhador, ainda que não obtenha um programa formal para este fim, vem estimulando as ações de educação em saúde e humanização.

Relato da experiência

O Setor de Educação Permanente em Saúde teve sua oficialização em maio de 2016, mesmo estando em pleno funcionamento desde setembro de 2015. Nesse período, além da implementação do Setor, ocorreu também a implementação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) e a implementação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), ambos garantidos por Portarias da Secretaria Municipal de Saúde e homologados em diário oficial. Estas implementações têm sido de grande valia para assegurar aos trabalhadores envolvidos, a validação dos seus esforços voltados à EPS e Humanização.

A Educação Permanente em Saúde, tem como definição na PMEPS a prática social fundamentada na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo. Está centrada na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na articulação com a atenção à saúde, no enfoque multiprofissional e interdisciplinar, com estratégias de ensino contextualizadas, participativas e orientadas para a transformação das práticas profissionais.

A Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) opera de forma articulada e integrada aos órgãos públicos municipais, instituições privadas, educativas e sociedade civil organizada, em sinergia com outras políticas educacionais e contribuindo para o fortalecimento da gestão municipal da saúde e do SUS.

Por meio do quadrilátero de formação para a área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle social), Ceccim (2004) cita a busca para construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções, buscados pelo PMEPS.

Como objetivos da PMEPS, encontra-se a Promoção da saúde e a

defesa da vida; Humanização; Educação curricular e continuada; Educação popular em saúde; Tecnologias de informações e comunicações (TIC) e Pesquisa e avaliação em saúde. Vale ressaltar que a PMEPS permeará todos os âmbitos da SMS norteadas por um Plano de Ação Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS) e coordenada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde e humanização (NEPSHU).

O município de Indaial já instituiu o desenvolvimento profissional com a implementação da instrução normativa 001/17, com a qual objetivou organizar, divulgar e monitorar o calendário anual de qualificação e formação profissional, criando e mantendo um banco de dados dos profissionais capacitados, ordenando a participação em eventos e formulando propostas e estratégias pedagógicas, conforme o PMEPS.

Sobre a alocação de recursos, a PMEPS, por meio da SMS, deverá prever e prover recursos em suas leis orçamentárias para a execução da Política, considerando que os recursos para a EPS deverão estar em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Determinou-se também que serão destinados exclusivamente para ações de EPS, 70% dos co-financiamentos do Estado de Santa Catarina (ESF e NASF), como também, poderão ser complementados através de projetos específicos no ProjeSUS, CIES, entre outros.

Para articular e subsidiar todas as ações de EPS de Indaial, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU) instituiu-se como uma instância colegiada, com a finalidade de elaborar, planejar, apoiar e executar de modo articulado as propostas que envolvem ações de educação e humanização na saúde em âmbito municipal, ou seja, o núcleo deve ser compreendido como uma extensão da CIES do Médio Vale do Itajaí. Atualmente, o NEPSHU possui bases representativas intersetoriais.

As atribuições do NEPSHU são:

- Articular as instâncias e as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e Humanização em nível municipal e regional.
- Analisar e construir coletivamente o perfil da força de trabalho no município, as necessidades de formação e gestão do trabalho, com valorização dos trabalhadores, gestores, usuários e ensino, considerando diretrizes tais como as da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), da Política Nacional de Humani-

zação (PNH), do Programa de Saúde na Escola (PSE), do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho (PRO-PET Saúde), do PET Vigilâncias, do Ensino Profissional, Superior e Pós-graduação, do Telessaúde, do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), entre outras ações estratégicas do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

- Elaborar uma agenda anual de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os servidores da Secretaria Municipal da Saúde em todos os níveis de atenção e demais prestadores de serviços do SUS, usuários e ensino considerando: a PNEPS, a PNH, o PSE, o PRO-PET Saúde, o PET Vigilâncias, o Ensino Profissional, Superior e pós-graduações, o Telessaúde, os cursos, os eventos, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ - AB), entre outros.
- Identificar e dar visibilidade a ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) que ocorrem na realidade dos serviços de saúde e comunidade.
- Promover a qualificação profissional inter e intra-institucional fortalecendo as parcerias e cooperações técnicas existentes, projetando novos cenários de atuação profissional e discente, visando a integração ensino-serviço.
- Elaborar as propostas a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, promovendo espaços de discussão e de qualificação profissional contribuindo para alcance das metas institucionais.
- Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação na saúde e humanização implementadas no município e região de saúde.
- Avaliar e expedir parecer no que se refere a solicitação de liberação para Eventos de Educação Internos e Externos dos servidores municipais da secretaria municipal de saúde, respeitando a Instrução Normativa 001/2016, do município de Indaial. Para fins de avaliação de propostas e expedição do parecer, ficará instituído o mínimo de 5 integrantes do NEPSHU, que poderá ser convocado a desenvolver a tarefa, a qualquer tempo pelo Setor de Educação Permanente em Saúde.

- Apoiar os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde e Humanização, na proposição de intervenções, no planejamento e desenvolvimento de ações.
- Promover uma relação dialógica entre as Políticas Públicas.
- Fomentar a pesquisa em saúde e sua divulgação.
- Desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde e Humanização na perspectiva de compreensão do conceito ampliado do processo saúde-doença e a integralidade da atenção.
- Incentivar e articular a promoção de ações de educação popular e educação em saúde para os usuários do SUS.
- Apoiar as Equipes de Saúde em seus processos de trabalho assistencial no monitoramento e avaliação das ações de saúde.

O grupo citado possui 4 horas de atividades mensais específicas relacionadas às atribuições definidas, bem como tem autonomia para se encontrar sempre que necessário. Desde a sua implementação, o NEPSHU avaliou mais de 140 pedidos de cursos e eventos externos de educação em saúde, sendo que mais de 95% foram deferidos e subsidiados de alguma forma pela Secretaria Municipal de Saúde.

Ao todo mais de 120 servidores da Secretaria Municipal de Saúde buscaram auxílio da gestão para sanar suas necessidades referentes as suas práticas cotidianas no serviço a qual desenvolvem. Esse dado caracteriza um investimento significativo da SMS, antes não utilizado de forma alinhada e adequada para este fim. Atualmente os servidores tem ciência de que podem solicitar a gestão municipal investimentos em sua formação, desde que o servidor requeira se comprometa em repassar tais conhecimentos, sempre que apropriado, aos demais servidores interessados.

O NEPSHU também articulou, organizou, estruturou e executou diversos eventos e cursos internos para atingir os servidores em seu território de trabalho, englobando temas demandantes dos próprios serviços. Durante o levantamento de demandas, a maior dificuldade apontada era o reconhecimento da rede e dos fluxos de encaminhamentos para os serviços públicos. Nesse sentido, o NEPSHU atuou intensamente na articulação da rede intersetorial, movimentando cerca de 300 pessoas entre setores da saúde, assistência social, educação,

ministério público, rede hospitalar, controle social, entre outros, de modo a contribuir para a construção dos fluxos de rede viáveis e praticáveis considerando a experiência e colaboração.

Para além, trabalhou com diversos temas oriundos de constantes solicitações da rede de saúde, são eles: Qualificação da atenção à saúde; Workshop de Saúde Mental; Capacitação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Saúde do Trabalhador; Plano de Cargos e Salário; Gira mama, alusivo à Semana Mundial do Aleitamento Materno; Psicologia em movimento; Manejo de Crises psiquiátricas na atenção Básica e na Urgência e emergência; Prevenção do suicídio; Prevenção do Câncer de Intestino; Encontro Regional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Oficina de Pré Natal; Seminário de HIV/AIDS/Sífilis e Cursos de Gestão e Planejamento.

A EPS registra também as atividades desenvolvidas no cotidiano das ações e serviços, tais quais: reuniões, grupo de estudos, comitês, câmaras técnicas, comissões, conselhos, web conferências, minicursos online, cursos à distância entre outros, onde os membros dos serviços / setores / unidades participam de forma rotineiras e que não requerem aprovação ou envolvam destinação de recursos públicos diretos.

Nesse quesito, foram computadas mais de 450 ações. Considerando que os serviços ainda estão em fase de ambientação com o setor de educação permanente em saúde, avalia-se que este número seja ainda maior, visto que na rotina de trabalho, muitos dados são perdidos por falta de registro. Neste ano, com o NEPSHU mais fortalecido, o grupo tem discutido constantemente os processos avaliativos das formações ofertadas, para que haja o efetivo alinhamento das ações de educação em saúde com as práticas de trabalho.

O desafio está em transmitir as potencialidades e dificuldades do município de Indaial para o desenvolvimento de seus trabalhos voltados à Educação em Saúde, já que em meio a tímidos trabalhos e potenciais articulações, foi se constituindo um grupo de servidores fortemente sensíveis à causa. No decorrer das atividades e pensamentos desenvolvidos pelo grupo, o mesmo foi invadido com inúmeros questionamentos sobre a forma de funcionamento, sua efetivação, processo de trabalho e principalmente, que interlocução de teríamos com a gestão do município.

Para que os trabalhos tomassem forma e seus frutos fossem longínquos, conquistamos a legalização não só do setor de Educação Perma-

nente em Saúde, como também, a instituição da Política de Educação Permanente em Saúde e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), bem como, designou-se e destinou-se recursos financeiros específicos para os trabalhos de Educação em Saúde.

Diálogos com referenciais de EPS

Frente a legalização da EPS, todos os envolvidos no processo de educação em saúde puderam ser respaldados quanto ao seu deslocamento das atividades assistenciais, refletindo assim, em uma maior estabilidade para o planejamento das ações. No entanto ainda hoje, considerando a autonomia conquistada, esbarra-se com a intensa sobrecarga de trabalho assistencial, resquícios de uma rede pública deficitária de funcionários, de infraestrutura e de recursos diversos. Um aspecto a ser considerado é modelo instaurado, em que os trabalhadores estavam submersos em suas rotinas cotidianas, por vezes assistencialista, na qual o conhecimento era trazido de maneira vertical, impostos por um processo de trabalho alienado.

A formação dos trabalhadores da saúde, tradicionalmente, é compreendida em um espectro de recursos, na possibilidade de apenas “prescrever” habilidades, condutas e perfis para que as ações e serviços sejam implementados com a qualidade desejada. Ao assegurar a formação em um lugar central nas políticas de saúde, o trabalhador é retirado condição de recursos para a posição de ator social, de transformação de suas práticas. São necessários processos que possibilitem a incorporação de tecnologias, referenciais, implantação de espaços de discussão, reflexão e análise das práticas, transformando os serviços em lugares produção de subjetividade, de relações e problematização, permitindo praticar a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005).

Neste contexto a Educação Permanente, o ensino-aprendizagem, está incorporado no cotidiano dos trabalhadores, e significativa uma possibilidade de transformação de suas práticas. Este fato torna-se possível ao considerarmos as problemáticas enfrentadas pelos trabalhadores nos seus processos de trabalho, bem como os conhecimentos e suas experiências.

Perante esse panorama, foi necessário que o NEPSHU encontrasse uma forma transparente de relacionar-se com os trabalhadores e que a partir dessa relação, pudessemos dar luz às necessidades latentes nesse contexto do trabalho. Durante todo o processo, ainda é possível identificar a dificuldade dos servidores em evidenciar os pontos

a serem discutidos e ainda, se colocar como agentes de mudança no processo de formação.

Após alguns estudos e tentativas, o grupo lançou mão de algumas ferramentas para realizar essa interface, identificando assim, algumas questões a serem trabalhadas. Inicialmente, salienta-se que de todas as tentativas que foram realizadas, cerca de 3 servidores sugeriram temas, entre mais de 300 funcionários contatados. Esse cenário demonstra a longa história de opressão do funcionalismo público municipal derivado de vários aspectos, tais como: construção histórica do trabalho, incluindo a cultura de não inclusão dos trabalhadores nas tomadas de decisão, inexistência da cogestão, inexistência do empoderamento popular como parte integrante do sistema, inexistência da gestão municipal que priorize as relações de trabalho e a proatividade.

Nesse contexto, o NEPSHU se deparava com servidores passivos, inertes a qualquer ação proposta. Em contrapartida, objetivava maior encorajamento, resgatar as habilidades e potenciais estagnados dentre os processos de trabalho adocedores.

A educação permanente em saúde interpõe, nesta vertente, a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão. Pode-se/ deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho (capacitações tradicionais), mas também a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. Em ambos os casos, podem-se/deve-se inserir fluxos à reflexão crítica. (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 51)

Em meio a estas circunstâncias, o NEPSHU procurou promover mudanças, fortalecendo cada vez mais seu processo de trabalho e buscando ainda mais articulações nesse movimento. Desenvolvemos cursos com Universidades de referência para formação em saúde, cultivamos importantes parcerias com instituições locais, realizamos seminários, encontros e eventos trazendo palestrantes e pensadores a fim de contribuir nesse processo de formação. Estes possibilitaram a construção do conhecimento de maneira emancipatória, na qual os trabalhadores podiam refletir suas práticas cotidianas.

Na educação permanente a metodologia pedagógica não se esgota pela aquisição de informação ou habilidade, nem pela transmissão de saberes ou passagem do estado de desconhecimento para o de conhecimento. Ao contrário, é uma pedagogia para a experiência da problematização e da invenção de problemas, é condição para a produção em

ato das aprendizagens relativas à intervenção/ interferência no processo individual e coletivo (CECCIM, 2005).

Considerações Finais

Com o desenvolvimento das ações percebemos a necessidade, não só legal, mas também ético e moral, de incluir, absorver e fortalecer a representatividade do Conselho Municipal de Saúde. Ao longo desse percurso em Educação Permanente, o NEPSHU, cada dia mais instrumentalizado visando a ampliação do seu potencial, assumiu importante espaço na construção da gestão participativa, assessorando e mediando, as necessidades dos trabalhadores frente à secretaria municipal de saúde, bem como articulando importante papel administrativo na gestão municipal.

Ao descobrir e demonstrar a possibilidade e os impactos positivos na construção de uma gestão participativa, o NEPSHU sugere a instituição de uma Comissão de Planejamento e Gestão em Saúde (CPGS). Tal grupo era fruto da demanda da gestão municipal ao verificar o efetivo suporte não só na educação em saúde, mas nos processos de humanização, planejamento e gestão municipal que o NEPSHU vinha desenvolvendo.

Sendo assim, em 2017, foi instituída formalmente a CPGS. A mesma é composta por 10 integrantes da Secretaria Municipal, sendo 90% também integrante do NEPSHU. Conquistamos a participação de setores antes não envolvidos nos processos de planejamento e desenvolvimento de ações em saúde como o setor financeiro e de contabilidade, que aos poucos, vem demonstrando importante contribuição no desenvolvimento e entendimento da legalidade do Sistema Único de Saúde.

Ao analisar o percurso traçado até o momento pelo NEPSHU por intermédio do presente ensaio, foi possível verificar os avanços concretos na área de Educação Permanente em Saúde no município de Indaial/SC e a expansão de suas conquistas. Evidenciamos que somente através do empoderamento dos seus membros que o próprio trabalho pode ser modificado, repensado e melhorado.

Diferente do que normalmente se pensaria, a maior conquista identificada, não se trata da vinculação regularizada do recurso financeiro para este fim, mas sim, o empoderamento dos participantes de um Núcleo, anteriormente sem qualquer vínculo, cujo o único pro-

pósito coletivo era construir uma mudança do panorama dos serviços municipais de saúde.

Importante reforçar que mesmo diante das potencialidades descobertas em meio a instituição da Educação em Saúde, ainda existem dificuldades a serem transpostas. Pretendemos chegar um dia, em que as práticas educativas sejam tão cotidianas quanto as assistenciais, que os gestores percebam que não estão deslocados do papel de trabalhadores e em meio a este sistema complexo, possa com propriedade extrair o que há de melhor desse contexto: a potencialidade do seu coletivo.

Referências

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER Laura Camargo Macruz. 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.

_____, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p.975-986, jul. 2005.

CESAR-VAZ, Marta Regina. **Trabalho em saúde: expressão viva da vida social**. In: LEOPARDI, Maria Tereza *et al.* (Org.). O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Pappalivro, 1999. Cap. 2. p. 57-70.

LARROSA, Jorge. O Ensaio e a escrita acadêmica. **Rev. Educação e Realidade**. Porto Alegre. V.28, n.2, p. 101-115. 2003.

_____. A operação ensaio: sobre o ensinar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. **Rev. Educação e Realidade**. Porto Alegre. V.29, n.1, p. 27-43. 2004.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE INDAIAL (SC). Instrução Normativa nº 001, de 01 de fevereiro de 2017. **Define diretrizes e regulamenta a implantação do Eixo II da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde - Desenvolvimento Profissional, referente aos Eventos de Educação Internos e Eventos de Educação Externos.**

Disponível em: <<http://www.saudeindaial.sc.gov.br/images/NORMATIVA2017.pdf>>. Acesso em 11 set. 2017.

----- . Portaria nº 001, de maio de 2016. **Aprova a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.saudeindaial.sc.gov.br/imagesqPORTARIA01.pdf>>. Acesso em 11 set. 2017.

----- . Portaria nº 002, de maio de 2016. **Institui no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o setor de Educação Permanente em Saúde.** Disponível em: <<http://www.saudeindaial.sc.gov.br/images/PORTARIA02.pdf>>. Acesso em 11 set. 2017.

----- . Portaria nº 003, de maio de 2016. **Aprova o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU) e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.saudeindaial.sc.gov.br/images/PORTARIA03.pdf>>. Acesso em 11 set. 2017.



PRÓ-SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA BASEADA NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE

*Raphael Nunes Bueno
Marcos Aurélio Maeyama*

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, trouxe consigo a necessidade de reorganização do sistema de saúde dentro de uma lógica de abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 1988), rompendo ideologicamente com o Modelo Biomédico, que historicamente esteve presente no modelo de saúde do país, permanecendo até os dias de hoje.

No Brasil, especialmente a partir do Governo Militar, se instituiu o Modelo de Atenção à Saúde Biologicista, que veio a se tornar hegemônico nos serviços de saúde, nas décadas seguintes, reforçado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1968, que ordenou o seguimento de um currículo mínimo de base estritamente biologicista, condizente, portanto, com o Modelo de Atenção proposto (NOGUEIRA, 2009).

A abordagem integral do processo saúde-doença, que aqui chamamos de integralidade, é um termo polissêmico e pode ser entendida a partir de vários sentidos. O mais imediato é atender a necessidade de saúde da população (CECÍLIO, 2001). As necessidades de saúde, dentro desta lógica pode ser expressa a partir do determinante social, condicionante ambiental e desencadeador biológico. Este entendimento ampliado de saúde, remete a uma gama de possibilidades de ações de saúde que são representadas pela promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação, o que representaria em tese, um novo Modelo de Atenção à Saúde, tendo como eixo a Integralidade (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

A história de construção do SUS nos leva a concepção de rede para sua realização e efetivação. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram desenhadas com o intuito de integrar os serviços de saúde, ofertando à população uma gama de ações que se complementam na busca da integralidade do cuidado, evitando desta forma a duplicidade de meios para o mesmo fim e a baixa resolutividade do cuidado (BRASIL, 2009).

A definição de RAS traz a ideia de organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Ofertam atenção contínua e integral à população, devendo ser coordenadas pela atenção primária à saúde, com vistas à prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada (MENDES, 2009).

De acordo com Amaral e Bosi (2017) a organização do cuidado no SUS traz a emergente necessidade de entender às redes de saúde, partindo de seus princípios organizativos seminais até o que hoje entendemos por Redes de Atenção à Saúde, nas diversas maneiras de compreender a noção/conceito de rede, principalmente como estratégia de reestruturação, especialmente, no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência.

Está evidente de que é necessário analisar as redes de atenção que formam os sistemas de saúde, devendo-se estimular práticas de avaliação e investigação que traduzam os processos gestados nas redes identificando evidências de seus efeitos, inclusive nos princípios do sistema e nas práticas de cuidado (AMARAL; BOSI, 2017).

Quando se norteia o serviço de saúde e a formação profissional pelo princípio da integralidade ampliam-se as percepções das necessidades dos grupos, questionando-as sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. Sendo assim, as necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos, bem como não se limitam às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. Não se restringem às necessidades àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica (MATTOS, 2006).

Portanto, a proposta de organização do SUS dentro desta lógica de integralidade, prevê um sistema articulado em rede, tendo a Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado, sustentado ainda pelos serviços especializados, hospitalares, farmacêuticos, de apoio diagnóstico, entre outros, que devem seguir a mesma lógica estruturante a partir da integralidade (MENDES, 2012).

Apesar deste ordenamento legal de reorganização, na prática ainda o Modelo Biomédico permanece hegemônico, ainda sustentado pelo modelo formador, que apesar da publicação da nova LDB em 1996, que permitiu a flexibilização curricular, e posteriormente a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde entre 2001 e 2004, que determinavam como perfil do egresso um profissional generalista com formação para atuação dentro do eixo da integralidade (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010), elas ainda foram insuficientes para transformar a formação e conseqüentemente os serviços (COSTA MCG *et al.*, 2012; GOMES, 2012).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde foi concebido com o intuito de efetivar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da Saúde, integrando o ensino, o serviço e a comunidade, tendo como foco de atuação a necessidade da população, inserida em um território sob responsabilidade sanitária de uma equipe de saúde componente de uma rede de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

A Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí (SMS) e posteriormente com a Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú, têm respondido aos editais interministeriais que visam à mudança no ensino na área da saúde, buscando uma formação coerente com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde (FARHAT *et al.*, 2016).

Desde 2006 a UNIVALI foi contemplada nos seguintes editais: PRÓ-SAÚDE 1 (cursos de Medicina e Odontologia), PRÓ-SAÚDE 2 (cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Educação física), PRÓ/PET Saúde (todos os cursos da área da saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Saúde Mental e Rede de Atenção à Saúde). As ações desenvolvidas buscam fomentar mudanças na prática pedagógica, relativas à orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, assegurando uma abordagem integral do processo saú-

de-doença, com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração do conhecimentos, ensino e aprendizagem e prestação de serviços à população (FARHAT *et al.*, 2016).

A educação permanente dos profissionais de saúde que participam da integração ensino-serviço, torna-se fundamental neste processo de mudança, uma vez que o aluno ao realizar seu estágio nas unidades de saúde do SUS, aprende dentro da rotina estabelecida pelos serviços, hoje ainda fortemente influenciada pelo modelo Biomédico, pela própria formação do profissional (COSTA *et al.*, 2012). Desta forma, qualificar o profissional que participa das atividades de integração ensino-serviço, além de propiciar a mudança no seu processo de trabalho a partir da integralidade, que representa uma melhor resposta as necessidades de saúde da população atendida, também favorece a formação de futuros profissionais mais qualificados para atuar no SUS.

Neste contexto o Núcleo do Pró-Saúde da Universidade do Vale do Itajaí respondeu ao Edital Pró/PET- Saúde, priorizando a educação permanente, propondo a realização de dois cursos de Pós-graduação em nível de Especialização, um para docentes envolvidos no Projeto Pró-PET-Saúde denominado “Formação contemporânea para o ensino na área da saúde” e outro voltado aos profissionais de saúde pública atuantes nos cenários de prática das atividades de ensino-aprendizagem denominado de “Processo de Trabalho em Redes de Atenção à Saúde”.

O presente capítulo objetiva relatar esta história de educação permanente resultante da integração ensino-serviço-comunidade, destacando sua metodologia e os resultados obtidos.

Metodologia

Os cursos foram construídos com o objetivo instrumentalizar os profissionais para a reorganização do processo de trabalho das equipes e serviços a partir da construção das redes de atenção, orientados pela integralidade. Da mesma forma, buscou promover a discussão crítica sobre os modelos de atenção à saúde e os resultados sanitários para a população; desenvolver a reorganização do processo de trabalho a partir da realidade local, tendo como referência os princípios do SUS; desenvolver habilidades para o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial; qualificar os serviços do SUS, considerando-o como cenário de prática para formação profissional na área da saúde, orientados pela Política de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

O Curso de Pós-Graduação em Processo de Trabalho em Redes de Atenção à Saúde destinou-se a profissionais de nível superior da área da saúde dos municípios de Balneário Camboriú e Itajaí, preferencialmente aos que participam da integração ensino-serviço nas atividades de ensino/estágio das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

As atividades ocorreram entre maio 2014 e outubro de 2015, com carga horária por turno de 4 horas, sendo ofertadas 60 vagas. O curso compreendeu uma carga horária total de 360 horas, distribuídas da seguinte forma: 72 horas presenciais de atividades teóricas, 64 horas à distância de atividades teóricas, 36 horas de atividades práticas com supervisão direta, 108 horas de atividades práticas com supervisão indireta, e mais 16 horas de atividades presenciais e 64 horas à distância para Metodologia da Pesquisa.

Os conteúdos das disciplinas foram desenvolvidos de forma a dar instrumentos teóricos que sejam capazes de problematizar a prática hegemônica dos serviços, além de proporcionar reflexões sobre novas formas de pensar e organizar os serviços de saúde.

O módulo 1 foi comum a todos os participantes, sendo a base conceitual do programa. Este módulo foi desenvolvido através de 20 horas presenciais de atividades teóricas e 20 horas à distância de atividades teóricas. A temática central do módulo abordou o Sistema Conceitual em Saúde, com a seguinte ementa: Concepção saúde-doença, Integralidade, Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Planejamento Estratégico em Saúde.

O módulo 2, apresentava conteúdo comum a todos os participantes, e parte do módulo direcionado para as competências específicas dos profissionais, de acordo com o espaço de prática do participante, divididos em profissionais da Estratégia Saúde da Família num grupo e no outro, potenciais matriciadores e profissionais de serviços especializados e hospitalares. Este módulo foi desenvolvido através de 52 horas presenciais de atividades teóricas e 44 horas à distância de atividades teóricas. Os conteúdos comuns deste módulo, abordaram o Processo de Trabalho nas Redes de Atenção à Saúde, com conteúdo que abordaram a Clínica Ampliada, Gestão do cuidado, Matriciamento, Educação em Saúde, Estratégias para funcionamento em rede e Integração ensino-serviço.

Na parte específica, para os profissionais da Atenção Básica, o

módulo privilegiou o Processo de trabalho na Atenção Básica, cuja ementa abordou: Promoção da Saúde, Atenção Domiciliar, Formação de grupos, Participação social, Acolhimento na Atenção Básica, Longitudinalidade na prática, Coordenação do cuidado na prática. Já para os profissionais de outros pontos de atenção a abordagem específica foi relacionada ao Processo de Trabalho nos Serviços de Referência e Apoio Matricial, com ementa contemplando os seguintes conteúdos: Promoção da Saúde, Diretrizes para o processo de trabalho de NASF, Integralidade na prática, Acolhimento no NASF, Educação permanente em saúde, Atenção compartilhada, e Discussão de casos.

O módulo 3, que representa boa parte do curso, foi realizado em pequenos grupos tutoriais na perspectiva de apoio institucional, para discussão, planejamento e execução das atividades previstas no programa, mas que acima de tudo, representam a reorganização do processo de trabalho das equipes, cujos participantes do curso fazem parte. Este módulo foi desenvolvido através de 36 horas de atividades práticas com supervisão direta, 108 horas de atividades práticas com supervisão indireta e enfocou a Reorganização do Processo de Trabalho em Saúde na lógica das redes de atenção.

O módulo 4 Metodologia da Pesquisa desenvolveu o Trabalho de Conclusão de Curso, em 16 horas de supervisão direta e 64 horas de atividades com supervisão indireta, que consistiu na produção de portfólio, e os alunos sendo estimulados a produção de artigos no formato relato de experiência. Na parte teórica, os conteúdos desenvolvidos foram: Estudos das bases teóricas conceituais sobre o conhecimento científico, Subsídios teóricos metodológicos para orientação de investigações, Elementos de metodologia científica, Conceitos, e técnicas para elaboração de portfólios, e artigos científicos. Além da produção individual, os alunos apresentaram em seminário final, alguma experiência desenvolvida ao longo do curso para socialização.

Para conclusão da pós-graduação foi requerida a elaboração individual e obrigatória de um Trabalho de Conclusão de Curso, o qual será avaliado pelo Orientador-tutor, e pelo Coordenador local do Curso, cujo conceito não poderia ser inferior a “B”. O trabalho de conclusão foi realizado sob forma de portfólio, o qual constou todas as atividades desenvolvidas na prática, desde o planejamento até a execução, relacionando-as com o referencial teórico de cada conteúdo, além de reflexão crítica do processo. O orientador/avaliador do trabalho foi o mesmo orientador/tutor das atividades práticas.

O portfólio deve ser capaz de induzir o aluno a refletir e criticar suas próprias ações. Resume-se na ordenação das atividades desenvolvidas durante um curso ou uma disciplina. Deve conter, entre outros, registros de visitas, resumo ou fichamento de textos, projetos, relatórios de pesquisa e, principalmente, ensaios reflexivos que permitem aos alunos a discussão de como a experiência mudou sua vida, acompanhando e avaliando o seu aprendizado, registrando a organização dos saberes e demonstrando todo um processo de construção de conhecimento.

Resultados

A proposta estava fundamentada em um projeto pedagógico contemporâneo, que mescla a educação continuada baseada nas diretrizes de formação profissional para a área da saúde, bem como nos princípios definidos para o sistema de saúde vigente, com a educação permanente definida a partir das necessidades dos profissionais, frente as suas demandas em seu próprio trabalho.

O curso possibilitou uma formação que valorizou as tecnologias leves, sem prejuízo da clínica e dos equipamentos, articulada ao conhecimento das diversas realidades, no sentido da transformação social. O projeto pedagógico previu a transformação das práticas, apoiadas pelo aprendizado significativo a partir do processo de educação permanente e apoio tutorial, previstos no programa. Este processo de aprendizado e mudança, indiretamente afeta os profissionais que compõem as equipes, as quais os participantes do curso fazem parte, pois todas as mudanças que potencialmente podem ocorrer no desenvolvimento do curso são partilhadas por todos os profissionais das equipes.

As atividades à distância foram desenvolvidas tendo como ferramenta o Programa Telessaúde, estratégia do Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios que, através da rede mundial de computadores propicia educação permanente aos profissionais do Sistema Único de Saúde. A Telessaúde é usada desde 1970 por meio da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), no sentido de aumentar a resolutividade da atenção à saúde prestada aos usuários, ampliando o acesso aos cuidados e às informações válidas para a assistência em saúde, ações estas que vão do diagnóstico, tratamento, prevenção de doenças e de lesões, até pesquisa e avaliação. É um instrumento de educação permanente aos profissionais de saúde capaz de possibilitar qualificação profissional, em especial, as comunidades localizadas em áreas remotas ou rurais com poucos serviços de saúde e pessoal. (ANDRADE *et al.*, 2011).

O curso recebeu professores externos: Marco Aurélio da Ros (Processo saúde-doença e retrospectiva histórica do SUS), Ricardo Ceccim (políticas de reorientação na formação profissional), Gustavo Tenório Cunha (Clínica Ampliada), Rubem Mattos (Integralidade em Saúde), Margarete Lima (Metodologia da Pesquisa). Estas atividades ocorreram em paralelo com a Especialização de Formação Contemporânea para o Ensino na Área da Saúde, ofertada aos docentes do Centro de Ciências da Saúde e que fez parte do conjunto de ações do PRÓ-SAÚDE na instituição.

Estas atividades conjuntas possibilitaram debates, reflexões sobre o cotidiano nos cenários de prática e na formação dos futuros profissionais. Na avaliação os docentes e profissionais de saúde que puderam participar desta qualificação relataram que estão conseguindo produzir mudanças nos seus cenários de prática, embora ainda tenham algumas dificuldades estruturais como a mudança de gestão e estrutura curricular acadêmica. A avaliação final foi apresentada em Seminário de avaliação com a presença do Professor Sigisfredo Brenelli, coordenador de curso, tutores das especializações, Direção do Centro de Ciências da Saúde sendo realizada no segundo semestre de 2015.

No total, quarenta e dois profissionais concluíram o curso, dos quais a maioria eram enfermeiros totalizando vinte e um profissionais, sete médicos, quatro psicólogos, três cirurgiões-dentistas, dois farmacêuticos, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um fonoaudiólogo e um assistente social. Destes trinta e sete eram do município de Itajaí e cinco profissionais de Balneário Camboriú.

A maioria dos profissionais eram das equipes de estratégia de saúde da família ou de equipes de apoio à saúde da família, em um total de vinte e um profissionais, quatorze eram de serviços especializados de referência, três de serviços de urgência e emergência, quatro da gestão.

A evasão foi de 18 alunos mesmo com inúmeras tentativas de mantê-los no curso, inclusive com a possibilidade de realização de atividades de recuperação alegaram dificuldade de articular horários na agenda de trabalho das unidades, decorrentes da demanda de serviços, de articulação com coordenação da unidade de saúde, além da carga-excessiva e complexidade dos trabalhos a serem realizados, conforme sua percepção.

Os Trabalhos de Conclusão de curso apresentaram as seguintes temáticas: acolhimento, educação em saúde, gestão, matriciamento, proto-

colos de atenção em urgência e emergência e saúde mental. A temática acolhimento foi a mais abordada, corroborando com a discussão da Integralidade, princípio norteador da atenção primária, da qual a grande maioria dos profissionais participa. Destacou-se: a questão do acesso aos serviços de saúde, da escuta qualificada, das equipes e formas de acolhimento, a programação da agenda na proposta de estimular a demanda programada, sem deixar de levar em consideração à demanda espontânea e de urgência emergência, a gestão colegiada na qual a população, profissionais de saúde e gestor discutem e propõem ações de saúde.

A metodologia utilizada ainda que tenha partido de conteúdos pré-definidos, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e do SUS, respondendo, portanto, as necessidades do sistema de saúde, buscou a partir das discussões problematizar as dificuldades de organização das redes para o alcance da integralidade da atenção. Além disso, a parte prática do curso buscou a partir das reflexões geradas pelas discussões e estudos e pela metodologia do apoio institucional transformar as práticas hegemonicamente biomédicas, com reorganização do processo de trabalho a partir da integralidade.

Considerações Finais

É lícito afirmar que a atividade aqui relatada faz parte de uma gama de ações conjuntas realizadas pela Universidade do Vale do Itajaí em conjunto com os municípios de Balneário Camboriú e Itajaí, ações estas que vem possibilitando a efetivação da mudanças das práticas sanitárias nas unidades de saúde, bem como a efetivação das propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais que buscam formar profissionais generalistas, com espírito crítico e reflexivo, sensíveis às necessidades da população, tecnicamente capazes de atuar da promoção à recuperação, através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, e que, somente a partir da sistematização do conhecimento gerado por estas experiências que conseguiremos consolidar o Sistema Único de Saúde legitimando-o socialmente.

Referências

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p.424-434, 2017.

ANDRADE, M. V. *et al.* Custo-benefício do serviço de telecardiologia no

estado de Minas Gerais: Projeto Minas Telecardio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 97, n. 4, p. 307-316, 2011

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação / Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os **Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

COSTA, J. R. B. *et al.* Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p.387-400, 2012.

COSTA, M. C. G.; *et al.* As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 57-63, 2012.

FARHAT, E. M. P; *et al.* Programa de Reorientação da Formação em Saúde: relatos de experiências ações da UNIVALI no Programa de Reorientação da Formação em Saúde- PRÓ-SAUDE E PET-SAUDE. In: FARHAT, E. M. P.; DITTRICH, M. G. **Educação em Saúde**: Políticas Públicas e Vivências Dialógicas. Itajaí: Editora Universidade do Vale do Itajaí, 2016.

GOMES; A. P. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012.

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

MAEYAMA M. A, CUTOLO L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n. 1, p. 89-96, 2010.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 43-68.

MENDES E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte (MG): Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

VILLAS BOAS, B. M. F. **Portfólio, avaliação e o trabalho pedagógico**. 8. ed. Campinas (SP): Papirus; 2012. 191 p.



VIVENCIANDO A TRANSDISCIPLINARIDADE E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO VER-SUS OESTE CATARINENSE

*Natanael Chagas
Leticia Dal Magro
Alisson Mauricio Monteiro
Jean Wiliam Bender
Andressa Antônia Trizotto
Gelvani Locateli
Thiago Costa
Claudio Claudino da Silva Filho*

Introdução

Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de fortalecer a formação do trabalhador, com vistas a alcançar a integralidade da atenção à saúde. A introdução dessa política congrega processos de capacitação dos trabalhadores em saúde tendo como base a subjetividade, a gestão e o cuidado em saúde, propondo a transformação e qualificação da atenção à saúde, das práticas pedagógicas e dos processos formativos no âmbito do SUS. A PNEPS pressupõe a integração entre ensino e serviço como um dos seus elementos fundamentais, alicerçados em princípios e diretrizes que norteiam projetos político-pedagógicos de formação profissional, posicionando o SUS enquanto interlocutor nos processos formativos, e não um mero campo de estágio ou de aprendizagem prática (BRASIL, 2004).

A integração ensino-serviço é uma das apostas da PNEPS, visto que possibilita a articulação entre o conhecimento científico da universidade e o saber empírico do cotidiano de trabalho nos serviços de saúde. Também, favorece a ressignificação de conceitos e, prioritariamente, a reorientação da formação profissional, possibilitando o desenvolvimento do sujeito e da instituição por meio de uma perspectiva de saúde ampliada, o qual envolve uma realidade contextualizada e desnaturalizada.

A integração entre o ensino e o serviço proposta na educação permanente em saúde, tem o papel de motivar a criação de novas ações e investimentos que contribuam para o melhoramento do SUS, agindo diretamente nas instituições de ensino a partir da diversificação de ofertas de cursos, estimulando a formação, promovendo educação permanente das equipes de saúde, proporcionando a qualificação e interação entre docentes e estudantes.

A fim de promover transformações de realidade nos futuros profissionais de saúde e incentivar os “trabalhadores em saúde” à educação permanente, existem diversos dispositivos formativos, orientados pela formação de facilitadores e de tutores, promoção de atividades de educação permanente a nível de ensino e serviço, bem como proposição e desenvolvimento de transformações curriculares na graduação dos estudantes da saúde (BRASIL, 2004). Para tanto, os programas e projetos voltados à integração ensino-serviço se caracterizam como estratégia fundamental para a EPS. Nesse contexto, destaca-se o projeto “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)” como estratégia que surge com a intenção de estimular a formação de trabalhadores no e para o SUS, através da integração ensino-serviço e na perspectiva da educação permanente.

O VER-SUS teve início em 2003, com o objetivo de estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com suas diretrizes e princípios. Assim, entende-se que este programa possibilita aos futuros profissionais serem atores transformadores da realidade, defensores das conquistas sociais que embasam o sistema idealizado no movimento da reforma sanitária brasileira.

Ferla, Santos e Leal, (2013) apontam que as iniciativas de realizar estágios de vivência no SUS já contam com significativa história e congrega inúmeras experiências, a iniciar pela realização do VER-SUS/RS em 2002, do VER-SUS/Brasil em 2004 e 2005, do VER-SUS/Rio de Janeiro em 2010 e do VER-SUS/GHC (Grupo Hospitalar Conceição) também em 2010, o Projeto VER-SUS/Brasil em sua segunda edição de julho e agosto de 2012. Esse histórico possibilitou a constituição de uma identidade própria do VER-SUS no campo da integração ensino-serviço, tornando-se referência também no campo da educação permanente em saúde.

O presente trabalho se propõe a apresentar um relato de experiência de educação permanente por meio da integração ensino-ser-

viço proposta pelo VER-SUS. Situa-se no campo da saúde coletiva de forma transdisciplinar, na medida em que apresenta as percepções da vivência no VER-SUS por estudantes e profissionais das ciências sociais, humanas e da saúde. O enfoque deste relato é o fortalecimento dos processos de reorientação profissional através da educação permanente em saúde no SUS.

Caminho metodológico

Neste relato, a experiência congrega vivências de docentes e discentes de Instituições de Ensino Superior (IES) no projeto VER-SUS, edição Oeste Catarinense, que contemplou serviços públicos de atenção à saúde na rede municipal de saúde de Chapecó - SC. As experiências descritas neste trabalho na perspectiva de viventes, facilitadores, tutores e organizadores foram vivenciadas em cinco edições do projeto, realizadas nos anos de 2014 (1ª edição), 2015 (2ª e 3ª edição) e 2016 (4ª e 5ª edição).

Cada edição do VER-SUS Oeste Catarinense discutiu temáticas diferentes. Na primeira edição abordou-se os “Aspectos gerais e formação em saúde voltada ao SUS” e posteriormente as “Redes de Atenção à Saúde” (2ª edição). Na 3ª, 4ª e 5ª edição abordou-se os “Eixos norteadores da 15ª Conferência Nacional de Saúde”, “Redes de Atenção e populações vulneráveis” e “Política, Cidadania e Cultura: Respeito às diversidades”, consecutivamente.

De maneira geral, as edições do VER-SUS seguem um cronograma-base (tabela 1), em que podem variar as oficinas realizadas (aplicação de máscaras, confecção de bonecas de pano, produção de filtros dos sonhos, entre outros), e os espaços visitados, de acordo com a temática abordada em cada edição da vivência.

Tabela 1 - Cronograma-base das atividades realizadas durante o VER-SUS

	Período matutino	Período vespertino	Período noturno
1º Dia		<i>Chek in</i>	Recepção dos viventes Abertura Oficial
2º Dia	Formação teórica	Formação teórica	Trilha sensitiva
3º Dia	Formação teórica	Formação teórica	Divisão dos grupos

4º Dia	Vivências nos espaços de saúde pública com o grupo operativo	Reunião com o Conselho Municipal de Saúde	Dinâmica da Fogueira
5º Dia	Vivências nos espaços de saúde pública com o grupo operativo	Vivências nos espaços de saúde pública com o grupo operativo	Cine Debate (cinema)
6º Dia	Vivências nos espaços de saúde pública com o grupo operativo	Oficinas e roda de conversa com movimentos sociais	Dinâmica da Mandala
7º Dia	Vivências nos espaços de saúde pública com o grupo operativo	Vivências nos espaços de saúde pública com o grupo operativo	Construção do relatório e estudos Confraternização de encerramento
8º Dia	Devolutiva com o grupo geral	<i>Chek out</i>	

Fonte: Organização dos autores, 2016.

Entre as instituições e/ou espaços de saúde pública que podem ser visitadas e que contemplam os três níveis de atenção pertencentes ao SUS, destacamos: Hospital Regional do Oeste (HRO), Centros de Atendimento Odontológico, Hospital da Criança, Hospital Dia, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Rede Feminina de Combate ao Câncer, Centros de Referência em Direitos Humanos, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Vigilância Epidemiológica, Aldeias Indígenas, Casa Passagem, entre outros. Além disso, foi possibilitada a participação em atividades do Conselho de Saúde local, de associações de moradores - exemplo da Associação Pitanga Rosa, de mulheres camponesas, e roda de conversa com representantes de movimentos sociais, a exemplo de representantes da União Nacional de Estudantes (UNE), Movimento Feminista, Movimento LGBT, Sindicato de Trabalhadores e Pastoral da Juventude.

Ao todo, envolvendo as cinco edições, foram selecionados 304 participantes, compostos por viventes, facilitadores e comissão organizadora, de diversos cursos de graduação (abrangendo todas as áreas de conhecimento, não ficando restrita às ciências da saúde), conforme indica a tabela 2.

Tabela 2: Número de participantes e respectivos cursos de graduação

que participaram do VER-SUS Oeste Catarinense, nas cinco edições nos anos de 2014, 2015 e 2016.

Curso de Graduação/Número de Participantes				
2014	2015/1	2015/2	2016/1	2016/2
Direito (1)	Ciências Contábeis (1)	Biomedicina (1)	Administração (1)	Administração (1)
Educação Física (1)	Enfermagem (17)	Ciências Biológicas (1)	Biomedicina (3)	Biomedicina (2)
Enfermagem (46)	Fisioterapia (1)	Enfermagem (19)	Educação Física (2)	Ciência da Computação (1)
Farmácia (4)	Fonoaudiologia (1)	Farmácia (5)	Enfermagem (30)	Direito (1)
Fisioterapia (4)	Medicina (4)	Fisioterapia (4)	Engenharia Civil (1)	Educação Física (1)
História (1)	Nutrição (2)	Medicina (3)	Engenharia de Produção (1)	Enfermagem (26)
Medicina (6)	Odontologia (1)	Nutrição (3)	Farmácia (6)	Engenharia de Controle e Automação (1)
Nutrição (6)	Psicologia (5)	Odontologia (3)	Fisioterapia (1)	Farmácia (2)
Odontologia (6)		Psicologia (6)	Fonoaudiologia (1)	Filosofia (1)
Psicologia (9)		Saúde Coletiva (2)	Jornalismo (2)	Fisioterapia (4)
		Serviço Social (1)	Medicina (2)	Fonoaudiologia (1)
			Nutrição (7)	Jornalismo (2)
			Odontologia (3)	Medicina (7)
			Psicologia (11)	Medicina Veterinária
			Química (1)	Nutrição (3)
			Terrapia Ocupacional (1)	Odontologia
				Psicologia (9)
				Serviço Social (1)
				Terapia Ocupacional (2)

Fonte: Adaptado de Mafissoni *et al.*, 2017 (incluídos os dados da edição 2016/2 do VER-SUS Oeste Catarinense, não constante no artigo em questão).

Deste modo, o VER-SUS tem buscado formar trabalhadores de diferentes áreas de atuação para o SUS, contribuindo também para a reorientação do ensino em saúde. Esta é uma iniciativa única do país, com delineamento singular, conforme item abaixo.

Estrutura e organização do VER-SUS

A realização do VER-SUS é viabilizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Associação Brasileira da Rede Unida, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e IES, sendo financiado por este primeiro e coordenado, em nível nacional, pela segunda. Vale destacar que também se fez importante a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó - SC, na perspectiva de anuência à realização do projeto.

Para melhor compreensão de como se estrutura o VERSUS, destacamos as três categorias de participantes no projeto: comissão organizadora, facilitadores e viventes. A comissão organizadora é composta por docentes das IES parceiras na realização do projeto, assim como discentes vinculados ao movimento estudantil e também participantes de edições anteriores do VER-SUS. Cabe destacar que estes docen-

tes participam ativamente das atividades realizadas no grande grupo, seja compartilhando seu saber durante a formação teórica, mediando a problematização das experiências vivenciadas ou conduzindo atividades como oficinas e trilha sensitiva, bem como orientam os facilitadores em relação a dinâmica interna dos grupos operativos.

Os facilitadores são acadêmicos que já participaram de uma edição, demonstraram interesse e foram convidados para colaborar na condução das atividades, sendo previamente orientados e capacitados para a tarefa de instigar a reflexão dos participantes acerca dos temas do projeto e fornecer um suporte metodológico para a construção de novos conhecimentos, principalmente dentro dos grupos operativos. Já a categoria vivente se refere ao acadêmico que está participando pela primeira vez no projeto.

O planejamento de cada edição do VER-SUS Oeste Catarinense está sob a responsabilidade da comissão organizadora que levou em consideração as singularidades locais e regionais, de modo a contemplar os movimentos e subjetividades presentes na realidade dos serviços do SUS e também nas universidades. Isso implica em conhecer as demandas em saúde, os serviços realizados e a gestão do sistema de saúde local, contrastando com o que está presente nos currículos universitários. Para tanto, o plano de saúde municipal, enquanto instrumento de planejamento que direciona as ações em saúde, foi utilizado na avaliação e organização das temáticas e atividades relevantes para cada edição do projeto. Também destacamos a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde no processo de identificar as demandas e características da realidade a ser vivenciada pelos participantes do VER-SUS.

Para cada edição do projeto, a seleção dos viventes (estudantes regularmente matriculados e frequentando uma IES de caráter público, privado ou comunitário) é feita através de formulário disponível online, que inclui dados de identificação geral do estudante, trajetória acadêmica, histórico de participação no VER-SUS, tentativas anteriores de adesão, participação em extensão universitária e pesquisa, além de uma carta de intenções discorrendo sobre a relevância da vivência para a formação, trajetória pessoal e profissional futura do (a) participante. Faziam também parte do questionário informações referentes à saúde, hábitos ou estilo de vida do (a) candidato (a), como a presença de necessidades especiais, alergias e se era ou não vegetariano, buscando fornecer-lhe boas condições e evitar intercorrências adversas durante os dias de participação no projeto.

O projeto constitui-se no formato de imersão total, a qual é uma estratégia em que os estudantes ficam alojados juntos durante todo o período de vivência, conhecendo os espaços que compõem a rede de saúde, de maneira que se possa trocar e produzir experiências entre si. Em cada edição do projeto, o período de imersão dos estudantes tem a duração de oito dias. As atividades desenvolvidas no período de imersão incluem formação teórica, vivência nos serviços de saúde, atividades de interação, socialização, autoconhecimento e conhecimento do grupo, baseado numa perspectiva problematizadora e reflexiva.

A formação teórica incluiu os temas: princípios e diretrizes do SUS; história e proposta do VER-SUS; lutas dos Movimentos Sociais do Oeste Catarinense; cultura de paz e estratégias mediadoras de conflitos. Este momento é conduzido por docentes e comissão organizadora e conta com participação ativa dos viventes. Estes últimos são instigados a apropriar-se das bases teóricas do SUS, a fim de problematizar a realidade encontrada na vivência posterior.

Após a formação teórica, os viventes são divididos em grupos operativos que preconizam a diversidade de profissões em sua composição. Esta metodologia ativa está baseada nos processos grupais, em que a comunicação e interação são essenciais, de modo que envolve a observação e escuta, debate, aceitação de ideias e integração no trabalho em equipe (BORGES; ALENCAR, 2014).

Os viventes convivem com seu grupo operativo nas dependências do alojamento e realizam juntos todas as atividades, desde visitas aos serviços do SUS, até no estudo sobre um tema específico relacionado aos locais de visitação. O grupo operativo tem a responsabilidade de compartilhar com o grupo total de participantes o resultado do seu estudo e também as experiências vivenciadas, sendo priorizado, como forma de apresentação, mecanismos interativos e criativos, como a teatralização, música (paródia, etc.), produção de vídeos, dança, entre outros. Esta forma de organização é pensada para favorecer o compartilhamento e integração de conhecimentos, contribuindo para a reflexão e a construção de conhecimento transdisciplinar através da vivência.

Como estratégia metodológica, o VER-SUS (dispositivo que visa a reorientação da formação em saúde) preconiza o uso de metodologias ativas de aprendizagem, que abrangem a problematização, ação e reflexão acerca da realidade e, na área do ensino em saúde, “[...] são utilizadas com o propósito de que estudantes da área da saúde adqui-

ram o conhecimento de forma significativa e não meramente mecânica, como o ensino tradicional há muitos anos perpetra” (MELO; ALVES; LEMOS, 2014, p. 2015). Considera-se nesse contexto, os conhecimentos e as experiências que os estudantes já têm, sejam os da universidade ou da vida cotidiana, suas vivências enquanto usuários dos serviços de saúde e os conceitos que têm acerca desses espaços.

Transdisciplinaridade como potencializadora da educação permanente

Pensando nisto, a vivência do VER-SUS configura-se como um espaço de troca de informações sobre as práticas e os conhecimentos pré-existentes e elaborados a partir da experiência, de maneira que ultrapassa a formação específica de cada curso, encaminhando-se para a inter e transdisciplinaridade (MENDES *et al.*, 2012).

É importante observar que, conforme avançam as edições do projeto, aumenta a diversidade de cursos de graduação entre os participantes, sendo que muitas formações extrapolam a área da saúde, e estão diretamente relacionadas ao SUS, como, por exemplo, o Direito e Administração (Tabela 1). Estes estudantes percebem o SUS como importante local de atuação, o que é reforçado pela vivência e contato com os trabalhadores e gestores da saúde, os quais destacam a transversalidade da área da saúde, mediante a prática no SUS.

Ainda vale salientar que a interdisciplinaridade se refere à integração de diferentes disciplinas, ainda compreendidas como campos específicos do conhecimento científico. Enquanto que a transdisciplinaridade vai além disso, buscando integrar o conhecimento científico e outros modos de produção de conhecimento, de maneira que propicie o diálogo entre as ciências (FERIOTTI, 2009), o que é alcançado através da problematização de diversas situações encontradas e que são debatidas pelos viventes.

As experiências vividas superaram expectativas, constituindo muitos dias de aprendizado, descobertas e desafios. Além disso, a convivência e troca de experiências com universitários de vários locais abriram leques de discussões interdisciplinares, bem como a interação com os trabalhadores de saúde dos locais visitados. Estes trabalhadores foram receptivos com facilitadores e viventes, demonstrando abertura a indagações e discussões, bem como satisfação com

o protagonismo dos estudantes e do projeto no SUS.

Deste modo, a imersão dos viventes do VER-SUS no contexto dos serviços provoca processos de problematização da realidade, em que estudantes e profissionais trocam saberes e experiências, buscando compreender as demandas, potenciais e fragilidades do serviço e, assim, possibilitar o desenvolvimento de estratégias de intervenção. Isso se constitui em transdisciplinaridade, na medida em que permite a abordagem mais ampla e efetiva das necessidades inerentes ao indivíduo, podendo solucionar fragilidades com as mais variadas etiologias e trazer possibilidades inovadoras para questões complexas.

A transdisciplinaridade é um fator potencializador da educação permanente quando os conhecimentos, observações e constatações fornecem substrato para diferentes abordagens de questões, que incentivam um olhar crítico e o diálogo entre fontes observadoras distintas. Assim, a construção do conhecimento passa a ser mais potente na sua capacidade de aprendizagem.

Ao conhecer os diferentes espaços de saúde, foi possível compreender que a saúde vai muito além de uma unidade básica ou hospital. A saúde envolve redes, lazer, esporte, movimentos sociais, organizações da sociedade civil e pública, se aproximando, desta forma, de um conceito ampliado de saúde.

Deste modo, percebeu-se que estratégias que promovam a integração ensino-serviço são fundamentais no processo de reorientação da formação em saúde, principalmente na formação de profissionais no e para o SUS. Considerando a necessidade crescente de investimentos ético-políticos no fortalecimento do SUS, contribuir para a implicação e compromisso dos profissionais da saúde com a saúde pública, universal, descentralizada, equânime é constituir bases de sustentação para as conquistas historicamente conquistadas por movimentos que, também através da educação, pensou em uma reforma no paradigma de atenção à saúde no Brasil.

Vivências de integração ensino-serviço

O SUS se constitui como o maior campo de trabalho em saúde do país, e a este cabe o ordenamento da formação de profissionais da área, de acordo com o art. 200 da Constituição Federal vigente (BRASIL, 1988), assim como propiciar o desenvolvimento científico e tecnológico, nas

diferentes áreas de atuação em saúde. Para isso, o mesmo emerge como importante campo de prática para ensino, pesquisa e extensão, congregando interesses seus e das IES, no intuito de melhorar a qualidade do atendimento à população (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

A PNEPS vêm reconhecer a importância da integração ensino-serviço enquanto dispositivo de educação dos profissionais da área da saúde, bem como contribui para a qualificação das práticas de saúde (BRASIL, 2004). Por integração ensino-serviço compreende-se o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de acadêmicos, docentes e equipes dos serviços de saúde, com o intuito de primazia na formação profissional, assim como para contribuir no desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores da saúde e aprimorar a atenção à saúde individual e coletiva prestada (PIZZINATO *et al.*, 2010). Nesse contexto, a educação permanente, ao mesmo tempo em que se constitui como importante estratégia, também se caracteriza como resultado.

A educação permanente representa um encontro entre saúde e educação e, ao considerar que a mesma, no SUS, consiste na aprendizagem integrada aos processos de trabalho é apostar na vivência das situações cotidianas dos serviços, profissionais e usuários como estratégia de formação ética, política e, também teórico-metodológica. Assim, acredita-se que essa experimentação dos diversos olhares sobre as diversas realidades do SUS no país pode ajudar a qualificar os diferentes profissionais e atores sociais que irão atuar no sistema de saúde, seja na atenção, gestão, educação ou controle social.

A formação em saúde tradicionalmente é baseada em um modelo bancário, no qual professor assume a postura de transmissor de conhecimento, e o estudante, pacificamente, conformando-se com o papel de receptor desse conhecimento transferido. A transmissão do conhecimento em um processo excludente do saber do outro, caracteriza-se pela naturalização de um saber que tem dono (ciência, instituições políticas e/ou religiosas, etc.), em que a intencionalidade do conhecimento não é campo de questionamentos e serve de legitimação para os interesses de determinados segmentos sociais (SIMON *et. al.*, 2014). Como exemplo, cita-se a persistência do paradigma biomédico no campo da saúde, por estar atrelado às estruturas de um modelo societário massificador, neutralizador das singularidades e subjetividades.

A emergência de propostas formativas baseadas em um modelo libertário, popular, engajado, solidário e não-opressivo corresponde

ao processo de superação do modelo acima exposto, sendo que uma das principais referências de reorientação das teorias do conhecimento é a educação popular freireana. Essa perspectiva metodológica coloca a relação com o outro como centro de uma teoria do conhecimento, cuja intencionalidade é a recriação das relações sociais, na perspectiva da emancipação. Por alicerce desse processo, têm-se a autonomia, na qual o indivíduo se constitui como sujeito ativo de seu aprendizado, na busca pela práxis libertadora e transformadora (MIRANDA; BARROSO, 2004; MITRE *et al.*, 2008).

Neste contexto, as metodologias ativas baseiam-se na problematização e na ampliação do olhar sobre as dimensões da realidade, partindo da ação-reflexão-ação dos próprios educandos. Essas metodologias têm demonstrado um rumo promissor para a reorientação da formação profissional em saúde, ao passo que a sua utilização ampara processos formativos condizentes com os princípios e diretrizes do SUS.

O VER-SUS busca transcender o ineficaz método conteudista, se apropriando da formação a partir de metodologias ativas e propondo uma estratégia de faça a integração ensino-serviço em ato. Destaca-se que há uma lacuna na compreensão do SUS no âmbito universitário, pois ainda se encontram barreiras entre as IES e a inserção dos graduandos da área da saúde no SUS (LIRA NETO *et al.*, 2013), de modo que o VER-SUS vem com o intuito de superar isso, assim como a PNEPS prevê, ao propor a educação permanente como uma maneira de “efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde” (BRASIL, 2004, p.1).

Assim, por meio do VER-SUS, é possível experienciar as diferentes realidades do SUS, deparando-se com situações concretas (problematização), nas quais futuramente pode-se intervir durante a carreira profissional (hipóteses de solução, com posterior aplicação à realidade), antecipando e favorecendo a aproximação entre teoria e prática, a qual acontece, muitas vezes, apenas nos estágios curriculares supervisionados. Deste modo, o VER-SUS se configura como um dispositivo singular de ensino, despertando efetivamente para o SUS, fomentando o desejo de ação, cooperação e transformação em cada vivente, ao passo que cada um apresenta e compartilha percepções distintas, construções e agregações de valores.

Por fim, vale salientar que ainda necessitamos desenvolver instrumentos capazes de avaliar a contribuição do VER-SUS para a atu-

ação dos profissionais da saúde no âmbito do SUS, sendo que estes poderiam nortear a inserção de vivências como está no currículo dos cursos de graduação na área da saúde. Assim, mais estudantes podem ser alcançados e afetados por atividades emancipadoras como a do VER-SUS (MENDES *et al.*, 2012).

Dessa forma, mesmo sem instrumentos para avaliar o impacto dos estudantes que participaram do projeto e hoje são profissionais atuantes no SUS, vale destacar a existência de um olhar diferenciado destes, que compreende o SUS em diversas esferas. Além de ter a possibilidade de fundamentar discussões e iniciar e/ou alavancar o processo de educação permanente no seu local de trabalho, ação que nem sempre os profissionais que não tiveram contato com o projeto assimilam e conseguem executar em sua carreira profissional.

Considerações finais

Superar os desafios que se encontram no âmbito da saúde atualmente não é uma tarefa fácil e necessita de uma série de elementos que, quando combinados, exercem um papel diferenciado na gestão, planejamento e execução desses serviços para que os mesmos alcancem seus objetivos. Para atender essas necessidades, além dos serviços serem constituídos por profissionais capacitados, se destaca a importância das equipes de educação permanente, as quais contribuem de forma significativa no despertar da reflexão crítica e aperfeiçoamento dos conhecimentos numa construção transdisciplinar.

Através desse dispositivo de imersão formativa na realidade do SUS, podemos vislumbrar como horizontes que os(as) trabalhadores(as) dos serviços de saúde se implicaram com o acolhimento dos estudantes durante as diversas visitas, muitos recebendo inclusive em todas as cinco edições, e ao passo em que se percebiam como corresponsáveis pela formação dos(as) viventes, emergiram também em várias dúvidas dos (as) visitantes curiosos(as). Semeou-se nos profissionais que recebem as visitas, e nos (as) próprios (as) estudantes, por conseguinte, elementos fundamentais à consolidação da Política de Educação Permanente, como a curiosidade crítica e epistemológica transcendendo apenas a curiosidade de ingênuo, como instigar o educador pernambucano Paulo Freire.

O desafio de amadurecer nos(as) viventes a Educação Permanente como uma estratégia formativa, intimamente ligada à integração ensino-serviço, ainda é um desafio importante. Apesar da Política mi-

nisterial oficialmente dizer respeito diretamente aos (às) trabalhadores (as) do SUS como “alvo” principal, requer deles (as) próprios (as) como atuais estudantes e futuros (as) trabalhadores (as) ressignificações do seu papel como educadores (as) e formadores (as).

O SUS, nessa perspectiva, deve ser encarado, no frutífero sentido didático-pedagógico, como uma grande escola, onde sempre trabalhadores (as) que reivindicam qualificações, podem e devem contribuir com a qualificação dos (as) atuais estudantes, haja vista manter a coerência entre o que se diz e o que se faz, entre o que se reivindica e o que se oferece, e finalmente entre a teoria e a prática, emergindo a práxis na Educação Permanente.

Por meio das vivências geradas pela imersão no VER-SUS, tornou-se possível encontros com outros corpos que foram atravessados com os mesmos anseios e questionamentos acerca do SUS, tais encontros geraram uma ressonância, compreendida aqui como a capacidade que se tem de soar juntos, de amplificar ideias, valores, discursos, e intensificar movimentos. Os viventes foram expostos a espaços que nos produziram encontros com a realidade social, com o dia a dia de trabalho no SUS, com os profissionais, gestores e usuários. Dessa maneira, construiu-se conhecimentos e práticas que ultrapassam a formação específica de cada curso, chegando a um terreno interdisciplinar, ético e político. Passando a enxergar a nossa formação com outros olhos e a nos questionar dos saberes que são impostos por meio de uma matriz curricular que pouco possibilita reflexão sobre o SUS, ensinando transcender essas limitações.

Referências

BORGES, T.S; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, v. 3, n. 4, p. 119-143, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Banco de dados**: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

CAVALHEIRO, M.T.P; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, v. 1, p. 19 - 27, 2011.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol Serv Saude**, v. 15, n. 3, p. 7 - 18, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000300002&script=sci_arttext>. Acesso em Acesso em 05 Set. 2017.

FERIOTTI, M.L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Revista do NESME**, v. 2, n. 6, p. 113 - 219, 2009.

FERLA, A.A; RAMOS, A.S; LEAL, M.B. A história do VER-SUS: um pouco sobre o conjunto das iniciativas que inspiraram o projeto VER-SUS/Brasil. In: FERLA, A.A. et al. (Org.). **Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 62. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIRA NETO, J.C.G. et al. VER-SUS: Um relato de experiência sobre uma vivência-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde. **Rev Enferm EFPE**, v. 7 (esp), p. 1042 - 6, 2013.

MAFFISSONI, A.L. et al. VER-SUS oeste catarinense: vislumbrando um itinerário formativo em enfermagem direcionado ao Sistema Único de Saúde. **Rev Enfer UFPE**, v. 11, n. 2, p. 758 - 64, 2017.

MENDES, F.M.S. et al. VER-SUS: relato de vivências na formação em Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, p. 174 - 187, 2012.

MELLO, C.C.B; ALVES, R.O; LEMOS, S.M.A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Rev CEFAC**, v. 16, n. 6, p. 2015 - 28, 2014.

MIRANDA, K.C.L; BARROSO, M.G.T. A contribuição de Paulo Freire à prá-

tica e educação crítica em enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 631 - 635, 2004.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2133 - 2144, 2008.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev Bras Ed Médica**, v. 36, nº 1, supl. 2, p. 170 - 177, 2010.

SIMON, E et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1355-1364, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601355&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Set. 2017.



INTERAÇÃO COMUNITÁRIA: ESTRATÉGIA PARA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU

*Ana Gabriela Quintanilha Veras
Bruno Antunes Wiethorn
Bruno Pfiffer
Larissa Carneiro
Clóvis Arlindo de Sousa*

Introdução

O ser humano em sua totalidade é, cada vez, mais valorizado na medicina em detrimento do modelo biomédico tradicional. A partir desta perspectiva, os cursos de medicina devem mover recursos pessoais, didáticos e pedagógicos que priorizem ações ativas de ensino na formação acadêmica de forma a ampliar as relações do estudante com a comunidade, tal qual determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN, 2014)¹. Para tal, disciplinas das áreas humanísticas e, principalmente, as que promovem uma interação dos estudantes com a comunidade, já nos primeiros anos da vida acadêmica, estão atualmente presentes nos currículos acadêmicos.

Em conformidade com as referidas mudanças, a Universidade Regional de Blumenau (FURB), implementa nos primeiros quatro semestres do curso, a disciplina de Interação Comunitária, cujo objetivo é promover a integração dos discentes na comunidade a fim de estimular uma reflexão crítica a respeito da realidade e possibilidades de intervenção, frente às demandas sociais encontradas. A ação da disciplina se efetiva dentro de um contexto dialógico e interdisciplinar que promove o vínculo entre discentes e docentes da FURB com a Unidade de Saúde, que por sua vez propicia um entremeio com a comunidade local, possibilitando aproximação com suas Instituições Sociais e, por conseguinte, com a população. Dessa forma, a inserção dos acadêmicos na comunidade alicerça os conhecimentos adquiridos em sala de

aula, que normalmente seriam considerados abstratos, tornando-os ferramentas práticas e aplicáveis a realidade. Isto posto, abre-se o olhar os alunos para a necessidade de uma saúde mais holística e integrada com a comunidade.

Partindo dessa perspectiva, a Interação Comunitária enquadra-se dentro do modelo de Educação Permanente em Saúde, uma vez que trabalha com a metodologia ativa de ensino, a qual problematiza as demandas efetivas da comunidade, transformando essas informações em aprendizado. Essa abordagem vislumbra uma formação médica que conforma uma visão de saúde integral, para além das demandas imediatas e explícitas do usuário e busca uma compreensão ampla que leva em conta os aspectos biopsicossociais em detrimento do modelo biomédico (MARCO, 2006), que permeiam as ações na área da saúde, sendo de primordial importância nos primeiros anos de formação do curso de medicina a interação aluno e comunidade. Com vistas às mudanças que estão ocorrendo no ensino médico, na busca de uma formação mais humanizada, é de suma importância compartilhar experiências que corroborem com essa perspectiva de saúde.

Com tal intuito, este trabalho pretende compartilhar as experiências vivenciadas no projeto “Tarde na Praça”, pela turma da primeira fase do curso de Medicina, na disciplina de Interação Comunitária I, da Universidade Regional de Blumenau (FURB). Essa ação é parte do trabalho desenvolvido ao longo do semestre nesta disciplina, uma vez que seu planejamento foi realizado a partir de dados e demandas obtidos pelo método de territorialização que envolveu visitas domiciliares, ações nas escolas e posterior discussão e problematização das informações obtidas a respeito da região de forma a reconhecer suas principais características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e culturais inerentes à população adstrita.

O espaço território, segundo Gondim *et al.* (2008), é percebido como o espaço que vai além da visão de um recorte político operacional no qual deve atuar o sistema de saúde, mas é o espaço específico, com uma população vivenciando necessidades, problemas e experiências de singulares daquela comunidade. Neste espaço se inter-relacionam atores da comunidade, profissionais, gestores e serviços de saúde, sendo esse espaço não conformado enquanto extensão geométrica, mas como um locus no qual se concebe o perfil múltiplo da comunidade, de forma a buscar uma prática de saúde que vislumbre o indivíduo de maneira holística, inserido em uma rede de relações nas

quais os profissionais de saúde envolvidos com a comunidade possam nortear sua prática.

Essa concepção de território permite aos discentes do curso de medicina e demais áreas de saúde uma abertura para uma maior sensibilidade frente à singularidade e heterogeneidade humana, como também, a possibilidade de empreender práticas de organização e planejamento de ações integradas de saúde. Nesse contexto, os acadêmicos da primeira fase da Medicina Furb, na disciplina de Interação Comunitária I, contando com o auxílio de funcionários do Ambulatório Geral, realizaram o projeto “Tarde na Praça”, que será compartilhado nesse trabalho a fim de socializar a experiência, seu desenvolvimento e resultados, como uma alternativa de promoção da saúde em prol da tolerância e inclusão social.

A disciplina

A disciplina de Interação Comunitária integra a grade curricular do curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (FURB). É de suma importância que o estudante esteja em contato com a população de seu município desde o início de sua formação acadêmica, com o intuito de desempenhar o objetivo principal de integração dos alunos com as atividades médicas práticas, introduzindo o acadêmico na realidade social, proporcionando uma aprendizagem indispensável para a sua formação. Além disto, contribui para o trabalho de campo que promove a observação participante, no qual o estudante observa com um olhar crítico e analisa as problemáticas que cercam os territórios.

A presença de estudantes de Medicina em atividades comunitárias é uma iniciativa de integrar ensino-serviço-comunidade apoiada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, conforme a orientação de estimular práticas formativas de profissionais da saúde mais engajados e envolvidos com o SUS (FERREIRA *et al.*, 2012).

As Diretrizes Curriculares Nacionais em relação aos cursos de medicina destacam que é importante orientar o profissional dos conhecimentos para a prática da atenção à saúde, para estarem qualificados a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, em nível tanto individual quanto coletivo. Além disso, outros pontos como o “processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina e

também a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença” e a “abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção” (Conselho Nacional de Educação, resolução CNE/CES N^o 4, de 7 de novembro de 2001).

A disciplina se aproxima cada vez mais desse viés ao procurar inserir os estudantes em situações reais que oportunizam a relação da teoria com a prática em uma experiência além da sala de aula, motivada pelos diferentes cenários de aprendizagem, empregado como uma estratégia para aproximar os estudantes do cotidiano das pessoas e desenvolver nos acadêmicos um olhar crítico voltado para os problemas reais da população (FERREIRA, 2007).

A relação com cada território de atuação específico tem como finalidade a aproximação com a realidade local, por esse motivo, no início das aulas é realizado a territorialização do local. No caso específico do Ambulatório Geral, para realizar essa análise, caminhamos pelas proximidades, observando a presença de escolas de ensino básico, fundamental e médio, comércios, padarias, igrejas, praças e terminais de ônibus. Nos atentamos também para as condições habitacionais dos moradores, sendo possível observar que nestas proximidades, não era perceptível a disparidade de condições de infra-estrutura entre as moradias.

As ações acadêmicas em relação às políticas públicas de saúde realizadas pelos alunos são designadas em locais específicos, regiões da cidade de maior vulnerabilidade e que possuem maior precariedade e problemáticas relacionadas à saúde pública. Previamente, ao realizarem seus primeiros contatos com a população, os estudantes são instruídos para estarem preparados perante as situações que encontrarão no local de atuação, como por exemplo os problemas de saúde mais comuns em pacientes das unidades básicas de saúde e condutas que podem ser realizadas para ajudar essas pessoas, as dificuldades que as mesmas possuem devido à doença, a própria condição geográfica da região e as dificuldades de locomoção que geralmente são encontradas em bairros carentes, mostrando como essa falta de mobilidade pode impedir que os moradores utilizem os serviços que as Unidades Básicas de Saúde disponibilizam. Além disso, sensibiliza os estudantes para tentar promover uma melhora na saúde e qualidade de vida das pessoas com as quais manterão uma relação de proximidade durante o semestre.

As comunidades empobrecidas são, em muitos casos, o reflexo da saúde dos brasileiros dentro da realidade da conjuntura atual. O contexto de contato com a comunidade é uma oportunidade para demonstrar que podem ser feitas pequenas diferenças no local de atuação, mas que impactam de inúmeras formas as pessoas ao redor. Ao entrar em contato direto com uma equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, agentes de saúde e fonoaudiólogos, a Interação Comunitária aproxima o estudante da realidade vivenciada pelos profissionais da saúde que trabalham no SUS em sua localidade.

A teoria de educação popular de Paulo Freire salienta que não há saber maior ou menor, mas saberes diferentes (FREIRE, 1996). A experiência adquirida nesta disciplina compactua com tais ideias, pois a troca de saberes se dá entre discentes e docentes, com também com a comunidade. A possibilidade de aproximação com moradores, as trocas de experiências, a disponibilidade de ouvir suas queixas e histórias, conhecer seu cotidiano, as relações familiares e todo movimento que empreendemos na tentativa de ajudá-los, permite a troca de saberes múltiplos diminuindo a distância entre saber acadêmico e a realidade social.

Experiências facilitadoras de integração dos estudantes de Medicina com a comunidade auxiliam na formação de um profissional diferenciado, pois unificam a qualificação técnica, o desenvolvimento do espírito crítico e da responsabilidade social. Para Pizzinato *et al.* (2012), a vivência do estudante com a gestão e com o planejamento em saúde, privilegiando o trabalho em equipe, deve ser permanentemente incentivada, visando à formação integral de profissionais da saúde mais envolvidos com o SUS.

Preparação

Realizaram-se, ao total, dois meses de preparação com a realização do evento no dia 10 de novembro de 2016. Os preparativos foram acontecendo no decorrer das semanas de aula no Ambulatório Geral da Velha. Durante a primeira semana no território foi realizada a territorialização do ambiente de trabalho no semestre, logo, apenas na semana seguinte seria realizado o início da organização. Conhecer seu território, como o Arco de Charles Maguerez propõe, é exemplificado por Prado *et al.* (2012), é o primeiro passo para se fazer uma intervenção focada nos problemas mais agravantes do local.

Na segunda semana dos estudantes de Medicina no Ambulató-

rio Geral da Velha, em Blumenau, uma reunião foi realizada para o planejamento das atividades que ocorreriam no semestre. Decidiu-se então realizar uma grande ação, a qual seria o principal foco do semestre e a qual exigia uma grande dedicação dos alunos em cada encontro semanal no Ambulatório e fora dele. Uma ideia seguida desta foi a divisão do grupo em subgrupos, os quais visitaram algumas casas onde residiam pessoas com deficiência, ampliando o olhar dentro dessa temática, já estreitando laços com essas pessoas. O objetivo era conversar e discutir sua relação com a comunidade e quais as dificuldades encontradas em seu cotidiano, como forma de aproximar mais a população e o Ambulatório Geral das famílias, o que é facilitado pela confiança calcada no diálogo e na lógica participativa demarcada pelos vários atores comunitários.

Foi visitada a Escola de Educação Básica Hercílio Deeke a fim de comunicar a respeito da campanha que ocorreria no final do ano, e convidá-los a participar. A ação seria bastante pertinente com a realidade da escola, tendo em vista que havia uma quantidade considerável de alunos com deficiência, ajudando-os mesmo que indiretamente, na medida que o projeto buscava reafirmar a importância da integração e do respeito às diferenças.

No decorrer da quarta semana de planejamento, expomos para o grupo o que foi encontrado na semana anterior nas visitas domiciliares. Após a apresentação dos casos, iniciou-se uma discussão baseada nos impasses relatados, uma vez que uma parte considerável das queixas se pautava na dificuldade de acessibilidade, tanto por condições físicas quanto por condições sociais, além do preconceito vivenciado nas mais diversas esferas contra idosos e pessoas com deficiência, que variavam de olhares estranhos a agressões verbais. Ficou claro, que seria de suma importância criar algo em torno dessa amostra da população e suas demandas, a fim de conscientizar para a necessidade de respeito às diferenças, confirmando assim a segunda parte do Arco de Charles Maguerez (PRADO *et al.*, 2012), que são as identificações dos pontos-chave. Por conclusão: surgiu-se então a ideia de se abordar temas que tenham por objetivo sensibilizar as pessoas da comunidade da Velha sobre a importância da inclusão social, com o foco na exposição das dificuldades de ser um deficiente visual e/ou físico, como também todo o preconceito que os cerca, expor como a deficiência não é um limitante para obter uma vida regular, que não os impossibilita de trabalhar ou exercer certas funções. Além disso, acreditava-se ser importante inserir atividades sobre um estilo de vida saudável, pro-

porcionar rodas de conversa e promover práticas saudáveis de vida a partir do próprio envolvimento do cotidiano comunitário.

Escolhida a temática de integração, na semana seguinte começou o planejamento da execução do projeto, que recebeu a alcunha de “o Grande Dia”. Foram dadas diversas sugestões de atividades, que aos poucos se solidificaram. A fim de otimizar a dinâmica do projeto, foram divididos grupos, delegando-se uma função dentro do contexto das atividades para cada um. Como sede do evento, decidimos pelo ambiente de uma praça, localizada nos fundos do AG, o que automaticamente criou uma associação de ações de lazer e promoção da saúde com o Ambulatório, o que ajuda a dissociar a imagem cristalizada por um modelo biomédico dos ambientes de saúde, aumentando assim o vínculo da Unidade de Saúde com a população local.

Dentro do cenário do projeto, foram pensadas em atividades simples, práticas e acessíveis a um público diversificado. Como era previsto um maior público infantil, foram priorizadas atividades lúdicas como a “brincadeira do chinelão”, que consistia em um par de longas tábuas sobre a qual, vendados, os participantes encaixavam os pés, enquanto guiados pelos acadêmicos, estabelecendo uma relação de confiança e mostrando a necessidade de trabalho em equipe e colaboração para vencer as dificuldades. Havia também o “circuito de cegos” onde uma pessoa era vendada e com o apoio de uma bengala deveria desviar de uma série de obstáculos, por um percurso próprio da praça de aproximadamente cem metros. Tudo enquanto eram acompanhadas por um diálogo que serviria como gatilho para reflexão, indagando acerca das dificuldades encontradas, visando sensibilizar a criança para os obstáculos deparados pelos deficientes visuais e sua capacidade de superação para realizar atividades cotidianas. Outra modalidade efetuada foi o tênis de mesa sentado, que contaria com a participação especial da paratleta Andreia Porfirio. Dessa forma, há uma mudança na logística de movimentação do jogo, que passou a se desenhar literalmente a partir do ponto de vista da pessoa com deficiência. Seguindo essa linha, foi também escolhida a modalidade do “vôlei sentado”, que consistiu na utilização de uma quadra de tênis, em que os participantes eram distribuídos em almofadas pela quadra, onde deveriam permanecer durante o jogo enquanto, tal qual no vôlei, se passava a bola.

Saindo um pouco desse modelo mais lúdico, optamos também por uma roda de conversa com temas que envolveriam desde higiene pessoal e trânsito até as questões centrais do projeto como acessibili-

dade, deficiências e dificuldades. Para deixar o processo dinâmico, seriam sorteadas crianças e deveriam escolher um papel, lendo seu conteúdo em voz alta. Em seguida, questionar-se-ia qual o conhecimento delas em relação ao assunto, suas opiniões, impressões para depois discorrer a respeito do assunto, o orientando. Ao final da atividade, se deixaria um painel para que as crianças expressassem de forma criativa tudo o que foi aprendido naquela tarde, o que permitiria, de certa forma, ter um feedback do projeto, sabendo se sua mensagem havia sido corretamente incorporada.

Não obstante, o intuito é consolidar de forma efetiva o direito fundamental a diversidade, através do combate efetivo dos preconceitos a partir das práxis da educação popular Paulo Freiriana. Esta pedagogia questionadora parte de uma percepção que visa a promoção da autonomia libertadora, levando em conta a experiência dos participantes através da construção participativa de vias dialógicas, que inclusive podem utilizar os temas geradores dentro da consideração do contexto de vida, enunciado pela própria inquietude gerada através do próprio questionamento acerca do que vai ser refletido dentro do contexto de vida dos educandos, com a problematização programática que leva em conta a própria realidade de opressão vivenciada pela população (FREIRE, 1994), ou seja, com o uso de questões, que estão dentro da própria realidade dos grupos envolvidos, dos problemas concretos envolvendo a questão da saúde pública e da realidade de exclusão existente dentro das próprias periferias urbanas, com chagas como pobreza, drogas, desemprego, violência, falta de saneamento, moradia, dificuldade de acesso a serviços de saúde, educação, mobilidade urbana, etc.

Por isso, ensinar exige humildade e tolerância, o educador também é educado dentro deste processo que envolve o enfoque dialógico baseado na reciprocidade de saberes e experiências, incluindo os saberes populares, a escuta e o compromisso expresso pelo posicionamento ideológico em prol dos grupos marginalizados, atitudes que fazem parte deste contexto de promoção de práticas emancipatórias de educação (FREIRE, 1996), sem ingressar com uma postura verticalizada e hermética em relação a práxis pedagógica conjunta aos grupos e comunidades envolvidas (FREIRE, 1996).

Essas práxis garante a consolidação dos processos de inclusão social. Isto não exclui a necessidade de políticas públicas de mobilidade e acessibilidade para as pessoas com deficiência, uma sociedade diversa se enriquece através de redes de sociabilidade

baseados na aprendizagem recíproca baseada na empatia, aprimoramento cultural e mesmo intercultural com base na premissa da solidariedade, autonomia e liberdade.

Nas semanas consecutivas, continuaram os planejamentos para organização do “Grande Dia”, buscando participantes com deficiência, para dar voz aos problemas, contando suas experiências e vivências e enriquecendo o projeto. Como forma de divulgação, foi dada preferência ao folder, editado e distribuído pelo próprio grupo, a fim de convidar uma parcela heterogênea da população dos mais diversos pontos da comunidade. Além da distribuição de mão em mão dos folhetos em diversos lugares do bairro, foi feito um chamado em pontos de referência, como escolas, igrejas, comércio, e das próprias moradias, buscando explicar a ação e seus objetivos, almejando incentivar a participação dos moradores. A fim de partilhar a experiência para além da comunidade, foram convidadas duas redes locais de televisão, com a proposta de realizar uma matéria a respeito do evento, veiculando-a em rede local, ampliando a visibilidade do projeto e sua mensagem, trazendo aos holofotes a por vezes negligenciada questão da deficiência e da inclusão social.

“O Grande dia”

A experimentação do projeto de promoção de saúde, após dois meses de preparação, evidenciou a sua importância no âmbito do fortalecimento do modelo de ensino em Atenção Primária a Saúde. Na manhã do dia da oficina, o espaço físico da praça teve suas últimas arestas aparadas e a preparação se fez por completa.

Os moradores do bairro da velha foram recebidos com uma série de atividades desenvolvidas por 13 acadêmicos de medicina, supervisionados por um professor da disciplina de Interação Comunitária. Durante a ação, os treze alunos revezaram-se sobre cada uma das áreas de atuação, de forma que cada um participasse de todas as oficinas e compartilhassem conhecimento de forma dinâmica. O projeto contou com a participação de 50 alunos de escolas do bairro somado com a participação de populares da região, envolvendo um público total de cerca de 65 pessoas, desconsiderando a equipe de organização.

Foram utilizadas tendas distribuídas ao longo de toda a extensão da praça, cada uma com sua respectiva finalidade. Além do auxílio de dois graduandos do curso de Educação Física, que au-

mentaram a equipe, contribuindo para uma tarde mais organizada, dinâmica e segura. Além dos jogos de quadra, em que foi utilizada a infraestrutura pré-existente no local. Devido ao horário e ao clima típico da cidade, foi levado um grande aporte de água, a fim de evitar desconforto, permitindo que o público participasse de forma plena de todas as atividades. Curiosos que se aproximavam, eram convidados a participar, principalmente as crianças da região.

Com a finalidade de obter um maior aproveitamento, parte do grupo realizou uma apresentação inicial do projeto, informando como seria seu funcionamento ao longo da tarde. Iniciou-se com uma roda de conversa realizada por uma usuária de cão-guia, que esclareceu diversos pontos desconhecidos da maioria dos cidadãos que perturbam o trabalho do cão e, conseqüentemente, seu dono. As crianças foram bastante receptivas e participativas no decurso da atividade, com diversos questionamentos, o que demonstrou êxito na conscientização, mesmo que de uma parcela ínfima da população.

Posteriormente foi desempenhado um rodízio de atividades com grupos de crianças, objetivando a participação delas na totalidade das dinâmicas. Uma vez que aconteceu em uma área aberta, a questão de segurança dos menores de idade era uma preocupação vigente. Para tal, contamos com o apoio tanto das professoras das escolas que vieram em conjunto com suas turmas quanto de graduandos da Educação Física que forneceram grande auxílio na execução da ação, que se sucedeu de forma tranquila. Foram realizadas as atividades já anteriormente citadas no texto, sendo a última atividade voltada a reflexão, em que as crianças registraram em duas grandes folhas suas impressões e aprendizados ao longo do dia, uma espécie de informativo, que foi posteriormente fixado na escola e no próprio Ambulatório, ampliando ainda mais o alcance da ação.

Em relação aos executores do projeto, tentou-se edificar os pilares horizontalizando os setores da saúde (FREIRE, 1994) com uma equipe interdisciplinar composta por acadêmicos de Medicina, Educação Física, e Serviço Social da FURB. Durante a ação, houve a presença de duas equipes jornalísticas que relataram a experiência e as exibiram em seus jornais diários, o que promoveu uma maior expressão da importância do trabalho, circulando pela televisão de todo vale do Itajaí nos canais da RBS TV e da RIC RECORD. Com isso, se espera encorajar universitários, agentes da saúde e equipes multidisciplinares a desenvolverem ações semelhantes.

Após a ação, houve um excelente feedback das pessoas que trabalham no ambulatório, que demonstraram interesse pela data da próxima ação a ser realizada e como participar, demonstrando o sucesso desta iniciativa fomentadora do envolvimento comunitário em torno da pauta da saúde pública e extensão universitária.

Com a realização da ação também ocorreu o fechamento do Arco de Charles Maguerez que consiste em sua última etapa na aplicação à realidade, ou seja, após a territorialização e a identificação dos principais problemas deve-se elaborar algumas hipóteses para sua solução e então, após estudos teóricos, aplicá-las ao dia-a-dia (PRADO, 2012).

Discussão

Há uma tendência em ascensão que se baseia em humanizar o estudo da saúde e sua prática, que para Feuerwerker (2001) é essencial na formação dos profissionais de saúde, em detrimento da presente racionalização compulsoriamente científica, evidenciada na maioria das instituições de ensino do país.

A experiência realizada no bairro da Velha permitiu um desenvolvimento não apenas individual dos acadêmicos, mas também um despertar no espírito cidadão e disposto a praticar a mudança dentro do Ambulatório Geral Haroldo Bachmann. É importante ressaltar que se passou o tempo em que praticar cuidado era tratar um paciente. Se começa a articular um processo onde a promoção de saúde sofre metástase e se dissemina por todos os campos do conhecimento. Isso se explicita no texto “Desafios do Ensino da Saúde Coletiva na Graduação dos profissionais de saúde” (COSTA; RANGEL, 1997).

Fica evidente a soma de valores que essa extensão de conhecimento proveniente da sala de aula sensibiliza e transforma o aluno em um protagonista na sua busca por aperfeiçoamento como profissional da saúde e como pessoa. Isso permite também instigar o trabalho em equipe e sensibilizar a atuação relacionada a pessoas com algum tipo de deficiência, o que será essencial no momento de exercer sua profissão com uma formação holística e voltada para a promoção da dignidade da pessoa humana.

As universidades que ainda não alinharam seu método de atuação relacionada a ensinar saúde de forma a contextualizá-la, devem repensar sua atuação, visto que para formar profissionais humanamente compe-

tentes é indispensável estar inserido na população alvo, apropriando-se do complexo conhecimento que permite conhecer diferenças culturais e éticas. Sendo assim, esse saber fará com que o profissional haja pontualmente e sistematicamente, executando sua função com maestria. É válido analisar a ideia do *empowerment* do aluno, que se baseia na habilidade pessoal do aluno de adquirir conhecimento de sua vivência e ter a capacidade de compartilhá-lo, presente na revisão de leitura feita por Mello; Alves; Lemos (2015). Com esse conceito, ganha força o aprendizado em atividades como a realizada, potencializando a capacidade do aluno de desenvolver competências que no futuro serão exigidas em sua profissão.

Atualmente há no país disciplinas equivalentes à de Interação Comunitária da FURB, baseadas em lecionar saúde coletiva, que ministram suas aulas dentro das salas, privando o aluno de relacionar a teoria com a prática, o que é fundamental tratando-se de lidar com pessoas, e não equipamentos ou doenças. Assim, é necessário ir de encontro com ações que visam impactar uma comunidade não por meio da relação médico-doença, e sim executando projetos inovadores e inteligentes que cirurgicamente atuem no processo de educação da população.

Conclusão

Espera-se que a Tarde na Praça tenha sido de extrema importância para a população não apenas da região da Velha Central, mas de toda a Blumenau, e que com ela se pôde aprender e nos desenvolver enquanto cidadãos e seres humanos. Em suma, percebe-se que o grande enfoque da ação foi a introdução do deficiente na comunidade em que vive, quebrando assim tabus e trazendo destaque para essa temática. Percebe-se, então, o sucesso que a matéria de Interação Comunitária da FURB vem produzindo em relação a sua proposta: mostrar a teoria e, não obstante, adentrar aos territórios aplicando-as à prática, mostrando ao aluno a real aplicabilidade dos livros ao cotidiano. Quanto aos estudantes organizadores, se espera que o contato e responsabilidade em sistematizar uma atividade desse porte no início da formação médica alavanque e encoraje a realização de mais ações semelhantes e que impactem ainda mais pessoas.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE ENSINO SUPERIOR. Resolução CNE/CES Nº 4, de

3 de abril de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 38-39, de 9 de novembro de 2001.

COSTA, H.O.G.; RANGEL, M.L. **Desafios do Ensino da Saúde Coletiva na Graduação dos Profissionais de Saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.2, nº1-2, 1997

FERREIRA, R. C.; SILVA, R.F.D; AGUERA, C. B. **Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 31, nº1, p. 52-59, abril de 2007.

FERREIRA, V.S *et al.* **PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 36, nº1, supl. 2, p. 147-151, março de 2012.

FEUERWERKER, L.C.M. **Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde.** Caderno de Currículo e Ensino, v. 2, nº4, p. 11-23, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** Editora Paz e Terra, São Paulo, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Editora Paz e Terra, São Paulo, 17 eds., 1994.

GONDIM G.M.M; MONKEN M; ROJAS L.I; BARCELLOS C; PEITER P; NAVARRO M, *et al.* **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.** In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, ambiente e saúde. Editora Fio-cruz, Rio de Janeiro, 2008, p. 237-55.

MARCO, M. **Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v.30, nº1, janeiro-abril de 2006.

MELLO, C.C.B.; ALVES, R.O.; LEMOS, S.M.A. **Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura.** Revista CEFAC, vol 16, nº6, novembro- dezembro de 2014.

PIZZINATO, A. *et al.* **A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 36, nº1, supl. 2, p. 170-177, março de 2012.

PRADO, M.L. *do et al.* **Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol.16, nº1, p.172-177, 2012.



EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FORTALECEDORA DO TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Fernanda Fabiana Ledra
Carine Vendruscolo
Denise Zocche
Gabriela Hann
Leticia de Lima Trindade*

Introdução

Compreende-se a Atenção Básica em Saúde (ABS) como um agrupamento de ações voltadas para a saúde, no domínio individual e coletivo, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Objetiva ofertar o cuidado integral que influencie na condição de saúde e na autonomia das pessoas, com base nos determinantes e condicionantes que são comuns para todos os usuários (BRASIL, 2012). Assim, é concebida por meio da realização de práticas democráticas e participativas voltadas para o cuidado e para a gestão do trabalho em equipe, direcionada aos usuários, em territórios pré-definidos, assumindo a responsabilidade sanitária, considerando as particularidades existentes (BRASIL, 2009).

Nessa direção, o Ministério da Saúde (MS), a partir da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), passando a estabelecer uma revisão de diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção no Brasil, incidindo, claramente, as principais responsabilidades de cada esfera de governo (BRASIL, 2012). A PNAB é reconhecida como resultado de um agrupamento de ações relacionadas ao desenvolvimento e ao firmamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A AB deve ser a principal porta de entrada e o elo de comunicação para toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), bom como, para os usuários. Dessa forma, faz-se necessário que se oriente, por princípios como a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a atenção integral, a responsabiliza-

ção, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012).

A operacionalização da PNAB se dá, especialmente, pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), as quais atuam em um território, buscando atender as demandas da população local, garantir a integralidade no cuidado à saúde e no atendimento da demanda espontânea de usuários. As equipes realizam ações em saúde de forma programada e coletiva: a escuta qualificada, a busca ativa, atividades de educação em saúde, a avaliação sistêmica das ações implementadas, o registro das atividades, bem como ações de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde (EPS) dos demais componentes da equipe, em âmbito multidisciplinar (BRASIL, 2012).

O trabalho em equipe desponta como uma ferramenta para a qualificação da organização, formação e valorização das habilidades humanas. Este, quando permite uma visão mais ampla e coletiva do trabalho realizado, fortalece a distribuição de tarefas e reforça a cooperação na busca de objetivos comuns para a equipe (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013). Dessa forma, o trabalho em equipe deve ser compreendido como uma necessidade, pois demanda interação, comunicação efetiva e empatia, respeitando os mais variados saberes, pois quando não ocorre essa totalidade na troca de conhecimentos, a construção da prática do cuidado integral não se efetiva (DUARTE; BOECK, 2015). Contudo, o entendimento dos gestores e dos profissionais da ESF sobre a importância da EPS e de suas implicações é necessário para que o processo de trabalho em equipe seja resolutivo e efetivo, fazendo com que cada sujeito da equipe desempenhe suas atividades com mais competência e entusiasmo (DUARTE; BOECK, 2015).

A EPS propõe a modificação do padrão de atenção, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças para que, dessa forma, a atenção integral seja a ligação do trabalho com a melhoria da assistência aos usuários, objetivando, assim, a sua autonomia. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a integralidade do atendimento é uma referência essencial para nortear as ações de saúde voltadas para o usuário em si, para a sua família, como, também, à sua comunidade em um nível de complexidade crescente nas ações preventivas, curativas e de promoção da saúde. Além disso, os movimentos de EPS devem estar alinhados aos princípios da intersetorialidade e com equipes multiprofissionais, desmontando a concepção fragmentada e fortalecendo os princípios do SUS (EPS EM MOVIMENTO, 2014 a).

A EPS busca auxiliar na formação de profissionais críticos, criativos, com habilidades de aprender verdadeiramente e que possam analisar de forma coerente a realidade social para ofertar atendimento ético, humanizado, integral e colaborar para a qualidade da atenção. Dessa maneira, emerge a necessidade de questionar-se sobre as ações de trabalho cotidiano, em que o profissional, efetivamente, assume papel protagonista no andamento do seu trabalho (BRASIL, 2009).

A EPS permite olhar a realidade e suas metas, as quais conformam propostas e projetos potentes para que as práticas se transformem, operadas em realidades vivas, atualizadas pelos diferentes saberes, pela atividade dos distintos atores sociais e pela responsabilidade com o coletivo (SILVA *et al.*, 2010). Nesse sentido, este manuscrito busca relatar o processo de desenvolvimento de uma prática gerencial para o fortalecimento do trabalho em equipe na AB tendo como ação balizadora a EPS.

O cenário escolhido e projeto de movimento

O cenário da prática foi um município do oeste catarinense com a estimativa de 210 mil habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 0,790 e Índice de Desenvolvimento de Educação Básica (IDEB) em 6,49. O município é caracterizado como polo agroindustrial, centro econômico, político e cultural da região oeste de Santa Catarina, conhecido também pela exportação interestadual e internacional de produtos alimentícios industrializados de natureza animal (IBGE, 2016). Conta com uma ampla rede de serviços de saúde, destacando dois hospitais, sendo um privado e outro filantrópico, além de uma rede especializada. Já no âmbito da ABS, o município conta com 741 trabalhadores da saúde, divididos em 47 equipes de ESF e cinco equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Dispõe, ainda, de duas universidades públicas, uma comunitária, um instituto federal e outras Instituições privadas de Ensino Superior. Assim, esse município é referência para mais de 76 municípios do oeste catarinense no que se refere a serviços de saúde e educação, bem como em mercado de trabalho. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ/SC, 2013)

A proposta das oficinas de EPS surgiu dos atores que compõem as equipes de ESF, com o efetivo apoio da gestão municipal para fomentar movimentos de EPS no município. Realizou-se uma escolha intencional, começando pelos 20 maiores centros de saúde da família

urbanos. As oficinas de EPS foram realizadas na sala de reuniões das Unidades de Saúde da Família nos dias e horários das reuniões de equipe, a cada quinze dias, envolvendo, de forma voluntária, todos os trabalhadores de saúde. Em conjunto, a proposta envolveu 204 trabalhadores e foi desenvolvida no período de julho a dezembro de 2016. Dentre os trabalhadores, foram abordados 11 médicos, 17 enfermeiros, 42 auxiliares de enfermagem, 11 dentistas, 11 auxiliares de consultório dentário, quatro membros do NASF, 93 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro auxiliares administrativos e 11 estagiários.

As oficinas foram idealizadas em projeto aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e tiveram como objetivo conhecer, de forma individualizada, os processos de trabalho e a articulação ininterrupta da EPS nos espaços profissionais de saúde. A seguir, seguem os relatos divididos em quatro momentos, intitulados: “Discutindo sobre EPS com as equipes de ESF”; “Abordando o eu no cenário da equipe”, “O planejamento pessoal e coletivo” e “Mostra de práticas em EPS”. Em todas os 14 Centros de Saúde, foram realizadas as oficinas divididas nos quatro momentos citados acima.

Participaram, como moderadores das oficinas a coordenadora do Setor de Educação na Saúde, uma pedagoga e uma estudante de graduação em enfermagem que desenvolvia estágio curricular em um dos componentes curriculares do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Primeiro Momento: discutindo sobre EPS com as equipes de ESF

No primeiro momento, foi realizado, com os participantes, um resgate histórico e conceitual da EPS, resignificando os entendimentos, os espaços de trabalho no SUS como uma escola, restabelecendo a conexão com o conceito e o contexto profissional das equipes que atuam na saúde da família, seja na ESF, seja no NASF. Cumpre destacar que a PNEPS considera a EPS uma das ferramentas que permitem criar uma forma diferenciada de praticar a gestão, firmando compromissos com a reestruturação do trabalho de gestão na atenção e no domínio social, sendo produzido coletivamente, conforme as demandas dos serviços (LINO *et al.*, 2009).

Os trabalhadores foram desafiados a relatar, brevemente, em tarjetas, o que entendiam sobre EPS. Posteriormente, foi apresentado um ví-

de elaborado para o Curso do Grupo EPS em Movimento², de Emerson Merhy (MEHRY, 2014), que aborda o tema da EPS e a sua diferença da Educação Continuada, sinalizando que, para a inserção e manutenção dos profissionais no mercado de trabalho, a busca contínua por novos conhecimentos é uma condição indispensável. Nesse contexto, EPS e Educação Continuada são formas distintas de estabelecer movimentos educativos, no contexto do trabalho. Enquanto a Educação Continuada é centrada na transmissão de saberes por meio de cursos/capacitações e realizada de forma fragmentada, a EPS busca a valorização do trabalho, a participação dos profissionais no processo de ensino aprendizagem e a transformação de suas práticas (PEDUZZI, 2009). Esse momento da atividade foi intercalado com falas dos facilitadores, no intuito de instigar os trabalhadores a pensar e expor sua percepção sobre o assunto.

Dentre as metodologias associadas à EPS, os participantes destacaram, em suas falas, que são comuns no seu cotidiano, aquelas viabilizadas por meio de palestras, reuniões de ensino ou cursos. Poucas vezes foi citada a troca de conhecimentos entre colegas da equipe, discussão de casos ou relatos de experiências, além de outras metodologias ativas/problematizadoras, que são características da EPS.

Pesquisadores (CECCIM, 2005, CARDOSO, 2012) esclarecem que a Educação Continuada em saúde se volta para as capacitações, as quais possuem programação e conteúdos padronizados, na direção da atualização dos conhecimentos de cada profissional, de forma específica, desconsiderando, muitas vezes, a realidade do local e as necessidades reais dos profissionais, limitando, assim, o resultado no seu trabalho. Já a EPS pode ser classificada como a abertura para a análise de vários assuntos que contribuem para a formação de reflexão crítica sobre a realidade dos profissionais de saúde, bem como sobre como interferir da melhor forma sobre ela, gerando sua maior adesão para as mudanças nos processos de trabalho do seu cotidiano de atuação. Na atividade em questão, observou-se que a realidade dos trabalhadores tem sido voltada, especificamente, para as estratégias de Educação Continuada.

²A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atendendo ação conveniada com o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), mediante articulação do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), lançou, em 2014, os Cursos de Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde e de Aperfeiçoamento em Atualização Multiprofissional em Educação e Ensino da Saúde – EPS em Movimento. Estes têm como objetivo ativar processos de EPS nos territórios, reconhecendo práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho, incentivando assim, a produção de novos sentidos no fazer saúde, a partir da invenção de práticas de aprender, de cuidar e de viver, destacando a potência do trabalho vivo em ato (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

Para finalizar, a equipe recebeu a tarefa, para a próxima oficina, de realizar a leitura do texto: “Todo mundo faz Gestão” (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Observou-se a afinidade das equipes com o tema e a aceitação dos desafios propostos pela oficina.

Segundo Momento: abordando o “eu” no cenário da equipe

Nesse segundo encontro, o tema proposto para a oficina foi “Processo de trabalho: eu, no contexto da Saúde da Família”. O tema problematizou a autoconstrução individual dos trabalhadores nos espaços de trabalho, a percepção da importância da “minha presença” e o gerenciamento “das minhas” ações profissionais. Com tais abordagens, foi discutido o fato de os facilitadores não serem as fontes principais de informações e, sim, auxiliarem no processo de aprendizagem, fomentando, nos profissionais, uma atitude ativa, crítica e reflexiva, com vistas à estruturação do conhecimento.

Cumprir destacar que os temas discutidos eram relacionados à prática profissional, de forma a acrescentar informações relevantes para melhorar a assistência prestada aos usuários, a problematização do processo de trabalho e a valorização dos outros membros do grupo (CARDOSO, 2012). Após esse momento, foi retomado o conteúdo do vídeo da EPS em Movimento (MERHY, 2014), o qual foi introduzido para provocar a reflexão e discussões sobre o cotidiano do trabalho em equipe e tencionando mapear soluções coletivas e acessíveis para resolver os nós críticos encontrados.

No momento em que foram estimulados a expor o que realizavam de atividades em EPS, as falas dos sujeitos se complementavam, pois apresentaram informações sobre as orientações dadas aos usuários, troca de conhecimentos com os colegas de trabalho, a busca ativa dos usuários e a identificação do problema para, depois, conseguir resolvê-lo com mais facilidade, agilidade e eficiência.

A dinâmica proposta permitiu que fossem compartilhadas as ações desenvolvidas pelos profissionais e a sua eficiência para buscar soluções para os problemas sociais enfrentados na ESF, permitindo, dessa forma, a construção de métodos para a humanização do cuidado e para as atividades de EPS, envolvendo diferentes atores (SEMUS, 2006). Por fim, foi deixado, como sugestão para debate para a próxima

oficina, refletir sobre o que cada um faz de diferente no seu trabalho – e que envolve a EPS – para ser, então, problematizado como a EPS, representaria uma ferramenta de trabalho para a equipe.

Terceiro Momento: o planejamento pessoal e coletivo

A terceira oficina teve como tema: “Processo de trabalho: planejamento Pessoal de EPS”, discutindo o planejamento de ações individuais de EPS a serem implementadas nos espaços de trabalho, interagindo com dinâmicas de valorização dos membros da equipe. A última oficina presencial teve como finalidade definir uma atividade que representasse o interesse comum das equipes de SF e uma atividade de EPS a ser desenvolvida.

Dessa forma, as equipes se reuniram para discutir as atividades de EPS que estão sendo trabalhadas no centro de saúde, sendo que, após apresentar as atividades, os profissionais voltaram a se reunir e apontaram uma atividade de EPS que representaria a equipe. Foram sugeridos, pelos diferentes atores, temas como: o trabalho de melhoria da comunicação, busca ativa dos usuários, reciclagem do lixo na unidade e no bairro, a revitalização do bairro, a adesão dos usuários nos grupos oferecidos pelas equipes de SF, envolvendo o autocuidado. Sobre tais direcionamentos da EPS nas diferentes realidades territoriais, Merhy e Feuerwerker (2009, p. 2) refletem:

Cada local tem produzido certos movimentos a seu modo. Há movimentos interessantes de construção de processos formativos pelos próprios municípios (inclusive de pequeno porte), em que se forjam redes de sustentação com base nas experiências acumuladas. Mas há também lugares operando a EPS como estratégia ou como objeto de ação da própria gestão do sistema e/ou das unidades de saúde, considerando sobretudo a multiplicidade de projetos em disputa, por meio de encontros, confrontos e negociações entre os vários atores/sujeitos do cotidiano do mundo do trabalho em saúde.

Nesse cenário, pode-se notar que as oficinas presenciais de EPS possibilitaram que os trabalhadores se sentissem valorizados no seu processo de trabalho ao pensar nas próprias ações de EPS desenvolvidas, possibilitando, também, a reflexão sobre a realidade enfrentada diariamente no seu serviço, tornando possível a criação de soluções para as dificuldades enfrentadas e envolvendo o conhecimento teórico-prático previamente adquirido (SILVA *et al.*, 2010).

Quarto Momento: Mostra de EPS

Nesse momento foi proposta a socialização das atividades de EPS, escolhidas pelas equipes de ESF, cuja data seria proposta pelos sujeitos no final do desenvolvimento da ação em todas as Equipes de Saúde da Família do município, após conversa com a gestão da Secretaria de Saúde. Ponderou-se que seria a oportunidade de as equipes mostrarem para as demais e para a gestão, em um evento organizado pela própria Secretaria em nível regional, como a atividade escolhida auxiliou na melhora dos indicadores do Centro de Saúde e como essa ação beneficiaria o desenvolvimento do trabalho das outras equipes.

O movimento das oficinas de EPS condiz com o que os autores vêm afirmando (LINO *et al.*, 2009), ou seja, que o objetivo maior das ações de EPS não é formar bons técnicos, mas, sim, criar boas equipes, as quais possuam a habilidade de ser criativas nas formulações de novas ideias, no reconhecimento dos problemas, além de buscar as melhores soluções, atuação integral e humanizada. Isso possibilita identificar os indicadores que foram base da atividade até o final do desenvolvimento da proposta, mostrando as mudanças efetivas, o que implicou a abertura para a contextualização dos problemas da prática, com a problematização do contexto real, dos desafios do cotidiano, observando a possibilidade de escuta de todos os profissionais. As atividades permitiram a integração ensino-serviço, uma vez que também envolveram docentes e estudantes de uma universidade pública, e, ao ser orientada para o “olhar” para o trabalho em equipe, buscou superar a perspectiva da educação continuada, focada em listas de necessidades individuais de atualização ou das orientações dos níveis centrais.

A promoção de qualificações dos profissionais por meio da EPS é essencial para conseguir alcançar esse objetivo, o que requer promover o diálogo sobre os interesses comuns, pois, como se trata de uma mudança político-social, deve partir do entendimento da realidade das equipes como construtoras de decisões, ações e da ética.

Considerações finais

A realização de uma prática gerencial que fortaleça o trabalho em equipe na Atenção Básica, equipes de ESF e NASF, contribuíram com a transformação da prática desses trabalhadores. A harmonização da teoria com a vivência dos profissionais é um reconhecimento

de a EPS possibilita a transformação e a valorização dos saberes comuns dos trabalhadores da área da saúde.

Observou-se, com a proposta apresentada, que, muitas vezes, a formação em saúde é percebida, somente, como aprimoramento da capacidade técnica, operacionalizada, especialmente, a partir de estratégias de Educação Continuada, pouco articulada à EPS e, sobretudo, alinhada às diretrizes da PNEPS. Nesse sentido, também identificaram-se limites na proposição de ações de aprendizado significativo, voltado ao cotidiano dos trabalhadores de saúde, necessitando ações como essa receberem investimentos e incentivos para se manter e se fortalecer.

Ao possibilitar a troca de conhecimentos sobre EPS, numa perspectiva de transformação e melhoria da assistência prestada, se estabelecem novas formas de percebê-la, permitindo a mudança pessoal, profissional, social e, até mesmo, institucional. Contudo, para que isso realmente aconteça, precisam ser repensadas ações educativas que permitam a participação dos profissionais para a desmitificação e reconstrução desses conhecimentos, visando, assim, o melhor andamento do trabalho realizado.

Referências

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. CHAPECÓ. 2016. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&cod-mun=420420&search=%7c%7cinfogr%25E1ficos:-informa%25E7%25F5es-completas>> . Acesso em: 28 set. 2016.

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

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

CARDOSO, I.V. Rodas de educação permanente na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde soc.** São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 18-28, 2012.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**. Botucatu. v. 9, n. 16, p. 161-68, 2005.

DUARTE, M.L.C; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro. V. 13, n. 3, p. 709-20, 2015.

EPS EM MOVIMENTO. **Entrada, Apresentação**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/entrada-apresentacao/>>. Acesso em: 05 set. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 59.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

LINO, M.M. *et al.* Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 115-36, 2009 .

MERHY, E.E; FEUERWERKER, L.C.M. **Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado**. Disponível em: https://static.atencaoBasica.org.br/II_Mostra_EP/EPS-educacao_saude_gestao_e_producao_do_cuidado_Merhy_e_Laura.pdf. Acesso em: 10 nov. 2017.

MERHY, E.E. EPS em Movimento. **Youtube**, 10 nov. 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o-nApGOWgks> Acesso em: 10 nov. 2017.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface**., v. 13, n. 30, p.121-34, 2009.

PEREIRA, R.C.A; RIVERA, F.J.U; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 17, n. 45, p. 327-40, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó**. Chapecó: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Vitória). **Relatório da 2ª oficina sobre avaliação e indicadores das rodas de educação permanente**. Vitória (ES): Vitória, 2006.

SILVA, L.A.A. *et al.* Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 557-561, 2010.



(RE)SIGNIFICANDO A EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Valéria Silvana Faganello Madureira

Liane Colliselli

Jeane Barros de Souza

Lisiane da Rosa

Maráisa Manorov

Ariane de Lourdes Gomes Bueno

Karine Kooke

Lidiana Pauletto Piovesan

Adriana Schmoeller

A formação de profissionais preparados para atender as demandas de acordo com o perfil epidemiológico e com as realidades locais do seu campo de atuação (TOMBINI, 2010) torna fundamental que as instituições de ensino providenciem meios para aproximar a academia da prática, integrando-se aos serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; LINO *et al.*, 2011). Essa integração ensino-serviço revela-se como potencial estratégia de formação e desenvolvimento profissional em saúde, objetivando a qualificação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS (TOMBINI, 2010).

Nesse sentido, a relação ensino-serviço baseada na educação permanente transforma os centros de saúde em locais de aprendizagem, nos quais aprender e trocar conhecimentos se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, transformando as práticas em saúde (BRASIL, 2009). Da mesma forma, essa relação estimula as instituições de ensino e as secretarias de saúde a estabelecerem parceiras para o desenvolvimento de projetos de ensino, pesquisa e ou extensão na perspectiva da promoção, educação e assistência à saúde (TOMBINI, 2010)

Os Ministérios da Educação e da Saúde são responsáveis pela ordenação e formação de recursos humanos no SUS, com a responsabilidade de se articular para a proposição de políticas, programas e projetos de participação e aproximação entre instituições de ensino superior e os serviços de saúde com vista à construção de propostas acadêmicas convergentes ao atendimento das necessidades em saúde (TOMBINI, 2010). Com essa intenção, o SUS estabelece a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (CIES), as quais devem preconizar métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos, pesquisa e cooperação técnica entre as instituições (BRASIL, 1990).

As CIES contribuíram também para a formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2007) com a finalidade de efetivar as atribuições do SUS, orientando o “trabalho dos Estados, Distrito Federal e Municípios na construção e acompanhamento dos seus termos de compromisso de gestão e planos de saúde, no que se refere à educação na saúde” (BRASIL, 2009, p.5).

É importante lembrar que as diretrizes para pactuar o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) também foram instituídas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com o intuito de fortalecer a integração ensino-serviço. O COAPES visa a garantir acesso aos estabelecimentos de saúde como campo de prática para a formação na graduação e na residência em saúde, bem como estabelece atribuições para o desenvolvimento da integração ensino-serviço (BRASIL, 2015). A CIES Oeste Catarinense mobilizou-se para construção e implantação do COAPES no município de Chapecó, iniciativa coordenada pela gestão municipal de saúde e integrada por representantes da gestão estadual de saúde, do hospital de referência regional e das três maiores instituições de ensino superior de Chapecó. O grupo discute propostas para a implantação do COAPES, considerado importante dispositivo para organização e qualificação da atenção e da formação em saúde, em razão de propor aspectos voltados ao ensino, pesquisa e extensão buscando atender as necessidades do SUS em nível municipal (TOMBINI *et al.*, 2016).

Entre as universidades, com representantes vinculados ao projeto de construção do COAPES, está a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), instituição pública e popular, com perfil voltado às necessidades da população e comprometida com uma formação cidadã e inter-

disciplinar, visando ao desenvolvimento regional integrado e à qualificação profissional (UFFS, 2010). Na UFFS, o curso de enfermagem foi criado com a proposta de oportunizar uma formação contemporânea e dinâmica, baseada na indissociabilidade do ensino, pesquisa, extensão/assistência, com a finalidade de formar enfermeiros generalistas, aptos a atuar nos diversos cenários da área da saúde (UFFS, 2010).

O processo de formação do enfermeiro tem como ênfase as quatro áreas de atuação desse profissional: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa, o que demanda que os processos de ensino e de aprendizagem aconteçam através da troca de experiências entre professor-estudante-comunidade, desafiando os docentes a implementar estratégias pedagógicas que sustentem esse processo transformador de aprendizagem (UFFS, 2010).

Entre as quatro áreas de atuação do enfermeiro, o processo de educação permanente permeia todas as fases da graduação em enfermagem visando à efetivação da integração ensino-serviço, à reflexão e ao aprofundamento desse tema por meio da inserção dos estudantes no contexto comunitário. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem, os enfermeiros precisam ser responsáveis e assumir o compromisso com a educação e o aperfeiçoamento das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo informações, mas proporcionando meios para desenvolver benefícios mútuos entre os futuros profissionais e os dos serviços (BRASIL, 2001). Como uma das competências do enfermeiro, a educação permanente é um dos elementos fundamentais para melhorar a qualidade de saúde da população, pois desenvolve a capacidade de aprendizagem, de docência, de enfrentamento criativo das situações de saúde, do trabalho em equipe, estruturando o cuidado à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2016; SÃO PAULO, 2016).

Uma atenção integral, qualificada e humanizada na área da saúde, necessita de estratégias de educação permanente, lembrando que a atenção básica é o contato principal entre usuários e sistemas de saúde, sendo estratégica na dinâmica de funcionamento do SUS. Tal situação demanda que as práticas profissionais e da organização do trabalho baseadas nas necessidades de saúde da população sejam transformadas e atualizadas continuamente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2016; CARDOSO *et al.*, 2017).

Falando sobre educação permanente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) afirma que, além da melhora da qualidade de atenção, a ofer-

ta e o estímulo à participação em cursos de formação e capacitação é uma maneira de valorizar os profissionais. Dentre os profissionais que compõem as equipes de saúde da família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os que têm maior aproximação e vínculo estabelecido com as famílias e indivíduos da micro área em que atua. Nesse sentido compreende-se que, para os ACS cumprirem com suas atribuições de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, orientando as famílias, e desenvolvendo ações educativas individuais e coletivas, é fundamental que sejam capacitados continuamente (BRASIL, 2006).

Diante da necessidade de realizar educação permanente aos ACS do município e de aproximar o estudante de enfermagem dos cenários de prática, foram desenvolvidas atividades de educação permanente em saúde abordando temas relevantes elencados pela gestão dos serviços com base na realidade local. As atividades educativas foram desenvolvidas nos primeiros semestres dos anos de 2016 e 2017 no componente curricular “Cuidados de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde”, oferecido na quinta fase do curso de graduação em Enfermagem da UFFS. Considerando esta uma experiência inovadora, este relato tem como objetivo compartilhar a vivência de integração ensino-serviço, cujos resultados beneficiaram os serviços de saúde e a formação dos futuros profissionais enfermeiros na perspectiva de qualificar o Sistema Único de Saúde.

A organização da atividade educativa entre a universidade e o serviço de saúde

A atividade de educação permanente em saúde com os ACS da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó ocorreu entre os meses de maio e julho de 2016 e 2017, contou com a participação de aproximadamente 320 profissionais em cada ano, 66 estudantes e cinco docentes. Para efetivar essa atividade, o corpo docente do componente curricular “Cuidados de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde”, da quinta fase do curso de graduação de Enfermagem da UFFS, no início de 2016, agendou um encontro com a responsável pela coordenação dos agentes comunitários de saúde de Chapecó, a fim de estabelecer uma parceria entre a universidade e o serviço de saúde.

Neste momento, os docentes apresentaram a proposta de realizar educação permanente em formato de oficinas temáticas para os agentes comunitários de saúde, considerando a necessidade/prioridade do serviço. A coordenadora dos ACS apreciou intensamente a proposta e colo-

cou-se a disposição para a concretização da mesma. Na sequência elencou-se os temas prioritários a serem abordados, bem como elegeu-se a Secretaria Municipal de Saúde como local para o seu desenvolvimento em razão da disponibilidade de salas para educação permanente, de sua localização central e da facilidade de acesso para todos.

No ano de 2016 definiu-se seis temáticas a serem abordadas, em quatro períodos de oficinas. Os ACS foram organizados/divididos em dois grandes grupos de aproximadamente 160 ACS cada um. Cada grupo participou por dois períodos das atividades educativas. As oficinas foram organizadas em dois períodos, onde um grupo de profissionais (160) foram no primeiro dia e o outro grupo com os demais 160 ACS, no segundo dia. Em cada momento, os agentes foram organizados em três subgrupos, delimitando um tempo de execução para cada oficina, de maneira que todos pudessem participar das três oficinas, pois cada oficina abordava uma temática distinta.

Diante dos resultados promissores alcançados no ano de 2016, a atividade de educação permanente aos ACS foi proposta novamente, aceita pela gestão e desenvolvida também no ano de 2017. Para essa edição definiu-se oito temáticas para serem abordadas, seguindo a metodologia adotada no ano anterior. Salienta-se que existe o desejo, da universidade e dos serviços, de continuidade da atividade de educação permanente para o ano de 2018, ação esta que fortalece a integração ensino-serviço.

A prática das oficinas na academia

Para elaboração das oficinas de educação em saúde, o Arco de Maguerez foi utilizado como base teórica. O método do arco foi desenvolvido pelo francês Charles Maguerez como metodologia de ensino focada na problematização e é constituído pelas seguintes etapas: observação da realidade, elaboração dos pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (BERBEL, 2001). As quatro primeiras etapas foram desenvolvidas em sala de aula e a última, com os ACS.

De acordo com Berbel (2001), o Arco de Maguerez se constitui a partir de uma análise aprofundada de uma determinada condição da realidade. Em atenção a essa premissa, a **fase de elaboração** foi desenvolvida tomando como ponto de partida as temáticas apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde como relevantes e necessárias à formação dos ACS, muitas das quais por ele solicitadas.

Em sala de aula, as temáticas foram levadas aos estudantes com vistas a **analisar a realidade e definir o problema**. Neste momento, os estudantes tomaram domínio das informações sobre a realidade, apontando potencialidades e fragilidades. Após a definição do problema a ser trabalhado, iniciou-se uma análise profunda das inúmeras características relacionadas às temáticas levantadas e determinantes ao problema, proporcionando um maior entendimento sobre ele. Essa análise resultou na **delimitação dos pontos chave**, o que vai ao encontro do que Berbel (2001) propõe como segunda etapa do Arco.

Nesta segunda etapa, foram determinados os elementos ligados ao problema, aprofundando o estudo no sentido de propiciar que os estudantes se apropriassem das temáticas, muitas das quais ainda não haviam sido abordadas no curso. Ainda, foi fundamental e necessário o uso da criatividade, reflexão e compreensão do tema, para que fosse extraído a essência da atividade. Destaca-se que o acompanhamento e a orientação docente foram centrais nesse processo para auxiliar os estudantes a separar as **ideias centrais** para orientar a definição da oficina a ser trabalhada com os ACS e ajuda-los a atender a terceira etapa do Arco proposta por Berbel (2001).

A teorização, a terceira etapa, teve a finalidade de dar vida e sentido à atividade. A pesquisa bibliográfica realizada, a exploração das temáticas em campo, os dados coletados e os resultados registrados foram lapidados e estudados, de modo a buscar um sentido para eles, preservando o foco e o objetivo principal. Esta etapa regeu todas as outras, pois, nela, os estudantes demonstraram o potencial do trabalho a ser desenvolvido com os ACS. Essa fase culminou com a preparação de oficinas específicas para abordagem de cada temática, contemplando o saber científico disponível sobre ela e a criatividade dos estudantes.

Na etapa seguinte, **levantamento de hipóteses de solução**, cada grupo de seis estudantes desenvolveu em sala de aula com colegas e professores a temática em formato de oficina conforme planejado. Nesse momento, após participação ativa de todos os envolvidos, os ajustes necessários foram elencados pelo coletivo e acertados pelo grupo, possibilitando qualificar o processo de capacitação a ser desenvolvido junto aos ACS. Salienta-se que essas críticas construtivas são essenciais para o crescimento pessoal, acadêmico e, futuramente, profissional (BERBEL, 2001).

Da teoria à prática

A última etapa do Arco de Maguerez, aplicação à realidade, foi o desenvolvimento das oficinas com os ACS. Esta etapa permitiu ao estudante aproximar o saber científico apreendido aos cenários de prática, em interação com aqueles que por ele circulam. A troca de experiências entre os estudantes e os agentes comunitários de saúde possibilitou aprendizado mútuo.

Os temas desenvolvidos foram diversificados, conforme demonstra o quadro abaixo, proporcionando uma riqueza de experiências com o intuito de fazer com que os ACS e os estudantes conseguissem visualizar e ao mesmo tempo, interligar os assuntos com a prática do seu dia a dia.

Quadro 01: temáticas abordadas nas oficinas.

Temática abordadas - 2016	Temática abordadas - 2017
Grupo 1: Doenças transmissíveis: Hepatites A, B, C, D, E	Grupo 1: Doenças transmissíveis: Sífilis
Grupo 2: Doenças transmissíveis: Hanseníase	Grupo 2: Humanização no cuidado em saúde
Grupo 3: Doenças transmissíveis: Tuberculose	Grupo 3: Cuidar de si e cuidar do outro
Grupo 4: Doenças transmissíveis: HIV AIDS	Grupo 4: Primeiros socorros: queimaduras
Grupo 5: Violência na família	Grupo 5: Atribuições do ACS com foco em visita domiciliar.
Grupo 6: Cuidar de si e cuidar do outro	Grupo 6: Violência contra o idoso
	Grupo 7: Violência contra mulher e criança
	Grupo 8: Primeiros socorros: acidentes domésticos

Fonte: construção dos autores, 2016.

Todas as temáticas foram organizadas e realizadas em formato de oficinas que, segundo Anastasiou e Alves (2005, p.96), é a reunião

[...] de um pequeno número de pessoas com interesses comuns, a fim de estudar e trabalhar para o conhecimento ou aprofundamento de um tema, sob orientação de um

especialista. Possibilita o aprender a fazer melhor algo, mediante a aplicação de conceitos e conhecimentos previamente adquiridos.

Segundo as autoras, nesta estratégia o espaço pedagógico é caracterizado pela construção e reconstrução do conhecimento permitindo a troca de saberes, em que está presente o pensamento crítico, a possibilidade de criar, reinventar e aprender numa relação horizontal. Possibilita ainda a utilização do lúdico, música, teatro, relatos de experiência, expressão de sentimentos entre outros. Requer também que, ao final, seja possibilitada aos participantes uma avaliação do processo vivenciado, o que é fundamental para sugerir/ implementar novas práxis na vida pessoal e ou profissional.

Diante da diversidade e quantidade de temáticas desenvolvidas, neste capítulo serão abordadas duas temáticas desenvolvidas no ano de 2016 e duas no ano de 2017.

Cuidar de si e cuidar do outro – 2016: esta temática surgiu em decorrência da necessidade do profissional da área da saúde envolver-se diretamente no cuidado ao outro relegando, muitas vezes, ao segundo plano o cuidado consigo próprio. Nessa oficina iniciou-se com uma calorosa acolhida, seguida por exercícios de alongamento corporal e uma breve reflexão sobre os benefícios desta prática no cotidiano na perspectiva do autocuidado. Após, abordou-se conteúdo teórico sobre o tema ‘cuidar’, o que possibilitou a socialização de relatos pessoais. Este momento foi permeado por emoções positivas, negativas, indiferentes, cada qual com suas particularidades. Este momento contribuiu significativamente no processo de formação, pois demandou saber falar, ouvir, refletir, ensinar e aprender, num círculo onde todos ocupam a posição de sujeitos e ocorre a troca de saberes. Entre as atividades também se utilizou uma encenação denominada profissional “bola cheia” e “bola murcha”, trazendo histórias da vida que possibilitaram reflexão sobre condutas diárias na vida pessoal e profissional. Nessa atividade foi visível o quanto se identificavam com as situações, gerando troca de experiências e conhecimentos. Na sequência, com o objetivo de cuidar do outro e ser cuidado, realizou-se a dinâmica “Corredor do Cuidado”. Nele, todos podiam ofertar um cuidado ao outro na medida em que este passava pelo corredor humano. Essa dinâmica possibilitou a percepção da importância do carinho, da amorosidade e do respeito, bem como a compreensão dos limites individuais na aceitação e ou na oferta desse cuidado.

Evidenciaram-se inúmeras ações e reações dos envolvidos, pois enquanto alguns se permitiam cuidar e ser cuidados com maior liberdade e confiança, outros se limitavam a pequenos gestos/movimentos enquanto uma minoria não aceitou entrar no corredor. Para concluir a atividade de forma lúdica utilizou-se a música “Tempos Modernos” – Jota Quest, para que juntos pudessem finalizar o encontro de forma harmoniosa, cantando, dançando e encerrando com um caloroso abraço coletivo.

Constatou-se, a partir da avaliação, que as estratégias utilizadas para desenvolver e compreender o tema “cuidado” foram diferenciadas, atrativas e motivadoras. Emergiu, do coletivo das ACS, solicitação para que esta atividade fosse oferecida/desenvolvida com todos profissionais da equipe da saúde da família onde estão inseridas.

Doenças transmissíveis: Hanseníase – 2016: a abordagem deste tema se justifica pela necessidade de reconhecer e identificar precocemente sinais e sintomas característicos da doença. Ao identificar lesões de pele em indivíduos da sua área de abrangência cabe ao ACS orientar a busca aos serviços da equipe de saúde da família, impedindo dessa forma complicações e transmissão da doença. Bem como, compreender a importância da busca ativa dos contatos e o acompanhamento da pessoa com a doença.

A oficina foi desenvolvida com os participantes transitando em “ilhas” e em cada ilha um aspecto da doença (conceito, sinais e sintomas, tratamento, transmissão, complicações) era abordado. Ao final da troca de conhecimentos, em cada ilha, realizou-se uma breve avaliação. Através desta experiência percebeu-se a importância da atividade educativa, considerando as dúvidas, questionamentos e troca de conhecimentos que ocorreu. Despertou um novo olhar para sinais e sintomas da Hanseníase no cotidiano do trabalho dos ACS, o que certamente influenciará positivamente na saúde da coletividade.

Humanização no cuidado em saúde – 2017: a temática foi solicitada pela gestão local considerando a necessidade e a importância de fortalecer, na prática, os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003. Considerando as diretrizes da PNH, a oficina foi planejada minuciosamente, iniciando pela valorização da ambiência e organização de um ambiente acolhedor, com iluminação reduzida e aroma-

tização proporcionando sensação de bem-estar, tanto físico quanto psicológico. A disposição das cadeiras/colchonetes para até 30 ACS foi feita em formato de círculo, com uma mandala ao centro, onde foram depositados objetos que remetessem simbolicamente à humanização (corações das cores do acolhimento e bonecos que representavam as distintas etnias dos profissionais e usuários).

A dinâmica começava com a pergunta “o que é humanização para você”, cuja resposta foi escrita em papel e que, após socializada no grupo, foi depositada na mandala. Ao término da fala dos ACS, os estudantes organizadores da atividade mediarão a reflexão considerando os três pilares da PNH: acolhimento, clínica ampliada e gestão compartilhada. Para finalizar utilizou-se a dinâmica dos “floquinhos de algodão”, onde cada floco representava a semente da humanização. Ao analisar as palavras escritas que emergiram da dinâmica evidenciou-se que os três pilares foram contemplados. Palavras que representam o **acolhimento**: empatia, amor, bom senso, ética, atenção e carinho pelo próximo, compreensão, respeito à diversidade, acessibilidade. Na **gestão compartilhada** prevaleceram: trabalho em equipe, união, confiança, igualdade, tolerância, cooperação e comunicação. Na **clínica ampliada**: compartilhar conhecimentos, ética, responsabilidade e comprometimento.

Considera-se que a atividade foi positiva para ACS e estudantes. Para os ACS foi um momento de reflexão sobre suas práticas como ACS e como integrantes da equipe de saúde, onde manifestaram as potencialidades e fragilidades. Apontaram de forma consensual que o tema humanização deveria ser abordado com todos os integrantes da equipe e com os gestores. Para os estudantes foi uma oportunidade de vivenciar a educação em saúde, aprender e ensinar integrando serviço e academia que, ao término, desencadeou o sentimento de orgulho e satisfação pelo trabalho realizado e o desejo de que cada semente de reflexão plantada em cada agente comunitária de saúde sirva para mudar o amanhã e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

Atribuições do ACS com foco em Visita Domiciliar – VD – 2017:

As atribuições dos ACS são inúmeras, porém a visita domiciliar, foco desta oficina, constitui a atividade mais importante do seu processo de trabalho. Durante a VD, o ACS conhece de forma pormenorizada a história de vida dos integrantes da família, suas crenças, cultura, potencialidade e fragilidades. Neste sentido, a oficina possibilitou explorar a rotina de trabalho do ACS frente à visita domiciliar.

A oficina possibilitou identificar potencialidades e fragilidades na rotina do trabalho do ACS. Como potencialidades destaca-se o diálogo, orientações, esclarecimentos e a busca ativa. Ainda a identificação das diferentes realidades/situações encontradas durante a VD e as trocas de experiências. Apontam a VD como um “elo entre o usuário e a equipe de saúde” e avaliam seu trabalho como “gratificante” pelo fato de ajudar pessoas e famílias.

Entre as fragilidades mencionaram casas fechadas, falta de receptividade, em especial nos prédios no centro da cidade, limitações/falhas no sistema de cadastramento E-SUS, os horários de VD e a falta de materiais necessários para seu trabalho. Pontuam criticamente a cotidiana entrega de encaminhamentos, que ocupa espaço e tempo dificultando a realização de visita domiciliar de forma apropriada, com tempo para ouvir, orientar, esclarecer, monitorar conforme a necessidade de cada indivíduo/família. Destacam a necessidade e importância do planejamento da VD considerando as particularidades individuais das famílias da área de abrangência. A partir destes relatos foi possível perceber a importância que os ACS atribuem à VD, ao mesmo tempo em que também têm clareza dos limites e das possibilidades de qualificar a mesma.

Significando a experiência

Concluimos que a atividade de educação permanente em saúde desenvolvida pelos estudantes e corpo docente da UFFS em parceria com a secretaria de saúde do município agregou conhecimentos significativos para todos os envolvidos. A integração ensino-serviço esteve presente durante todas as fases do processo, da concepção, planejamento, aplicação à realidade e avaliação, fortalecendo vínculos e saberes entre o serviço e a academia.

Compreendemos que, para os estudantes, essa atividade foi importante, singular e desafiadora. Importante porque possibilitou aproximar teoria com prática cujo resultado foi o aprendizado. Singular por ter sido a primeira experiência de desenvolver educação permanente em saúde na trajetória de formação acadêmica com profissionais de saúde. Desafiadora pela forma como foi conduzida, considerando o saber e o fazer dos ACS e dos estudantes de forma que, a partir dessa interação/integração, resultou a produção de novos conhecimentos para ambos.

Para os ACS proporcionou momentos de aproximação, reflexão, valorização, interação e troca de saberes, crescimento pessoal e profissional. Ao final da atividade pontuaram de forma consensual ter sido este um momento ímpar, no qual lhes foi possibilitado assumir a sua condição de sujeitos no processo de aprendizagem. Avaliaram positivamente a metodologia de ‘oficinas temáticas’, recomendando-as para todas as equipes de saúde da família e gestores da secretaria de saúde do município.

Para o corpo docente a experiência significou um avanço na formação profissional do enfermeiro pela experiência ímpar dos estudantes, pela contribuição na implementação da política de educação permanente em saúde preconizada pelo SUS e pela contribuição concreta na qualificação dos profissionais da rede de atenção básica.

Cabe destacar que nesse processo o curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó assume seu caráter público com inserção na realidade locorregional através do ensino, pesquisa e extensão, atuando de forma crítica, investigativa e inovadora promotora da saúde do cidadão, família e comunidade, conforme preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, Resolução CNE/CES no 03/2001. (UFFS, 2010)

Referências

ANASTASIOU, L.G.C; ALVES, L.P. (Orgs). **Processos de ensinagem na universidade. 5. ed. Joinville: UNIVILLE, 2005.**

BERBEL, N.A.N. **Aplicações da metodologia da problematização com o arco de Maguerez: uma investigação no site de pesquisa cadê.** Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2006/anaisEvento/docs/PA-325-TC.pdf> Acesso em: 03 Jul. 2017

_____. (Org.). **Conhecer e intervir: o desafio da metodologia da problematização.** Londrina: EDUEL, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988.

_____. **Lei 8.080,** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

..... Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

..... Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

..... **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da 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. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

..... **Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

..... Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al. A política nacional de educação permanente em saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 5, p. 1489-1500, maio 2017.

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, v. 14, n.1, p.41-65, 2004.

LINO, M.M. et al. Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde em Florianópolis: necessidades e desafios. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.3, p.122-130, 2011.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Escola Municipal de Saú-

de. **Plano de educação permanente: rede de cuidado à pessoa com deficiência.** São Paulo: SMS, 2016.

TOMBINI, L.H.T. **Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço.** 2010. 177 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

TOMBINI, L.H.T. et al. **Mobilizando e integrando saberes na construção do contrato organizativo de ação pública de ensino-saúde – COAPES,** no Município de Chapecó. In: SEMINÁRIO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 6., 2016, Chapecó. Anais... . Chapecó: Editora da Uffs, 2016. p. 1 - 2. Disponível em: <<https://periodicos.uffrs.edu.br/index.php/SEPE-UFFS/issue/view/19>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

UNIVERSIDADE Federal da Fronteira Sul. **Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem – Bacharelado.** Chapecó (SC), novembro de 2010.

TEMPORALIZAR, SONHAR, APRENDER E ENSINAR: ALINHAVOS NO TERRITÓRIO SUBJETIVO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM A PARTIR DE UM GRUPO DE ESTUDOS

*Carine Vendruscolo
Denise Antunes de Azambuja Zocche
André Lucas Maffissoni
Jean Willian Bender*



“Então venha comigo para o lugar em que nascem os sonhos e o tempo nunca é planejado...” (J.M.Barrie)

Primeiros alinhavos

O que há em comum entre o trabalho cotidiano das equipes de saúde, permeado pelas relações que se estabelecem entre trabalhadores, gestores, usuários, professores e estudantes, e todos os outros encontros que experienciamos ao longo da vida? Seriam movimentos processuais e subjetivos de permanência, de mudança, de adaptação frente aos outros, ao tempo e aos encontros? Ao refletir sobre esses encontros, consideramos que tudo o que acontece nesse andar no mundo, de alguma forma, acaba por nos afetar e nos convida a integrar os movimentos da vida e na vida, entre eles, os que ocorrem nos cenários do ensino e do trabalho em saúde.

Em algum ponto dos caminhos que construímos no cotidiano da formação e da prática em saúde, percebemos que as coisas que realizamos como atores das histórias que vivenciamos, ainda que não aconteçam da maneira planejada, fazem muito sentido para construirmos a versão mais atual de nós mesmos e o “nosso jeito” de produzir saúde. Esses movimentos interferem e transformam também o cotidiano da vida, da escola, da família, do trabalho.

Quando pensamos o trabalho em saúde, em especial na roda do dia-a-dia que permeia a Atenção Primária em Saúde (APS), todos os movimentos buscam um lugar central que tem a ver com aquilo que nos toca, e que faz sentido para construirmos o nosso ser profissional. São os encontros da vida, do ensino e do trabalho que nos possibilitam reflexões a fim de compreendermos a Educação Permanente em Saúde (EPS³) como ferramenta de transformação de todos esses atores e, por conseguinte, dos mundos/cenários nos quais se produz saúde. Trata-se de uma realidade em constante movimento e transformação, repleta de diferentes histórias.

Nessa direção, os processos educativos contêm dispositivos importantes e que acompanham o trabalho em saúde, desde a graduação até a prática profissional. São esses encontros e movimentos que pretendemos abordar. Ao apresentar essa narrativa e relatar nossa experiência, tratamos de um desejo ideal que nos envolve na construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) integral, universal, equânime e plural. Essa construção tem a ver com sonhos, com utopias e com possibilidades reais de mudanças, de novas percepções e novos horizontes.

Esse capítulo propõe-se a narrar a trajetória do Grupo de Estudos sobre Educação e Formação em Saúde⁴, composto pela comunidade acadêmica do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e que desenvolveu atividades entre 2015 e 2016. Nesse cenário, apresentamos alguns alinhavos e tessituras no campo da educação em saúde e enfermagem, assim como

³ Em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é revisada por meio de uma proposta que resultou na Portaria número 1.996, a qual apresenta novas diretrizes e estratégias para sua implementação. Trata-se de uma proposta de ação estratégica com o objetivo de contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A implementação da PNEPS implica necessariamente em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações, os serviços, a gestão setorial e a atenção à saúde. O ideário das “rodas” de EPS prevalece como possibilidade de gestão do processo, no qual não há comando vertical e todos os sujeitos (gestores, trabalhadores, estudantes e usuários) influenciam e provocam o movimento de construção do conhecimento (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

⁴ O grupo de estudos sobre educação e formação em saúde está articulado a um dos Grupos de Pesquisa (Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho - GESTRA) da UDESC.

descrevemos nossa experiência enquanto um coletivo que se propôs estudar a temática.

Os encontros

As experiências no campo da prática, do ensino e da gestão em saúde nos levam a acreditar na possibilidade de um SUS integral, de qualidade e que atenda às necessidades de saúde levando em consideração os aspectos sociais e culturais, além dos desejos de felicidade das pessoas e coletividades (AYRES, 2010). Deseja-se um SUS que priorize o encontro, a necessidade do outro. Essa perspectiva está relacionada com um processo de (re) construção permanente, em que os atores implicados não se constituem presos aos seus núcleos de atuação em saúde, mas sim, na integração e interação com os outros, pois nesse processo nada e ninguém se constrói isoladamente. Assim, é fundamental aproximar e envolver os atores que são protagonistas dos movimentos de produção da saúde.

Frente a esta posição, nos propomos a utilizar a cartografia como proposta metodológica para narrar nossas experiências e reflexões diante das potencialidades da EPS no ensino, no trabalho, na gestão, na comunidade e na vida. A cartografia foi escolhida por se aproximar mais da produção de saberes oriunda dos processos de subjetivação, sendo útil para descrever os processos para além do seu estado de coisa (DELEUZE; GUATARRI, 1995). Serão tecidas articulações com a história de Peter Pan, a fim de fazer refletir sobre a EPS como uma possibilidade de articulação e transformação dos e nos mundos: realidade e sonho; o SUS que temos e o SUS que queremos; o ensino e o trabalho em saúde; o tempo real e o tempo subjetivo.

Peter Pan era um menino que não queria crescer. Ele desejava permanecer na “Terra do Nunca”, onde é permitido viver no sonho, na utopia. Um lugar onde nada é planejado e tudo é surpreendentemente, bom! Um dia Peter perdeu a sua sombra, então, ele conheceu uma menina chamada Wendy que costurou a sombra em Peter, novamente, ajudando-o a compreender que ele não deve viver descolado do mundo real, mas que, por outro lado, o sonho sempre acompanha a realidade. Uma das principais lições da história de Peter Pan nos faz refletir que, já que crescer é inevitável, o aprendizado é um ganho!

Utilizando-se da metáfora, a partir desse conto de fadas, pensamos no processo educativo como um dispositivo que implica na

construção do ser histórico, vivendo num tempo/espaço e com possibilidades reais de atuar/modificar esse momento histórico. Contudo, ainda que tenha que tomar consciência das suas possibilidades reais, não pode perder de vista o sonho, como uma possibilidade inédita, mas viável (FREIRE, 1998). O trocadilho que ilustra essa narrativa reafirma a necessidade de reviver momentos e incorporar a eles a história e o tempo vivido, em busca da transformação.

Era uma vez um sonho que começou a se transformar em realidade

Em qualquer cenário da vida: universidades, unidades de saúde, comunidade, moradias... em todos esses contextos é possível perceber cenários e iniciativas de EPS. Desafiados por essa afirmativa, passamos a rastrear essas histórias em todos os lugares e em todos os encontros de vida. O território é o lugar ou espaço materializado, partindo de relações subjetivas e onde as coisas acontecem (DELEUZE, 2002).

Ao atuar como um radar, captamos, afetamos e nos deixamos afetar pelos encontros da vida (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Uma das experiências que nos toca e motiva a seguir a caminhada, em busca do sonho no contexto do ensino, o qual Paulo Freire denominava “inédito viável”, foi o Grupo de Estudos sobre Educação e Formação em Saúde. Formado por estudantes e professores de Enfermagem, o grupo se alimenta de um desejo coletivo: pensar e trocar saberes sobre o ideário da EPS. Ali descobrimos o sonho possível ou o inédito viável, motivados pela possibilidade de consolidar um sistema de saúde de qualidade, por meio das ações educativas, apesar de todos os desafios que acompanham essa construção.

Iniciamos os estudos do grupo, em 2015, resgatando nossa história, como profissionais e estudantes da saúde e usuários do SUS: discutimos no grupo a história do movimento da Reforma Sanitária brasileira, que se iniciou nos anos 1970, propondo movimentos de mudança no setor saúde, e que muitos dos componentes do grupo não conheciam. Fica mais lógico compreender, amar e respeitar algo, quando entendemos que somos parte daquela construção, que todos nós fazemos história e que somos seres históricos. A partir das narrativas sobre a luta social de um povo em busca de seus direitos, resultando numa conquista inédita, como professoras conseguimos atrair a atenção de um grupo de jovens educandos, e como estudan-

tes nos sentimos motivados para essa descoberta. Esse foi o primeiro passo: acreditar no sonho, que um dia foi possível e que a possibilidade continua em nós...

As atividades do grupo de estudos pressupõem a interação constante entre os sujeitos. Dispostos em uma roda, os estudantes e professores são convidados a narrar histórias e a refletir sobre elas, a partir da troca com os colegas e do apoio dos referenciais teórico-filosóficos que sustentam a EPS e o SUS. A produção do grupo, em trabalhos de natureza científica, extensão ou na integração com o serviço em atividades práticas, são mediadas pela da práxis – processo ação com reflexão que se fundamenta no compromisso com a transformação social (FREIRE, 2005). Os encontros começaram no ano de 2015, por iniciativa de estudantes e professores movidos por um ideal comum: o estudo das práticas e referenciais que acompanham a educação e a formação na área da saúde e enfermagem. Os encontros aconteciam quinzenalmente, nas dependências do Departamento de Enfermagem da UDESC e as metodologias pedagógicas intencionavam a prática reflexiva dos estudantes, a partir do diálogo pautado em experiências de pesquisa e extensão.

Nessa perspectiva, reconhece-se que as práticas pedagógicas ajudam na consolidação de um estudante crítico e reflexivo, influenciando a determinação do grau de consciência do mundo e sua capacidade de se libertar e promover mudanças (KEMPFER; PRADO, 2014). Assim, a realidade do grupo nos leva a constantes transformações e movimentos na direção de compreender e consolidar um sistema de saúde integral, a partir das práticas educativas.

A transformação da realidade ocorre a partir do próprio observador e de suas interferências no universo, que, nesse movimento, transforma a si e ao seu contexto. Nessa direção, Merhy (2013) considera que a educação no mundo do trabalho em saúde ocorre a partir das experiências cotidianas, em que se inventam novos conhecimentos e se reafirmam outros já apropriados, num agir sensível e tecnológico no campo do cuidado.

Frente a esta experiência, percebeu-se ao longo dos encontros um novo movimento: o encontro da educação com a saúde, em especial com a profissão enfermagem. Os encontros são possíveis mediante experiências singulares, estranhamentos, incômodos e criação de diferentes formas de agir e estar com os outros (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

Nesses momentos surgiram questionamentos muito relevantes, alguns relacionados ao coletivo, outros às experiências individuais. No grupo eles “ganhavam corpo”, eram embasados, discutidos e detalhados, a partir da escuta e do acolhimento. Algumas perguntas e reflexões causaram maiores “incômodos” a todos no grupo: como a enfermagem vem consolidando os princípios do SUS em sua prática? O que estamos fazendo para garantir um SUS com serviços efetivos, nas práticas de ensino, de pesquisa, na assistência, na sala de aula, nos serviços de saúde? Quais são nossas funções enquanto educadores, profissionais da saúde e estudantes? Somos profissionais especializados em cuidar, em gerir o cuidado, em planejar o cuidado? Muitos questionamentos nos levaram a rever o que a enfermagem representa e qual seu lugar no SUS.

As indagações nos revelaram a necessidade de cartografar esses movimentos como “encontros” com a profissão. Nessa direção, fomos à busca de referenciais que dialogassem com nossos desejos e nos amparassem nesta caminhada cartográfica. Incorporamos a ideia de que cartografar é investigar o que dá expressão e o que transforma os modos de produção do cuidado, escutar os seus ruídos, seus incômodos, fazendo aparecer as coisas que estão ali (MERHY, 2015).

Enfermagem entra em cena: Peter Pan ganha asas

Para tomar a frente nas ações e direcionamentos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) estão os trabalhadores das equipes de saúde, dentre os quais os profissionais da enfermagem, que operam a roda da EPS a partir de inúmeras iniciativas. Representando a maioria da força de trabalho brasileira, essa profissão, em seu desenvolvimento histórico, se propôs a atender as necessidades do ser humano e das coletividades, e vem conquistando seu espaço a partir do aprofundamento de conhecimentos científicos que servem ao delineamento do perfil profissional, à compreensão e ao aprimoramento dessa importante profissão.

Florence Nightingale, conhecida como fundadora da enfermagem moderna, disse certa vez: “A enfermagem é uma arte; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!” A arte, referida por ela, discutida no grupo de estudos, é desvelada a partir de um olhar contemporâneo sobre as características e peculiaridades da profissão e da atenção em saúde. Diz respeito ao ato de produzir o cuidado, à sensibilidade que o enfermeiro precisa dispor ao se lançar para além do cômodo, lançar-se para

a compreensão de que a educação em saúde, assim como a prática do cuidado, ultrapassam as funções e procedimentos tecnicistas e que o ensino e o serviço em saúde e em enfermagem são um *continuum* criar e recriar, promover e transformar, construir e desconstruir, ressignificar... Assim sendo, para realizar o cuidado, é necessário atuar como artista; saber brincar com o tempo, com as situações; dar asas à imaginação e acreditar que a utopia é um sonho realizável.

Ao se deparar com a realidade da prática, o enfermeiro busca diversas estratégias para trabalhar as fragilidades e manter as potencialidades existentes no contexto em que atua. Essa competência (arte) é desenvolvida na maioria das vezes na graduação, subsidiada pela apresentação da teoria (embasamento científico) ao estudante, e implica na qualificação das práticas, se pensarmos no processo de saúde-doença de forma ampliada, sem fragmentar suas multifaces e levando em consideração que os processos de formação, os modos de cuidar e os modos de gerir são indissociáveis (HECKECT; PASSOS; BARROS, 2007).

Nessa perspectiva, dizemos também que, além de ser arte, a enfermagem é a uma ciência. A ciência do cuidado, do “pensar” saúde de modo amplo e das relações interpessoais; a ciência que estuda os fatores socioambientais e suas influências sobre os sujeitos, que em diversas vezes não se limita aos números, mas busca compreender os fenômenos, as relações e a cultura dos/entre sujeitos.

A enfermagem surgiu de uma condição histórica com atores segregados socialmente. Enfrentou e ainda enfrenta diversas dificuldades para se consolidar enquanto profissão científica e, portanto, busca explorar o contexto a partir da análise do todo sem subdividi-lo em partes, agindo de modo empático e buscando a emancipação dos seres (SILVA *et al.*, 2005). Daí a importância da união entre arte e ciência para desenvolver ações de EPS. A ciência como base fundamental, norteadora das atividades e a arte como objeto de trabalho que faz emergir as necessidades em domínio individual e migrar ao campo de discussão coletivo.

A enfermagem como agente mediador das atividades de EPS contribui, em diversas instâncias, para melhorias no processo de trabalho e no processo de saúde-doença pelo qual passa o ser humano. O cuidado de enfermagem é considerado um fenômeno intencional e fundamental para a vida, necessitando ser desenvolvido tanto para os usuários como para os membros da equipe de saúde. Ele acontece quando seres humanos interagem entre si, por meio de atitudes que

envolvem consciência, solidariedade, zelo e amor. O “saber-fazer” no âmbito da enfermagem, portanto, é expresso através do embasamento na ciência ética, na arte e na estética, voltado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (VALE; PAGLIUCA, 2001).

Mudança no contexto: outros alinhavos

O território onde se inserem as práticas de cuidado é um local promotor de encontros e trocas, o que fortalece a diferença e se configura como potencial espaço de aprendizagem, mediante movimentos que ativem potências criadoras de vida (DELEUZE, 2002).

Nessa direção, o desenvolvimento de ações pedagógicas coletivas, a partir da reflexão sobre o vivido, aproxima os cenários do ensino com os cenários do trabalho em saúde. A Integração ensino-serviço é compreendida como processo que implica na responsabilização de todos os atores envolvidos: estudantes, professores, profissionais da saúde, gestores, e usuários do SUS (VENDRUSCOLO, *et al.*, 2016). As estratégias pedagógicas utilizadas no ensino, aliadas aos elementos que emergem da prática e aos pressupostos teóricos que orientam os estudos, constituem um espaço pedagógico de ensino/trabalho em saúde. Esse espaço é permeado pelo diálogo reflexivo entre os atores e pelo debate sobre o trabalho vivo (ALARCÃO, 2001; KLOH, 2015; MERHY, 2015).

Exemplo desses movimentos, para compreender as relações existentes entre teoria e prática (ensino e trabalho), fortalecer a integração entre o ensino e o serviço e desenvolver o exercício da reflexividade, são os encontros do Grupo de Estudos sobre Educação e Formação em Saúde. Pensando em não esgotar a apresentação das atividades realizadas pelo grupo e fazendo um convite para conhecer sua dinâmica de desenvolvimento, são expostos a seguir alguns debates, reflexões, aprendizados e sentimentos aflorados nas conversas sobre quatro temas pontuais (ensino em enfermagem; pesquisa em enfermagem; integração ensino-serviço; e EPS), entendidos pelo grupo como imprescindíveis para a continuidade do mesmo e para o exercício de uma educação libertadora e significativa.

O caminho trilhado no meio acadêmico exige horário de estudo intenso aos estudantes. Os conteúdos trabalhados durante as aulas, no que diz respeito à graduação de enfermagem, se tornam cada vez mais densos, sendo que grande parte é excessivamente voltada à clínica. Muitos acadêmicos se inserem (ou são inseridos pelo sistema

educacional) em uma rotina maçante, repleta de muita informação e de poucas horas para o seu processamento. Nessa lógica, o primeiro ponto de discussão que emerge, ainda no início da formação do grupo de estudos, é a forma como se produz o conhecimento.

A partir de experiências individuais e coletivas vivenciadas na academia e do embasamento teórico sobre educação em saúde, neste momento de construção coletiva que era o Grupo de Estudos, foi dada a partida: lançamo-nos em uma série de discussões acerca do modelo de ensino vigente nos cursos superiores da área da saúde, sobretudo da enfermagem, passando pela prática vivenciada no contexto do trabalho em saúde e culminando com a reflexão sobre o enfermeiro que buscamos ser. Diante disso, surgiram os questionamentos: por que estudamos? Qual é o método de ensino-aprendizagem? Como deveria ser (se existe um modelo entendido como ideal)? Por que precisamos refletir sobre as nossas ações na educação e no trabalho? E nós, refletimos? Somos provocados à reflexão? Indagações que antes jamais fizemos ou pensamos, começavam a fazer sentido, a instigar o desejo por mudanças.

Começa um tempo diferente; começa uma graduação diferenciada. O processo de formação do grupo apresentou um novo modo de olhar para o ensino em saúde, semeando a vontade de entender a maneira como são formados os profissionais da área da saúde e da enfermagem e os aspectos e paradigmas que envolvem os mundos do ensino e do trabalho.

Ancorados aos princípios freireanos, os professores, mediadores das rodas de conversa, problematizavam os questionamentos, articulando-os ao tema central do encontro, tangenciado por elementos com os quais os estudantes se identificavam, que tinham relação com seus anseios, suas dúvidas, sua cultura e com a universidade. A construção coletiva, pautada no diálogo, se tornou lócus da produção do conhecimento.

Esse movimento dialógico criou as bases para o respeito mútuo entre os componentes do grupo, para a amorosidade e para o encontro entre os seres e suas diversas singularidades. De acordo com Freire:

O diálogo é este encontro dos homens, imediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. Esta é a razão por que não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não querem; entre os que negam aos demais o direito de

dizer a palavra e os que se acham negados deste direito (FREIRE, 2005, p.91)

Dai, podemos compreender que sem diálogo não há encontro! Mas, afinal, o que é o diálogo de acordo com o referencial de Paulo Freire? Em seu livro “Educação como prática de liberdade” Freire provoca:

E que é o diálogo? É uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade. Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só com o diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação. O diálogo é, portanto, o indispensável caminho, não somente nas questões vitais para a nossa ordenação política, mas em todos os sentidos do nosso ser (FREIRE, 2007, p.115-116).

Logo, compreende-se que o diálogo é uma necessidade existencial, é o meio que promove a educação, politização e emancipação dos sujeitos. Assim, o grupo foi se moldando... se construindo... se transformando!

Figura 1: Imagem de encontro do Grupo de Estudos sobre Educação e Formação em Saúde, UDESC, 2016.



Fonte: Arquivos do Grupo de Estudos sobre Educação e Formação em Saúde, UDESC, 2016.

A produção de discussões em torno da universidade como um espaço para que o estudante se forme, não só tecnicamente, mas social, cultural e politicamente, abriu um leque de diálogos a respeito da educação e da prática diferenciada em enfermagem.

Atualmente, sabe-se que é de grande relevância a formação crítica e reflexiva, bem como a existência de um currículo integrado, pautado em propostas problematizadoras e com um Plano Político Pedagógico em conformidade com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (PIRES, 2014).

A partir do momento em que se discute reflexão e conhecimento, entra em cena outro aspecto: a necessidade de pesquisar. Percebeu-se que, além de o grupo discutir especificamente sobre a educação e sobre o ensino, também pesquisava e produzia conhecimento. As rodas de conversa, teoricamente fundamentadas, a necessidade de conhecer e reconhecer como ocorriam as relações entre docentes e discentes, o vínculo entre instituições de saúde e universidade, o abismo entre comunidade e universidade e tantas outras relações que compõem o meio acadêmico e a sociedade que o envolve, nos mobilizaram a buscar dados, a realizar estudos, e, posteriormente, a expandi-los, por meio de apresentação desses resultados em outras instituições e congressos, a fim de sensibilizar os que, como nós, desejam problematizar as diversas faces que a academia possui.

Nessa perspectiva, encontramos sentido nas palavras de Freire (1996, p.29) quando nos faz refletir, ao afirmar que “não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino”, pois são dois elementos interligados, um não existe sem o outro, são dependes entre si. Portanto, quando nos identificamos como estudantes e professores, somos também pesquisadores; se fazemos parte do ensino, consequentemente estamos inseridos na pesquisa.

A enfermagem vem trabalhando para consolidar seu espaço na pesquisa. Inicialmente, era compreendida apenas como mão de obra de trabalho, época em que grupos de pessoas eram treinados para exercer funções técnicas, objetivando que, frente a uma necessidade, essas atividades fossem realizadas com agilidade e rapidez. Com o passar do tempo, começou-se a perceber a relevância da profissão para o contexto da saúde, assim como a importância da qualidade do ensino da produção de conhecimento científico nessa área. A partir de então, a enfermagem começou a ganhar uma nova identidade,

passando a incorporar e efetuar pesquisas no seu processo formativo e no cotidiano da produção do cuidado e saúde.

As transformações mundiais demonstram a necessidade de realização de pesquisas aliadas ao cotidiano da práxis em enfermagem, tendo em vista que elas contribuem para o aperfeiçoamento das ações realizadas pelos profissionais, por serem fontes geradoras de novos conhecimentos e atuarem como material de consumo para os trabalhadores, a fim de qualificar o cuidado ofertado ao usuário (KRAHL et al., 2009)

Diante disso, é importante ressaltar que a formação de grupos de pesquisa é essencial para incorporar o aprender científico no dia-a-dia dos acadêmicos, alinhando o conhecimento teórico com a prática nos serviços de saúde. No Brasil, o número de grupos de pesquisa teve um aumento considerável na área de enfermagem, o que, comprovadamente, colaborou para o fortalecimento de uma formação libertadora e pautada na cientificidade. Certamente o desenvolvimento da pesquisa é uma estratégia relevante para a consolidação da enfermagem como ciência e profissão (ERDMANN; LANZONI, 2008).

Considera-se, portanto, que realizar pesquisas é indispensável para o desenvolvimento da profissão, tendo em vista que oferta aos acadêmicos e profissionais novos conhecimentos e permite aprimorar/atualizar os conhecimentos já existentes. É nesse sentido que procuramos compreender as percepções dos indivíduos, suas potencialidades e fragilidades e, como grupo, planejar ações que possibilitam contribuir para o desenvolvimento, não só da formação em enfermagem, mas também da sociedade. Para os estudantes, a pesquisa convida a vivenciar a ciência, a desvendar mistérios, fazendo perguntas e buscando as respostas. Além disso, instiga para a reflexão sobre diversas temáticas importantes para o processo formativo.

Dentre essas temáticas, discutiu-se muito no grupo a questão da integração entre o ensino e o serviço como um instrumento potencializador das prerrogativas educacionais em saúde. A integração ensino-serviço diz respeito ao trabalho coletivo e integrado entre os diversos atores do setor ensino e da prática em saúde, que atuam em consonância para aumentar a aproximação entre o que é visto na teoria e o que é realizado na prática (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Grande parte dos acadêmicos possui dificuldade em compreender as diferenças existentes entre o teórico e o prático. É complexo

perceber que o que está proposto em normas, resoluções e decretos, muitas vezes permanece apenas no papel e que mudar essa realidade não depende somente do Estado ou dos recursos financeiros, tampouco dos profissionais que atuam nas instituições, mas sim, de um contexto político geral, que inviabiliza a realização de algumas coisas e promove o desenvolvimento de outras.

É preciso que haja continuidade entre o que se lê na teoria e o que se vê quando nos inserimos nos serviços de saúde. Desde o início da graduação, o estudante precisa ter contato com a realidade; precisa ver e vivenciar de perto a realidade do SUS. Esse movimento, no período inicial da vida acadêmica, promove o desenvolvimento de um processo de raciocínio crítico-constructivo, o qual contribui positivamente para as mudanças nos locais e comunidades onde os estudantes estão inseridos, fazendo-os compreender que as ações em saúde não são perfeitas, elas são repletas de pequenas falhas, porém, que o modelo ideal e a excelência podem ser alcançados, desde que comecemos a resolver os problemas na base, no princípio, nas estruturas: na formação. Acrescenta-se a isso a necessidade de não perder de vista o sonho de consolidar o SUS e as boas práticas de saúde e de enfermagem.

A mais atual “aventura” que o Grupo de Estudos vem buscando desbravar é a relação da graduação em enfermagem com a EPS. Descobrir de que maneira a academia pode contribuir mais e melhor para os movimentos da EPS no contexto serviço, na subjetividade das ações e na interação entre os atores. A EPS mostra-se fundamental para a resolução de problemas que emergem da prática e para a qualificação da atenção em saúde, portanto é indispensável compreendê-la, já que muitos estudantes que hoje são membros do grupo, futuramente atuarão nas instituições de saúde e poderão estar envolvidos nesse contexto como profissionais ou como gestores.

Entre as potencialidades da proposta, destacam-se as inserções criativas compartilhadas, os relatos cotidianos do processo de ensino e trabalho, mediados por reflexões que tangenciam a proposta da EPS. Somam-se a isso as avaliações positivas dos estudantes sobre a metodologia inovadora do grupo, evidenciadas nas suas falas diárias. Como fragilidades, tomam-se alguns desafios relacionados à falta de envolvimento de profissionais do campo da prática e representantes dos usuários do SUS, já que acreditamos na participação efetiva de todos os atores como uma condição essencial nos movimentos de EPS. Uma das ideias futuras, portanto, é trazer ao diálogo os outros atores desse processo,

convidando-os a compor o grupo de estudos. Nesse sentido, pensamos que se trata de um alinhavo inicial e que, pouco a pouco, construiremos a proposta, costurando firmemente os protagonistas de todas as histórias cotidianas que se desenvolvem no âmbito do SUS e, seguindo cada ponto com pensamentos felizes e de progresso, pois como diria Peter Pan: “Pensamentos felizes nos fazem voar”.

Considerações para o futuro: alinhavando outros mundos

Visualizamos a alteridade entre os sujeitos que dividem um mesmo ideário, no caso da EPS e da formação em saúde e enfermagem, como um “prisma”. Os diferentes atores que compõem os lados da figura se organizam num movimento que vai se desenhando, ora com participação efetiva, ora com alguns distanciamentos e arestas. São encontros e desencontros, aproximações e rompimentos. Certamente, todos os atores entram e saem daquele movimento, diferentes e (por que não?) melhores e mais radiantes, assim como a luz branca que entra no prisma e sai multicolorida (VENDRUSCOLO, 2014). No grupo em questão, o que fica evidente é que, tal qual no conto de Peter Pan, os sonhos acompanham as possibilidades reais, em quase todos os momentos.

Dizemos então, que o nosso Peter Pan está completo, porque encontrou sua sombra, outrora perdida. Como educadores/facilitadores desses movimentos, nos sentimos como Wendy, tecendo, alinhavando, costurando, desempenhando o cuidadoso papel de despertar o ideário, a paixão pelo trabalho em ato, contribuindo, assim, para o seu sucesso. Esse, de fato, é o papel do educador! Na qualidade de estudantes, fomos provocados a não perder de vista o sonho, a utopia, ainda que ela se distancie por vezes, nunca deixando de caminhar na sua direção, como dizia Eduardo Galeano.

Referências

ALARCÃO, I. **Escola reflexiva e nova racionalidade**. Porto Alegre: Art-med, 2001.

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008.

AYRES, J.R.C.M. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho (Org.). **Ética, técnica e formação**: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. v. 1. p. 123-153.

BRASIL. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005.

..... Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 20 ago. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em 19 jul. 2017.

..... Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 13 fev. 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em 19 jul. 2017.

DELEUZE, G. **Espinosa**: Filosofia Prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platós**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

EPS EM MOVIMENTO. Entrada. **Apresentação. 2014**. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/entrada-apresentacao/>>. Acesso em: 05 set. 2017.

ERDMANN, A.L; LANZONI, G.M.M. Características dos grupos de pesquisa da enfermagem brasileira certificados pelo CNPq de 2005 a 2007. Escola **Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 316-22, 2008.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 30. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

..... **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

..... **Pedagogia do Oprimido**. 59. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

..... **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa.** 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

HECKERT, A.L.C; PASSOS, E; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a02v13s1.pdf>>. Acesso em 21 abr. 2017.

KEMPFER, S.S; PRADO, M.L. Reflecting about assessment by reflective-critical and creative thinking in nursing education in Brazil. **Journal of Nursing & Care**, v. 3, n. 6, 2014. Disponível em: <<http://www.omics-group.org/journals/reflecting-about-assessment-2167-1168-3-e118.pdf>>. Acesso em 18 fev. 2017.

KLOH, D. et al. Mudanças na formação do enfermeiro sob o eixo da integralidade do cuidado: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 9, supl. 1, p. 475-483, jan. 2015.

KRAHL, M. et al. Experiência dos acadêmicos de enfermagem em um grupo de pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 146-50, 2009.

MERHY, E.E. Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>>. Acesso em 25 ago. 2017.

MOREIRA, M.A. **Mapas conceituais e aprendizagem significativa.** São Paulo: Centauro Editora, 2010.

PIRES, A.S. et al. A formação de enfermagem na graduação: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 22, n. 5, p. 705-711, 2014.

SILVA, L.W.S; NAZÁRIO, N.O; SILVA, D.S; MARTINS, C.R. Arte na Enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 120-123, 2005.

VALE, E.G; PAGLIUCALM.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasilei-**

ra de Enfermagem, v. 64, n.1, p. 106-113, 2011.

VENDRUSCOLO, C. et al. Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005014101&script=sci_arttext&tln-g=en>. Acesso em 25 jul. 2017.

VENDRUSCOLO, C. **Integração Ensino-Serviço**: movimentos das instâncias de gestão nos processos de reorientação da formação profissional na saúde. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.



ENCONTROS COM A LOUCURA: GRUPO DE ESTUDOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL UNINDO PROFISSIONAIS E POPULAÇÃO

*Andréia Jeanine Garcia Oss-emer
Fernanda Vicenzi Pavan
Isabella Goulart Bittencourt
Jorge Schlichting Neto
Margot Friedmann Zetsche*

“Os pacientes psicóticos possuem a peculiaridade de revelar aquilo que os neuróticos se esforçam, interminavelmente, em guardar segredo” (Sigmund Freud).

Introdução

A Educação Permanente, como uma das premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), motivou este processo de encontro, que já acontece no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Timbó há mais de cinco anos. A ideia surgiu entre os profissionais como um desejo de refletir sobre os processos de trabalho vivenciados e suas perplexidades. O contato diário com a loucura poderia constituir-se em aprendizado? Como a gravidade das situações vividas poderia ser traduzida em cuidados e prevenção para as equipes de saúde e para a própria saúde mental dos membros das equipes? Como é a concepção de saúde e de saúde mental?

Retomando o passado, podemos observar concepções diversas sobre o processo de saúde e doença. Nos séculos XVII e XVIII, o adoecer era entendido como consequência de muitos fatores, como a qualidade da água e do ar e a higiene (FOUCAULT, 1993). Foucault dedicou-se à genealogia dos conceitos do adoecer desde o “nascimento da clínica”. Em sua pesquisa, inicialmente, o que causava as doenças eram as más condições em que viviam as pessoas e a atuação médica dava-se sobre este ambiente. Nesta época, predominava a intervenção preventivista/higienista (CUTOLO, 2001).

No final do século XVIII, em que crescia a urbanização, as moradias não tinham condições sanitárias e as condições de trabalho eram muito precárias (ROSEN, 1994). Portanto, a explicação do processo saúde-doença eram as condições de trabalho e de vida das populações. Em 1847, Virchow afirma que as origens da má saúde estavam relacionadas com problemas sociais e sugeria como solução o aumento de empregos, melhores salários, sem mencionar questões estritamente médicas (CUTOLO; MAEYAMA, 2010).

No final do século XIX, Pasteur desenvolve a “teoria do germe” como causa biológica das enfermidades infecciosas. Ocorre aí a inovação da prática médica, dando início a um “endeusamento” da tecnologia médica diagnóstica e terapêutica (CUTOLO; MAEYAMA, 2010).

A partir de importantes movimentos internacionais ocorridos na segunda metade do século XX, a concepção de produção de saúde desloca-se do foco da abordagem medicocêntrica, baseada em tecnologia diagnóstica para a Atenção Primária à Saúde. Movimentos como a Conferência de Alma ocorrida no Cazaquistão em 1978 e a Conferência de Otawa, Canadá, no início dos anos 1980 introduzem, nos meios acadêmicos, o debate sobre a responsabilidade dos governos com a saúde de suas populações e a importância de prevenção e educação em saúde como pilares da Atenção em Saúde. Foi na esteira destes movimentos que surgiram experiências bem-sucedidas de modelos de atenção à saúde e o movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Com as propostas de reforma sanitária e a criação do SUS surge também no Brasil uma nova visão do processo saúde-doença, considerando elementos das visões biologicista, social e higienista/preventivista (CUTOLO, 2001). Com esta nova visão, o processo saúde-doença é entendido como produto de várias causas e entende o sujeito em seu contexto histórico, social e psíquico. Assim, as ações devem se voltar à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (CUTOLO; MAEYAMA, 2010).

Pode-se perceber, a partir da história, que a maneira de entender o processo saúde-doença determina as ações para resolução dos problemas em saúde. Durante as duas últimas décadas, o cenário de saúde mudou profundamente. As principais causas de morte e invalidez são as doenças não transmissíveis em adultos (UNIVERSIDADE DE WASHINGTON, 2013). Muito da mudança deste cenário se deve às intervenções a nível primário e secundário, que expandiram a vaci-

nação e reduziram a mortalidade materna e infantil e a mortalidade por doenças infecciosas e transmissíveis.

Os principais fatores que determinam o aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias de mercado (MENDES, 2011). As doenças crônicas e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo. Até o ano 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2003).

O trabalho com a condição crônica e severa de saúde mental constitui um sinalizador que proporciona um rico campo de estudos e compartilhamento de saberes entre as equipes de saúde e a rede de atenção psicossocial. As situações das condições de saúde revelam uma importância crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico. No campo da epidemiologia, o grave adoecimento psíquico pode ser considerado um evento sentinela que adverte as equipes sobre o manejo da saúde mental de forma preventiva, pois o estudo desses eventos tem demonstrado que o agravamento pode ser evitado a partir da atenção primária à saúde e da sensibilização das equipes para a escuta do sofrimento.

A frase em epígrafe, escolhida para este texto atenta para um importante sinalizador: à medida que adentra para a condição de sofrimento psíquico grave, o doente diz e faz coisas que a maioria das pessoas tenta manter ocultas. Porque a diferença entre normalidade e patologia nas manifestações de inadequação ao mundo, dor psíquica, ou atos considerados insanos reside na quantidade e na intensidade dos sintomas apresentados. Sintomas estes que também se encontram presentes nas pessoas consideradas normais e são praticadas em seu cotidiano.

A insanidade ou loucura rompe com este limiar e provoca um desconforto que vai para além da clínica e de suas possibilidades. A perplexidade do profissional ante o rompimento da barreira “daquilo que todos tentam calar” e que para o louco se constitui em manifestação de defesa absolutamente necessária. Como lidar com aquilo que ultrapassa todos os paradigmas? Como “dar conta” de processos saúde-doença tão complexos?

O cuidado de pessoas com doenças crônicas deve ocorrer de maneira integral. As práticas que utilizam propostas de cuidado formatadas anteriormente não têm obtido sucesso por não conseguir chegar ao

singular de cada indivíduo e, ainda, por impor fazeres que não contemplam o contexto em que está inserido (BRASIL, 2013).

Falar sobre aquilo que insiste em não se calar e nos causa perplexidade: seja aquele que grita e agride uma equipe num balcão de atendimento; o jovem da chamada boa família que insiste em permanecer nas ruas, aquela pessoa querida da equipe que inevitavelmente põe fim à própria vida. Falar sobre estes eventos se torna imperativamente necessário para ir inventando a clínica que dê conta de nosso cotidiano e que se faz ao caminhar e conversar, refletir juntos sobre a experiência surpreendente do cotidiano – aquela que somente se mostra se separarmos tempo para refletir sobre ela.

Nas palavras de Freire (1996, p. 32), educador dos grupos construtivos, por excelência:

Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade. A consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscrevem o ser consciente de sua inconclusão num permanente movimento de busca (...).

O que seria mais inacabado que o preparo do profissional de saúde para dar conta de um arcabouço tão complexo de situações que se apresentam no atendimento diário das equipes de uma rede municipal de saúde? As situações apresentadas são tão variadas e complexas que não há uma semana em que não se apresente uma situação absolutamente inusitada, mesmo para os profissionais mais experientes. E o fato do adoecimento ou sofrimento psíquico inevitavelmente acompanha estas situações – mesmo quando os sintomas aparecem em formas de doenças clinicamente descritas e reconhecidas.

O Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garante a saúde como um direito de todos e dever do estado. O artigo 200, inciso III, confere ao sistema público o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde. A educação é um importante componente estratégico da gestão do SUS, já que provoca reais transformações no estilo de vida dos usuários e interfere na formação dos profissionais de saúde, a partir das situações vivenciadas no cotidiano de trabalho.

Neste contexto, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela portaria 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004, orientando a criação de colegiados e núcleos para discussão da formação dos profissionais da saúde, sempre dentro da lógica do ensino-serviço e no cotidiano do Sistema Único de Saúde.

Além disso, a Política Nacional de Humanização, em suas diretrizes de ação, dá atenção à formação-intervenção, ou seja, à criação de espaços de aprendizagem nos serviços, reiterando a inseparabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2013). Buscando a integração destas duas políticas criaram-se, no Médio Vale do Itajaí, os Núcleos de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU).

O município de Timbó (SC) conta com um NEPSHU, implantado em 2014. Desde então, as ações de Educação Permanente são pensadas, planejadas e executadas como extensão da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). A sua configuração atual conta com a representação do Conselho Municipal de Saúde, da Atenção Básica (Equipes de saúde da família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Educação, Policlínica de Referências, Hospital Oase, Saúde Mental, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, articuladores da CIES e HumanizaSUS. Nesse sentido, tem representação de diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, que é constituída pelos seguintes componentes: 12 Equipes de Saúde da Família, 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 1 Centro de Convivência e Cultura no âmbito da atenção básica; 1 CAPS I na média complexidade; SAMU na atenção às urgências e emergências; atenção hospitalar com leitos em saúde mental; ambulatório de psiquiatria na média complexidade.

Considerando que a educação permanente é baseada nos problemas diários dos trabalhadores e nas experiências e conhecimentos prévios destes (SILVA; DUARTE, 2015). Nesse sentido, foi desenvolvido o grupo de estudos no Centro de Atenção Psicossocial Microrregional (CAPS I) localizado em Timbó (SC), o qual se mostra uma estratégia relevante para a prática profissional, pois contribui para a construção de novos sentidos e significados a respeito de vivências e situações cotidianas do trabalho, o que pode gerar caminhos diferentes para transformação e atuação profissional e não apenas para a reprodução acrítica de ações diante das realidades que se apresentam, conforme apontam os autores citados anteriormente.

O trabalho em saúde é, antes de tudo, um encontro entre aquele que demanda por atenção/cuidado em saúde e aquele que possui o saber técnico (o profissional de saúde). Esse encontro é permeado por história de vida, valores, sentimentos, de ambos os lados. Captar as necessidades de saúde do outro requer uma atitude de entrega, de escuta, de acolhimento (BRASIL, 2005). Os grupos de estudo do CAPS propiciam um terreno para praticar tais atitudes. São espaços preciosos de troca e interlocução – sobre o adoecimento em si, e sobre o imponderável que afeta o profissional de saúde (e ser humano) no exercício diário de sua prática profissional.

Este grupo pode ser considerado aberto e operativo, ou seja, centrado em uma tarefa que, neste caso, é a de ensino-aprendizagem (PICHON-RIVIÈRE, 1994, ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997; OSÓRIO, 2003). As estratégias grupais podem auxiliar, independentemente do objetivo do grupo, na resolução de alguns conflitos e na superação dos problemas, pois em cada encontro – único e peculiar – a interação entre os membros do grupo possibilita a percepção diferente do contexto em que cada sujeito está. “É no campo grupal que circulam as ansiedades, os papéis, as identificações, onde se constrói uma galeria de espelhos que possibilita aos integrantes um espaço de troca” (MORÉ; RIBEIRO, 2010, p. 19). Assim, diversos aspectos terapêuticos surgem com a abordagem em grupo (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Diante disso, esse espaço, além de trocar conhecimento teórico, proporciona compartilhamento de experiências pessoais e profissionais e caracteriza-se por um espaço de escuta, possibilitando o reconhecimento de suas próprias questões. Consideramos necessário que haja a expressão do sofrimento e da perplexidade do profissional ante o campo tão complexo de trabalho de enfrentar o adoecimento mental. Nesse sentido, observamos no grupo pessoas que vêm em busca de suas próprias questões e também para compartilhar sua perplexidade perante esse enfrentamento.

Cabe ressaltar que o médico que hoje trabalha no CAPS conheceu este local participando dos grupos de estudos em saúde mental há 3 anos, área em que sempre teve grande interesse. Em suas palavras:

Tão logo comecei a frequentar o intitulado grupo de estudos pude perceber que ali poderia encontrar material riquíssimo para aprimorar meus atendimentos na Unidade Básica de Saúde, além de obter um valioso espaço para discussões temáticas diversas, casos clínicos específicos, situações de trabalho e, por que não, inquietações particulares. Creio que

o grupo fomentou conhecimentos, estimulou novas descobertas e intensificou minha paixão pela saúde mental (J.S.N.).

Sua participação, assim como a participação de diversos atores, como enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentistas da ESF, técnico em informática, acadêmicos de cursos técnicos e universitários deixam os encontros ainda melhores, criando um espaço criativo e reflexivo.

Como afirmam Cecim e Ferla (2009), uma instituição se faz de pessoas, pessoas se fazem em coletivos. Todos e cada um dos profissionais de saúde trabalhando no SUS têm ideias, conceitos e concepções acerca da saúde. Desta forma, o coletivo presente no grupo de estudos é capaz de construir novas ideias, concepções e práticas transformadoras, de que tanto o SUS anseia. As ações de educação permanente “desejam os corações pulsáteis” (CECCIM; FERLA, 2009) dos atores envolvidos para se produzir saúde e não meramente prestar assistência.

Descrição da experiência e contribuições para o trabalho em saúde mental

Os encontros do grupo de estudos do CAPS acontecem mensalmente, na última sexta-feira do mês, desde o ano de 2010, e têm aproximadamente duas horas de duração. Ocorrem, preferencialmente, nas dependências do CAPS, mas, quando solicitado ou necessário, os encontros podem ocorrer em outros locais, como unidades de saúde. Geralmente, participam, em média, oito profissionais de diversas áreas, como médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais, estando presentes também técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), conselheiros tutelares, usuários do SUS e estudantes de diferentes cursos de graduação.

Os temas abordados são levantados em cada encontro e as discussões são disparadas a partir de textos, artigos, filmes, sugeridos pelos participantes. Até o momento vários assuntos foram discutidos, como: depressão, suicídio, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H), saúde mental dos profissionais da saúde, esquizofrenia, uso de álcool e outras drogas, esquizofrenia, entre outros. Os encontros são realizados em roda para que cada participante se sinta acolhido e ouvido pelos demais.

No momento em que foi discutido a respeito do uso de álcool e outras drogas, foi escolhido o texto “Descoberta a provável causa do vício.

E não é o que você pensa” escrito por Johann Hari, escritor e jornalista. O principal objetivo do autor é explicitar a importância do contexto, do modo de vida, dos laços afetivos e das relações sociais para quadros de dependência química. O autor cita diversas pesquisas que afirmam que a principal causa da dependência química é a desconexão entre as pessoas. Assim, um tratamento possível seria proporcionar que os sujeitos se conectem consigo, com o outro e com o mundo. Nesse sentido, pode-se pensar em grupos terapêuticos. No CAPS I de Timbó, é realizado, como uma estratégia do Projeto Terapêutico Singular do usuário, o Grupo de Álcool e Outras Drogas (Grupo AD) que permite a troca de vivências, histórias e afetos entre pessoas que vivem problemas e situações semelhantes.

A discussão do tema relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas no grupo de estudos entre os profissionais foi relevante por ser um assunto que perpassa a vida de muitos usuários que frequentam o CAPS I do município, o que contribui para o trabalho em saúde mental à medida que a própria discussão entre os profissionais presentes (médicos, psicólogas, fisioterapeuta, enfermeiros, farmacêutico e estudante de Psicologia) dispararam reflexões no Grupo AD com os usuários que o frequentam. Além disso, como no encontro participaram profissionais que trabalham em diferentes pontos da rede, como unidades de saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e policlínica, pode-se afirmar que foi um momento de capacitação e troca de experiência, aspectos que contribuem para a prática profissional cotidiana, considerando que pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas buscam frequentemente a unidade de saúde para tratamento. Ainda, arrisca-se a dizer que o encontro constituiu um espaço de apoio matricial à medida que ofereceu suporte técnico e especializado a trabalhadores que compõem a equipe de referência no atendimento ao usuário do SUS, entendendo que o apoio matricial, segundo Campos e Domitti (2007), visa a garantir o suporte especializado a equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde.

O tema da saúde mental dos profissionais da saúde surgiu por ser uma preocupação recorrente na Secretaria de Saúde de Timbó, já que as demandas que chegam aos serviços de saúde são cada vez maiores e mais complexas, o que pode levar o trabalhador ao sofrimento. Além disso, outro motivo que nos leva a pensar sobre o sofrimento do trabalhador da saúde em nosso município é o fato da cidade ser colonizada por germânicos, que têm no trabalho um forte sentimento de utilidade. Este sentimento por parte de alguns trabalhadores vinculados à Secretaria de Saúde de Timbó tem sido percebido por falas recorrentes de

cansaço, desânimo, por atestados médicos e por atitudes não proativas. Portanto, este tema partiu de nossa realidade e nos permitiu problematizá-la a partir do artigo “A Saúde Mental dos Profissionais da Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho” (MARTELLET; MOTTA; CARPES, 2014). Esse encontro possibilitou aos participantes sugerir formas criativas de abordar o cuidado tanto aos profissionais da Secretaria de Saúde, quanto aos usuários do CAPS, que são, serão, ou já foram trabalhadores e também vivenciam, vivenciarão ou já vivenciaram subjetivamente seus processos de trabalho.

O assunto “pessoas em situação de rua: não tem CAPS nesta cidade?” surgiu a partir de uma queixa telefônica e de uma demanda do plantão da prefeitura durante as férias de fim de ano (férias coletivas). Então, o grupo de estudo resolveu se debruçar sobre esta questão. Foram mapeadas, em conjunto com o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), as Pessoas em Situação de Rua (PSR) da cidade. Muitos deles, velhos conhecidos do CAPS. O tema rendeu três reuniões e despertou os participantes para a necessidade de mediar com outros setores da cidade a presença destes cidadãos no espaço público, como pertencentes ao cenário da cidade. A visibilidade da PSR é difícil de encarar em uma cidade de colonização europeia, conhecida por seu alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), qualidade de vida e com “emprego para todos”. O estudo da PSR trouxe surpreendentes constatações ao grupo. Muitos já tiveram emprego e posições bem-sucedidas no mercado de trabalho, familiares e filhos; alguns têm casa própria, mas decidem permanecer na rua. O internamento destes indivíduos por Organizações Não Governamentais (ONG) de caráter religioso é recorrente, mas não apresenta resultados significativos, pois os mesmos não permanecem na casa de acolhimento ou comunidade terapêutica por muitos dias. Segundo o administrador de uma das casas, a permanência é de menos de uma semana no verão e dez dias no máximo no inverno. Não existem estas instituições no município e os usuários de substâncias psicoativas (PSA) ou PSR são encaminhados para lá com a ajuda da prefeitura – exames e consulta médica. Todas as PSR estudadas já tinham passagem por estas casas por diversas vezes.

Não se pretende neste relato de experiência aprofundar o assunto, mas sim relatar as conclusões encontradas pelo grupo e partilhadas com as equipes e a Rede. O grupo avalia a repercussão do estudo como positiva em toda Rede, pois estudar sobre o tema trouxe o assunto para discussão nas equipes e nos pontos de circulação na cidade. Um assunto pouquíssimo “simpático” para uma cidade tão organizada e bonita. O

estudo, mesmo informal, subsidiou debates nas ESF e uma entrevista na rádio local no dia da saúde mental para esclarecimento da população.

No que se refere ao tema relacionado ao diagnóstico da esquizofrenia que, por sua magnitude e prevalência, é um dos mais assustadores diagnósticos de doença crônica, foi utilizado, como disparador da discussão sobre este assunto, uma reportagem destaque da Revista Veja, incluindo a entrevista das páginas amarelas. No texto, a descrição da morte do cineasta Eduardo Coutinho – assassinado pelo próprio filho Daniel – a golpes de faca e cumprindo uma “missão divina” por não suportar ver o próprio pai enfraquecer e envelhecer. O texto, de caráter espetaculoso, traz para a população uma visão bastante representativa do senso comum sobre a loucura em suas formas delirantes e explica o estigma, o medo e o preconceito que a esquizofrenia desperta entre a população e, também, entre os profissionais de saúde. A reportagem mostrou-se bastante oportuna por trazer uma história que se repete exaustivamente no cotidiano das famílias de portadores de esquizofrenia: o sub tratamento, a resistência familiar em procurar ajuda, a relativização dos sintomas, o isolamento social e o adoecimento conjunto de uma família. Mostra também que a evolução da doença se agrava com o envelhecimento, adoecimento ou morte dos pais.

No depoimento à polícia, a vizinha que socorreu o doente em surto relatou que só viu o jovem quando era criança, brincando no parquinho do prédio, e no dia do incidente quando o viu sangrando, com a barriga rasgada a faca e pedindo ajuda. O doente tinha 41 anos na data do incidente (REVISTA VEJA, 2012).

Muitas das nuances do texto foram discutidas entre os participantes e reconhecidas nas histórias clínicas dos usuários acompanhados pelo CAPS e equipes de saúde da família. A discussão sinalizou para a importância de reconhecimento dos aspectos do adoecimento oculto, mas que é entrevistado no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família/atenção básica. A importância de instrumentalização das equipes e dos ACS – visitantes por excelência – ficou demonstrada nas discussões. Ficou evidente também a necessidade de intervenção precoce para evitar o agravamento e evolução negativa do caso. No texto estudado, a doença se manifestou na idade escolar e manteve-se quase sem tratamento durante a vida adulta. E foi, em grande parte, agravada pelo isolamento.

A temática de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDA/H) foi sugerida e aceita pelos participantes do grupo de estudos de-

vido ao número crescente de diagnósticos de novos casos da enfermidade provindos da Rede Municipal de Educação (ensino fundamental) do município de Timbó. Apesar de ser sabidamente uma patologia comum, com uma prevalência estimada de 5% na população mundial (TARVER *et al.*, 2014), percebe-se que o TDAH tem sido muitas vezes “diagnosticado” não por profissionais qualificados da área da saúde, como neuropediatras, psiquiatras da infância/adolescência ou mesmo médicos das Unidades Básicas de Saúde, mas sim por professores designados para a tarefa de educação na rede pública de ensino, os quais de fato têm uma convivência diária e contínua com os jovens comumente rotulados como “hiperativos”, mas não possuem as condições técnicas para um diagnóstico válido, conciso. Discutiui-se, então, se a necessidade crescente da avaliação de supostos “hiperativos” provém de fato de uma incidência crescente da patologia ou se estamos simplesmente rotulando estudantes sem ao menos avaliarmos questões totalmente pertinentes e que podem mimetizar um quadro de TDAH, como casos em que há falhas evidentes no processo de criação e educação destes jovens dentro do seio familiar, sem o correto delineamento de limites e de premissas básicas para a convivência em sociedade. Como o tema despertou bastante interesse nos participantes e obtivemos, dessa forma, uma rica discussão, pudemos prolongar a discussão ao longo de dois encontros subsequentes, sempre tendo como ponto de partida o livro “Por uma [nova] psicopatologia da infância e da adolescência”, de Michele Kamers e colaboradores (2015). A autora e organizadora do livro já esteve na cidade em algumas ocasiões como supervisora clínica no CAPS e palestrante em eventos de educação permanente realizados pelo serviço de saúde mental. Sugeriu-se, ao longo das discussões do grupo, que os profissionais da educação e da saúde devem ter um contato mais íntimo e frequente, possibilitando uma ampla troca de conhecimentos, respeitando-se sempre os limites de cada profissão, para que de fato seja possível identificar quais alunos devem ser avaliados clinicamente, buscando-se separá-los daqueles que possuem fracos alicerces de educação no âmbito familiar.

A discussão dos transtornos da infância agregou importantes subsídios às discussões dos grupos de Casais Grávidos do município, pois vários dos facilitadores também fazem parte do Grupo de Estudos em Saúde Mental (enfermeira, psicólogas, fisioterapeuta). Como o enfoque dos grupos de casais visa a preparar os mesmos para a imensa demanda física e psíquica que significa a vinda de uma criança, os temas de hiperatividade e transtornos infantis, em geral, sempre aparecem nas discussões levantadas como questões pelos casais que interagem de forma participativa.

O tema do suicídio fez durante alguns encontros parte das discussões. O município de Timbó e região tem estatísticas elevadas de óbitos autoprovocados. Conseqüentemente há um grande número de tentativas de suicídio. Com a proximidade física do hospital geral e do caps o tratamento destas pessoas e de suas famílias é feito de forma compartilhada entre ambos, mais as equipes de saúde da família. O tema provoca grande impacto emocional nas equipes, que foi agravado com a morte de uma das enfermeiras do município por esta casuística.

Como norteador das discussões sobre o tema utilizaram-se dois documentos: o protocolo de atenção ao óbito autoprovocado de Santa Catarina e o texto de uma pesquisa de antropologia realizada na região e que contou com a colaboração de alguns servidores participantes do grupo. Chamou a atenção neste texto discutido o valor hegemônico do trabalho como fator de inserção social, a dificuldade em enxergar saídas para o sofrimento, o isolamento social, a falta de alternativas de lazer, entre outras. E o destaque para a prevenção com a valorização da cultura, do lazer, dos esportes, das áreas e espaços de encontro, inclusive o encontro que este grupo propicia. Também se discutiu o manejo das pessoas que já realizaram a tentativas, como a escuta e conversa franca por parte das equipes de saúde.

Considerações finais

Neste relato de experiência, pretendeu-se demonstrar o quão valioso é o espaço do grupo de estudos do CAPS do município de Timbó (SC), possibilitando a discussão pelo quadrilátero (profissionais, usuários, ensino e gestão) na realidade do trabalho, criando novas possibilidades de atenção e cuidado. As vivências geradas pelos encontros do grupo de estudos fortalecem o compromisso com a saúde dos usuários. Ali, as pessoas investem seu tempo em dialogar, repensar sua prática e, por isso, encontram formas diferentes e criativas de atender às necessidades das pessoas.

Acredita-se que este grupo de estudos tem um grande poder de replicabilidade e continuidade, visto que não são necessários recursos financeiros para que ele ocorra; bastam pessoas envolvidas e comprometidas com as questões de saúde mental. Recorrendo às palavras do médico do CAPS I de Timbó: “por trás de um olhar entristecido ou amedrontado existe alguém exatamente como nós: com sentimentos, alegrias, frustrações e vontades e certamente esse alguém é também merecedor da mínima dignidade de existência”. Assim, o grupo de estudos propicia o acolhimento de demandas e dúvidas e o compartilhamento

de experiências, vivências, sentimentos e conhecimentos, o que pode contribuir para a saúde do trabalhador, sua motivação em relação ao trabalho e, conseqüentemente, para um melhor e mais qualificado tratamento do usuário dos serviços do SUS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.** 104 p. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p.399-407.2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Nov. 2017.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. **Educação permanente em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde.** 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 11 Jul. 2017.

CUTOLO, L.R.A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica – Um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC.** Tese de Doutorado – CED/USFC. Florianópolis, 2001. 227p.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FOUCAULT, M. **A Microfísica do Poder**. 11a edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

HARI, J. **Descoberta a provável causa do vício. E não é o que você pensa**. 2017. Disponível em http://www.huffpostbrasil.com/johann-hari/descoberta-a-provavel-cau_b_7597010.html. Acesso em 12 Nov. 2017.

KAMERS, M. *et al.* **Por uma [nova] psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. 320 p.

MAEYAMA, M.A; CUTOLO, L.R.A. As concepções de saúde e suas ações conseqüentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol.39, n. 1, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MORÉ, C.L.O.O; RIBEIRO, C. **Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família** [Recurso eletrônico]. Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2010. 55 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família).

OSÓRIO, L.C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma nova era**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal. (El proceso grupal)**. Trad. de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

PINHEIRO, C.L. **Último ato Estudo sobre a prática do suicídio em um município ao sul do Brasil**. Dissertação de mestrado, Departamento de Antropologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

REVISTA VEJA. **Um cineasta famoso, um filho doente mental e uma tragédia**. [Recurso eletrônico]. Publicado em fevereiro de 2015. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ahUKEwjX_omxtcPXAhX-

CE5AKHdvbB4UQFghUMAk&url=http%3A%2F%2Fveja.abril.com.br%2Fblog%2Faugusto-nunes%2F8216-o-terror-silencioso-a-historia-de-um-cineasta-famoso-um-filho-doente-mental-e-uma-tragedia-8217%2F&usg=AOvVaw2T1f_aa1ga2rBY7J6UO154. Acesso em 16. Nov. 2017.

ROSEN, G. **Uma História de Saúde Pública**. São Paulo/ Rio de Janeiro: co-edição HUCITEC/ UNESP/ ABRASCO, 1994.

SILVA, D.S.J.R; DUARTE, L.R. Educação permanente em saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 17, n. 2, p. 104 - 105, 2015.

TARVER, J. *et al.* Attention-deficithy peractivity disorder (ADHD): anupdate dreviewof the essenti alfacts. **Child:care, health and development**. v. 40, n. 6, p. 762-74. 2014.

UNIVERSIDADE DE WASHINGTON. Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde. **Estudo de carga de doença global: gerando evidências, informando políticas de saúde**. Seattle, WA: IHME, 2013.

ZIMERMAN, D; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.



DRAMATIZAÇÃO COMO METODOLOGIA NO ENSINO-APRENDIZAGEM PARA O DESVELAMENTO DO QUOTIDIANO E IMAGINÁRIO DOS PACIENTES INSULINODEPENDENTES

*Bruno Menegatti Sanches
Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner
Hamilton Resendo Fogaça
Gabriel Cia Gomes*

O presente capítulo tem como objetivo apresentar um relato de experiência onde se utilizou da metodologia da dramatização como ferramenta nas práticas de saúde com o grupo de diabéticos insulino-dependentes em uma Estratégia de Saúde da Família – ESF Marco Francisco Barth, na zona sul da cidade de Blumenau – SC.

A palavra educação descende do latino “educere” que significa “conduzir para fora”, ou seja, estamos versando de um processo educativo que deverá ocorrer “de dentro para fora”, no sentido de possibilitar situações e experiências que possibilite o desenvolvimento das potencialidades humanas (Ohara, 2016).

Buscando essa educação no processo de formação dos profissionais da área da saúde, vemos gradativamente um crescente movimento de inserção e de aspiração de experiências de aprendizado e vivência para os acadêmicos junto a população, não diferente deste movimento, o curso de medicina da Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB, na disciplina de Interação Comunitária modificou sua até então realidade para uma nova organização visando maior inserção dos acadêmicos nas comunidades e discussões interdisciplinares sobre saúde e seus processos de viver buscando apresentar a relevância do ensino nas questões sociais, permitindo junto aos saberes técnicos e científicos, os princípios éticos, ao trabalho, a saúde e as relações humanas. É nesse contexto de viabilizar esta nova proposta de formação e legitimado a saúde como “direito de todos” que se constrói algumas possibilidades para que os alunos ampliem

seus conhecimentos a respeito das desigualdades sociais e as necessidades de saúde da população; favorecendo a compreensão de saúde não somente como ausência de doenças.

Como estratégias para a concretização desse processo educativo transformador, a Educação popular em Saúde, desponta como um recurso de ação social e de possibilidade de experiências de aprendizado tanto para os alunos como para os sujeitos assistidos, essa capacita os sujeitos envolvidos para obtenção de controle sobre os fatores preponderante de saúde, condições sociais que influenciam a saúde, estimule práticas saudáveis (Ohara, 2016).

Como prática de ensino-aprendizagem, além de aulas expositivas com conteúdo teórico para abarcar os saberes necessários a esses futuros profissionais, a disciplina é desenvolvida de forma a integrar mais teoria e prática. Para tanto, os alunos são inseridos quinzenalmente em diferentes realidades, para que os alunos possam vivenciar como o conhecimento circula na cultura, nos bancos escolares, nos diferentes equipamentos sociais, além de possibilitar aos acadêmicos a partir da realidade vivida a produção de novos saberes e de quebra de paradigmas.

Ao serem introduzidos no contexto social de bairros da periferia da cidade de Blumenau – SC, manifesta-se demandas de diferentes ambientes que são expostas para que os alunos possam desenvolver atividades para auxiliar na produção de um processo de saúde saudável além de possibilitar criação de mecanismos buscando reduzir as desigualdades sociais e fortalecendo práticas pautadas na equidade.

Importante lembrarmos que segundo a Organização Mundial de Saúde (1991), a educação em saúde deseja ser um método de ação social e de experiências de aprendizagem programada para a capacitação das pessoas para que obtenham o controle sobre os determinantes da saúde e as condições sociais que afetam sua saúde e dos outros.

Porém esse processo de imersão dos alunos nas comunidades não apenas alcança resultados no âmbito da saúde da população, este possibilita aos alunos a produção de conhecimentos que respondam a questões referentes a saúde da população como concebe o interesse por novas descobertas sobre ser e o atuar na área da saúde. Além de proporcionar uma formação mais humana para o profissional, levando uma visão de como trabalhar a promoção da saúde com pessoas antes da prevenção de doenças com pacientes.

Considerando que essas práticas também podem ser nomeadas como a educação permanente em saúde, que é o conceito pedagógico no setor da saúde para efetuar relações de afinidade entre ensino e os serviços, entre a docência e atenção à saúde, as relações entre formação, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Buscando articulação necessária e possibilitando desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade de resolver a demanda dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular.

Propiciar práticas educativas em saúde que fortaleçam e estimulem escolhas saudáveis, principalmente, que os alunos se identifiquem como atores nesse processo de saúde, ainda é um processo desafiador ainda mais quando surge dentre as demandas a proposta para a realização de um teatro como ferramenta de educação em saúde junto a população insulino dependente de um grupo de diabéticos.

Devido a ponderação dos dados que foram coletados através de um questionário aplicado junto a população desse grupo acima descrito e devido a demanda crescente desses junto a unidade de estratégia de saúde da família com complicações ou o tratamento desenvolvido de forma inadequada segundo relatos dos profissionais que ali atuavam, manifestou-se a urgência em desenvolver uma oficina para o empoderamento e desmistificação dos saberes sobre a doença.

Considerando as práticas preexistentes na unidade e levando em consideração as características da comunidade, raízes germânicas, contexto distinto de pessoas, percebeu-se que o cotidiano desses sujeitos era um fator que interferia na compreensão e adesão do tratamento. Partindo desse olhar, e compreendendo que o cotidiano é a “maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia-a-dia, por suas interações, suas crenças, valores, significados, cultura, símbolos, que vai delineando seu processo de viver, em um movimento de ser saudável e adoecer...” (Nietsche, 2007), surgiu a encenação como um artifício de aproximação, onde ludicamente buscaria desacomodar os saberes e as práticas vigentes, possibilitando uma barganha entre os saberes acadêmicos e os saberes populares.

Nas práticas pautadas no ensino e aprendizagem é importante ressaltar que não existe “a educação de um ser que sabe para a um ser que não sabe, o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca de saberes” (CECCIM, 2017). Foi com base neste entendimento que se vislumbrou a necessidade do desenvolvimento de um teatro que discutisse a realidade, a veracidade e mitos do adoecer diabético.

Metodologia

Todo método da dramatização escolhido para a prática das atividades, é um meio que utiliza do universo lúdico, e possibilita o melhor trabalho das circunstâncias abordadas através do imaginário. Nas encenações feitas pelos acadêmicos, esses saíam de seu papel como representantes de profissionais da saúde para se colocarem como moradores da comunidade e membros do grupo de insulino-dependentes da ESF.

O teatro implica fortemente nesse quesito de troca de papéis, sendo importante o ator manter-se perante uma postura de representatividade daquele pelo qual ele está se passando, sem permitir que sua postura pessoal interfira na desenvoltura dos trabalhos. Ajudando assim a obter a performance mais real e convincente perante os espectadores.

O lúdico acaba se colocando como alternativa extremamente viável em circunstâncias de aprendizado, uma vez que possibilita uma abordagem mais dinâmica dos temas relacionados. Por meio da atuação possibilita-se unir o útil ao agradável e tornar o aprendizado até mesmo divertido através do humor, essa vicissitude traz resultados positivos e pode gerar uma maior aquisição de conhecimento daqueles que assistem.

Para realizar esse trabalho exige-se uma grande colaboração dos envolvidos, para que o andamento das cenas realizadas tenha caráter realístico de forma a comover os espectadores. Em casos como o realizado, nos quais trabalha-se com temas educativos como saúde, esse fator foi de extrema valia, uma vez que se trabalhava com um grupo de suma maioria idosa de baixa renda e na periferia de uma cidade do interior, já que se sabe que de um modo geral muitos não tiveram a possibilidade de acesso a forma de entretenimento em teatro ao longo de sua vida. Tornando o método desafiador por ser novo e inovador para aquela população local, e por correr o risco de ser tedioso ou ineficaz se mal trabalhado.

A estrutura teatral como método de educação em saúde já é bem trabalhada em grupos infantis ao redor do mundo, uma vez que o lúdico é facilmente trabalhado e aceito por esses. No entanto, este mostrou-se como inovador no trabalho com um grupo majoritariamente idoso e de baixa instrução, abrindo-se o debate de metodologias alternativas para trabalho de educação e saúde nos mais diversos grupos.

A dramatização

Quando surgiu a ideia da dramatização como ferramenta de comunicação nas ações que realizaríamos junto à comunidade, a ideia não foi inicialmente aprovada e acolhida uma vez que se imaginava que esta metodologia não alcançaria o objetivo proposto e que não seria congruente para um grupo de idosos, residentes da periferia de uma cidade do interior catarinense. No entanto, esse foi o fator que mais impressionou, a extrema aderência daqueles idosos ao que estava sendo apresentado, constatando o que o lúdico não está presente somente no mundo da infância, mas que resiste ao longo de toda a existência (Maffesoli, 2016). Caracterizados de idosos, dois acadêmicos se nomearam de Helga e Hastride e fizeram um teatro cômico-educativo para o grupo de insulínod dependentes falando sobre a rotina de suas vidas, como era viver com a diabetes e os cuidados que estas precisavam ter devido a doença crônica.

A teatralização do cotidiano é, para Maffesoli, a expressão máxima de todos os nossos atos cotidianos. Ela apreende, para além de qualquer apreciação moral, o concreto mais próximo, ressaltando igualmente a profunda insignificância do que se adorna com o falso brilhantismo do espírito sério (THOLL, 2015).

A ação se iniciou com as duas idosas chegando a unidade de saúde conversando, falando de suas vidas e focos locais, então, o assunto da diabetes entra em pauta, “Helga” e “Hastride” começam a falar sobre seus hábitos de vida e o uso da insulina, até que entra em cena “uma médica” para instruí-las e passar as orientações adequadas.

Uma das personagens, “Helga”, era insulínod dependente e tinha maus hábitos alimentares, fazia *schmier* (doce em forma pastosa, lembrando uma geleia, muito comum na região sul, especialmente em cidades de descendência alemã) e não gostava de caminhar. Já “Hastride” cuidava da alimentação e caminhava regularmente. “A médica” as ensinou sobre hábitos cotidianos saudáveis, alimentação adequada e sobre uso da insulina reforçando pontos importantes como: o rodízio de locais de aplicação, importância de guardar a insulina em caixa de isopor dentro da geladeira (não deve ser na porta de forma a evitar grandes variações térmicas), importância de saber como aplicar a injeção e locais do corpo melhores para fazer a aplicação.

Enquanto a dramatização era desenvolvida, algumas senhoras demonstravam entender as angústias que as personagens transpassavam,

uma vez que aquela era sua vida cotidiana. Em um certo momento da encenação no qual uma das personagens recebeu a aplicação da insulina pela “enfermeira” (também interpretada por uma acadêmica), a personagem hesitava devido a agulha de aplicação, nesse momento uma das senhoras que os assistia comentou que fazia isso todos os dias, e que “a dor é suportável, e faz-se necessária”, demonstrando seu entendimento, proximidade com a causa e compreensão para com a “personagem”. Compreensão essa, que segundo Mafessoli (2016), é além ou aquém de uma simples interpretação moral, é principalmente entrar em ressonância. É estar propenso a escuta do que é, é encarar o saber com sabor, apreciar o mundo como ele é, e os que habitam por suas qualidades próprias.

Ao término do teatro houve uma roda de conversa onde foi possível dialogar e elucidar todas as dúvidas existentes dos que estavam lá presentes, nesse entremeio pode-se notar também a necessidade dos idosos presentes em simplesmente ter alguém para conversar, falar sobre seu dia a dia com pessoas realmente interessadas e dispostas a escutar. Durante todo o processo os acadêmicos permaneceram caracterizados de personagens, não existindo mais a discrepância entre “universitários” e “pacientes”, mas sim uma sensação de unidade entre os presentes.

A empatia desenvolvida durante o processo de encenação possibilitou que as emoções se tornassem um papel fomentador na ação, tornando os pacientes mais sensíveis à educação em saúde voltada a sua doença e protagonistas na tomada de decisão em relação ao projeto terapêutico necessário; Segundo Pinheiro, a adesão ou não do usuário ao tratamento está apoiada muitas vezes em elementos emocionais por exemplo: ansiedade, desconfiança, medo, uma abordagem respeitando as crenças, valores, desejos e expectativas.

Passadas algumas semanas da atividade desenvolvida - para surpresa dos acadêmicos - fomos convidados a repetir a retornar ao local devido pedidos da comunidade junto a Estratégia de Saúde da Família para que uma sequência de ações fosse realizada. As agentes comunitárias revelaram um feedback extremamente positivo como fruto da ação: elevado número de membros daquele grupo de diabéticos começou a ir medir sua insulina na unidade, os níveis glicêmicos apresentaram uma melhora significativa, além de muitos terem aderido mais as ações da unidade após o evento.

Esse resultado nos fortaleceu, mostrando que é de importância ímpar incluir sentimentos aos saberes racionais, destacando a “relativização

da sensibilidade dogmática”, a capacidade de saber integrar os sentidos, os instintos, “por outras manifestações dessa capacidade de fantasiar que constitui a inteireza da humana-natureza”. (Mafessoli, 2016).

Convencidos de que o método era eficaz e buscando progredir com os ensinamentos àquele grupo, a ação subsequente foi um jogo de bingo entre o grupo de portadores de diabetes e as duas idosas “Helga” e “Hastride”, durante a partida de bingo iam sendo passadas, de rodada a rodada, instruções que diziam respeito à Diabetes de modo que os moradores pudessem entreter-se com o jogo, além de obter informações dinâmicas e necessárias ao longo daquela manhã. Ao final do jogo foi realizado um café de integração entre os acadêmicos e os membros do grupo de insulíndependentes com diversos alimentos adequados para diabéticos.

Figura 1. Personagens participando da partida de bingo durante encontro do grupo de insulíndependentes.



Fonte: Imagem do arquivo dos autores, 2016

Após essa ação e com o término do semestre foram dadas como encerradas as atividades de dramatização, entretanto, a repercussão das práticas foi tão grande junto à população que, no ano seguinte, um novo convite surgiu por parte da equipe da estratégia de saúde da família para que durante uma manhã as personagens retornassem novamente a unidade para mais uma ação com o mesmo grupo de insulíndependentes.

A ação foi direcionada por duas acadêmicas do curso de Nutrição,

as quais esclareceriam inquéritos e passavam recomendações aos moradores. No decorrer do evento, as duas personagens faziam comentários complementares e relatavam seus hábitos de vida de modo a aproximar à realidade daqueles que assistiam, melhorando, conseqüentemente, seu entendimento. Além disso, as falas das personagens durante a apresentação expositiva, ajudava a mostrar para os membros do grupo, a importância de sempre expor sua opinião e tirar dúvidas quando há profissionais da saúde na proximidade, indo contra qualquer tipo de resistência por anseio ou medo de se expor.

Um exemplo do tipo de abordagem, e da eficácia dessa, utilizado na prática pode ser captada no momento que as acadêmicas de nutrição dialogavam sobre certos alimentos doces que poderiam ser ingeridos desde que controladamente e de outros que não deveriam ser consumidos em excesso, nesse instante as personagens demonstravam surpresa com as informações e faziam perguntas que poderiam ser questionamentos de muitos daqueles que estavam presentes, mas que, por algum motivo, não se sentissem a vontade de perguntar. Como resultado, fortaleceu-se a importância a respeito de seus hábitos alimentares no cotidiano através da dramatização, via personagens de idosas diabéticas, favorecendo um aprendizado ainda mais efetivo e dinâmico, uma vez que, aquelas personagens representavam a figura dos próprios membros da comunidade que estavam ali presentes.

Figura 2. Personagens representando os membros da comunidade presentes no encontro.



Fonte: Imagem do arquivo dos autores, 2016

Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta transformadora no processo de formação de futuros profissionais da saúde

A educação em saúde não é simplesmente uma questão técnica, mas de natureza tecnopolítica, uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas. Implica, portanto, na necessidade de articulação intra e interinstitucional que crie compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação. A educação baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais acontecendo no cotidiano das pessoas e das organizações.

Quando os acadêmicos trocam as salas de aula pelos diferentes espaços sociais para a construção de seus saberes, este conhecimento que ali está sendo construído favorece a conexão entre o real, entre o cotidiano e a ligação entre a educação e o trabalho. Esse processo formativo fortalece à construção ao Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes para um cuidado centrado na integralidade, a participação popular de forma eficaz para auxílio no papel do controle social e das diferenças existentes na comunidade.

É essa inserção nos territórios que possibilita a percepção da presença de mudança, de renovação e de transformação das práticas existentes que se apresentem insatisfatórias e escasso para dar respostas as demandas existentes. Esse desconforto criado nos acadêmicos possibilita de modificação do ambiente e da compreensão de saúde e das reais necessidades e possibilidades como futuros profissionais da saúde.

Considerações finais

A possibilidade de inserção dos acadêmicos em diferentes comunidades possibilita o desvelamento da saúde, das demandas e das reais necessidades da população brasileira que usualmente são deixadas de lado devido o modelo de aprendizagem ainda vigente na maioria do país o qual é em sua grande parte teórico-verticalizado. Ainda essa experiência, proporciona aos acadêmicos a gratificação em possibilitar “melhora” na saúde do grupo representado nesse material.

A oficina desenvolvida rendera frutos muito prósperos, tanto para os acadêmicos quanto para a população. Esses, através de uma prática não comum em suas vidas, descobriram e expuseram suas fragilidades e mazelas, compartilhando abdições diárias e – mais importante – descobriram que haviam pessoas ali para ouvirem além de suas queixas de saúde, mas sim interessados em suas histórias, preocupados com o “ser” e não com o “possuir”. Aqueles, descobriram o lado humano da Medicina de uma forma diferente, se entregando àquela população de corpo e alma, buscando o tratamento que vai muito além do medicamentoso, mas o tratamento de espírito, descobriram que por muitas vezes terão que ouvir mais do que falam e se atentarem a detalhes julgados como parcos, mas que são partes ímpares do tratamento.

As ações com o grupo de insulino dependentes foram de extrema valia para trazer aos acadêmicos uma visão de possibilidade de trabalhar educação e saúde juntas além da apreciação que outros métodos podem proporcionar fora da padronização estudantil ocidental de aulas em forma de “palestra”, a qual vinha funcionando inadequadamente com o grupo de insulino dependentes antes da chegada dos estudantes.

O ato de escutar é uma habilidade que exige abertura, transparência e vontade de compreender, o perfeito equilíbrio entre saber escutar e saber falar gera o diálogo. Os acadêmicos que experimentaram o ato de escutar os idosos, ainda que fossem reclamações sobre a vida, tiveram que calar seus diálogos internos e prestar atenção no interlocutor. Esse ato de calar-se e se colocar a inteira disposição de um terceiro – ainda mais quando esse é um idoso – não é algo que aprendemos na sala de aula, mas sim bagagem que conseguimos através dos novos métodos de aprendizagem, além de ser inteiramente proporcionada por disciplinas como Interação Comunitária e Medicina da Saúde e Comunidade que nos colocam em contato direto e íntimo – atualmente – com os usuários.

Além disso, a ação possuiu reverberação tão positiva que estimulou demais acadêmicos a, dar continuidade ao trabalho realizado tanto na mesma Estratégia de Saúde da Família, quanto em outras Unidades Básicas ou instituições de saúde, sempre preservando o foco principal o qual é atingir positivamente e de forma eficaz o público alvo, seja qual for a metodologia.

Finalizamos esse capítulo com uma frase de Jean Barraut “O teatro é o primeiro soro que o homem inventou para se proteger da doença da angústia.” Podemos averiguar que a maneira lúdica de lidar

com a população, seja ela hígida ou não, como é o caso, vai além de simplesmente interpretar, ou representar, é o modo que interfere na maneira que o ser se vê, uma vez que se sentindo honrado no “palco” por outros, sua angústia quanto ser solo na sociedade se desfaz em calma e sentimento de união. Dessa maneira, um indivíduo que se apresenta doente ou portador de uma cronicidade sente-se mais apto a buscar tratamento ou informações sobre sua mazela pois se sente parte efetiva do coletivo. Por um olhar psicológico, o método de dramatização pode, até de certa maneira, prevenir doenças secundárias àquelas crônicas, como a depressão por exemplo.

Frente ao exposto, a experiência revelou que novos métodos de promoção e prevenção de saúde, e construção do conhecimento assim como meios de relacionamento médico-paciente devem ser continuamente alvos de atualização e reflexão, com vistas ao crescimento ético e intelectual de ambas as partes envolvidas no atual sistema de saúde.

Referências

CAPOZZOLO, A.P; CASSETTO, S.J; HENZ, A.O. **Clínica Comum: itinerário de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.314p.

OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo, Martinazi 3ª ed: 2014. 535p.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde - textos reunidos**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2013. 361 p.

PINHIRO, R; LOPES, T.C. **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. 220p.

MAFFESOLI, M. **A ordem das coisas: pensar a pós modernidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2016. 276p.

ELSEN, I; MARCON, S.S; SOUZA, A.I.J. **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis, Editora Papa Livro, 2016.



INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ESTRATÉGIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

*Edlamar Kátia Adamy
Karen Cristina Kades Andrigue
Gloriana Frizon
Simone Salete Tomkelki Pellizza
Marisa Gomes dos Santos
Adrean Scremin Quinto
Patricia Poltronieri
Kauana Dall' Agnese Caregnatto*

Introdução

No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída com o propósito de ser um marcador, uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e pedagógicas. Implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS). Para a Política, a EPS é o conceito pedagógico para efetuar relações organizadas entre ensino e serviços de saúde; docência e atenção à saúde; gestão e formação setorial; desenvolvimento institucional e controle social; realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004).

As ações de EPS podem constituir-se em formas alternativas de transcender aos modos tradicionais de educação ao preconizar as atividades educativas inseridas no contexto histórico, social, econômico, político e ético, proporcionando a construção de conhecimentos fundamentados na liberdade individual e coletiva (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

A organização da PNEPS prevê a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas da gestão da saúde, instituições

de ensino, órgãos do controle social e os serviços de atenção à saúde, antevendo o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com os serviços de saúde, disseminando conhecimento por relevância e compromisso (BRASIL, 2004).

A PNEPS propõe estratégias como a integração ensino-serviço para que aconteça a formação a qual apresenta-se como estratégia que compromete o setor saúde e o setor educação e que envolve trabalhadores, docentes, estudantes, pesquisadores, gestão, controle social com o objetivo de construir uma política nacional de formação e desenvolvimento para os profissionais que dê conta das peculiaridades e desigualdades do país (BRASIL, 2007).

Neste cenário, a enfermagem utiliza-se da integração ensino-serviço como ferramenta para a formação com vistas à assistência qualificada. A integração bem sucedida e com motivações compartilhadas, tem implicação direta na educação permanente e na formação do futuro profissional de enfermagem. Este profissional, ao desenvolver suas atividades em ambiente de confiança mútua, pode compreender melhor o mundo real do trabalho, com reflexão crítica dos avanços obtidos no modelo de atenção à saúde do SUS (DE ANDRADE, *et al.*, 2015).

Nesta seara, objetivamos com este capítulo, compartilhar a experiência das atividades de integração ensino-serviço na implantação e implementação do Processo de Enfermagem com vistas à consolidação deste instrumento de trabalho da enfermagem.

Da necessidade legal à integração ensino-serviço

A sistematização do cuidado acontece desde a época de Florence Nightingale, em 1854, quando a Enfermagem iniciou a sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos. No Brasil as questões relacionadas à sistematização do cuidado emergem na década de 1970, com o Processo de Enfermagem (PE) proposto por Wanda de Aguiar Horta, que enfatizou o planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e de caracterizá-la como ciência. Para Horta, o PE apresenta-se como uma tentativa de despertar a Enfermagem para a utilização de referências teóricas na assistência prestada, com base em evidências científicas. A autora conceitua PE como um método científico de atuação profissional de forma eficiente e eficaz, ou seja, é um processo de ações sistematizadas e inter-relacionadas visando assistir ao ser humano (HORTA, 1979).

Outros autores definem o PE como um instrumento tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem que envolve uma sequência de etapas específicas (obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, considerando sua singularidade e de modo ampliado (GARCIA; NÓBREGA, 2009; CARVALHO; BACHION, 2009).

O PE é considerado um aspecto fundamental e definidor da identidade profissional, apresentando-se como um eixo fundante e estruturante da construção do conhecimento e da prática profissional no contexto do ensino, assistência, pesquisa e gestão de enfermagem (GARCIA, 2018).

Na perspectiva da legislação, para solidificar a Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE), e mais especificamente o PE, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu a Resolução nº 272/2002, que posteriormente foi revogada pela Resolução nº 358/2009, ainda em vigor. Na presente resolução, existem diferenças entre os termos SAE e PE. O COFEN definiu SAE como “[...] a organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem [...]”, o qual deve ser implementado em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, de modo deliberado e sistemático. O COFEN considera o PE como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009).

Considerando os termos da presente resolução que determina o registro formal do PE no prontuário do paciente, o COFEN publicou, mais recentemente, a Resolução nº 429/2012, a qual reforça essa responsabilidade dos profissionais em registrar as etapas do PE em documentos próprios assegurando a continuidade e qualidade da assistência (COFEN, 2012).

De acordo com o COFEN (2009) todos os serviços de saúde em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem devem implantar e implementar o PE. Por se tratar da legislação brasileira, o Hospital Regional do Oeste (HRO), hospital filantrópico de referência SUS no Oeste de Santa Catarina (SC) e noroeste do Rio Grande do Sul (RS) e Sudeste do Paraná (PR) atendendo uma diversidade de especialidades, tem como dever a adequação ao que preconiza a legislação brasileira. Neste sentido, em abril de 2015, iniciou-se a constituição da Comissão do PE do HRO (COMPENf).

A COMPENf constitui-se de profissionais da assistência (técnicos de enfermagem e enfermeiros) e enfermeiros gestores do HRO; docentes e discentes representantes de três Instituições de Ensino Superior (IES) de Chapecó que oferecem curso de graduação em enfermagem, sendo elas Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Essa representação atende aos pressupostos da PNEPS, mais especificamente na representação dos segmentos que constituem o “Prisma da formação”. A ideia do “Prisma” amplia a conhecida imagem do “Quadrilátero da formação” (CECCIM, FEUERWERKER, 2004), em que os sujeitos e segmentos representados – educadores, usuários, gestores e trabalhadores – estão implicados em realidades e situações diversas, as quais repercutem na maneira de exercer essa representação e, por conseguinte, deliberam sobre as mais variadas situações (VENDRUSCOLO, PRADO, KLEBA, 2016). Destaca-se que a UDESC e UFFS são instituições públicas e a UNOCHAPECÓ privada com fim filantrópico e gestão comunitária e que desta forma, compactuam da obrigatoriedade de oferecer à comunidade atividades de extensão.

Considerando o caráter extensionista, a inserção de docente e discente na constituição da COMPENf fortalece a pactuação aos interesses comuns e atende aos pressupostos da PNEPS, mais especificamente às prerrogativas da integração entre o ensino e o serviço. As experiências de integração ensino-serviço são cenários reais onde se processam vivências compartilhadas entre docentes, discentes, profissionais da assistência à saúde, gestores e comunidade, sustentados por um arcabouço teórico legal que orientam os movimentos por mudanças na organização da formação. Os setores saúde e educação estão mobilizados para orientar o processo de formação profissional para a consolidação do SUS, sustentados por estratégias interministeriais como políticas públicas e programas entre os Ministérios da Educação e da Saúde (BREHMER, RAMOS 2014).

A integração ensino-serviço-comunidade induz um movimento de mão dupla: do serviço para o ensino em que gestores, trabalhadores e usuários aprendem na interação com discentes e docentes; e do ensino para o serviço, em que as instituições formadoras se comprometem com as metas do serviço para qualificar o cuidado. Neste processo colaborativo, a formação de profissionais se beneficia com a integração e troca de experiências que acontece com os trabalhadores da assistência, da gestão, discente, docentes, que passam a produzir conhecimentos e práticas diretamente com os gestores, trabalhadores do serviço e os usuários. Nesse sentido, as práticas de ensino-apren-

dizagem construídas em parceria com as universidades devem estar necessariamente, articuladas com o processo de trabalho da equipe que está cotidianamente imersa naquele cenário. E os trabalhadores podem ser encorajados e apoiados para firmarem compromissos com a formação dos estudantes. Por isso, os processos de formação e de trabalho devem estar conectados, tendo como base as necessidades de saúde daquele território e das pessoas que o habitam (BRASIL, 2015).

Essa relação deve ser pensada, facilitada e efetivada de forma a beneficiar ambas as partes, visto que uma instituição necessita da outra. O segmento ensino necessita de campos para que seus discentes entrem em contato com a realidade social e possam colocar em prática os aprendizados adquiridos com o objetivo de melhorar a capacitação e qualificação profissional, através da experiência vivenciada, a fim de melhorar o cuidado em saúde. Já os serviços de saúde necessitam do compartilhamento de experiências e conteúdo entre os docentes, discentes e os profissionais do serviço para estabelecer um processo de ensino-aprendizagem contínuo entre os segmentos (BALDUINO, VERAS 2016).

No Brasil as reflexões sobre integração ensino-serviço na enfermagem vêm sendo referenciado desde a década de 1960, e tomou força na década de 1980 com os movimentos pela mudança na formação dos profissionais de saúde e com as propostas da Integração Docente Assistencial que se caracterizou por espaços de discussões e proposições de mudança na saúde contribuindo com a aproximação entre universidade e serviços de saúde (TOMBINI, 2010).

Desde então, os movimentos têm se fortalecido com a instituição de políticas públicas, programas e projetos que estimulem a parceria e aproximação entre o setor ensino e o setor saúde. Ainda, destaca-se, desde a década de 60, a importante contribuição do educador brasileiro Paulo Freire nos movimentos que permeiam a EPS e a integração ensino-serviço.

Em suas obras, Paulo Freire discute que a mudança, seja na educação, pelo coletivo ou individual, em nível de ser humano acontece pela ação-reflexão-ação. Uma das principais ideias de Freire, é que o alcance da sintonia entre educador e educando para o agir-refletir-agir somente é conquistado a partir do momento em que ambos desenvolvem a conscientização (FREIRE, 2011; WATERKEMPER, PRADO, REIBNITZ, 2016).

Freire se permite falar em liberdade porque crê no seu poder de liberdade como instrumento de transformação global do homem e da so-

cidade. E para isso propõe um diálogo, a partir da reflexão social e da criticidade da própria consciência (FREIRE, 2014). Numa concepção dialógica, o autor propõe uma educação libertadora, problematizadora, que não se configura no ato de depositar, narrar, transferir ou transmitir conhecimentos e valores aos educandos (FREIRE, 2016). O diálogo possibilita ao profissional de saúde ou ao educador ser o mediador da aprendizagem, o responsável por estimular a curiosidade dos educandos, propor desafios, problemas, incentivar e buscar por soluções, se caracterizando por uma relação de ensino e aprendizagem em que todos aprendem por meio da práxis, da reflexão sobre a ação e a crítica de que o mundo se transforma e as pessoas são transformadas (SOUZA *et al.*, 2016).

Neste sentido, Paulo Freire mobilizou processo de educação trazendo a tona proposições reflexivas sobre o trabalho, impulsionando para transformações nos serviços de saúde, nas práticas formativas, mobilizando os próprios profissionais para que se tornassem responsáveis pelas suas atitudes e protagonistas das ações formativas.

Para Freire (2011), a corporeidade, a pedagogia vivencial e o cotidiano são possibilidades de trazer, para a educação, critérios indispensáveis à aprendizagem que nela estão implicados o prazer, o desejo e as histórias de vida. Portanto, os cenários de integração ensino serviço podem ser um espaço de diálogo, de descobertas que possibilitem aos sujeitos o desenvolvimento de atitudes e de ações críticas, reflexivas, sensíveis com vistas à formação de um ser/cidadão que supere a fragmentação do conhecimento.

Compartilhando a experiência: da constituição da COMPEnf à busca da consolidação do processo de enfermagem

A COMPEnf caracteriza-se pela Comissão do PE que se reúne quinzenalmente, com o intuito de estudar, discutir, analisar e qualificar a assistência de enfermagem prestada aos usuários do HRO. As atividades desenvolvidas pela COMPEnf iniciaram em abril de 2015 de forma tímida, contudo, com o passar do tempo foi se consolidando como espaço de compartilhamento de saberes e de implementação do PE com vistas a consolidá-lo como instrumento de trabalho da enfermagem.

Os encontros acontecem em uma sala pré-determinada nas dependências do HRO e tem duração de aproximadamente duas horas. Este

segue a metodologia da Roda de Conversa que apoiam-se na proposta dos círculos de cultura de Paulo Freire, a partir da qual, a roda é mais do que a disposição física (circular) dos participantes, mas uma postura ética frente à produção do conhecimento (FREIRE, 2014).

Estruturado nas rodas de conversa desenvolveu-se uma metodologia de trabalho que prevê a formação dos profissionais de enfermagem e dos discentes com vistas a operacionalização do PE. Definiu-se por seguir a orientação teórica proposta por Horta (1979), a implantação e implementação do PE seguindo a Resolução nº 358/2009 do COFEN nas cinco etapas propostas, sendo elas: anamnese e exame físico ou coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento; implementação; e avaliação de enfermagem. Para o registro destas etapas, optou-se por utilizar os sistemas de linguagem padronizada North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) que define os Diagnósticos de Enfermagem (DE), Nursing Intervention Classification (NIC) para prescrição das intervenções de enfermagem e Nursing Outcome Classification (NOC) para a avaliação dos resultados esperados.

Nas rodas de conversa, coletivamente, o PE é debatido, visando a construção de ferramentas para sua implementação. Para esse debate, acordou-se a participação dos profissionais de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) da unidade em que o PE está em fase de implantação, discentes e docentes representando as universidades envolvidas. Oportunamente, a presença da gerente de enfermagem do hospital e da coordenação de educação permanente e continuada agrega valor às discussões, desta forma, se mantém um grupo coeso e conciso. Considera-se uma média de 15 diferentes sujeitos envolvidos nos diálogos que participam em cada roda de conversa.

Cabe ressaltar que a COMPENf tem por finalidade reciclar saberes e práticas do cotidiano dos profissionais de enfermagem, além de estudar, analisar e propor estratégias de formação em serviço a partir das necessidades que emergem das rodas de conversa, agregando conhecimentos teóricos à prática dos profissionais, instrumentalizando-os com vistas a qualidade e segurança no cuidado prestado.

Os encontros promovem a aproximação entre ensino e serviço, demonstrando um importante avanço na redefinição e valorização dos papéis institucionais na formação em saúde. Por meio destas, as práticas se qualificam e os profissionais de enfermagem se fortalecem na construção do conhecimento, por meio dos pressupostos da EPS, contemplando a PNEPS.

A implantação do PE, independente da unidade ou do serviço de saúde, é um processo desafiador haja visto que sua efetividade está condicionada à um conjunto de fatores que a viabilizem, como por exemplo, apoio institucional, estrutural e organizacional, capacitação e conhecimento. Vale ressaltar que um dos mais importantes, senão o mais importante elemento para o sucesso é o comprometimento e engajamento dos profissionais em aderir a um projeto tão fatigante. Uma vez que, a resistência por parte de alguns, em aderir a mudanças, ainda está muito presente neste cenário.

Neste sentido, as atividades desenvolvidas para implantar e implementar o PE iniciaram pelo setor de radioterapia, unidade de terapia intensiva e oncologia. Considerando o exposto, a vivência da implantação do PE, ainda que não concluída, já pode ser considerada uma experiência exitosa. Pois, mesmo sendo originária de uma necessidade da instituição em se adequar às exigências legais vigentes, a implantação do PE, foi vista como uma oportunidade de possibilitar a autonomia da Enfermagem, oportunizando a visibilidade e reconhecimento da profissão, refletindo na qualidade da assistência. Ainda, uma oportunidade ímpar aos discentes de enfermagem diretamente envolvidos neste processo de ampliarem seus conhecimentos. Para os discentes que realizam suas atividades práticas e estágios nos setor onde o PE está implantado, uma possibilidade de vivenciar essa organização do processo de trabalho da enfermagem no serviço, reafirmando a necessidade da congruência entre o que se ensina e o que efetivamente se vê na prática.

A proposta foi acolhida pelos integrantes da COMPEnf, a qual se envolveu de tal forma que o objetivo proposto deixou de ser algo imposto pela legislação e passou a ser uma meta a ser alcançada e incorporada na rotina de trabalho. Observou-se que os envolvidos atribuíram importância ao processo, sendo unânimes em afirmar que este é uma oportunidade de crescimento, o qual modificou a realidade da assistência de enfermagem, repercutindo na qualidade da assistência prestada.

É tácito que o processo foi árduo e permeado por um longo período de inúmeros encontros, interação, troca de saberes e experiências que nortearam o desenrolar dos trabalhos, os quais devem permanecer continuamente. Este intercâmbio de conhecimento, evidencia a participação ativa e cooperação dos membros, o que favorece o avançar do processo de trabalho. Importante destacar que o trabalho é coletivo, permite o aprendizado compartilhado e a representação dos segmentos do “prisma da formação”.

A implantação do PE não é um processo estanque, mas é uma obra de construções, desconstruções e reconstruções. Movimentos ininterruptos e necessários para a devida adequação/ readequação deste método à unidade/ instituição, de forma a consentir objetividade e viabilizar a continuidade da assistência, uma vez que é por meio do PE que a práxis da enfermagem é materializada (SALGADO; CHIANCA, 2011).

Em estudo de pesquisa realizado no HRO, intitulado: “A percepção de enfermeiros quanto ao processo de implantação do histórico de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva”, os resultados apontam que, anterior a implantação do PE, o cuidado era majoritariamente técnico, a coleta de dados deficiente, muitas vezes informal, as informações por vezes não eram compartilhadas entre a equipe levando a duplicidade de busca/investigação (SANTOS, 2016). Esse déficit no processo cuidativo compromete o sucesso dos resultados. No entanto, a introjção da metodologia científica no fazer da enfermagem, veio renovar a ações no campo prático, contribuindo para um fazer sistemático e personalizado, a partir das necessidades individuais de cada paciente (SILVA, 2014).

Considerações finais

Desde muito cedo sabemos que o ensino e a prática estão inteiramente ligados, e devem ser valorizados. Notadamente, quando ambos caminham de forma paralela, unidos no intuito de melhorar um determinado serviço, demonstram resultados positivos, eficazes, e evidenciados por resultados que qualificam o setor e os profissionais. Neste sentido, o desenvolvimento de estratégias educativas transforma o serviço e compromete o desenvolvimento de recursos humanos, repercutindo na qualidade da assistência prestada e na satisfação dos profissionais envolvidos.

As estratégias educativas, integradas entre o ensino e o serviço, vão ao encontro dos pressupostos da EPS, aproximando os sujeitos envolvidos no processo, quando as intencionalidades da academia e da rede convergem em objetivos comuns. Portanto, para a consolidação do PE, a união de esforços em desenvolver as suas etapas na íntegra, demonstra o avanço da enfermagem na busca da autonomia e empoderamento sobre este instrumento de trabalho, evidenciando a práxis da enfermagem.

As atividades de integração ensino-serviço motivaram os profissionais, docentes e discentes de enfermagem para a implantação e implementação do PE no HRO, contudo, cientes que a consolidação do mesmo é um caminho que está sendo trilhado. Esta é uma trajetória repleta de

desafios, mas com determinação e comprometimento, tornar-se-ão oportunidades de crescimento mútuo e da solidificação das boas práticas de enfermagem.

Referências

BALDUINO, A.S; VERAS, R.M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. esp, p. 017-024, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0017.pdf. Acesso em 04 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria n. 198/GM de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

..... Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério d Saúde; 2007.

..... Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria interministerial n. 285 de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

BREHMER, L.C.F; RAMOS, R.F.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf. Goiânia*, v. 16, n. 1, p. 228-37, jan/mar 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132> . Acesso em: 31 jul. 2015.

CARVALHO, E.C; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem: intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 466, 2009. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a01.pdf. Acesso em: 3 mai. 2015.

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, v. 14, n. 1, p. 41-65, Jan/June, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004. Acesso em: 12 mai. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE. Brasília (DF): COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 10 mai. 2014.

..... **Resolução n. 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília (DF): COFEN; 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 12 jul. 2016.

DE ANDRADE, S.R. *et al.* Mecanismos de controle da integração ensino-serviço no Pró-Saúde Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 56-62, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/50302>. Acesso em: 17 jan. 2018.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 144p.

.....; **A Educação como Prática da liberdade**. 36ª. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. 189p.

.....; **Pedagogia do Oprimido**. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016. 288p.

GARCIA, T.R; NÓBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2015.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)**: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018. 254p.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979. 56p.

PASCHOAL, A.S; MANTOVANI, M.F; LACERDA, M.R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 336-343, set. 2006.

SOUZA, D.M. *et al.* **Entre a alienação e a libertação: da concepção bancária a concepção problematizado da educação**. IN: PRADO, M.L; REIBNITZ, K.S. Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p.37-60.

SALGADO, P.O; CHIANCA, T.C.M. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, 08 telas, jul./ago. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_11.pdf. Acesso em: 10 ago. 2017.

SANTOS, M.G. **A percepção de enfermeiros quanto ao processo de implantação do histórico de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva**. Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2016. 53 f.

SILVA, E.A. *et al.* Percepção de enfermeiros quanto à implementação do processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva adulta do noroeste fluminense. **LINKSCIENCEPLACE - Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 1, n. 2, p.63-77, nov. 2014. Disponível em: <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/25> Acesso em: 10 ago. 2017.

SILVA, M.B; MENEGHETE, M.C; FONTANA, R.T. Implementação do processo de enfermagem na prática clínica: experiência de aprendizado. **Revenferm UFPE online**, v.4, n.2, p.539-47, abr./jun.2010. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/712/pdf_43. Acesso em: 10 ago. 2017

TOMBINI, L.H.T. **Educação Permanente e integração ensino- serviço na perspectiva dos enfermeiros do Serviço**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2010, 177 p.

VENDRUSCOLO, C; PRADO, M.L; KLEBA, M.B. Reorientação do ensino no SUS: para além do quadrilátero, o prisma da educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, p.246-260, Set./Dez. 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/5420/pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

WATERKEMPER, R; PRADO, M.L; SCHMIDT, K.R. **Paulo Freire: ideias que desacomodam**. In: Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016.



DIÁLOGOS DE SABERES: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA PERSPECTIVA DE UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA DO PET- SAÚDE GRADUASUS/ENFERMAGEM

Maiara Vanusa Guedes Ribeiro

Camila ZanESCO

Aldair Weber

Larissa Hermes Thomas Tombini

Gessiani Fátima Larentes

Margarete Dulce Bagatini

Débora Tavares de Resende e Silva

Integração ensino-serviço e Educação Permanente em Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde

No sentido de minimizar as desigualdades e promover ações de cunho integral, abrangentes e resolutivas na atenção à saúde no Brasil, surge, por meio de reivindicações e lutas de movimentos populares organizados, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído como sistema de saúde no país, a partir da década de 1990 (CARVALHO, 2013).

Os eventos que antecederam o SUS são destacados como uma trajetória com períodos filantrópicos, religiosos e de caridade. Retrocedendo às décadas de 70 e 80, destacam-se as concepções de saúde reducionistas ao enfoque biomédico e o acesso meritocrático a quem vinculava-se direta ou indiretamente ao sistema de previdência social. Na oportunidade, críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar e os déficits na assistência à saúde, acirraram os debates na proposição de novas formas de compreender a saúde e na construção de propostas para uma “nova saúde” no país (CARVALHO, 2013).

Na década de 1980 o movimento sanitário reafirma-se como protagonista político nas conquistas de saúde e garantido como direito fundamental na Constituição Federal de 1988 e publicamente reco-

nhecida a partir da promulgação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (NORONHA & PEREIRA, 2013; TOMBINI, 2010).

A direção das mudanças no sistema e o desenvolvimento nas discussões sobre saúde seguiam o fluxo dos movimentos organizados na sociedade, buscando inserir o indivíduo no contexto da sua própria saúde, e respeitar as reais necessidades das diversas localidades (CARVALHO, 2013).

Abordar e considerar o atendimento às “necessidades em saúde”, remete à compreensão das concepções de saúde considerado o contexto histórico, social e econômico vigente. De acordo com Lampert *et al.*, (2009), a concepção de saúde pós-movimento da reforma sanitária brasileira é entendida como um conjunto de necessidades socialmente determinadas para uma vida digna e saudável, em âmbito individual e coletivo. No contexto do SUS, considera-se, ainda, o conceito ampliado de saúde, em referência ao cumprimento de fatores determinantes tal qual posto em seu documento legal, como a alimentação, a educação, o trabalho, a renda, a moradia, o transporte, o meio ambiente e o lazer essenciais para uma vida digna e de qualidade (TOMBINI, 2010).

A criação e implantação do SUS é um dos maiores movimentos de inclusão social da história do Brasil (SOUZA & COSTA, 2010) que garante a atenção e acesso à saúde através de um sistema público, universal, integral e equânime, coerente às discussões mundiais da saúde como resultado de fatores Psicobiológicas, sociais, econômicos e ambientais, estes, interdependentes e determinantes em um processo de busca pela saúde como qualidade de vida (TOMBINI, 2010). O SUS propõe a alteração do modelo de saúde centrado no profissional médico para a consideração e valorização da atuação multiprofissional na atenção integral ao usuário deste sistema (CARVALHO *et al.*, 2013).

A organização de um sistema de caráter integral e de articulação intersetorial exige, entre outros, a formação e o desenvolvimento de profissionais atentos às novas concepções, processos e maneiras de promover e “produzir” a saúde no Brasil. Faz-se necessária, portanto, a formação de profissionais preparados para o atendimento das demandas de acordo com o perfil epidemiológico e com as necessidades em saúde e realidades locais do seu campo de atuação. Nesse sentido, a aproximação da academia e da prática é fundamental para a construção de um sistema efetivo e resolutivo de atenção à saúde (TOMBINI, 2010).

Conforme destaca Feuerwerker (2002), os profissionais de saúde deverão ser capazes de participar da produção de uma saúde integral, trabalhar com um conceito ampliado de saúde, formar uma equipe multiprofissional, ampliar a concepção de cuidado e assumir o compromisso de centrar suas ações no usuário. Dessa maneira, a formação profissional em saúde deve acompanhar as discussões e buscar estratégias para o desenvolvimento de competências que respondam às proposições do sistema de saúde brasileiro. Assim, os processos de integração entre instituições de ensino superior e serviços de saúde se apresentam como potenciais estratégias de transformação da formação e do desenvolvimento profissional em saúde, com vistas à qualificação da atenção no SUS.

As concepções e discussões de programas e iniciativas de integração entre ensino e serviço, referenciadas como integração ensino-serviço (IES), permanecem atuais e objetivam o fortalecimento das relações de parceria entre instituições de ensino e serviços de saúde. Essa relação busca a qualificação e a coerência na formação e no desenvolvimento profissional com o sistema de saúde e no modelo de atenção à saúde vigente. Feuerwerker e Sena (2003) destacam que a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias não se trata de qualquer parceria, trata-se de uma modalidade de cogestão e trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos.

A busca pela transformação e reorganização, tanto na formação quanto no desenvolvimento profissional em saúde levou à criação, ao longo dos anos, de programas de reorientação da formação acadêmica e desenvolvimento dos profissionais, com destaque aos Programas: UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade; Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS); Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PRO-MED); Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, mais recentemente, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2005a).

Buscando a efetivação de mudanças e aperfeiçoamento na formação profissional em saúde, os Ministérios da Educação e da Saúde desafiaram as instituições de ensino superior ao propor, em 2001, novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) aos cursos de graduação na área.

O documento estabelece a articulação entre a educação superior e os serviços de saúde e objetiva a formação geral e específica com ênfase na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Ainda, apresenta destaques a elementos fundamentais como o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes do SUS, propondo a articulação entre o mundo da escola e o mundo do trabalho (TOMBINI, 2010).

Desde sua criação, o SUS vem provocando mudanças nas práticas de saúde, propondo, inclusive, profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área, ou seja, para mudar a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde é necessário mudar a maneira de ensinar e aprender, rever as práticas educativas e ações e serviços de saúde (BRASIL, 2005b).

Em pleno século XXI vivemos uma época marcada por avanços nas diversas áreas do conhecimento, com destaque para aspectos tecnológicos e científicos. O SUS vêm acompanhando tais mudanças e tem sofrido alterações, dentre as quais estão à oferta de diversos programas, projetos e políticas, visando a viabilização de acesso seguindo os princípios e diretrizes propostos desde sua criação (SOUZA & COSTA, 2010).

No entanto, quase três décadas após a implantação do SUS, persistem desafios para a efetiva qualificação na formação e no desenvolvimento profissional para atenção à saúde no contexto deste sistema. Instituições de ensino superior e secretarias municipais de saúde são constantemente provocadas ao estabelecimento de parcerias, estimulando e financiando projetos de ensino, pesquisa e extensão que implementem atividades de promoção, educação e assistência à saúde.

Conforme destaca a Rede Unida (2006), a formação de recursos humanos se refere à educação formal, que gera habilitação profissional específica, voltada ao pessoal inserido no serviço ou sob a identificação dos programas e cursos de educação profissional, superior e pós-graduação, enquanto que o desenvolvimento se refere à educação de profissionais durante sua experiência de emprego.

Devido ao caráter de constante mudança e, por ser considerada como uma área não exata, a saúde requer atualizações contínuas dos profissionais atuantes, assim como das instituições formadoras, promovendo um ciclo de ensino aprendizagem no cotidiano dos serviços de saúde por meio da integração entre IES (CELEDÔNIO, *et al.*, 2012; LEMOS, 2016).

Proposta pelo Ministério da Saúde (MS), em 2004, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é apresentada 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 (BRASIL, 2005a). A EPS visa contribuir para a transformação e qualificação das práticas em saúde e educação, para a organização das ações e serviços de saúde, dos processos formativos e práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, tendo como objetivo o atendimento aos princípios e diretrizes propostos pelo SUS (BRASIL, 2007).

Na busca pela implementação efetiva da EPS, destaca-se as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, da condução e do desenvolvimento da Política de Educação em Saúde. A portaria GM/MS n. 1.996/2007 reforça o conceito de educação permanente como prática educativa, ancorada no trabalho e no conhecimento prévio dos trabalhadores, na problematização da realidade, na aprendizagem significativa e na transformação da prática (GIGANTE & CAMPOS, 2016).

A criação de estratégias e diretrizes que possibilitem o desenvolvimento da EPS e a sua plena execução enquanto política pública, ainda apresenta lacunas no campo do entendimento e da compreensão teórico-metodológico, recebendo diversas denominações e estando preocupada com a educação formal dos profissionais já inseridos nos serviços, porém criando margens ainda maiores que não permitem a existência de um diálogo coeso e coerente entre a teoria e a prática no processo de ensino aprendizagem. Sugere-se que tais estratégias sejam construídas de maneira pactuada, com o envolvimento de atores tanto do setor saúde (gestores, trabalhadores e usuários) como da educação (gestores, instituições de ensino, estudantes de cursos da área da saúde).

Para Celedônio *et al.* (2012) a EPS é um conceito pedagógico na área da saúde, que impulsiona relações orgânicas entre ensino e ações e serviços e, entre docência e atenção à saúde. Surge com o ideal de diminuir e evitar a fragmentação e a desumanização, entre outras, envolvendo o trabalhador (LEMOS, 2016). Assim, a EPS almeja que:

O trabalhador dotado de suporte teórico poderá enxergar as iniquidades, as novas formas de exploração e sofrimento,

não apenas no âmbito da saúde como também na dimensão econômico-estrutural da sociedade. A aprendizagem na dinâmica do trabalho capacita o profissional para compreender a relação saúde-doença como um fenômeno integralmente biológico e sociocultural, e a partir dessa constatação postular um novo agir. Portanto, o exercício pedagógico nessa conjuntura, seja na sala de aula, seja no local de trabalho ou em espaços coletivos, deve estabelecer o diálogo entre os saberes disciplinares, os não disciplinares e as subjetividades e a realidade vivida. Este é o grande desafio da educação permanente no SUS (NIDECK & QUEIROZ 2015, p.171).

Na EPS as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob este enfoque, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas entendido em seu contexto sócio organizacional e, resultante da própria cultura do trabalho. Além disso, a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho também devem ser lembradas quando falamos em EPS (MOTTA *et al.*, 2002; ROSA 2004).

Como complementar a EPS e contribuir nos serviços e instituições formadoras, os Ministérios da Saúde e da Educação criaram o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que é destinado a tornar viáveis a especialização em serviço e o aperfeiçoamento, assim como a iniciação aos estágios, vivências e trabalho, voltados, respectivamente, aos estudantes e profissionais da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS (BUFFON *et al.*, 2011).

O PET-Saúde fundamenta-se em quatro vertentes principais, que são: ensino, cultura, pesquisa e extensão, e objetiva aumentar o conhecimento sobre o SUS e conscientizar sobre a formação acadêmica incentivando a implementação de ações voltadas para a comunidade, transformando os participantes em multiplicadores do aprendizado para outros acadêmicos, além de críticos da própria formação universitária oferecida.

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o programa serve como um estímulo para a formação de profissionais e docentes com elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como uma atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pela união do ensino, da pesquisa e da extensão.

Buscamos, com este capítulo, apresentar as relações estabelecidas entre a Secretaria da Saúde de Chapecó (SESAU) e a Instituição de Ensino Superior Universidade Federal da Fronteira Sul UFFS/Campus Chapecó, por meio do desenvolvimento de projeto articulado em ensino, pesquisa e extensão, e suas implicações na transformação das concepções e práticas no ensino e no serviço, em outras palavras, trata-se de um relato de experiência que apresenta as relações estabelecidas entre a (SESAU) e a UFFS/Campus Chapecó, por meio do desenvolvimento do PET-Saúde/GraduaSUS.

A SESAU e a UFFS/Campus Chapecó destacam-se na construção e no estabelecimento de uma parceria efetiva entre ensino e serviço, sendo fortalecida ainda mais a partir da aprovação, no ano de 2015, de proposta submetida ao Edital n. 13, de 28 de setembro de 2015 do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/GraduaSUS 2016/2017. O programa oferece a oportunidade aos acadêmicos do curso de Enfermagem se integrarem às equipes de saúde e participarem das atividades da atenção básica e vigilância em saúde, além de estimular as mudanças no ensino e qualificação do serviço, em outras palavras.

Integração ensino-serviço e formação acadêmica na perspectiva do PET-Saúde/GraduaSUS: desafiando a práxis formativa

As propostas de articulação entre os serviços de saúde e os Ministérios da Saúde e da Educação progrediram, a exemplo de propostas como o PET-Saúde/GraduaSUS, porém ainda existe uma defasagem em relação aos planejamentos, tanto por parte dos serviços excluindo as necessidades das instituições de ensino, e por parte das universidades quando desenvolvem atividades fora das demandas sociais (VENDRUSCULO *et al.*, 2016).

Já em 2000 autores como Olschowsky e Silva (2000); Silva *et al.*, (2009); Beccaria e Trevizan (2006) destacam a IES como recurso potencial para a formação em saúde, quando, ao estabelecerem objetivos comuns, instituições de ensino e serviços de saúde, produzem conhecimentos, qualificam a assistência, o ensino e, a pesquisa. Todavia, da mesma forma, ponderam as dificuldades enfrentadas pelas instituições de ensino e serviços de saúde para a implantação dessa integração.

Para Olschowsky e Silva (2000) uma das dificuldades para a articulação efetiva da IES é a dicotomia que envolve duas instituições di-

ferentes, que mantêm características e interesses divergentes, objetivos e práticas distantes, desenvolvendo ações unilateralizadas em papéis, pessoas e poderes diferentes, tentando prevalecer uns sobre os outros.

Se de um lado o serviço se preocupa unicamente com a assistência ao usuário, de outro lado o ensino prioriza a formação acadêmica propondo e organizando inserções fragmentadas, não sistemáticas, limitadas aos períodos de estágios dos estudantes, negligenciando, muitas vezes, o seu papel transformador na educação e na prática profissional.

As dificuldades e diferenças institucionais constituem desafios a serem enfrentados na proposição e consolidação de integração efetiva entre os setores, articulando os diferentes atores e papéis na construção de parcerias. E, em acordo com Albuquerque (2007), é necessário que essas diferenças (de organizações, práticas e saberes) sejam não apenas consideradas, mas, sobretudo, sejam motivos de desconfortos e desestabilização, tornando possível a mudança e proposição do novo.

O desconforto e a percepção de que a maneira de fazer ou de pensar o trabalho é insuficiente ou insatisfatória, são condições indispensáveis para a mudança ou incorporação de novos elementos às práticas e conceitos. Somente a partir de sua vivência, reflexão e, disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, será possível enfrentar o desafio de produzir transformações (CECCIM, 2005).

A inserção dos estudantes/ensino no ambiente do serviço vem como fonte de novos conhecimentos, retomada e incentivo, para aumentar as ações de promoção e prevenção à saúde, assim como instigar o lado crítico do fazer, em ambos os envolvidos, interagindo no planejamento (VENDRUSCULO *et al.*, 2016).

O PET-Saúde/GraduaSUS, além de inserir os estudantes no cotidiano dos serviços inscreve-se como uma inovação pedagógica que, ao seguir as alterações nas DCNs, possibilita a integração dos cursos de graduação da área da saúde e o fortalecimento da prática acadêmica em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com demandas sociais de forma compartilhada (BRASIL, 2013).

Para SANTOS *et al.* (2013) o PET-Saúde proporciona mudanças que tem contribuído com resultados no SUS, colocando em prática o que é preconizado no sistema de saúde e provendo a implementação de estratégias que integrem as universidades aos serviços e

as comunidades. Vislumbra-se o PET-Saúde como possibilidade de mudança já que, em concordância com Vendruscolo *et al.* (2016), a aproximação do ensino e do serviço é a oportunidade dos sujeitos envolvidos se abrirem para novas possibilidades; gerando um processo ativo de crescimento, consenso e reconhecimento.

Dessa forma, a integração entre ensino e serviço a exemplo do PET-Saúde, sob a lógica da EPS, constitui-se uma estratégia de mudança que possibilita transformar a aprendizagem (conceitos pré-estabelecidos) em momentos significativos capazes de provocar melhorias no trabalho e no ensino, tornando-os lugares de atuações críticas, reflexivas, propositivas, compromissadas e tecnicamente competentes (TOMBINI, 2010).

A experiência ora vivenciada pelo PET-Saúde/GraduaSUS/Enfermagem busca contemplar os eixos propostos de adequação dos cursos de graduação da área de saúde da UFFS/Campus Chapecó, às DCNs; de promoção da integração ensino-serviço-comunidade; e do desenvolvimento da docência e da preceptoria na saúde articulada às necessidades do SUS. Nesta perspectiva e, considerando tratar-se de primeira experiência de integração PET-Saúde entre a SESA e a UFFS, a aproximação entre o ensino, o serviço e a comunidade para o reconhecimento dos territórios e atores envolvidos, constituiu-se ação inicial do grupo de atuação, composto pela participação de profissionais que atuam na atenção básica e vigilância em saúde (preceptores), docentes (tutores) e discentes (bolsistas e voluntários), organizados em grupos de trabalho para otimizar as atividades e possibilitar a participação efetiva de todos.

A criação de grupos de aprendizagem tutorial propiciada pelo PET-Saúde é assimilada como uma importante ferramenta para a qualificação dos serviços, como também amplia a oportunidade de vivência nos serviços-comunidades para os estudantes futuros profissionais de saúde e, ainda, contribui no desenvolvimento do profissional docente.

Resgatando a principal proposta deste projeto, os membros participam de reuniões no colegiado do curso de Enfermagem com foco principal nas discussões para a construção do novo PPC e a grande mudança é vivenciada na sala de aula durante os debates e diálogos criados, pois a vivência prática permite a rediscussão e a construção a partir de realidades vivenciadas.

O curso de Enfermagem da UFFS/Campus Chapecó tem como perfil de egresso o enfermeiro, com formação generalista e capacidade

crítica, reflexiva e criativa, deverá estar habilitado para o trabalho de enfermagem nas dimensões do cuidar, gerenciar, educar e pesquisar, com base em princípios éticos e em conhecimentos específicos e interdisciplinares, considerando o perfil epidemiológico e o contexto sociopolítico, econômico e cultural da região e do país. Deverá ser capaz de trabalhar em equipe e de conhecer e intervir no processo de viver, adoecer e ser saudável, individual e coletivo, com responsabilidade e compromisso com as transformações sociais, a cidadania e a promoção da saúde, contribuindo para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM, 2010).

Durante esse período de formação do Bacharel em Enfermagem da UFFS, algumas são as inserções que ocorrem nos serviços de saúde para o desenvolvimento de atividades teórico-práticas, fomentando um processo de ensino-aprendizagem significativo, dinâmico e construtivo. Pode-se destacar que este é um diferencial do curso, pois o objetivo não é somente realizar a prática assistencial, mas exercitar todas as dimensões do enfermeiro, desde o planejamento, gestão, educação e pesquisa.

As experiências que os estudantes vivenciam diariamente na realidade dos serviços colaboram para que os mesmos sejam mais habilitados a atuarem no SUS. Tal possibilidade se dá pela associação entre as universidades e as Secretarias de Saúde, a exemplo do PET-Saúde, que permite uma maior afinidade e diálogos, fomenta o processo de gerenciamento entre o ensino e o serviço e, facilita o desenvolvimento de atividades que, a longo prazo, ajudarão em um trabalho articulado, independentemente de mudanças na gestão do SUS (SANTOS *et al.*, 2013; ALVES *et al.*, 2015).

O estabelecimento de relações entre ensino e serviço, entre estudantes e profissionais com benefícios mútuos, torna-se efetiva de fato quando há o envolvimento e empenho de todos na construção da proposta e do conhecimento em saúde. É necessário, portanto, que o profissional dispense tempo para o estudante, ensinando-o, discutindo, planejando e, acompanhando-o nas atividades. Assim, a inserção do estudante no serviço vem no sentido de estimular ações conjuntas, apresentar devolutivas ao serviço e estipular ações futuras de forma conjunta (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016).

Articular as atividades propostas pelo PET-Saúde com os planos de ação propostos por diferentes componentes curriculares, com destaque às fases finais do curso, desafia a hierarquia existente e dilui o

ensino e o serviço em uma solução só, pois o desenvolvimento destas ações planejadas ocorre através dos(as) acadêmicos(as) proponentes através de parceria multiprofissional dentro de um serviço de saúde, ou seja, é o ensino presente dentro do serviço e assim também o é o contrário, com a presença do acadêmico, já inserido na equipe e sentindo-se parte dela, presente no ambiente acadêmico. A integração, analisada sob esta ótica, tem suas lacunas diminuídas, apontando para caminhos que podem ser percorridos na perspectiva dialógica.

A experiência do PET-Saúde GraduaSUS desenvolvido pela SESAU e UFFS/Campus Chapecó tem demonstrado, ao longo dos 15 meses de execução, importante estratégia de fortalecimento de parcerias e qualificação da formação em saúde. Além das atividades já citadas, inúmeras ações vêm sendo desenvolvidas pelo grupo tutorial, as quais se destacam: realização da 5ª Edição do Projeto VERSUS Oeste Catarinense, fortalecendo as inserções no SUS; leitura de artigos e textos relativos às temáticas zoonoses e obesidade, apontadas pela gestão municipal como demandas e eleitas pelo grupo como prioridades de ensino-aprendizagem; planejamento e desenvolvimento de atividades educativas no “Outubro Rosa”, inserindo-se na organização das equipes de saúde dos territórios de abrangência, realizando atividades educativas de prevenção ao câncer de colo de útero e de mamas, fortalecendo a realização do autoexame das mamas e, reforçando a importância da realização do exame “Papanicolau”; atividades de educação em saúde em escolas nas temáticas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), zoonoses e lixo e, alimentação saudável e avaliação antropométrica de escolares; participação nos encontros do grupo PET-Saúde, conforme arranjos estabelecidos; acompanhamento de mutirão do Programa Bolsa Família em unidade de saúde, auxiliando no acompanhamento das condicionalidades do programa; participação acadêmica em reuniões do colegiado e nas discussões sobre a reestruturação do PPC da Enfermagem, objetivando aproximá-lo da realidade do SUS.

Conclusão

Os serviços de saúde e as instituições formadoras necessitam de transformações para consolidarem o SUS. Cabe às universidades trabalhar na produção do conhecimento e formação de recursos humanos para suprir essa necessidade. Para tanto, necessita-se da implantação de novos currículos com PPCs que objetivem a formação de um novo perfil profissional, formando profissionais críticos, reflexivos, que atuem de acordo com as necessidades da sociedade

e do sistema de saúde em vigência, que vejam a saúde com responsabilidade social, compromisso e cidadania, constituindo esse um grande desafio da integração ensino-serviço.

O PET-Saúde GraduaSUS se apresenta como uma estratégia de extrema importância para suprir as lacunas existentes entre o ensino, o serviço e a comunidade. As reflexões provocadas pelo PET Saúde/GraduaSUS tanto no âmbito acadêmico como nos serviços de saúde e nos ambientes diversos em que os acadêmicos e profissionais transitam impactam diretamente neste novo modelo proposto, pois esse propicia uma visão do todo, com respeito a autonomia, estimulando a expansão da consciência individual e coletiva, permeada pela capacidade de estabelecimento de redes e relações inter e transpessoais/setoriais para todos os usuários do SUS.

Referências

ALBUQUERQUE, C. P. de. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica no SUS: desafios na formação médica com a perspectiva da integralidade: “narrativas e tessituras”. Tese de doutorado apresentada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Instituto de Medicina Social**, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=494990&indexSearch=ID>. Acesso em: 03 set de 2017.

ALVES, C.R.L. Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na reforma curricular de Escola Médicas participantes do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED). **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.4, p.527-536. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010055022015000400527&script=sci_abstract&tln-g=pt. Acesso em: 02 set 2017.

BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Ações do processo de integração docente-assistencial entre um curso de graduação em enfermagem e um hospital de ensino. **Rev. Arq Ciênc. Saúde**, v.13, n.2, p.89-96, 2006. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs.ol/vol-13-2/06-ID%20185.pdf>. Acesso em 05 set de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Orientações para o curso**. Rio de

Janeiro: Ministério da Saúde / FIOCRUZ, 2005b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_unidade_pratica.pdf. Acesso em: 06 set de 2017.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União. 2008 jan. 14; Seção 1. p. 37. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 10 set. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf. Acesso em: 03 set de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda, pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf. Acesso em: 03 set de 2017.

BUFFON, M., *et al.* Contribuição do PET-Saúde para a área de odontologia da UFPR na consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais e do SUS, nos municípios de Curitiba e Colombo-PR. **Rev ABENO**, v.11, n. 1, p. 9-15, 2011. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/31/31>. Acesso em: 12 ago de 2017.

CARVALHO, M de.; SANTOS, N. R. dos.; CAMPOS, G. W. de S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042013000300002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 ago de 2017.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168. 2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/>

educacaoopermanente.pdf. Acesso em: 12 set de 2017.

CELEDÔNIO, R. M.; *et al.* Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Rev Rene**, n. 13, v. 5, p. 1100-10, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4112/3206>. Acesso em: 01 set de 2017.

LEMOS, C.P.S. Educação ou gerenciamento permanente?. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. n.3, vol.21, pp.913-922 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 ago de 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Rev. da ABENO**, Brasília, v. 3, n. 1, p.24-27, 2002. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3225385/mod_resource/content/1/Feuerwerker_LCM_%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20profissionais%20de%20saude_2003.pdf. Acesso em: 02 set de 2017.

FEUERWERKER, L. C. M; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 37-50. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v6n10/04.pdf>. Acesso em: 05 set de 2017.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G.W. de S. Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p.747-763.2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462016000300747&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 set 2017.

LAMPERT, J.B. *et al.* Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 5-18, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a02v33s1.pdf> . Acesso em: 02 set de 2017.

Ministério da Saúde. **Pró-Saúde e PET-Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.prosaude.org/>. Acesso em: 02 set 2017.

MOTTA, J. I. J. *et al.* Educação Permanente em Saúde. Rede Unida. Olho Mágico: Londrina (PR), v.9, n.1, p.67-78. 2002.

NIDECK, R. de L. P.; QUEIROZ, P. P. de. Perspectiva para o ensino na saúde: do 'apagão educacional' à política de educação permanente. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 159-179, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100159. Acesso em: 12 ago. de 2017.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 22 ed. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-38926>. Acesso em: 12 set de 2017.

OLSCHOWSKY, A.; SILVA G. B. da. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. **Rev. escola de enfermagem USP**, v. 34, n. 2, p.128-137, jun. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200002. Acesso em: 13 ago. de 2017.

Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem - Bacharelado. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)**. Pró reitoria de graduação. Diretoria de organização pedagógica. Chapecó, nov. 2010, p. 1-177. Disponível em: http://historico.uffs.edu.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6603&Itemid=. Acesso em: 03 set de 2017.

REDE UNIDA. Ordenação pelo SUS da formação de recursos humanos em saúde. **Portal Rede Unida**. Londrina, 2006a.

ROSA, L. M. A Educação de Adultos no Terceiro Milênio. **Sinepe/SC**, 2004. Disponível em: <http://www.sinepe-sc.org.br/index.php>. Acesso em: 02 set 2017.

SANTOS, K.T, *et al.* Percepção discente sobre a influência de estágio extramuros na formação acadêmica odontológica. **Rev. de Odontologia UNESP**, v. 42, n. 6, p. 420-425, nov/dez 2013. Acesso em 02 set 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n6/v42n6a05.pdf>. Acesso em: 23 ago de 2017.

SILVA, K.L. et. al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 86-91. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/13>.

pdf. Acesso em: 03 set de 2017.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902010000300004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 ago. de 2017.

TOMBINI, L. H. T. Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço. 2010. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/93918/279397.pdf?sequence=1&i-Allowed=y> . Acesso em: 23 ago. de 2017.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005014101&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 ago. de 2017.



IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL ESCOLA: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS A LUZ DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Carla Argenta
Olvani Martins da Silva
Alcione Pozzebon
Veridiana da Silva Pinto
Luciana Vales Vieira
Aline Maffessoni
Gabriela Vicari*

Introdução

Voltaire disse que os sonhos e a esperança nos foram dados como compensação às dificuldades da vida. Mas precisamos compreender que sonhos não são desejos superficiais. Sonhos são bússolas do coração, são projetos de vida. Desejos não suportam o calor das dificuldades. Sonhos resistem às mais altas temperaturas dos problemas. Renovam a esperança quando o mundo desaba sobre nós.

Quando profissionais de uma determinada área de prestação de serviços se reúne com o intuito de implantar/implementar um projeto, cujo foco é a qualificação e aperfeiçoamento de seus processos de trabalho com finalidade de melhoria da qualidade de vida das pessoas e condições de saúde, se consente a estes profissionais a expressão de um “sonho” que surge repleto de esperanças. Entretanto como reflete Voltaire as dificuldades, os obstáculos, os problemas irão sobrevir, mas sabiamente aqueles que compreendem o verdadeiro significado do sonho se manterão resolutos, renovando as expectativas na busca da concretização de seus sonhos.

Com base nesta premissa é que profissionais de enfermagem, comprometidos com o bem-estar das populações, se organizam estruturando proposições que os permitam vislumbrar um cenário de intervenções com caráter resolutivo, no que tange a atenção à saúde. Para a enfermagem, um canal com fluxo permanente, viável e relativo a este propósito consiste em projetos de implantação/ implementação do Processo de Enfermagem (PE) junto aos serviços de saúde, sendo esta uma ação com amplitude mundial.

Como exemplo disso, citamos o movimento ocorrido na Europa, precisamente no país Basco, onde o PE começou a ser empregado na década de 1990, sendo que os diagnósticos de enfermagem da Nanda Internacional (NANDA I) passaram a ser utilizados em 1996, e a Classificação de Intervenções em Enfermagem (NIC) e Classificação de Resultados em Enfermagem (NOC) em 2004 (HUITZI-EGILEGO *et al.*, 2013).

Na literatura redundam os estudos exaltando o quanto o PE é percebido como consistente metodologia científica para a práxis em enfermagem. Assim aparecem discursos indicando que a sua utilização determina melhorias na qualidade da assistência, previne riscos, favorece o contato com os usuários e a criação de vínculos, induz ao aperfeiçoamento da técnica, por meio da tecnologia do cuidado, proporciona o empoderamento do usuário, dentre outros (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2012; GUEDES *et al.*, 2012; MELO; ENDERS, 2013; GARCIA; EGRY, 2010).

É relevante salientar que os espaços de saúde os quais se tem a expectativa quanto a sua consolidação configuram a lógica da Saúde Coletiva e Sistema Único de Saúde (SUS). Em virtude disso se preconiza que se implante/implemente o PE em todos os pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Posto que não se pode prescindir da melhor performance, relativo aos cuidados de enfermagem, em qualquer que seja seu ponto de atenção, garantindo assim, a natureza da integralidade das práticas em saúde.

Em publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) de 2015, se esclarece que o “objetivo precipuo da RAS é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do País”. Logo esta demanda, cuja origem é oriunda dos manuais governamentais que preponderantemente ocupam-se com o fortalecimento do SUS ratifica a mobilização da enfermagem na dire-

ção de ações que proporcionem o alcance dos objetivos relacionados as RAS quanto a atenção à saúde (CONASS, 2015, p.8).

Nesta lógica de raciocínio, ainda se sustenta a importância de iniciativas com este caráter, considerando-se, para tal, a interface inerente as práticas em saúde entre as diferentes disciplinas. Assim, os esforços para o refinamento de uma determinada área de atuação tende a repercutir nas práticas de outros profissionais, resultando em melhores respostas, junto aos usuários. Justamente, porque se admite que a congruência das práticas, em uma perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar, perfila-se como eixo norteador, conferindo em aspiração dos profissionais da saúde que comungam do mesmo ideário filosófico do SUS.

Se alia a integração multiprofissional e interdisciplinar ao desenvolvimento de um profissional crítico, criativo e sensível, permitindo aos “trabalhadores refletirem sobre o seu fazer, o seu agir” e que se destine à “transformação da realidade de trabalho, com possibilidade de construção de um novo modo de fazer a saúde, que responda ao que necessitam os usuários” (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012 p.48).

É certo que vivenciar experiências multiprofissionais e interdisciplinares podem ampliar a competência através de troca de saberes, conduzindo a um evidente ganho, no que tange a qualidade na atenção à saúde, sem que necessariamente se percam as especificidades, as singularidades dos saberes característicos de cada profissão ou especialidade (HENNINGTON, 2005). Assim sendo, a metodologia do PE, bem como a utilização de sistemas de linguagem padronizados de enfermagem (SLP) como a NANDA I, NIC E NOC (NNN), diante do contexto debatido, factualmente pode contribuir, pois que, fortalece a enfermagem cientificamente.

Embora essas assertivas em relação a potencialidade do PE como metodologia para o cuidado de enfermagem, sejam verdadeiras, os estudos também revelam as dificuldades para sua operacionalização. Indicam que desconhecimento, ausência de delimitação de um referencial teórico e metodológico, dificuldades estruturais, de recursos humanos e formação impõe obstáculos reais, bem como, a inconsistente parceria entre academia e serviços (SOARES *et al.*, 2015; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

Em face ao exposto e com a convicção de que é imprescindível se desenvolver experiências responsivas ética e legalmente a efetiva qualificação da prática dos cuidados de enfermagem, objetiva-se por meio

deste capítulo, narrar a experiência de implantação/implementação do PE com a utilização dos SLP NANDA I, NIC e NOC em um hospital escola, um dos pontos da RAS.

Contextualização da implantação/implementação do Processo de Enfermagem utilizando NANDA I, NIC e NOC

As narrações que seguem expressam as experiências vivenciadas com a implantação/implementação do PE, subsidiadas pelos SLP NANDA I, NIC E NOC elucidando o relato de três unidades em um Hospital Escola no município de Chapecó – Santa Catarina: a Radioterapia, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a Oncologia. Cada uma das unidades encontra-se em etapas distintas da implantação/implementação, visto que, diante de uma proposta de institucionalização do PE em um serviço de saúde é salutar que o mesmo seja desenvolvido progressivamente. Desta forma, coube ao grupo de profissionais que configuram a frente de trabalho, ou seja, a Comissão do PE (Compenf) a decisão coletiva quanto a unidade a qual se desencadearia o projeto inicialmente, bem como as que entrariam sequencialmente.

As tomadas de decisões relacionadas ao projeto de implantação/implementação do PE reportam a Compenf, organizada com base em uma dinâmica de integração entre instituição de saúde e academia. Neste caso, tratam-se de três instituições de ensino superior (IES) da cidade do lócus hospitalar que possuem Cursos de Graduação em Enfermagem, estabelecendo-se, assim, a parceria com a instituição de saúde para a concretização do objetivo mencionado.

A junção do serviço com a academia para implantação do PE pode ser exemplificada por meio do movimento ocorrido com a direção do departamento de enfermagem do hospital universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) e docentes da escola de enfermagem da USP que, em concordância e trabalho mútuo, em 2001, iniciaram a implantação do sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem (DE) naquela instituição, sendo que essa ação conjunta foi finalizada em 2005 (LIMA *et al.*, 2010).

Oliveira *et al.* (2012) também citam a contribuição de acadêmicos de enfermagem no auxílio aos profissionais de uma unidade de terapia intensiva para a adaptação de instrumentos a serem utilizados na

implementação do PE, reforçando que o esforço coletivo entre ensino e serviço traz resultados efetivos.

Depois deste preâmbulo, a iniciativa das instituições envolvidas considera-se oportuno explicar os significados etimológicos imbricados nas expressões implantação e implementação visando a compreensão operacional da proposta almejada. Por definição o termo implantação remete ao juízo de introduzir, fixar, tornar conhecido alguma coisa, enquanto que implementar é, colocar algo em funcionamento (FERREIRA; FERREIRA; SILVEIRA, 2004). Por conseguinte, toma-se por referência no presente capítulo a utilização de ambos os termos, implantação e implementação, considerando que, na prática ambas ações são inerentes a institucionalização do PE, com efeito, primeiramente é necessário implantar para depois implementar, caminho que foi percorrido pela equipe, onde preliminarmente foi introduzido e estabelecido o PE e posteriormente colocado em prática.

Do ponto de vista operacional escolheu-se para se desenvolver o método de implantação/implementação do PE tomar como eixo norteador o perfil diagnóstico dos usuários de cada unidade embasado no sistema de classificação diagnóstica NANDA I. Para tanto, os representantes da Compenf, enfermeiros e técnicos de enfermagem (TE) das unidades, professores e estudantes representantes de cada IES reuniram-se em encontros organizados para cada setor especificadamente e nestes, adotaram, alicerçados na realidade objetiva de cada unidade em foco, os DE que poderiam ser designados aos usuários considerando o padrão epidemiológico social dos usuários.

Caminho análogo ao presente relato foi realizado por profissionais de enfermagem do Serviço de Hemodiálise do HU-USP, posto que os profissionais deflagraram suas ações elegendo os DE prevalentes da população de usuários em hemodiálise para compilar sua lista de diagnósticos (LIMA *et al.*, 2010). Fato que corrobora que o conhecimento prévio da epidemiologia dos diagnósticos contribui para a congruência das proposições futuras de cuidado.

Ramos *et al.*, (2016) trazem para a reflexão, a importância em ampliar o olhar sobre o usuário em conjunto com o seu sistema de relações, adoecimento e reestabelecimento da saúde. Então, ao considerar o padrão epidemiológico social de acordo com suas unidades de internação, é sem dúvida, preocupar-se com a condição de saúde dos indivíduos nas suas singularidades. Buscar compreender não

somente a atual situação, mas sim, o contexto em que aquele indivíduo está inserido, sua história de vida pregressa e os determinantes do meio, e assim, alcançar o contexto usuário-pessoa em todas as dimensões de ser bio-psico-social, a fim de se apropriar de informações para promover a saúde. É esse o ponto de partida para a coleta de informações, investigar o modo pelo qual as condições sociais influenciam e determinam o processo saúde-doença dos usuários (RAMOS *et al.*, 2016), guiando-se por modelos, orientados pela prática que repousam sobre as bases teóricas das políticas de saúde do SUS.

A sequência dos encontros teve a finalidade de construir os históricos de enfermagem (HE), salientando que a organização dos dados nos instrumentos se deu a partir dos domínios da taxonomia da NANDA I, julgando-se que assim compilados, facilita o raciocínio clínico dos enfermeiros, sustentado pela premissa de que as características definidoras dos diagnósticos, reunidos em seus domínios, conduzem a identificação destes de maneira mais ágil e fácil.

Essas assertivas também inspiraram profissionais de uma unidade de terapia intensiva pediátrica em um hospital universitário, durante a fase de construção do histórico pediátrico, que, embora tenham percorrido trajetória diferente ao se utilizarem, para a estruturação do HE, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, reforçam a ideia de que o agrupamento dos dados auxilia o desenvolvimento do raciocínio clínico, pois aproxima evidências clínicas de uma determinada condição de saúde, deixando mais claro ao profissional qual o possível fenômeno de saúde em análise. Igualmente integra todas as dimensões do ser em um instrumento, oferecendo suporte para as fases subsequentes do processo (SANTOS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2012).

Por fim, os enfermeiros após implementarem estas iniciativas (perfil diagnóstico e construção do HE) inauguram a aplicação das duas primeiras etapas do PE, quais sejam, o uso do HE (anamnese e exame físico) aos usuários que internam nas unidades, bem como, a identificação do(s) diagnóstico(s) (julgamento clínico). Concomitantemente a isso, os encontros seguiram na direção da elaboração das próximas etapas, a triagem de resultados e indicadores NOC e intervenções e atividades NIC, com o intuito de realizar a ligação NNN, ou seja, diagnósticos, resultados e intervenções condizente para cada unidade, completando assim, todas as etapas da metodologia da assistência de enfermagem por meio do PE.

Estudos que elucidem sobre a implantação do HE simultâneo a implantação das três taxonomias NNN, são escassos na literatura, mas há relatos relacionados a implantação do HE (SANTOS *et al.*, 2016); dos DE segundo NANDA I (OLIVEIRA *et al.*, 2012 a; OLIVEIRA *et al.*, 2012b); do refinamento da seleção de diagnósticos e revisão das atividades de enfermagem padrão, prioritárias e opcionais, correspondentes aos DE refinados, complementadas com a NIC (LIMA *et al.*, 2010), e todos apontando para o trabalho conjunto e esforço coletivo.

A experiência na radioterapia

A radioterapia atende, atualmente, usuários de 92 municípios da Região Oeste Catarinense, de 26 municípios do Paraná e Rio Grande do Sul que requerem esta terapêutica como tratamento para o câncer e, por isso, possuem necessidades específicas relacionadas as complicações do câncer e seu tratamento propriamente dito.

De acordo com Primo *et al.* (2016) a grande demanda de cuidados de enfermagem por usuários em tratamento de radioterapia solicita o aprimoramento do cuidado prestado. Sendo assim, instiga a busca de estratégias para qualificar e padronizar a assistência de enfermagem, e, encontrou-se no uso da metodologia do PE, uma alternativa a essa efetivação. Dessa forma, deu-se no ano de 2015 início a ações, por meio das quais a Compenf construiu o HE da Radioterapia orientado pela seleção prévia dos DE condizentes ao perfil clínico, social, cultural e psicológico dos usuários do ambulatório de radioterapia. No decorrer de 2015, as duas primeiras etapas do PE foram implementadas a todos os usuários que principiavam o tratamento radioterápico.

Em 2016 a comissão disparou atividades cuja finalidade era identificar e discutir aspectos facilitadores e de dificuldades para a execução das duas primeiras etapas do PE, quanto, refletir sobre a relevância da implantação/implementação das fases seguintes, para o alcance de uma abordagem ética e humanizada na atenção das necessidades de saúde dos usuários deste serviço. Fomentando visibilidade a prática da enfermagem, muitas vezes realizada, contudo não sistematizada e organizada através de uma taxonomia.

A avaliação das facilidades e dificuldades encontradas na implantação do PE, também foram relatadas no estudo de Oliveira *et al.* (2012), em que estes apontam como fatores facilitadores o apoio da instituição, o interesse do enfermeiro e bom relacionamento da

equipe. No que tange às dificuldades, cita-se que durante a implantação foram necessárias várias adequações ao formulário e principalmente a resistência por parte dos TE a introdução de um novo instrumento junto ao prontuário dos usuários.

Com base na dinâmica dos encontros e os resultados dos mesmos a comissão foi obtendo os subsídios necessários a remodelação do processo frente a identificação de fragilidades e fortalecendo estratégias bem-sucedidas. Assim, uma das medidas tomadas foi esclarecimentos junto a equipe multiprofissional que apresentou resistência quanto a introdução de novos formulários nos prontuários, indagando sobre a sua real necessidade.

Salientou-se sobre a importância do PE na prática dos cuidados de enfermagem, destacando-se o papel de cada membro para a efetividade da estratégia, em especial dos TE na checagem das prescrições (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Apresentou-se também, a Resolução 358/2009 do COFEN, que afirma que o PE deve ocorrer em todas as instituições de saúde brasileiras, públicas ou privadas. Se estabeleceu parceria junto a equipe médica do setor exortando as qualidades oriundas de uma prática embasada no PE, sistematização, continuidade da assistência e sua integralidade, o que desencadeou interesse da equipe médica para a utilização dos dados clínicos obtidos na anamnese e no exame físico do instrumento do PE.

Ainda merece destaque no processo de implantação/implementação do PE na Radioterapia um fato que reporta ao processo de aprendizado oportunizado aos membros da comissão que, para alcançar a compreensão e apreensão científica do referencial adotado debruçaram-se em estudos aprofundados dos sistemas de classificação, com o intuito de reconhecer suas bases científicas, bem como, atingirem o preparo necessário para o manuseio técnico das taxonomias NANDA I, NIC e NOC. Os encontros foram realizados no ambulatório de radioterapia no período de seu funcionamento, nos intervalos das consultas de enfermagem.

Essa atividade forjou a compreensão para o uso do sistema de classificação, o qual serve como um alicerce das práticas de cuidado, auxiliando tanto na comunicação, como no registro das ações desenvolvidas, com vistas a avaliação dos cuidados e propostas de intervenções eficazes (FURUYA *et al.*, 2011).

Ratifica-se que para o profissional contemplar todas as etapas do PE através da utilização das taxonomias é mister conhecer seu arcabouço estrutural. Logo, os DE são representados pela Taxonomia II da NANDA-I, estratificada em 13 domínios, 47 classes e 234 DE. Seus diagnósticos foram edificados por meio de uma estrutura arquitetada de forma multiaxial, consolidando sete eixos assim apresentados: eixo1-foco no diagnóstico, 2- sujeito do diagnóstico, 3-julgamento, 4-localização, 5-idade, 6-tempo e 7-situação do diagnóstico. Os valores destes eixos irão nortear o título do diagnóstico (MATA *et al.*, 2011; HERDMAN; KAMITSURU, 2015)

Já para a formulação da NIC, que se propõe definir as intervenções de enfermagem através de várias atividades, sua estrutura, apresenta três níveis: nível um representado por sete domínios, nível dois contém 30 classes e o nível três contempla 554 intervenções, em que se encontram listadas aproximadamente 13.000 atividades (BULECHEK *et al.*, 2016).

Quanto à classificação dos resultados de enfermagem, NOC, esta possibilita ao profissional mensurar as mudanças no estado clínico do usuário com a finalidade de avaliar efeitos das intervenções de enfermagem. Seus resultados são conceitos variáveis, que também podem ser utilizados para estimar o progresso ou a falta desse na assistência planejada. Sua estrutura é constituída por cinco níveis dispostos da seguinte forma: sete domínios; 31 classes; 385 resultados, indicadores e escalas de medida (tipo likert de cinco pontos, que quantifica o resultado, atribuindo uma pontuação de acordo com a avaliação e julgamento clínico do profissional) (MOORDEAD *et al.*, 2016).

Após a construção destes saberes, para tornar o PE operacionalizável, foi imprescindível que a enfermeira da Radioterapia apresentasse à comissão a logística do setor quanto ao fluxo de usuários e de colaboradores, os procedimentos realizados para iniciar o tratamento radioterápico, como são delimitadas as regiões anatômicas que receberão a radiação, teste de bloco e funcionamento da máquina de radioterapia, além do acompanhamento de algumas consultas de enfermagem. Este momento foi fundamental, pois conhecer as características do local auxiliou na elaboração do protocolo assistencial concernentes ao PE. Para isso, foram realizados 20 encontros de aproximadamente 40 minutos, totalizando um período de nove meses de atividades.

Conceitualmente protocolos assistenciais correspondem a registros de atos, ações e procedimentos necessários ao processo de

intervenção, abordagem de situações e problemas envolvidos no processo assistencial, no âmbito do serviço ou instituição que o adota (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Neste sentido é um instrumento que define o processo de trabalho relativo as intervenções técnicas e sociais que orienta os profissionais da saúde na realização de suas funções, e tem como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano em saúde, de acordo com cada realidade. Esses protocolos são norteados: pelas diretrizes do Ministério da Saúde, documentos dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Sendo que, o que evidencia a autoridade dos protocolos é que estes são construídos a partir de análise de métodos científicos. Orientar as práticas da enfermagem em evidências científicas repercute positivamente na qualidade da assistência prestada, igualmente padroniza o cuidado (RIOS, 2015).

Retomando, foi possível observar que a iniciativa de implementar o PE na radioterapia sistematicamente revestiu-se de complexidade. As decisões da comissão na seleção dos passos a seguir implicavam reflexão quanto a progressão das atividades e os resultados obtidos. Contudo, na sequencia pode-se dizer que: os primeiros encontros objetivaram escolher as informações que seriam coletadas no HE e os DE. Para tal, foram utilizadas a consulta de enfermagem, experiência clínica das enfermeiras e a revisão de prontuários com as mais diversas patologias e necessidades de atenção distintas dos usuários.

A partir da escolha dos DE, seguiram-se os encontros para a triagem dos resultados de enfermagem (RE) NOC e intervenções de enfermagem (IE) NIC condizentes aos DE. Neste interim, foi realizada consulta às taxonomias NOC e NIC, optando-se por se desenhar a seleção dos RE com seus respectivos indicadores e posteriormente seguir com a seleção das IE e atividades, sempre seguindo a linha de “simulação” de casos.

A metodologia em questão, ou seja, estudar por meio da simulação um caso clínico é usado para compreender fenômenos individuais, grupais e psicossociais dentro do seu contexto. Permite olhar a situação de maneira holística, contribuindo na identificação de circunstâncias que requerem intervenções imediatas (MEIRINHOS; OSÓRIO, 2016). Não obstante, o estudo de caso no contexto do PE demonstra ser uma ferramenta de pesquisa chave no reconhecimento do cenário em que se encontram os usuários e o quanto a análise de suas especificidades auxiliam na construção do protocolo assistencial, baseado no PE, com elementos singulares destes usuários.

Após seleção dos RE e indicadores, procedeu-se a revisão de todos as informações para tornar o documento prático e funcional. O mesmo procedimento foi realizado ao finalizar a seleção das IE e atividades, e reavaliados a cada aplicação na prática. Por fim, o protocolo assistencial contendo todos os DE, RE e IE foi passado a docentes especialistas nos SLP em enfermagem, que realizaram a leitura do material na íntegra, fazendo os ajustes convenientes, concluindo o processo de produção de todas as etapas do PE.

Antes da implantação/implementação do PE, por meio do protocolo assistencial, o usuário era recebido na radioterapia, acompanhado e orientado conforme sua patologia, localização do tumor e área anatômica que receberia a radiação. As orientações se resumiam as possíveis intercorrências da radiação e a prescrição de um tratamento tópico para prevenção de lesões de pele. As consultas ocorriam de maneira superficial, sem individualizar o cuidado a fim de atender as reais necessidades, resultando em uma atenção curativa e não preventiva. Ademais, uma prática assim conduzida, se distancia do conceito da integralidade, que enquanto um princípio do SUS emana o olhar para intervenções que garantam ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa (SOUZA *et al.*, 2012)

A progressão da doença e o tratamento radioterápico proporcionam um declínio do estado de saúde do indivíduo, o que requer do enfermeiro e equipe, intervenções integrais, de prevenção e promoção à saúde. De forma a contemplar o indivíduo em todas suas dimensões, propondo intervenções que possam atender as necessidades no contexto familiar, cultural e espiritual (SOUZA *et al.*, 2012)

A partir da utilização do PE em sua totalidade, tem sido possível avaliar os usuários com os resultados NOC e observar a evolução destes, seja de forma positiva ou negativa, todavia objetiva. Destaca-se que as IE estão mais efetivas e direcionadas as reais necessidades de saúde existentes que, se traduz em resultados promissores e melhores condições de saúde dos usuários. Apesar disso, se vislumbram desafios importantes neste processo, dentre eles, o fato do PE ainda não estar informatizado, ou seja, o registro é manual o que solicita tempo, sendo que além do cuidado, o enfermeiro precisa cumprir com todas as demandas administrativas e gerenciais da unidade.

Almeida, Dal Sasso e Barra (2016) encontraram em seu estudo, afirmativas positivas referentes ao PE informatizado, citando que este possui dados e informações referentes à avaliação clínica, aos

diagnósticos e às IE suficientes e coerentes para sua utilização, o sistema agrega novos conhecimentos científicos e fortalece a tomada de decisão clínica segura, uma vez que os participantes evidenciaram a agilidade da aplicação de um sistema informatizado. Desta forma fica claro que o apoio institucional é indispensável para que se obtenha o sucesso na aplicação deste modelo de assistência.

O quantitativo de recursos humanos para aplicação do PE em todas as suas etapas a todos os usuários, também confere em desafio. Desta monta, elucida-se que recentemente o COFEN elaborou um texto que discorre sobre os aspectos a serem considerados no dimensionamento de pessoal, dentre eles a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com base no PE é referido (COFEN, 2017). Logo é de se esperar que diante do processo de implantação/implementação do PE em uma dada instituição de saúde, os gestores analisem o quantitativo de profissionais com vistas ao cumprimento legal desta prática, bem como, o sucesso da iniciativa.

Além desses aspectos, adiciona-se a problemática específica da radioterapia quanto ao cumprimento das intervenções de enfermagem por ser uma responsabilidade compartilhada com os TE e usuários, uma vez que, as maiorias, destes usuários, retornam a sua residência e ou casas de apoio, após cada sessão de radioterapia, sendo o autocuidado de responsabilidade destes e seus familiares. Neste sentido, afirma-se que as orientações para o cuidado com a região irradiada e demais cuidados são ofertadas na consulta de enfermagem. Andrade *et al.* (2014) indicam que os usuários relatam manter esses cuidados e que estes compreendem que é de fundamental importância seguir as prescrições da equipe de enfermagem. Portanto, cabe aos enfermeiros e TE auxiliar o usuário ao entendimento do processo em que está inserido, reforçando que este é membro ativo do cuidado, apoiando-o para as possíveis complicações.

Por fim, mesmo com desafios a serem alcançados, fica a certeza de que o PE proporciona uma visão global e integral do usuário e que, se o mesmo estivesse em funcionamento em toda rede de atenção à saúde se teria uma assistência mais qualificada, padronizada e resolutive de enfermagem, podendo ser útil em todos os âmbitos de atenção.

A experiência na UTI

A UTI é composta por 17 leitos e, para atuar com estes usuários se conta com uma equipe de nove TE e duas enfermeiras assistenciais em cada turno, mais uma enfermeira coordenadora. O perfil clínico dos

usuários internados na UTI, geralmente é representado por distúrbios graves das funções fisiológicas que podem levar muitos internados ao óbito, entretanto, com toda tecnologia disponível e cuidados cada vez mais qualificados, as possibilidades de reabilitação aumentam consideravelmente. Dessa forma, intentando qualificar a assistência de enfermagem, se torna essencial identificar as necessidades prioritárias e secundárias de cada usuário e família, para com isso, designar intervenções que possibilitem evolução rápida do quadro, e para tanto, o PE despontou como uma ferramenta fundamental.

A implantação/implementação do PE na UTI foi organizada através de encontros quinzenais com professores, estudantes, enfermeiros e TE a fim de delimitar o perfil de diagnósticos da NANDA I, resultados NOC e intervenções NIC característicos dos usuários críticos. Explicações sobre o PE e suas etapas foram providenciadas e se construiu o HE, a partir dos domínios da NANDA I e logo foi colocado em prática pela equipe.

A abordagem para se apropriar das informações (anamnese) do HE tem sido, de modo geral, realizada com a família, pois a maioria dos usuários, não apresentam condições clínicas para responder. Essa circunstância aproxima os enfermeiros das famílias pois, ao coletar os dados do HE, outras informações vêm à tona estabelecendo um vínculo que permite a expressão de vários sentimentos.

Debate-se que a falta de informações sobre a história pregressa do usuário influencia negativamente para o cuidado do mesmo, sendo que a precariedade no contato entre enfermeiro e familiares promove a falha na busca por informações sobre o usuário na UTI (POKORSKI *et al.*, 2009). Ademais, corroborando com a afirmativa, Lima *et al.* (2015) em um estudo sobre as vantagens e cuidados prestados aos familiares internados afirma que o vínculo entre equipe e família torna o atendimento qualificado, e individualizado pois através dos mesmos podem adquirir informações fundamentais para o atendimento humanizado. O contato inicial com a família na coleta de dados traz segurança para aos mesmos sobre a qualidade do serviço, além de auxiliar o enfermeiro na busca por um histórico plausível do usuário.

Além disso, outro fator que tem sido observado de forma relevante é a utilização dos dados do HE por outros profissionais que atuam na UTI bem como os relatos quanto a utilidade das informações contidas no mesmo. A utilização de um instrumento para registro e coleta de dados na primeira etapa do PE tem por finalidade levantar os dados

do usuário, com vista a tornar possível a identificação dos problemas reais ou de risco. Esses dados organizados subsidiam a construção de um plano de cuidados, baseado na interpretação crítica dos dados coletados, a fim de atender às necessidades, prevenir danos e promover ações que reforcem um comportamento de busca de saúde, bem-estar e autocuidado, sendo estes objetivos de toda a equipe multiprofissional de saúde (NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013).

Com a implantação do HE, iniciou-se o trabalho de identificação dos DE na prática clínica que haviam sido perfilados pela Compenf promovendo inúmeras discussões e consequentemente aprendizados, seja no manuseio da taxonomia NANDA I como no estudo de casos clínicos.

As discussões foram produtivas e exigiu de todos raciocínio clínico e diagnóstico. Um exemplo desta atividade cognitiva pode ser descrito diante da seguinte situação: em UTI existe uma grande preocupação, por parte dos profissionais, com a córnea dos usuários quando em ventilação mecânica. A indução do raciocínio diagnóstico, resultou na deliberação do DE risco de lesão de córnea relacionado ao uso de sedativo. Ao utilizá-lo na prática clínica constatou-se que o DE risco de olho seco relacionado ao uso de sedativos seria mais apropriado uma vez que intervenções para evitar olho seco evitariam a lesão de córnea. Essa metodologia foi utilizada para a seleção e refinamento de todo o perfil diagnóstico para a UTI. A construção de uma ferramenta como o PE tem por objetivo amparar o enfermeiro em sua atuação diária, devendo analisar as singularidades existentes em sua área e as peculiaridades dos usuários atendidos na mesma, para otimizar o instrumento tornando-o mais seguro, eficaz e ágil (MORAIS *et al.*, 2015).

De posse dos DE foram escolhidos os resultados e indicadores NOC e as intervenções e atividades NIC condizentes a cada diagnóstico. Para isso seguiu-se a mesma metodologia adotada na Radioterapia. Para a implantação do PE, precisou-se determinar uma organização prévia para dar cobertura a todos os usuários. Cada enfermeiro seria responsável por realizar o PE diariamente com três usuários, com exceção da equipe do turno matutino que tem algumas atividades extras, então realizam com dois usuários. O HE é realizado nas primeiras 24 horas de internação e as intervenções, avaliação e o desenvolvimento da enfermagem são realizadas todos os dias por umas das enfermeiras do turno. Esta ação cronológica está respaldada pela Resolução 0514/2016 do COFEN que padroniza os registros de enfermagem. O guia contido na mesma indica que as informações sobre a

evolução do usuário devem ser registradas a cada 24 horas, contendo um resumo do PE realizado neste período, assim como, as modificações do quadro clínico, procedimentos realizados e observações para o próximo dia (COFEN, 2016).

Pode-se concluir que a utilização do PE favorece a autonomia dos enfermeiros, pois é embasada em referência científica e na instrumentalização do enfermeiro quando necessita argumentar com a equipe quanto aos cuidados realizados, fornecendo fundamentação que justificam as condutas tomadas. O PE e seu registro comprovam o trabalho da enfermagem, bem como, demonstram a evolução de saúde dos usuários.

Na execução do PE se demonstra o aumento da visibilidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem e a evolução clínica no usuário pode ser analisada de uma forma ampla e objetiva em um período de reavaliação pertinente ao quadro (JESUS; SILVA, 2015). Para Carvalho e Barcelos (2017) o registro das atividades permite melhorias significativas para atuação da enfermagem e proporciona efetivamente o aumento da visibilidade e importância científica da mesma.

Considera-se que, embora se obtenham resultados promissores na implantação/implementação do PE focaliza-se a relevância em se sensibilizar e reconduzir a equipe para o fortalecimento e a importância do PE e dos seus registros. Ainda, se reflete, que embora este processo esteja em construção, é possível detectar expressão de satisfação diante do trabalho realizado. Esta gratificação motiva e estimula a superação de dificuldades, por exemplo, estruturais envolvendo recursos materiais e humanos que eventualmente possam ser notadas na condução do processo de implementação.

A experiência na oncologia

A unidade de oncologia dispõe de 47 leitos para o atendimento dos mais variados perfis de usuários oncológicos e onco-hematológico, e em distintas etapas de seu tratamento, com diferentes faixas etárias, contextos familiares, níveis sócio econômico, intelectuais e culturais, cada um com suas particularidades. Para o atendimento destes usuários a unidade de oncologia dispõe de seis enfermeiras assistenciais distribuídas nos diferentes turnos de trabalho e uma enfermeira coordenadora.

A atenção à saúde na oncologia compreende desde a investigação diagnóstica, o tratamento cirúrgico, a quimioterapia em infusão conti-

nua, o tratamento clínico e/ou terminalidade da doença. Ainda, o atendimento estende-se aos usuários hematológicos que se diferenciam quanto ao impacto da doença em todo o seu contexto, seja pela faixa etária que em sua maioria são indivíduos jovens, a revelação do diagnóstico, a agressividade do tratamento e a expectativa do prognóstico.

As especificidades relacionadas ao câncer e seu tratamento, assim como as alterações que ocorrem com o indivíduo e seus familiares, desde a descoberta da doença até o seu estágio final, confere que, a equipe de enfermagem deve estar atualizada para atender a demanda que este usuário solicita do sistema hospitalar, buscando atender de forma direcionada e individualizada cada caso em específico, visando reduzir os danos causados pela doença oncológica na qualidade de vida do mesmo, seja no âmbito pessoal, social, familiar ou biológico (COSTA E SILVA *et al.*, 2013).

Com base nas características da unidade e a necessidade de padronizar a assistência de enfermagem, se propôs iniciar a implantação/implementação do PE, e diante das expectativas de melhoria das práticas, fortaleceu-se a convicção de que por meio da iniciativa seria possível fazer a diferença nas condições de saúde e vida dos usuários da oncologia, e seus familiares.

Porém, logo nos primeiros encontros da Compenf foi possível observar, que embora, houvesse entusiasmo da equipe frente a proposta, desenvolveu-se também sentimentos de angústia, quando se percebeu os inúmeros fatores imbricados ao processo de implantação/implementação do PE.

Destaca-se que o conhecimento acerca da temática se evidenciou desnivelado entre os profissionais, essa condição, impactou conduzindo a necessidade em se buscar apreender e compreender concepções teóricas não pertencentes ao cotidiano das práticas de cuidado dos profissionais da enfermagem da oncologia.

Sobre esta possibilidade de percepção, mediante iniciativas que qualificam as práticas em saúde, autores alertam que a precariedade no ensino durante a graduação e a inexistência de um protocolo com embasamento teórico pode promover a sensação de carência nos profissionais, no que fere aos subsídios teóricos destas práticas (SILVA; MOREIRA, 2011). Corroborando com esta problemática, Salvador *et al.* (2012), em uma revisão bibliográfica, concluíram que o conhecimento

adquirido na graduação não supre as necessidades da prática profissional no mercado de trabalho, tornado assim, a educação permanente e a união entre instituição de ensino e unidade hospitalar uma metodologia essencial para possibilitar o uso de novas tecnologias (SALVADOR *et al.*, 2012).

Portanto, após se implementar na unidade de oncologia a revisão dos conceitos e teorias implicados a proposta de implantação/implementação do PE, iniciou-se, conforme as unidades anteriores (radio-terapia e UTI), a seleção dos DE para construir o perfil diagnóstico da oncologia. Com base na estratégia já utilizada nas experiências prévias, para essa seleção foi utilizada a NANDA I e a equipe foi organizada em subgrupos a partir dos domínios da taxonomia, previamente definidos.

Os debates que surgiram nesta etapa de seleção do DE que revelam as necessidades de saúde dos usuários da oncologia, foram riquíssimos, e as escolhas aconteceram tomando por referência o raciocínio clínico subjacente a definições desta natureza considerando para tal, a integralidade exigida para a dinâmica assistencial da unidade.

Em uma revisão da literatura existente sobre o PE Grando e Zuse (2014) demonstraram a importância do profissional apresentar conhecimento rigoroso e constante sobre a teoria e sobre a ferramenta que irá utilizar, além de comprovar a importância da educação permanente e levantamento das dificuldades em grupos, tornando assim, a implantação/implementação do PE direcionado e qualificado para atender às necessidades dos usuários da área. Sendo o raciocínio clínico uma das ferramentas intrínsecas a metodologia do PE.

Acrescenta-se que em razão da diversidade e complexidade dos usuários oncológicos, é imperativo ser criterioso, evitando a exclusão de informações relevantes, esta preocupação, foi constante nos debates da comissão, sendo o compartilhamento dessas informações, associadas aos relatos de experiências dos profissionais norteadores das escolhas concebidas no grupo para estruturação do PE. Assim, sucedeu-se a definição do perfil DE a elaboração do PE, sempre se respeitando a diversidade de situações de saúde, oriundas da especialidade oncológica.

Na aplicabilidade do HE se identificou inquietações das enfermeiras, no que tange a ambientação para realizar efetivamente a anamnese e exame físico junto ao usuário, percebem que o ambiente não proporciona condições adequadas para garantir respeito à privacidade

destes usuários, bem como, as interrupções constantes, provenientes de demandas da equipe atrapalha a progressão, tanto quanto, a participação do familiar ou acompanhante nas respostas aos questionamentos, nem sempre é a melhor opção.

Como afirmam Oliveira *et al.* (2017), as principais dificuldades relacionadas as etapas do PE são a precariedade na estrutura física, que gera desconforto e distrações para o enfermeiro e usuário, ocasionando uma falha na obtenção dos dados necessários ao raciocínio clínico-critico que será realizado pelo profissional nas etapas posteriores da assistência. Problematiza-se também que a sequência das informações dispostas no HE para torná-lo fluente quanto a captação dos dados junto ao usuário e a extensão do roteiro gerou necessidade de adaptações e alterações.

Os ajustes são essenciais e a expressão em grupo das dificuldades induz a equipe na busca de soluções e adequações, para produzir um protocolo que atenda às necessidades do público alvo (ROSA *et al.*, 2007). Além disto, o constante raciocínio clínico vinculado as experiências práticas possibilitam a adaptação do instrumento utilizado para melhorar a qualidade do cuidado prestado.

Ainda na etapa de implementação do HE, as enfermeiras identificaram a necessidade de ampliar conhecimentos e práticas acerca da realização do exame físico completo, quanto a este aspecto, se reflete, que são inúmeros os motivos que poderiam justificar esta dificuldade, dentre eles, sem dúvida, o afastamento do profissional enfermeiro em seu cotidiano de trabalho da prática clínica, dada a excessiva demanda de funções administrativas.

Neste contexto, percebeu-se a necessidade da atuação da Educação Permanente em saúde que foi acionada no sentido de contribuir com a Compenf. A importância do embasamento teórico na produção e realização da primeira etapa do PE, o HE que contempla anamnese e exame físico. Sendo considerada fundamental para a desenvoltura das demais etapas deste processo, deve ser realizada de forma condizente as necessidades da área e fundamentadas cientificamente (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

Por fim, argumenta-se que dentre os desafios que ainda são enfrentados no processo de implantação/implementação destaca-se a desmotivação ocasionada por trocas constantes na escala de enfer-

meiros, e igualmente a sobrecarga de trabalho, o que tem prejudicado a adesão e envolvimento da equipe. A demonstração de interesse e compreensão da importância da prática da enfermagem sistematizada fica evidente mesmo que, em razão de outras atividades e dinâmicas institucionais paralelas, reflitam negativamente sobre a iniciativa.

O estudo de Silva e Moreira (2011) apontam como principais dificuldades encontradas no período de implantação/implementação do PE, a falta de insumos humanos e o perfil clínico da unidade, constatou que estes contribuem significativamente para a baixa adesão da equipe de enfermagem. Apesar do fato de que os mesmos reconhecem a importância de registrar suas atividades e as recomendações do órgão regulamentador da profissão, alguns fatores gerenciais contribuem para a não realização do PE em sua integralidade.

O processo de adaptação das enfermeiras à aplicação das primeiras duas etapas do PE na rotina de atendimento ao usuário oncológico está em desenvolvimento. Sabe-se que a partir da sua efetivação, o trabalho da enfermagem, enquanto categoria será mais valorizado, além da visibilidade integral das ações diárias na assistência ao usuário e seus familiares, no trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional e instituição.

Considerações Finais

Conforme o título do capítulo expressa, a experiência é considerada exitosa. Há que se ponderar que implantar/implementar o PE em instituições de saúde ainda, na atualidade, configura-se em desafio que progressivamente se supera. Entretanto, uma proposta com as características descritas neste capítulo agrega o desafio intrínseco, ao ineditismo, quando a Compenf estruturada para o desenvolvimento do projeto em foco se constitui tomando por princípio a valorização efetiva da articulação academia e serviço.

O constructo tomou por base a interlocução fundamentada em uma relação dialógica entre instituição de ensino e de saúde, adicionando a inclusão de todas as instituições de ensino que disponibilizam cursos de graduação em enfermagem da cidade sede do hospital e que circulem pelos corredores do serviço com estudantes que vivenciam as práticas em saúde necessárias à sua formação. Esta é uma condição ímpar que tem se sustentado há dois anos e que demonstra que é possível para instituições de ensino públicas e privadas priorizarem a

qualificação do processo de ensino e aprendizagem e atenção à saúde em detrimento de interesses mercadológicos.

Embora a assertiva seja verdadeira, é de se esperar que no decorrer das narrações sejam evidenciadas dificuldades de toda ordem, como: o des/conhecimento dos profissionais acerca das classificações adotadas, in/adaptação ao uso na prática, des/conhecimento semiológico para proceder as avaliações em saúde; dificuldades recorrentes nos serviços envolvendo dimensionamento de pessoal e estrutura física quanto a espaço para a avaliação em saúde com a devida privacidade e informatização do processo.

No que tange ao des/conhecimento na operacionalização das etapas do PE a comissão, adotou-se a estratégia de “rodas de conversas” com os profissionais de cada unidade, permitindo aos mesmos, a familiarização com os referenciais teóricos, conteúdo e manuseio das obras que compilam as classificações, bem como, a prática da construção compartilhada permitindo a todos, a apreensão e compreensão e igualmente o protagonismo, tornando-os factualmente parte integrante do constructo. Além disso, na certeza que da dimensão teórica para a dimensão prática emergem nuances a serem elucidados, a comissão viabiliza o acompanhamento dos profissionais na aplicação das etapas, deliberando nos encontros subsequentes, não somente a continuidade da operacionalização das etapas do PE, mas também, a atenção as demandas que surgem.

Considerando os aspectos estruturais: dimensionamento, área física e informatização a comissão engendra junto a direção de enfermagem diálogos esclarecedores com o intuito de se pautar os temas levantados com o objetivo de coletivamente desenvolver estratégias resolutivas. Sobre estes aspectos se depreende que são contendas dependentes de decisões que abrangem as esferas administrativas do hospital, entretanto, a aproximação da gestão do serviço de enfermagem facilita a elaboração dos argumentos que irão sustentar as possibilidades de solução, tanto quanto, se tem clareza que alguns aspectos são conquistáveis na proporção dos resultados apresentados no cuidado junto aos usuários quanto a aplicação do PE.

Os enfermeiros já conseguem visualizar qualificação na assistência decorrente a aplicação do PE, percebendo uma melhor compreensão do estado de saúde dos usuários, melhor relação e criação de vínculo com familiares e conseqüentemente desenvolvimento do ra-

ciocínio clínico com as tomadas de decisões focadas efetivamente nas necessidades prioritárias dos usuários. Acrescentam que os registros oriundos do PE trazem elementos da avaliação em saúde que subsidiam não somente a prática da enfermagem como de outros profissionais da saúde que venham a atender ao usuário, mostrando assim, a interface interdisciplinar e multidisciplinar que se almeja diante de uma prática assim estruturada.

Do ponto de vista de alcance da proposta narrada no capítulo, a sua concretude é concebida como ato contínuo. Assim, principiou-se há dois anos e atingiu três unidades bem distintas, o que reporta a experiências peculiares que avançará até a implantação em todas as unidades do hospital. Ao avançar na trajetória surgirão novos desafios cujas demanda serão trabalhadas neste processo de continuidade.

Por fim se reforça que o crucial na iniciativa de implantação/implementação do PE na referida instituição diz respeito a integração serviço e academia que consegue consorciar três instituições de ensino que por base poderiam ser concorrentes mas que ultrapassando concepções mercadológicas se aliam para superação de práticas que possuem com eixo central o melhor para o usuário dos serviços de saúde, fortalecendo assim, a integração, dignificando o ser humano, o profissional e desmistificando o vínculo interinstitucional. Ratifica-se o êxito da experiência dada a excelente integração academia e serviço, a melhoria das relações multidisciplinares e principalmente a qualificação do cuidado de enfermagem.

A aproximação e parceria de IES em projetos de ensino, pesquisa e extensão com as instituições de saúde, visando à construção de conhecimentos a partir das necessidades de saúde dos usuários e dos trabalhadores dos serviços, contribuem para desenvolvimento de competências e habilidades necessárias aos estudantes de enfermagem e profissionais para a implantação/implementação do PE em todas as suas etapas.

Referências

ANDRADE, K.B.S. *et al.* Consulta de enfermagem: avaliação da adesão ao autocuidado dos pacientes submetidos à radioterapia. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro. vol. 22, n.5, 2014. <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a07.pdf>>

BULECHEK, G.M. *et al.* **NIC Classificação das Intervenções de Enfer-**

magem. Tradução: Denise Costa Rodrigues. 6. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 610 p.

CARVALHO, F.S; BARCELOS, K.L. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: vivências e desafios de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, [S.l.], v. 5, n. 2, jul. 2017. Disponível em: <<http://jornal.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/170>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0527/2016 – Revogada pela Resolução Cofen nº 543/2017.** Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. [Documento internet] 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html>.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **RESOLUÇÃO COFEN-0514/2016.** Que aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. [Documento internet] 2016. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html>. Acesso em: 15 ago. 2017

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

COSTA E SILVA, M. E. D.; *et al.* Nursing care to cancer patients in the hospital. **Revista de Enfermagem da UFPI, Teresina**, v. 2, n. 5, p. 69-75, dez. 2013. Disponível em: <<http://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1359/pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

ALMEIDA, S.R.W; DAL SASSO, G.T.M; BARRA, D.C.C. Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: ergonomia e usabilidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6, p. 998-1004, 2016.

FERREIRA, A.B.H; FERREIRA, M.B; SILVEIRA, A.M. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 3. ed., rev. e atual. Curitiba: Positivo, 2004. 2120 p

FURUYA, R.K, NAKAMURA, F.R.Y, GASTALDI, A.B, Rossi, L.A. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão in-

tegrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. 2011. V.32, n.1, p.167-175. 2011.

GARCIA, T.R; EGRY, E.Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem.** Artmed Editora, 2010.

GELBCKE, F.L.L; MATOS, E.M; SALLUM, N.C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012.

GUEDES, E.S. *et al.* Atitudes dos profissionais de enfermagem relacionadas ao Processo de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** 2012. V.46, (Esp), p. 130-137. 2012.

GRANDO, T; ZUSE, C.L. Dificuldades na instituição da sistematização da assistência de enfermagem no exercício profissional – Revisão Integrativa. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 14, n. 26, Jan-Jun. 2014. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/2886/3372>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

HERDMAN, T.H; KAMITSURU, S. (Org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação: 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468 p.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 256-265, 2005.

HUITZI-EGILEGOR, J.X. *et al.* Estudo retrospectivo da implementação do processo de enfermagem em uma área de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. V. 21, n. 5, p. 1049-1053, out. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501049&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500006>.

JESUS, I.S; SILVA, J.M. Implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uti de hospital público. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife – BH, v. 9, n. 4, p. 7314-7321, abr. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13589/16402>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

LIMA, M.S. *et al.* Cuidado de enfermagem à família de pacientes in-

ternados em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife – BH, v. 9, n. 5, p. 7957-7966, maio. 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/15037/1/2015_art_mslima.pdf>. acesso em: 29 jul. 2017.

LIMA, A.F.C *et al.* Processo de Enfermagem na prática de hemodiálise: a experiência das enfermeiras de um Hospital Universitário. **Revista Referência**. V.2, n.12. p,39-45. 2010.

MATA, L.R.F. *et al.* Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 46, n. 6, 2012.

MEDEIROS, A.L; SANTOS, S.R; CABRAL, R.W.L. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem através da Grounded Theory. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 44-53, 2013.

MELO, E.C.A; ENDERS, B.C. Construção de sistemas de informação para o processo de enfermagem: uma revisão integrativa. **Journal of Health Informatics**, v. 5, n. 1, 2013.

MEIRINHOS, M; OSÓRIO, A. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer-Revista de educação*, v. 2, n. 2, p,49-65. 2016.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 906 p

MORAIS, L.B. *et al.* Implicações para o processo de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Perspectivas online: biologia e saúde**. Campos dos Goytacazes, v. 19, n. 5, p. 35-52. 2015. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/download/884/720>. Acesso em: 01 ago. 2017.

NETO, J.M.R; FONTES, W.D; NÓBREGA, M.M.L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 535, 2013

OLVEIRA, K.F. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. **Revista de Enfermagem Referência**. V.3, n8, p, 105-114. 2012 (a)

OLIVEIRA, A.P.C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Rene**. 2012. V.13, n3, p,601-612 (b). 2012

OLIVEIRA, B.M.M. *et al.* Educação permanente: estratégia para repensar a sistematização da assistência de enfermagem em ambulatório de onco-hematologia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, V. 5, p.486-493. 2017. Disponível em: <<http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/REAS13.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017

POKORSKI, S. al. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, mai-jun. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_04>. Acesso em: 29 jul. 2017

PRIMO, C.C. *et al.* Assistência de enfermagem a pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. **J. res.: fundam. care. online** 2016. V.8, n.1, p.3820-3831. 2016.

RAMOS, F.L.P. *et al.* As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Rev Pan-Amaz Saude**.2016. vol.7, n.esp, p.221-229. 2016.

RIOS, G.C. **Protocolos clínicos informatizados para as linhas de cuidado**: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e trauma na perspectiva dos enfermeiros. 2015. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ROSA, L.M. *et al.* A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 487-493, Out-Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483648985011/>>. Acesso em: 04 ago. 2017

SALVADOR, P.T.C.O. *et al.* Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 111-117, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4004/2773>>. Acesso em: 03 ago. 2017

SANTOS, D.M.A *et al.* Construção e implantação do Histórico de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica. **Acta Paul Enferm**. 2016. V.29, n.2, p,136-45. 2016.

SILVA, R.S *et al.* Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012. V.20, n2, p.267-273. 2012.

SILVA, M.M; MOREIRA, M.C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.172-178, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000200003&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 02 ago. 2017.

SOUZA, M.C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde, São Paulo**. V.36, n.3, p. 452-460, 2012.

SOUZA, M.F.G; SANTOS, A.D.B; MONTEIRO, A.I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 167, 2013.

SOARES, M.I *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P; CAMPOS, K.F.C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. **Belo Horizonte: Coopmed**, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3914.pdf>



INTEGRAÇÃO ENSINO E SAÚDE: A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FORMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM NEFROLOGIA

*Fabiana Meneghetti Dallacosta
Elisangela Schimidt*

Introdução

A preocupação com a educação profissional dos trabalhadores da saúde tem sido alvo de debate desde a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, e a partir daí surgiram os conceitos de educação em serviço, educação continuada e, finalmente, educação permanente. A educação em serviço tinha como finalidade ajudar o funcionário a atuar mais eficazmente; a educação continuada consiste em um conjunto de práticas educativas, subseqüentes à formação inicial, visando melhorar a competência do profissional. A educação permanente (EP) emerge com intuito de abordar as múltiplas abordagens pretendidas, tanto a nível individual como coletivo (OLIVEIRA et al., 2011).

Desde a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004, busca-se o fortalecimento das ações conjuntas entre ensino e serviço, como forma de qualificar a atenção em saúde e fomentar a produção de novos saberes e práticas (BONFIM, ARAÚJO, OLIVEIRA, 2016).

A problematização aparece como ferramenta essencial à Educação Permanente (EP), como forma de inserção crítica na realidade, e favorece ações locais, multiprofissionais, e voltadas para as necessidades daquela população (MICCAS, BATISTA, 2014). Pode-se definir educação permanente como:

Um conjunto de práticas educativas contínuas, destinadas ao desenvolvimento de potencialidades, para uma mudança de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformar

mação de sua prática (OLIVEIRA et al., 2011, pg. 53).

A EP configura-se como uma estratégia fundamental para melhorar e qualificar a atenção à saúde, contribuindo para a construção da competência profissional e para a organização do trabalho (OLIVEIRA et al., 2011), voltada para a multiprofissionalidade, possibilitando, através de estratégias participativas, a transformação das práticas (TESSER et al., 2011).

A doença renal crônica (DRC) é um grave problema de saúde pública, com elevada prevalência e é de difícil diagnóstico, dada as suas características de ser oligossintomática ou assintomática até os últimos estágios, e por isso a importância de se realizar ações que favoreçam o diagnóstico precoce, que é essencial para evitar a progressão e agravamento da DRC, sendo o encaminhamento tardio ao nefrologista associado a maior mortalidade (DIEGOLI et al., 2015; ALVES, ABREU, NEVES *et al.*, 2017).

É considerado doente renal crônico toda pessoa que dentro de um período ≥ 3 meses apresentar TFG $< 60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ou nos casos com TFG $\geq 60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, apresentar um marcador de dano renal DRC (K/DOQI, 2002). Muitos pacientes só descobrem a doença quando a taxa de filtração está muito baixa, e a necessidade de diálise é iminente, porém, nestes casos, a doença já comprometeu a homeostase do organismo e as complicações são frequentes, por isso a importância de avaliar a função renal em pessoas assintomáticas (CAPLIN, JAKOBSSON, GLASER *et al.*, 2017).

As estratégias de Educação Permanente são diversas e partindo do pressuposto de que devem ser oriundas de análise e problematização da realidade local. Este projeto teve três objetivos: realizar capacitação sobre doença renal para profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica de municípios do Meio Oeste de Santa Catarina; realizar atividade educativa com participantes do Hiperdia e realizar uma pesquisa com hipertensos e diabéticos para avaliar a função renal e diagnosticar precocemente a doença renal crônica.

Referencial teórico

O rim adulto mede cerca de 11 cm de comprimento, 2,5 cm de espessura, 5 cm de largura e pesa entre 120 e 170 g, tendo a borda lateral convexa, borda medial côncava e seus dois polos arredondados.

Somos formados por dois rins localizados lateralmente às vértebras lombares superiores, sendo que o rim direito localiza-se de 1 a 2 cm inferior ao rim esquerdo. E bilateralmente, sob cada rim, encontram-se as glândulas suprarrenais (KELLY; LANDMAN, 2014).

Ambos os rins ficam próximos a aorta abdominal e a veia cava inferior, as quais se ramificam para cada rim em um ponto estreito, chamado de hilo. Após deixarem o hilo, a artéria e a veia renais passam a formar uma espaçosa cavidade no interior de cada rim, chamados de seio renal, no qual em seu interior cercado por gordura perirrenal os ramos da artéria e da veia renal e também os grandes ramos do sistema coletor de urina. A borda interior dos rins é constituída pelo córtex renal, uma região rosa acastanhada (KELLY; LANDMAN, 2014).

Os rins desempenham vários papéis importantes, tais como filtração, reabsorção, homeostase, funções endócrinológica e metabólica, sendo ainda a principal delas a manutenção da homeostase regulando o corpo por meio da reabsorção de substâncias e íons filtrados nos glomérulos e a excreção de outras substâncias (SODRÉ; COSTA; LIMA, 2007). Os túbulos proximal e distal, a alça de Henle e o ducto coletor são encarregados por reabsorver e secretar íons e outras substâncias, garantindo desta forma o equilíbrio homeostático (SODRÉ; COSTA; LIMA, 2007).

Doença Renal Crônica

Bortolotto (2008) define DRC por lesão renal caracterizada por alterações tanto nas estruturas ou no funcionamento dos rins com ou sem redução da taxa de filtração glomerular (TFG), detectadas por alterações patológicas ou indícios de lesão renal em exames de sangue, de urina ou de imagens. Para Cesarino, Casagrande e Barbosa (1998) o doente renal crônico passa a conviver com várias limitações, o tratamento com a hemodiálise é doloroso, tem pensamentos sobre a morte, entretanto convive com a possibilidade de submeter-se a transplante renal e a expectativa de melhorar sua qualidade de vida, porém, muitas vezes acaba desanimando e abandonando o tratamento ou não dando importância aos cuidados diários que deveriam ter.

De acordo com o que nos diz Lugon (2009), no Brasil o tratamento para DRC é predominantemente pago pelo governo. Embora se tenha uma taxa de mortalidade em diálise de 14% e tenha-se esforçado ainda mais para aumentar a taxa de transplantes renais, o país ainda

tem muito a avançar. Ainda de acordo com Lugon (2009) apud Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (2008), em 2004 e 2005 mais de 3.300 transplantes renais ocorreram anualmente.

Diagnóstico precoce

Em uma pesquisa realizada em Fortaleza por Pena *et al.* (2012), com 62 médicos que trabalham na atenção primária, resultou que a maior parte dos médicos pede dosagem de Creatinina para os pacientes acompanhados por Diabetes Mellitus (DM) ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), porém, ao se tratar dos meios de detecção mais precoces, tais como sumário de urina/microalbuminúria (forma de detecção de proteína na urina) e medida de TFG, este número reduz significativamente, sendo que foi lembrado por apenas 8,1% dos médicos para pacientes com DM e 4,8% para pacientes com HAS. Foi constatado também que médicos mais jovens solicitam mais exames, tais como a TFG, e encaminham mais os pacientes para atenção secundária, refletindo positivamente em uma maior atenção médica para a DRC.

Segundo Bastos *et al.* (2004) os benefícios do encaminhamento precoce englobam a identificação e o tratamento das causas reversíveis de falência renal, diagnóstico e correção dos fatores que levam a forma aguda da DRC, diminuição da velocidade de perda da filtração glomerular, identificação e correção das principais complicações e comorbidades mais prevalentes da DRC, e a obtenção de melhores parâmetros bioquímicos, físicos e psicológicos quando do início da TRS.

Bastos *et al.* (2004) citam que o diagnóstico baseia-se na identificação de HA, na presença de hematúria, proteinúria, leucocitúria e determinação do ritmo de filtração glomerular (RFG). Bastos *et al.* ainda explicam que é fácil realizar a pesquisa de hematúria e proteinúria, basta usar as fitas de imersão urinária, as quais são de baixo custo e de fácil manuseio. Nos casos de hematúria é recomendado a realização de sedimentoscopia urinária através da microscopia de contraste de fase, que diferencia se o sangramento é de origem glomerular ou pós-glomerular. Quando detectada proteinúria deve-se quantificá-la podendo ser feito em urina de 24 horas ou em amostra isolada. Já o RFG pode ser determinado pela dosagem da creatinina sérica ou pela depuração desta pelo rim.

A TFG é a mais utilizada por ser mais compreendida pelos profissionais da saúde, e também por ser a melhor medida geral da função

renal. A utilização da creatinina sérica isoladamente para calcular a taxa de filtração não é satisfatória e nem indicada. A TFG é conceituada como a capacidade que o rim possui de eliminar substâncias presentes no sangue e é expressa como o volume de sangue que é completamente refinado em um determinado tempo (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Bastos e Kirsztajn (2011) compararam pacientes diagnosticados com DRC que haviam sido encaminhados ao nefrologista precocemente (>16 semanas antes do início da diálise) e aqueles encaminhados tardiamente (<16 semanas antes do início da diálise), e observou-se quem os encaminhados precocemente passaram menos dias hospitalizados após a diálise ser iniciada, possuíam menor probabilidade de necessitar de diálise de urgência, menor controle da PA e menos edema agudo de pulmão, além de apresentar maior probabilidade de iniciar a diálise com um acesso venoso vascular permanente, sendo que os encaminhados tardiamente tinham maior probabilidade de morrer no primeiro ano de diálise.

Pacientes hipertensos ou diabéticos que apresentarem TFG >45mL/min/1,73m² estabilizada e proteinúria <1,0g/dia e sem outras intercorrências no exame de urina e ainda apresentar PA controlada, pode ser estimulado a fazer controle clínico na atenção básica, sem necessidade de encaminhamento à especialista. Porém, deve ser encaminhado ao nefrologista o paciente que apresentar nível de albuminúria maior do que 1g/dia; documentar a ocorrência de albuminúria < 1g/dia e de hematúria de origem glomerular que começam indicar glomerulopatia primária ou secundária como causa da DRC; houver diminuição rápida de >30% do basal da TFG num intervalo de tempo <3 meses; houver queda anual da TFG > 5mL/min/1,73m² indicando controle clínico inadequado do DM ou HAS e a ocorrência de complicações decorrentes do comprometimento renal; apresentar TFG <45mL/min/1,72m² pelo risco de nefrotoxicidade medicamentosa e IRA (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

Há algumas intervenções para diminuir a progressão da DRC, tais como controlar a HAS e a DM, diminuir a proteinúria, desestimular o hábito de fumar (maior velocidade de progressão da doença por ter efeito vasoconstritor, tromboembólico e agir direto no endotélio), reduzir índices de obesidade (obesidade aumenta os níveis de proteinúria e a velocidade da perda da filtração glomerular), baixo teor de proteínas (retarda a progressão da DRC), controle da hiperlipidemia (ameniza as doenças cardiovasculares associadas) (BASTOS *et al.*, 2004).

Metodologia

Primeiramente a ideia deste projeto foi discutida na Comissão Integração Ensino-Serviço (CIES), do Meio Oeste de Santa Catarina, no qual foi verificada a necessidade e a importância de se abordar este assunto com os profissionais. Foi realizada uma capacitação para profissionais da saúde e uma atividade com os hipertensos e diabéticos de 10 diferentes municípios do Meio Oeste, sendo: Água Doce, Catanduvas, Herval D'Oeste, Joaçaba, Jaborá, Lacerdópolis, Vargem Bonita, Luzerna e Zortéa. Após foi realizada uma pesquisa com os pacientes, com objetivo de avaliar a presença de doença renal em estágio inicial. Os municípios fizeram as coletas de sangue e urina mediante solicitação do profissional da unidade e conforme protocolos já estabelecidos, enviando posteriormente os resultados para os pesquisadores, para análise e elaboração do trabalho.

A capacitação para os profissionais foi realizada na Secretaria de Saúde de Herval D'Oeste, ministrada pelo médico nefrologista Hotone Dallacosta. A palestra para os participantes do Hiperdia teve participação de aproximadamente dois mil hipertensos e diabéticos dos municípios que aderiram ao projeto e 1486 participaram da pesquisa. As palestras foram realizadas nos municípios que aderiram ao projeto, em data agendada pelas Secretarias de Saúde.

Os dados quantitativos foram descritos por média e desvio-padrão e os categóricos por contagens e percentuais. A comparação de variáveis quantitativas entre grupos foi realizada pelo teste t de Student. A associação de variáveis quantitativas foi realizada utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson. Os cruzamentos de dados categóricos foram analisados pelo teste de Qui-quadrado ou Teste de Fisher. O nível de significância adotado foi de 95%.

Este projeto seguiu os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.466, de 12/12/12, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unoesc (parecer 160.925) e todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Na atividade educativa com os profissionais da saúde participaram 40 pessoas, incluindo médicos e enfermeiros. A estratégia utilizada foi a discussão problematizadora, na qual os profissionais pude-

ram expressar os problemas enfrentados no dia-a-dia de trabalho, e as dificuldades a serem superadas, tendo como questão norteadora, a detecção precoce e diagnóstico da doença renal. O mediador abordou ações práticas e condizentes com a realidade da saúde no Meio Oeste de Santa Catarina, o que tornou factível e facilmente aplicável todas as condutas discutidas na capacitação, pois um dos preceitos da EP é que deve possibilitar a transformação da prática dos trabalhadores da saúde (CANÇADO, BARBOSA, OLIVEIRA, 2017).

As palestras sobre Doença renal foram realizadas a quase 2 mil pacientes hipertensos e diabéticos, em 10 diferentes municípios do Meio Oeste, durante todo o ano de 2016. Todos os pacientes foram convidados a participar de um estudo sobre detecção precoce de DRC, ao qual 1486 pessoas aderiram, sendo 66,8% do sexo feminino e média de idade 63,1 ($\pm 11,8$) anos. No Censo de diálise de 2014, a maioria dos pacientes em diálise é do sexo masculino e 66,4% estão na faixa etária de 19 a 64 anos, com 27,9% entre 65 e 80 anos (SESSO *et al.*, 2016).

Entre os 1486 participantes, 31,8% apresentaram filtração glomerular abaixo de 60 mL/min/1,73m², a maioria no estágio 2 (41,3%) e 3 (29,3%). É recomendado que todo indivíduo com TFG inferior a 60 ml/min faça exames para confirmar a presença de doença renal, seja por meio de coleta de cistatina C sérica, seja através de um marcador exógeno de filtração glomerular (KIRSTAJN, SALGADO FILHO, DRAIBE *et al.*, 2014). Estudo realizado em Minas Gerais encontrou elevada prevalência de doença renal em estágio inicial (35,7% no estágio 3) (ALVES, ABREU, NEVES *et al.*, 2017), assim como outro estudo em Araguaia encontrou 46% no estágio 3 (SILVA, BRUNE, 2011).

As mulheres tiveram filtração glomerular menor que os homens. A idade obteve forte associação inversa com a filtração glomerular menor que 60 mL/min/1,73m² ($r = -0,6$; $p = 0,00$), e associação direta com a creatinina ($r = 0,2$; $p = 0,00$). As mulheres tiveram creatinina e TFG menor que os valores dos homens ($p = 0,00$ em ambos) e um risco 10% maior de ter TFG abaixo de 60 ml/min ($p = 0,00$).

Tabela 1: Doença Renal Crônica distribuída por estágios.

Estágio	Valor de Referência	Classificação	N (%)
0 ou 1	> 90ml / min	TFG normal ou elevada	408 (27,5%)
2	60-89ml / min	TFG levemente diminuída	616 (41,5%)

3a	45-59ml / min	TFG moderadamente diminuída	293 (19,7%)
3b	30-44ml / min	TFG com moderada a severa diminuição	143 (9,6%)
4	15-29ml / min	TFG severamente diminuída	25 (1,7%)
5	<15ml / min	Falência renal	01 (0,1)

Fonte: Banco de dados dos autores.

Dos 1486 participantes, 448 coletaram exame de urina para análise de proteinúria, sendo 98 (21,9%) diabéticos, 376 (83,9%) hipertensos, e 26 (5,8%) possuem as duas patologias associadas. As maiores causas de falência renal são o Diabetes, a Hipertensão e as Glomerulonefrites, sendo, no Brasil, a hipertensão a maior causa, seguindo do diabetes (CAPLIN, JAKOBSSON, GLASER *et al.*, 2017; SILVA, BRUNE, 2011).

Segundo o Censo de diálise de 2014, as doenças de base mais frequentes nos pacientes com doença renal são hipertensão arterial (35%), diabetes (29%), glomerulonefrite crônica (11%) e rins policísticos (4%) (SESSO *et al.*, 2016).

A proteinúria foi identificada em 70 pessoas (15,6%). Avaliar a presença de proteinúria (albuminúria) é altamente recomendado pelo KDIGO, pois apenas a análise da taxa de filtração glomerular é insuficiente para diagnosticar a presença de doença renal (KIRSTAJN, SALGADO FILHO, DRAIBE *et al.*, 2014). Considerando que idealmente a proteinúria deve ser dosada no exame de urina de 24 horas, foi recomendado que todos indivíduos com presença de proteína neste estudo, fossem avaliados por um profissional médico.

Analizando a TFG das 448 pessoas, 110 pessoas (24,6%) estão com taxa de filtração inferior a 60ml/min. A idade apresentou forte correlação inversa com a TFG ($r=-0,6$; $p=0,00$), e as pessoas acima de 60 anos tiveram mais perda de proteína na urina ($p=0,00$). Os valores de creatinina e uréia também demonstraram que aumentam conforme aumenta a idade ($r=-0,2$; $p=0,00$ para ambos). Estudos epidemiológicos têm mostrado que a TFG é menor em pessoas idosas, mas ressalta-se que no envelhecimento saudável isso é esperado, porém, não com TFG inferior a 60 ml/min (KIRSTAJN, SALGADO FILHO, DRAIBE *et al.*, 2014).

Os valores de creatinina e uréia apresentaram correlação inversa com a TFG ($r=-0,5$; $p=0,00$ e $r=-0,3$; $p=0,00$, respectivamente), corroborando com a literatura de que quanto maiores os valores de creatinina e uréia, menor a TFG. Não houve diferença entre os sexos quanto à TFG e presença de proteinúria. Ainda que a proteinúria seja difícil de detectar em pequenas quantidades e nos estágios iniciais da DRC, é um método amplamente aceito na literatura como eficiente para determinação de dano renal (ALVES, ABREU, NEVES *et al.*, 2017). A ureia foi o primeiro marcador endógeno utilizado, porém, devido à baixa especificidade e ao seu valor sofrer influências diversas (alimentação, co-morbidades, etc.), não é completamente confiável e não deve ser usada isoladamente para avaliar a função renal. A creatinina tem sido amplamente utilizada, principalmente devido ao seu baixo custo, mas apresenta como limitação o fato de ser dependente da massa muscular e o fato de não ter uma relação inversa direta com a TFG, dessa forma, a creatinina só terá alteração após a TFG estar 50-60% abaixo do valor normal, por esses motivos, também não deve ser usada isoladamente para efeitos de diagnóstico (BASTOS; KIRSTAJN, 2011).

Os indivíduos com proteinúria tiveram taxa de filtração menor comparado aqueles sem proteínas na urina (tabela 2). A TFG baixa e proteinúria elevada estão associadas a taxa aumentada de progressão para doença renal crônica e devem ser monitoradas a intervalos regulares, a fim de observar a taxa de declínio, que pode ser relativamente constante (KIRSTAJN, SALGADO FILHO, DRAIBE *et al.*, 2014).

Tabela 2: Valores de Filtração Glomerular em relação à presença de proteinúria.

	PROTEINÚRIA		P
	Sim	Não	
TFG	73,1	83,5	0,01

Fonte: : Banco de dados dos autores

Os profissionais da saúde precisam estar atentos aos grupos de risco para DRC, e desenvolver ações que visem o diagnóstico precoce, pois comparado aos pacientes encaminhados tardiamente, aqueles encaminhados precocemente tem menos complicações (hipertensão, edema agudo de pulmão, dias de hospitalização) e reduzida mortalidade (BASTOS; KIRSTAJN, 2011).

Conclusão

Observamos que a estratégia de aliar a pesquisa com a capacitação dos profissionais foi fundamental para o êxito do projeto, atingindo os objetivos de trabalhar educação permanente com os profissionais e usuários, e realizar a pesquisa para detecção precoce da doença renal.

Encontramos neste estudo uma prevalência elevada de indivíduos com baixa taxa de filtração glomerular e com risco elevado para doença renal crônica. Diversos estudos em todo o mundo têm demonstrado a importância de se realizar acompanhamento adequado e detecção precoce da doença, visando melhorar a qualidade de vida e diminuir a morbi mortalidade associada à doença.

As ações realizadas neste projeto envolveram profissionais de diversas áreas, e incluíram ações de prevenção e promoção da saúde, e especialmente na doença renal crônica, que é oligossintomática, as ações devem incluir a suspeição da doença em todos pacientes com fatores de risco conhecidos ou alteração da taxa de filtração glomerular. Assim, a educação permanente mostrou-se uma importante ferramenta para melhorar as ações em saúde e capacitar os profissionais para atuar visando a melhoria da assistência.

Referências

BASTOS, M.G. Doença renal crônica: problemas e soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 4, p. 202-215, dez. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002011000100013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 set. 2017.

BASTOS, M.G.; KIRSTAJNA, G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-. Acesso em: 17 ago 2017.

BONFIM, E.S; ARAÚJO, I.B; OLIVEIRA, B.G; MOREIRA, R.M; ROCHA, R.M; BOERY, R.N.S.O. Educação Permanente em Saúde: discussão das práticas educativas na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 8, p. 2833-7, 2016.

BORTOLOTTO, L.A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Hipertensão**: São Paulo, v. 15, n. 3, p. 152-155, 2008.

CESARINO, C.B; CASAGRANDE, L.D.R; apud BARBOSA, J.C. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: v.6, n. 4, p. 31-40, outubro 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13873>>. Acesso em: 10 set. 2017.

MICCAS, F.L; BATISTA, S.H.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

CANÇADO, M.S.M; BARBOSA, M.A; OLIVEIRA, E.S.F. Educação permanente em saúde na perspectiva de discentes de um curso de pós-graduação em saúde coletiva nível mestrado profissional, Brasil. **Revista CIAIQ**, v.2, 2017. Disponível em: <http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1195/1156>. Acesso em 17 ago 2017.

DIEGOLI, H; CRUZ, C.E.R.N; SILVA, M.C.G; MACHADO, D.S.B. Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 1, p. 32-37, 2015.

Am, J. K.D. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **National Kidney Foundation**. Comment in: AM, J.K.D. 2012 V.60, n.5, p.729-30. 2017. Disponível em: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf>

PENA, P.F.A. *et al.* Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integridade e o matriciamento. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63024420029/>>. Acesso em: 09 set. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica diabetes mellitus e doença renal crônica**. ed. 3. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

SILVA, M.M.H; BRUNE, M.F.S. Importância do cálculo da taxa de filtração glomerular na avaliação da função renal de adultos. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 92, n. 3, p. 160-165, 2011.

KELLY, C.R; LANDMAN, J. Sistema urinário: **coleção Netter de ilustrações médicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2014, p. 1-6. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=UDgcBgAA-QBAJ&pg=PR17&dq=doen%C3%A7a+renal+cronica&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 10 set. 2017.

KIRSTAJN, G.M, *et al*. Leitura rápida do KDIGO 2012: diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 1, p. 63-73, 2014.

OLIVEIRA, F.M.C.S.N; FERREIRA, E.C; RUFINO, N.A; SANTOS, M.S.S. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Revista: Aquichan**, v. 11, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74118880005>. Acesso em: 24 agosto 2017.

SODRÉ, F.L; COSTA, J.C.B; LIMA, J.C.C. Avaliação da função e da lesão renal: um desafio laboratorial. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**: Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 329-337, set.- out. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3935/393541937005.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017.



PERCEPÇÃO DO SERVIDOR DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA (LACEN-SC) QUANTO À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Aline Daiane Schlindwein
Adriana da Cruz Machado
Helen Bruggemann Bunn Schmitt*

Introdução

É inquestionável a necessidade de manter os profissionais de saúde capacitados e atualizados devido a rapidez da produção científica e tecnológica da saúde e da mudança dos modelos assistenciais em virtude da política de saúde. Partindo deste pressuposto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população (GERIR, 2012). Assim, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas (MEDEIROS, 2015). A Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população (MARRAROLI; SAUPE, 2008).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) considera que, no processo de EPS, o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas. Atualmente temos a preocupação de capacitar os profissionais para o enfrentamento das constantes mudanças, tornando necessária a flexibilização das estruturas organizacionais. A articulação entre ensino, serviço, atenção e gestão é fundamental para que a EPS se consolide no âmbito dos servi-

ços de saúde. Esses espaços são formados por sujeitos distintos, sendo necessário o envolvimento e participação de todos para que a EPS se torne uma ferramenta na construção de relações dialógicas.

A escolha do tema deu-se pela necessidade das pesquisadoras apreciar dentro da Instituição de trabalho, o Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina (LACEN-SC), uma educação permanente ao profissional, com o objetivo de estimular o conhecimento em seu próprio local de trabalho, em suas tarefas diárias e a de seus colegas; além do conhecimento externo oferecido por outras instituições. O aprendizado constante beneficia o profissional, a instituição e a comunidade usuária do serviço público em saúde, pois o aumento do nível técnico científico da equipe, corrobora com a qualidade de vida e a humanização.

A aprendizagem no contexto do trabalho traz benefícios para a organização como: adaptação à mudança, redução do estresse, melhoria das decisões, aumento da eficiência no desempenho das funções, diminuição de erros organizacionais e ampliação potencial de mudança do comportamento (BASTOS; GONDIM; LOIOLA, 2004).

Incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1936 e reconhecido legalmente a partir de 1951, o LACEN-SC passou por algumas reformas e reestruturações, sendo que a partir de 2007 este passa a desenvolver suas atividades em dois eixos técnicos: Área de Biologia Médica e Área de Produtos, Água e Meio Ambiente. Totalmente vinculado ao SUS, mantém laboratórios regionais nas principais cidades catarinenses. É referência como laboratório público no estado de Santa Catarina (SC) por realizar exames de média e alta complexidade, auxiliar o setor saúde dos municípios catarinenses, participar de inúmeros programas do Ministério da Saúde (LACEN, 2015). Com aproximadamente 170 servidores lotados em sua Central, o presente estudo tem por objetivos: caracterizar os profissionais que trabalham no LACEN-SC; e, identificar a percepção dos profissionais do LACEN-SC com relação a educação permanente em saúde.

Educação Permanente em Saúde: uma necessidade dos serviços

O trabalho e a formação dos trabalhadores passaram a permear os debates a partir do movimento da Reforma Sanitária brasileira, nos anos de 1970/1980, e é uma necessidade apontada nos espaços cole-

tivos da saúde e considerada como prioridade para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência em saúde (BRAVO; MENEZES, 2008).

A Educação Permanente em Saúde - EPS, incluindo estratégias de capacitação de trabalhadores da área de saúde em seu processo de trabalho, vem sendo discutida na América Latina desde 1985 (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990). Naquela época, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) apontava para a necessidade da discussão da educação permanente, apresentando a proposta de sua reorientação na Região das Américas, não limitada à forma individualizada, mas focada na solução de problemas reais e concretos que ocorrem nos serviços de saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

A concepção de saúde, por muito tempo, foi centrada na doença, transformando-se, na sua trajetória histórica, em processo saúde-doença, onde as formas de cuidar, de pensar no cuidado e na formação também mudaram. Foi ampliada a compreensão do usuário como sendo alguém que tem princípios, valores, educação, não somente no sentido da escolaridade, mas englobando toda sua vivência, seu contexto familiar e social, sua cultura, alargando a concepção de vida para além da dimensão biológica, atingindo as dimensões política, psicológica, espiritual, social e cultural, transversalizando todas as etapas do desenvolvimento do ser humano.

A educação e a saúde necessitam estar relacionadas. Ou têm interface ou simplesmente não passam uma pela outra, mas transpassam-se, visto que, tanto a saúde quanto a educação, têm em seu cenário a Educação. Tanto a Educação Permanente como Educação Continuada são direcionadas aos profissionais. Porém, estas trazem concepções diferentes que precisam ser salientadas para que se entenda a relevância da Educação Permanente nos serviços de saúde. (VIAL *et al.*, 2009).

A educação continuada deve ser entendida como: conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional. [...] a educação continuada está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha (SILVA; PEREIRA; BENKO, 1989, p. 9-10).

Silva, Pereira e Benko (1989) abordaram a educação continuada como um benefício destinado ao próprio indivíduo que participa do

processo educativo, e esse benefício retorna para a instituição na qual trabalha. Esse retorno repercute na instituição sob a forma de “satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização dos serviços”. Porém, os profissionais da saúde não podem continuar com ações focadas no modelo biomédico, nem centradas na doença. Para que se realizem ações de saúde com integralidade, transdisciplinaridade, humanização, baseadas na concepção ampliada de saúde, a Educação Permanente é peça vital, em que o planejar, o propor, o refletir e o executar diversas formas de atenção e gestão vão se desenvolvendo através da problematização (VIAL *et al.*, 2009).

Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker (2004) referem que a lógica da Educação Permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar; que visa o desenvolvimento e a capacidade de aprendizagem, o enfrentamento de situações em que se exige criatividade. A Educação Permanente não é uma temática nova, mas a discussão tem sido conhecida por outros atores (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI; 1994). Lopes *et al.* (2007) contextualizam que a Educação Permanente teve início na América latina, como estratégia de integração da educação e do trabalho.

Segundo Haddad, Roschke e Davini (1990), o conceito de educação permanente em saúde busca de alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual, privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo. A partir da discussão e da análise conjuntas e participativas dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução buscam a transformação da prática de saúde, objetivo essencial do ato educativo.

A EPS no Brasil foi consolidada em 2004 pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004b). Segundo Tronchin e colaboradores (2009), como política pública, essa deve preconizar a articulação setorial e multiprofissional, a participação efetiva dos usuários por meio do controle social e de instituições de ensino, concretizando o processo de trabalho a partir do cotidiano das relações.

Segundo Ceccim (2005) a inserção da Educação Permanente é uma forma estratégica para reconstituição das experiências do controle social, da atenção, da formação, da gestão, bem como da formulação

de políticas na esfera da saúde. Essa inserção permite que ações sejam interligadas, fazendo com que haja mudanças na formação técnica, na superior, na pós-graduação e nas residências.

A Educação Permanente traz aos profissionais uma nova forma de pensar, aprender, ensinar e fazer saúde, em que cada ator envolvido coloca as suas experiências ao problematizar o nó crítico de uma situação de acordo com a sua realidade. Não existe Educação Permanente se a reflexão do cotidiano permanece sempre na condição de segundo plano das prioridades dos atores envolvidos nos serviços de saúde. Os atores que nos referimos são os atores do quadrilátero da formação para a área da saúde: o ensino, o controle social, a gestão e a atenção (VIAL *et al.*, 2009).

Tanto em âmbito nacional quanto estadual, a Educação Permanente está integrada ao conjunto das políticas públicas de saúde. Em âmbito nacional, a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, instituiu as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, sendo que a Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006, estabeleceu as normas das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, principalmente no que diz respeito às responsabilidades dos gestores da Educação na Saúde (BRASIL 2006a; BRASIL, 2006b).

Em 2007 é estabelecida a Portaria GM/MS nº 1996 que redefiniu as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. O Pacto pela Saúde aborda três direcionamentos: o Pacto pela Vida que reforça no SUS a gestão pública baseada em resultados, o Pacto pela Gestão esclarece as funções federativas e fortalece a gestão compartilhada, enfatiza a gestão descentralizada, a regionalização, define diretrizes para a gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS reafirma o controle social, o direito da cidadania (BRASIL, 2007).

A ênfase na descentralização das ações em saúde abordada no Pacto pela Gestão fortalece a discussão de uma EPS descentralizada e voltada para as reais necessidades locais, dando ênfase a participação efetiva do controle social, as especificidades, as necessidades locais, o fortalecimento da instância estadual e da gestão participativa (BRASIL, 2007). O desafio da EPS é estimular o desenvolvimento da consciência crítica dos profissionais sobre seu contexto de trabalho, pela sua responsabilidade com o processo permanente de capacitação, assim torna-se necessário que essa seja para todos os profissionais da saúde um processo sistematizado e participativo.

Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina

A trajetória histórica do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) remete ao ano de 1936, quando o governo estadual, por meio da Lei nº 138 de 14 de novembro de 1936, reorganiza os serviços de saúde pública no Estado e a então Diretoria de Higiene passa a denominar-se Departamento de Saúde Pública (DSP) (SANTA CATARINA, 1936). A partir de 1937, o Laboratório de Saúde Pública passa a fazer parte do complexo de saúde existente em SC, que naquele ano dividiu o Estado em sete Distritos Sanitários.

Em 1944 o DSP já registra em seu organograma a existência do Laboratório de Saúde Pública, com os setores de Química, Diagnóstico e Pesquisa e Imunologia. Porém, a estrutura laboratorial com abrangência estadual, surge somente a partir de 1951 com a Lei nº 503, de 24 de julho, quando é criado o Laboratório Geral do Estado, com sede em Florianópolis (SANTA CATARINA, 1951). O Departamento de Saúde Pública é instituído sob a forma autárquica pela Lei nº. 4.547, de 31 de dezembro de 1970. Esta mesma Lei, em seu artigo 3º, parágrafo único, apresenta a nova estrutura organizacional, assim definida: Divisão Técnica, Divisão Administrativa, Divisão Financeira, Laboratório Central e unidades de atuação regional (SANTA CATARINA, 1970).

Em 1973 a Secretaria de Estado da Saúde (SES) elabora por meio da Coordenadoria de Saúde Pública e Hospitalar, o projeto de regionalização dos serviços de saúde, mais conhecido como projeto CARS (Centros Administrativos Regionais de Saúde), que dá origem aos CARS, substituindo os 12 Distritos Sanitários. O DSP organiza-se, então, em três divisões: Laboratório de Saúde Pública, Divisão de Pesquisa e Desenvolvimento e Divisão de Bromatologia.

A Constituição Federal de 1988 cria o SUS, sendo que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que o regulamenta, estabelece diretrizes e princípios para a organização do SUS, e prevê em seu artigo 17, inciso X, como atribuição do gestor estadual, coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública e Hemocentros e gerir as unidades que pertencem a sua organização administrativa (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A reforma administrativa do Estado, ocorrida através da Lei nº 8.240, de 12 de abril de 1991, extinguiu na área da saúde o Departamen-

to de Saúde Pública, ao qual estavam vinculados os 7 CARS, nos municípios de Florianópolis, Joinville, Criciúma, Lages, Joaçaba, Chapecó e Blumenau. Nesta reforma também foi extinta a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC). O LACEN passa então a integrar a SES como uma unidade assistencial descentralizada (SANTA CATARINA, 1991).

Com o SUS organizado em todo o país e com o processo de municipalização da saúde em andamento, além do LACEN, com sede em Florianópolis, o estado passa a contar com os Laboratórios Regionais de Chapecó, Joaçaba, Criciúma e Joinville. Em 2003, na reforma administrativa do Estado, estabelecida pela Lei Complementar nº 243 de 30 de janeiro de 2003, as Coordenadorias Regionais de Saúde passam a integrar as Secretarias de Desenvolvimento Regional, e os Laboratórios Regionais e Microrregionais (Tubarão, São Miguel do Oeste e Xanxerê), passam a ser vinculados tecnicamente ao LACEN (SANTA CATARINA, 2003). O Laboratório de fronteira de Dionísio Cerqueira também está vinculado tecnicamente ao LACEN, mas, por questões estratégicas, reporta-se ao gestor municipal e nacional.

Em 02 de agosto de 2007 é publicada a Portaria nº 407/SES, que institui a Rede Catarinense de Laboratórios de Saúde Pública de Santa Catarina, em consonância com a Portaria nº 2.031, de 23 de setembro de 2004, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) e estabelece os Laboratórios Centrais como Referência Estadual para coordenar a rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública (BRASIL, 2004; SANTA CATARINA, 2007; DALCIN; TAHA, 2013).

O LACEN-SC é uma diretoria da administração pública direta, vinculada à SES e responde hierarquicamente à Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV) (DALCIN, COSTA, 2013). Ele é o laboratório de referência estadual para as questões de saúde pública no Estado de Santa Catarina, integrando o SISLAB (DALCIN; TAHA, 2013). A estrutura organizacional do LACEN foi estabelecida pela Portaria nº 159/SES, de 28 de março de 2006, sendo composta pelas Unidades Organizacionais (UO) (DALCIN, COSTA, 2013):

- a) Direção do LACEN;
- b) Gerência de Administração da Rede de Laboratórios;
- c) Gerência Técnica de Biologia Médica;

- d) Gerência Técnica de Produtos e Meio Ambiente;
- e) duas coordenações: Qualidade e Biossegurança;
- f) cinco divisões administrativas, subdivididas em nove setores administrativos;
- g) cinco divisões na área de Biologia Médica, subdivididas em onze setores técnicos;
- h) três divisões na área de Produto e Meio Ambiente, subdivididas em doze setores técnicos;
- i) as coordenações, divisões e setores possuem um funcionário com cargo de chefia.

Os chefes dos setores do laboratório reportam-se hierarquicamente aos chefes de divisão, e esses à gerência correspondente. As gerências reportam-se ao diretor do laboratório. A comissão de gestão da qualidade (CGQ) reporta-se hierarquicamente ao coordenador do programa de gestão da qualidade (COPGQ), e esse possui acesso direto ao diretor do laboratório. A comissão de biossegurança (CBIO) reporta-se hierarquicamente ao coordenador de biossegurança (COBIO) e esse tem acesso direto à COPGQ e ao diretor do laboratório, colaborando na implantação do Sistema de Gestão da Qualidade e Biossegurança (SGQB).

O laboratório desempenha suas atividades em dois eixos técnicos (DALCIN; TAHA, 2013):

a) **área de biologia médica, composta por onze UO**: Setor de Bacteriologia, Setor de Virologia, Setor de Micologia, Setor Técnico de Análises Neonatais, Setor Administrativo de Análises Neonatais, Setor de Tuberculose, Setor de Imunologia, Setor de Doenças Tropicais, Setor de Biologia Molecular, Setor de Recepção e Triagem de Amostras e Setor de Cadastro de Amostras.

b) **área de produtos sujeitos à vigilância sanitária e área ambiental, composta por nove UO**: Setor de Recepção de Amostras e Emissão de Resultados, Setor de Físico-química de Alimentos, Setor de Físico-química de Medicamentos, Setor de Microscopia de Alimentos, Setor de Microbiologia de Alimentos, Setor de Microbiologia de Água e Meio Ambiente, Setor de Físico-química de Água e Meio Ambiente, Setor

de Aditivos, Resíduos e Contaminantes e Central Analítica de Aditivos, Resíduos e Contaminantes.

O LACEN desenvolve suas atividades em parceria com os órgãos de vigilância em saúde em nível federal, estadual e municipal, estando inserido nas quatro redes nacionais de laboratórios que compreendem (DALCIN; TAHA, 2013):

- a) Rede nacional de laboratórios de vigilância epidemiológica;
- b) Rede nacional de laboratórios de vigilância em saúde ambiental;
- c) Rede nacional de laboratórios de vigilância sanitária;
- d) Rede nacional de laboratórios de atenção à saúde.

Método e instrumentos

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de delineamento transversal. Esta pesquisa possui caráter exploratório e abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa discorreu ainda em caráter social, dialético onde, segundo Dynienwicz (2009), a natureza social é considerada essencial nas pesquisas de abordagem qualitativa; na medida em que as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as pessoas pensam, sentem e agem a respeito da saúde e da doença. O objeto dessa pesquisa foi justamente a percepção dos servidores do LACEN-SC quanto a educação permanente e este estudo poderá trazer para o âmbito da Instituição uma possível transformação social, um diferencial que irá corroborar a instituição e sua missão. Segundo Minayo (2004, p. 43)

Para uma boa pesquisa social o ideal é agrupar coleta de dados quantitativos com qualitativos, pois em todos os fenômenos há quantidade e qualidade. Os fenômenos humanos têm especificidades subjetivas ao mesmo tempo que podem ser contadas, possibilitando conhecer a magnitude dos fatos, estabelecer modelos abstratos da realidade do ponto de vista empírico. Assim não há oposição entre qualidade e quantidade e sim complementaridade.

A pesquisa teve como população os servidores públicos ativos lotados no LACEN-SC, com nível de escolaridade médio e superior.

O LACEN-SC apresentava, no ano da pesquisa, 68 servidores de nível superior e 98 de nível médio em seu quadro funcional, totalizando 166 servidores. O cenário no qual a instituição está inserida reforça o tema proposto, visando um constante aperfeiçoamento e conhecimento teórico prático de seus servidores.

A coleta de dados ocorreu entre junho e julho de 2015. A amostragem foi não probabilística por conveniência. Considerando um intervalo de confiança de 95%, um poder do teste de 80%, teste de hipótese bicaudal, uma estimativa que apenas 25% da população compreenda o que é a educação permanente e neste contexto, 50% da amostra estudada, seriam necessários 26 indivíduos.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário estruturado elaborado pelas autoras. Este foi distribuído em mãos ao sujeito da pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No momento da entrega do questionário ao sujeito da pesquisa, foi abordado de forma sucinta o tema em foco, a intenção, finalidade e demanda da pesquisa e esclarecido qualquer dúvida. Foi estabelecido um prazo de 07 (sete) dias para devolução do questionário ao pesquisador, que passou para recolhê-lo.

Os dados quantitativos coletados no estudo foram inseridos em um banco de dados no programa Excel da Microsoft® e depois exportados para o programa IBM SPSS Statistics® versão 18.0. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequência simples e relativa. Os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica de “Análise de Conteúdo”, tendo como objetivo o tema central da pesquisa. Para Berelson (1952, p. 18) “É uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa de conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”.

Já para Bardin, a “Análise de Conteúdo” pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1979, p. 42).

Sendo esta uma pesquisa quali-quantitativa e observando as definições dos autores citados, julgou-se esta técnica adequada as necessidades

para análise de dados deste contexto, dividindo o trabalho em etapas.

A primeira etapa consistiu em uma leitura flutuante para reconhecimento do conteúdo expresso. Em seguida (segunda etapa), as respostas das perguntas fechadas foram analisadas, de forma que correspondessem as expectativas da pesquisa como: dados inerentes ao participante (nível de escolaridade, sexo, tempo de serviço, gerência de atuação e outras similares existentes no questionário). Na terceira etapa realizou-se a análise das respostas das perguntas abertas; correlacionando ideias, expectativas, conceitos, saberes, indo ao encontro do tema e objetivo dessa pesquisa. Foram classificados e agregados os dados conforme categoria teórica ou empírica. Os dados quantitativos foram submetidos a operações estatísticas. Já os dados qualitativos depois de categorizados, foram feitas inferências a fim de facilitar o tratamento das informações.

O estudo está fundamentado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade, dentre outros. O projeto de pesquisa foi submetido via Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina sob CAAE 43867615.5.0000.0115 no dia 25 de maio de 2015.

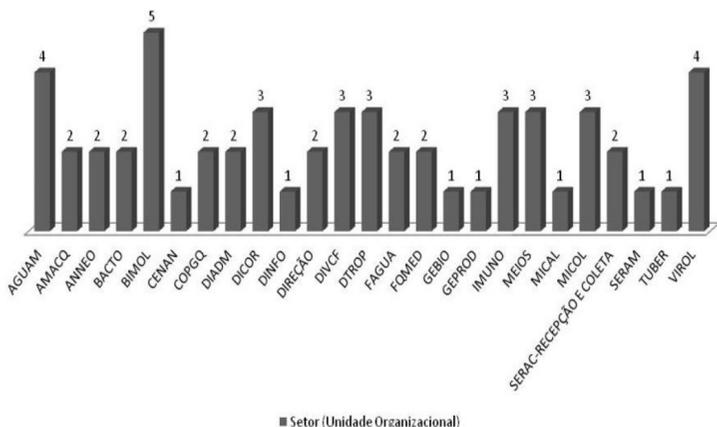
Caracterização dos profissionais lotados no LACEN-SC

Durante o levantamento realizado no período em que o questionário foi entregue aos sujeitos da pesquisa, o LACEN-SC contava com 163 servidores ativos no seu quadro funcional. Destes, onze estavam no período de férias, onze em licença para tratamento de saúde e quatro em licença prêmio. Portanto, foram entregues 135 questionários (desconsiderando as duas servidoras que fazem parte do presente projeto). Decorrido o tempo estabelecido para retorno dos mesmos, foram contabilizados apenas 58 questionários que correspondem a 42,96% dos servidores ativos lotados no LACEN-SC desconsiderando os que se encontravam em licença ou afastamento.

Na Figura 1 é possível visualizar o número de profissionais que responderam o questionário de acordo com o setor que atuam. Dentre os setores que responderam o questionário, o maior número de pessoas (cinco) foi verificado no setor de Biologia Molecular (BIMOL) seguido

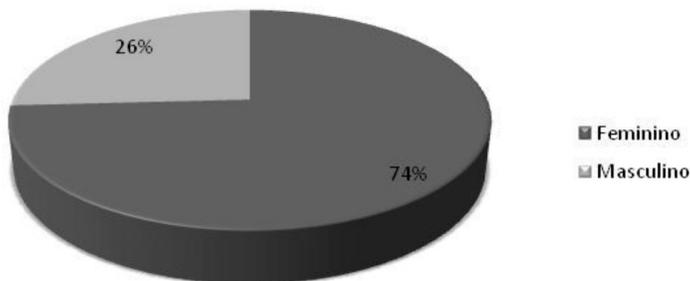
da Virologia (VIROL) e Microbiologia de Água (AGUAM) (ambos com quatro participantes).

Figura 1 - Número de profissionais dp LACEN-SC que responderam o questionário de acordo com o setor (unidade organizacional que atuam



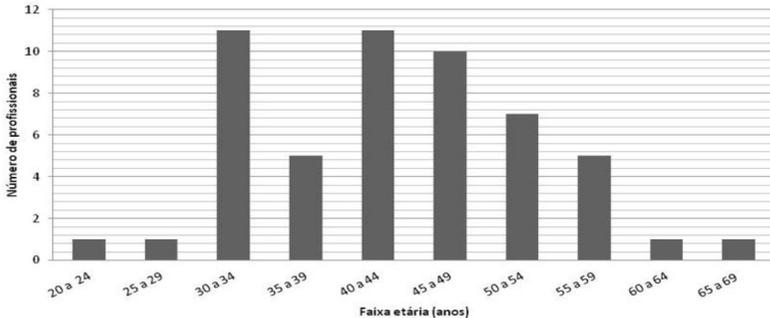
Do total de participantes, 74% (43 participantes) eram do sexo feminino e 26% (15 participantes) do sexo masculino (Figura 2). Estes dados estão de acordo com um estudo realizado em três hospitais públicos de uma região do Município de São Paulo com cerca de 400.000 habitantes que, contava com 22 serviços de saúde públicos: 14 unidades básicas de saúde (UBS), quatro serviços especializados, três hospitais e um pronto socorro onde constatou-se a predominância do sexo feminino nas três instituições (TRONCHIN *et al.*, 2009).

Figura 2 - Porcentagem de profissionais do LACEN-SC que participaram do estudo ed acordo com o gênero.



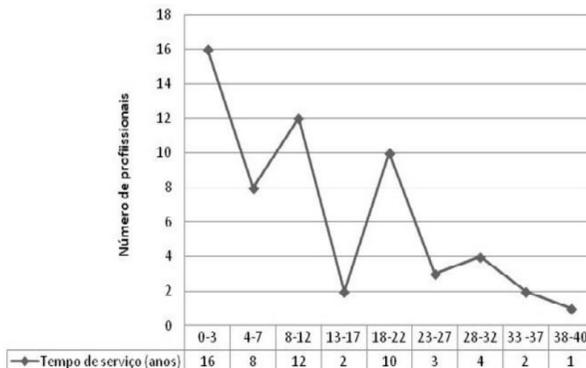
Quando analisamos estes profissionais de acordo com suas faixas etárias (Figura 3), verificamos que há uma igualdade no número de profissionais que tem entre 30 e 34 anos e entre 40 e 44 anos (11 profissionais em cada). Seguidos posteriormente de profissionais que tem entre 45 e 49 anos (10 profissionais).

Figura 3 - Número de profissional do LACEN-SC de acordo com a faixa etária (anos)



Atualmente, temos 16 profissionais com tempo de serviço entre um mês e 36 meses (0-3 anos), 12 profissionais com 8 a 12 anos e 10 com 18 a 22 anos de Instituição (Figura 4). Este número elevado de profissionais com tempo de serviço entre um mês e 36 meses (0-3 anos) deve-se a nomeação dos mesmos no Concurso Público edital SES 001/2010 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2010).

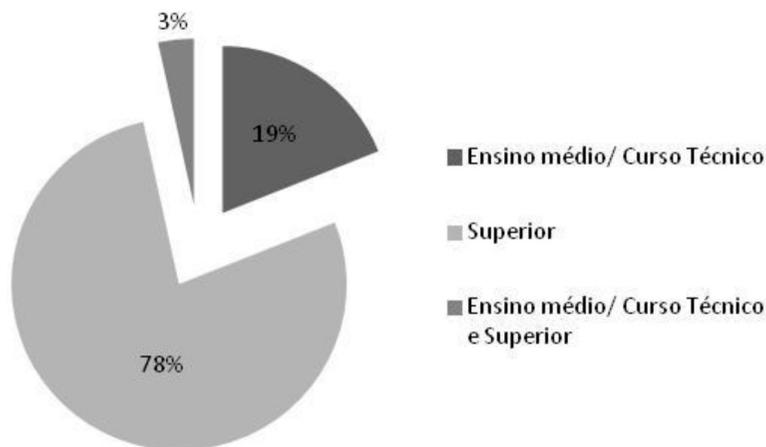
Figura 4 - Número de profissional do LACEN-SC de acordo com o tempo de serviço exercido na instituição (anos).



A grande maioria dos profissionais que exercem suas atividades no LACEN-SC apresentam formação superior (81%). Deste total, 3% além de nível superior apresentam curso técnico. Somente 19% dos profissionais apresentam apenas ensino médio e/ou curso técnico (Figura 5).

É perceptível que os mesmos buscam conhecimento, quer seja na forma de educação continuada ou permanente. Neste contexto, a educação atua de forma a transformar uma realidade, para recriá-la em termos de bagagem de conhecimentos, valores, atitudes e comportamentos. A educação é percebida como um processo dinâmico e contínuo para construção do conhecimento. Esta construção se dá por meio do desenvolvimento da consciência crítico/reflexiva e do pensamento livre, que leva ao compromisso pessoal e profissional de forma a refletir na transformação do contexto vivenciado (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

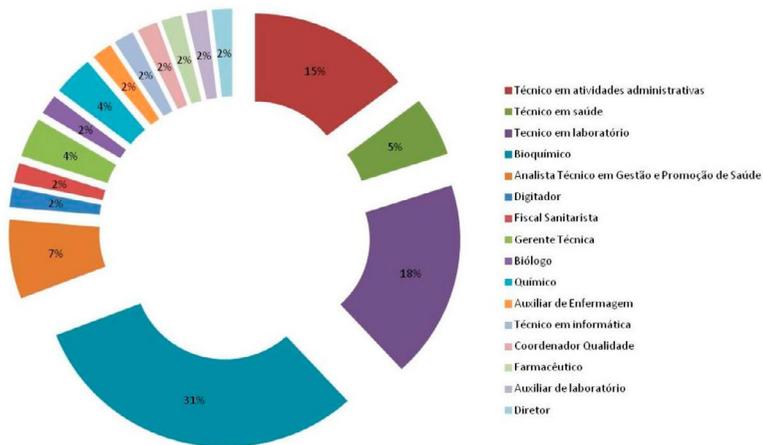
Figura 5 - Porcentagem de profissionais do LACEN-SC de acordo com a formação.



Ao analisar os cargos exercidos na Instituição (Figura 6) é possível verificar um quadro muito abrangente e heterogêneo. Entre os profissionais nomeados com nível médio para os cargos de técnico em atividades administrativas, técnico em saúde, técnico em laboratório, auxiliar de enfermagem, auxiliar de laboratório, técnico em informática e digitador apenas 34,62% (9 profissionais) possuem apenas ensino médio/nível técnico; os demais 65,38% já possuem nível superior.

Com relação aos profissionais nomeados com nível superior, os cargos observados foram: Bioquímico, Analista Técnico em Gestão e Promoção de Saúde, Fiscal sanitarista, Gerente técnica, Biólogo, Químico, Coordenador da Qualidade, Farmacêutico e Diretor. Estes correspondem a 51,72% do total de funcionários

Figura 6 - Porcentagem de profissionais do LACEN-SC de acordo com o cargo exercido na instituição.



Processo de gestão da educação em saúde no LACEN-SC

Os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica de “Análise de Conteúdo”. Os mesmos foram categorizados conforme a pergunta e a resposta, relacionados ao tema central das referidas perguntas. Em uma delas desejou-se saber qual era o entendimento do servidor do LACEN-SC quanto à Educação Permanente. Dez participantes (17,24%) responderam não ter conhecimento sobre Educação Permanente ou não responderam essa questão. Quarenta participantes (68,97%) responderam que sabiam o que significava, porém, segundo a literatura, as respostas estavam no âmbito do conceito de educação continuada. Obteve-se duas respostas (3,45%) onde o sujeito da amostra disse não ter certeza sobre o que vinha a ser exatamente educação permanente. Apenas seis (10,34%) tinham características e semelhanças com o conceito de EPS.

Após a categorização das respostas, as mesmas foram representadas nas falas descritas a seguir. Entre os sujeitos que responderam definições de educação continuada, as respostas representam-se da seguinte forma:

Todos os meios que visam o aprimoramento e a atualização profissional, seja através de cursos, congressos, seminários, treinamentos etc. Com foco específico na área de atuação ou não, podendo exercer no segundo caso um benefício indireto (S1).

Condições para que no local de trabalho e mesmo fora (cursos, palestras, encontros); sejam melhorados os conhecimentos já adquiridos, bem como de novos, em relação à saúde, sua atuação, seus mecanismos de funcionamento; para proporcionar aos trabalhadores um acréscimo (aumento), na qualificação e na qualidade dos serviços prestados à sociedade(S2).

Já para aqueles que responderam não ter certeza do que se tratava educação permanente, representou-se assim:

Aprender sendo uma constante. Estar aberto ao aprendizado por diretrizes organizadas em cursos, estágios, palestras, dinâmicas de grupo, e mesmo no autoconhecimento gerado pela prática diária e leitura e também na observação. Dinâmicas organizadas pelas instituições, por grupos específicos e/ ou de forma individual focando o conhecimento (S3).

Segundo Ceccim (2005) a Educação Permanente em Saúde pode corresponder a Educação em Serviço quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumento e recursos para a formação técnica submetido a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder a Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetivas de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específico. Contudo a resposta para o significado de Educação Permanente segundo a representação da fala de seis pessoas corresponde a:

Educação permanente muitas vezes se confunde com educação continuada, que, ao meu ver são sinônimos, pois ambas tem como objetivo atualizar os profissionais em determinada área de formação, melhorando suas funções e desempenho. A educação permanente atualiza e

melhora a capacidade técnica de um funcionário ou de um grupo (S4, S5, S6, S7)

São eventos (treinamentos, cursos, seminários) promovidos para um público específico de uma determinada instituição com o objetivo de fazer o conhecimento ser aplicável (S8,S9)

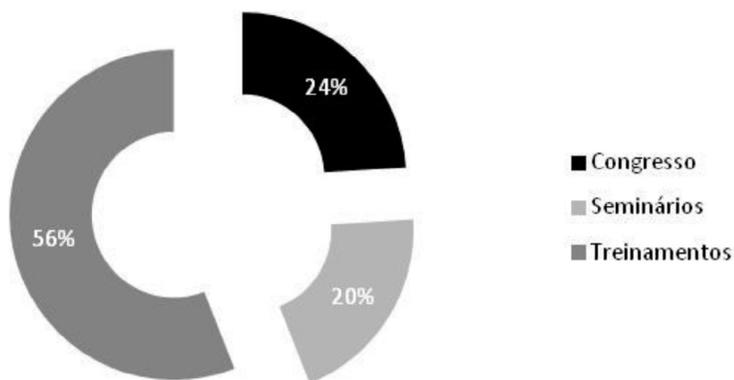
Observa-se nesse contexto que a Educação Permanente na percepção do servidor do LACEN-SC ainda é pouco compreendida, tendo em vista a redundância de ideias observadas nas respostas. Culturalmente o profissional de saúde ainda está muito ligado ao modelo de Educação Continuada, como sendo um processo educativo em benefício próprio, promovido pela instituição ou terceiros.

Uma pesquisa realizada em 2009 da Universidade Estadual de Londrina/PR (MARANDOLA *et al.*, 2009) relata que a análise realizada em 59 trabalhos (Anais do VII Congresso Nacional da Rede Unida que aconteceu em Curitiba – Paraná em julho de 2006) classificados com o tema Educação Permanente em Saúde, houve divergência quanto a compreensão do conceito do tema proposto em relação a Educação Continuada e Educação em saúde.

A análise dos dados revelou a existência de confusão com relação à definição dos termos, por parte de alguns autores, pois os mesmos utilizaram educação permanente em Saúde como sinônimo de educação continuada ou educação em saúde (MARANDOLA *et al.*, 2009).

Quando questionados se participam ou já participaram de algum programa de educação permanente na instituição, 62,0% (36) responderam que sim, 34,5% (20) que não e 3,5% (dois) não responderam a pergunta em questão. Vinte e seis profissionais responderam que nunca participaram de congressos, seminários e treinamentos custeados ou reembolsados pela instituição. Um não respondeu a pergunta. Dos 31 que responderam que participam e/ou participaram, 56% mencionaram os treinamentos como principal evento custeado ou reembolsado pela instituição seguido de congressos (24%) e seminários (20%) (Figura 7). Além dos eventos citados, também foram mencionados: cursos ofertados pelo LACEN-SC (3 participantes mencionaram), custeados pelo Ministério da Saúde (2), reuniões técnicas (2), palestras/encontros (1), estágio (1), curso 5S (4), relacionamento interpessoal (1) e Capacitação Qualidade NBR-ISO-IEC-17025 (1).

Figura 7 - Porcentagem de eventos custeados ou reembolsados pelo LACEN-SC de acordo com os profissionais que participam.



Esse estudo nos mostra que ainda existe necessidade de compreensão e divulgação do conceito de Educação Permanente para que também possa ser melhor aplicado. No sentido de conhecer melhor a forma como o servidor vem buscando, aprendendo e aplicando a educação permanente em serviço, aplicamos a seguinte pergunta: você busca algum tipo de Educação Permanente em Saúde?

Neste caso as respostas foram categorizadas de acordo com os exemplos citados por cada um dos participantes e o que mais se assemelhou a Educação Permanente, conforme o seu entendimento conceitual. De acordo com o Ministério da Saúde:

A ideia é usar a educação permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS. A educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social (BRASIL, p. 08, 2005).

Apenas um participante não respondeu a pergunta. Quinze (25,86%) responderam que não buscavam nenhum tipo de EPS. Quarenta e dois (72,41%) responderam que buscavam a EPS, porém cinco destes responderam com projetos futuros e um exemplificou com educação continuada. Considerando os resultados obtidos foram con-

siderados para categorização apenas 36 respostas. As mesmas estão representadas nas colocações abaixo:

Estou constantemente participando de diversos eventos na área da saúde (Congressos, seminários, fóruns, oficinas, cursos, palestras, entre outros). Estou concluindo uma especialização em mídias na educação ofertada pelo IFSC. Também faço cursos online voltados para a área da saúde, como alguns oferecidos abertamente pelo Hospital Israelita Albert Einstein (S1).

Atualizações na área de atuação profissional como Imunologia, epidemiologia de vírus emergentes, infectologia, automação em laboratórios, diagnósticos laboratoriais para doenças infecciosas, sistema de gestão da qualidade em laboratórios (S18).

Além disso, foram mencionados como buscas de EPS: capacitações em gestão de serviços de saúde (1 resposta); leitura de artigos via internet e em revistas especializadas (1); capacitação ligada ao LACEN e a gestão de qualidade (6); gestão em saúde; congressos, especializações e capacitações (2); Gestão pública; Especialização em Saúde Pública (2); Cursos, treinamentos, palestras e congressos (6); Especialização em Saúde Coletiva (1); Escola de administração pública (DEAPVIRTUAL) (2) e no site do Ministério da Saúde, onde tem cursos a distância (3).

É possível verificar de acordo com as respostas obtidas áreas muito diversificadas de conhecimento de acordo com a área de atuação dos profissionais em questão. Exemplos disso são respostas citadas direcionadas à área técnica e outra a área administrativa, como citadas a seguir:

Área técnica:

- Conclui a pós-graduação há uma semana em urgência, emergência e UTI.
- Treinamento em Hanseníase
- Visita técnica ao laboratório de referência

Área administrativa:

- Capacitação em análise orçamentária, programação orçamentária.

- Planejamento/controlado de custos em serviços de saúde.
- Parte administrativa da saúde, parte burocrática, cursos de gerenciamento.

Ainda que a política de educação permanente já esteja implantada, muitos profissionais desconhecem sua prática ou utilizam incorretamente sua nomenclatura. Destinado ao público multiprofissional a educação permanente em saúde leva o profissional a reflexões a partir das práticas de trabalho (ALMEIDA, 1997).

A participação do servidor do LACEN-SC nessa pesquisa tem um caráter diferenciado, afinal, conhecer um pouquinho de cada um, da estrutura em que estamos inseridos e contribuirmos de alguma forma para o melhor desenvolvimento do nosso trabalho é gratificante. Por isso, a última pergunta do questionário nos chamou muito a atenção pelas inúmeras sugestões recebidas quanto ao desejo dos servidores em aperfeiçoar-se na sua área de conhecimento e em outras. O intuito da pergunta foi saber a opinião de cada servidor acerca dos temas que poderiam futuramente contribuir para sua formação profissional e a inserção da educação permanente em seus locais de trabalho e como abordar esse processo.

A pergunta aplicada foi: você tem sugestões sobre que assuntos poderiam ser abordados no programa de educação permanente do LACEN-SC e de que forma poderíamos fazer isso? Aqui a categorização ficou dividida por área técnica, administrativa, biossegurança, gestão da qualidade e gerais (Tabela 1). Quatorze participantes (24,14%) não responderam esta pergunta, quatro (6,89%) mencionaram não ter sugestões e quarenta (68,97%) nos oportunizaram suas sugestões. As formas de execução citadas foram:

Presenciais, semi-presenciais e EAD;

Acho que seria interessante cada setor apresentar para o restante do LACEN os escopos e (o que faz), dando uma ideia melhor tudo o que nossa instituição faz.

Organizando apresentações sobre as novidades relacionadas com os escopos de cada setor, que deveriam ser apresentados mensalmente ou seguindo um calendário anual sobre algum assunto relacionado com os exames de cada setor.

Aquisições de bibliografias pelo centro de estudos, sendo que cada setor poderia solicitar uma, duas, ou três, etc.

Atividades mensais- palestras, casos-clínicos, cursos. Ministrados por profissionais da própria instituição e externos Criar grupos de trabalho para o desenvolvimento de diretrizes do conhecimento. Criar dinâmicas do “saia do seu setor e fale sobre ele”.

No próprio setor, ter reuniões e conversas sobre os trabalhos e técnicas realizadas no setor.

Uma das formas exemplificadas que contemplam vários setores da instituição foi:

Gestão em saúde pública; Saúde ocupacional; Treinamentos e capacitações para novas metodologias. Sugestão: para atender os itens 1 e 2 poderiam ser realizados periodicamente ciclos de palestras e seminários no próprio LACEN e para atender o item 3 os servidores podem ser enviados às instituições de referência ou um técnico especializado poderá ser convidado a dar o treinamento para o setor todo.

Tabela 1. Categorização das sugestões de assuntos a serem abordados no programa de Educação Permanente do LACEN-SC.

Áreas	Técnica	Sistema de Gestão da Qualidade	Administrativa
TEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Microbiologia; • Biologia Molecular; • Saúde Pública; • Gestão em Saúde; • Formas de busca de dados para pesquisa; • Formação de pesquisadores; • Papel do LACEN no SUS; • Rede Catarinense de Laboratórios Clínicos; • Cursos sobre avanços no diagnóstico de doenças infecciosas; • Epidemiologia básica; • Bioestatística; • Atualização de técnicas diagnóstica; • SUS; • Vigilância Sanitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia e controle da qualidade; • Indicadores laboratoriais; • Análise crítica de ensaios de proficiência e controles internos (Garantia da Qualidade); • Formação de auditores para fiscalização da Rede de Laboratórios do estado; • Formação de instrutores (capacitação pedagógica) para ministrar; • Indicadores; • Treinamentos aos laboratórios da rede; • Com palestras para melhorias no atendimento; recebimento; andamento das análises, amostras dentro do LACEN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informática – Excel/Word; • Licitações, pedidos de compra; • Comunicação interpessoal; • Liderança; • Gestão; • Gestão de conflitos; • Fluxogramas organizacionais e funcionais

Áreas	Biossegurança	Gerais	
TEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de resíduos no LACEN; • CIPA; • Biossegurança; • Saúde do trabalhador; • Saúde ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Congresso; • Seminários; • Apresentações do próprio LACEN ao público interno; • Pesquisa científica; • Qualidade de vida; • Cursos diversos; • Palestras com temas diversos; • Cursos diversos no auditório; • Neurolinguística. 	

Fonte: : Banco de Dados dos autores, 2015.

Alguns pontos importantes ficaram explícitos nessa pesquisa como, o conhecimento ainda tímido sobre conceito e aplicação de educação permanente em saúde; a necessidade e desejo do profissional por melhorar seus conhecimentos nas diversas áreas e em especial as específicas da sua área de atuação e a reivindicação por mais oportunidades de palestras, congressos, seminários e atualizações.

Entre as inúmeras sugestões para contribuir com a educação permanente na Instituição, algumas respostas foram pertinentes quanto à necessidade de se conhecer a própria Instituição como um todo. É comum que cada um confine-se a seu setor de origem e conseqüentemente acabe perdendo um pouco do contato, do “conhecimento” e da integralidade da Instituição, principalmente o que diz respeito a área técnica, uma vez que os setores administrativos são comuns a todos. É possível observar ainda nas sugestões de como aplicar os temas propostos, a reivindicação de selecionar profissionais capacitados da própria Instituição para a disseminação do conhecimento por meio de grupos de estudos, palestras e seminários.

A melhoria sugerida diante desse contexto é a criação de uma Comissão de Educação Permanente em Saúde no LACEN-SC; para um desenvolvimento e aperfeiçoamento constante do servidor e da própria Instituição, beneficiando principalmente o centro das atenções - a população catarinense.

Considerações finais

Com base nos resultados obtidos podemos inferir que: apenas 42,96% (58 participantes) dos servidores ativos lotados no LACEN-SC

responderam o questionário, destes houve predominância do sexo feminino (74%). Quando analisamos estes profissionais de acordo com suas faixas etárias verificamos que há uma igualdade no número de profissionais que tem entre 30 e 34 anos e entre 40 e 44 anos (11 profissionais em cada). Seguidos posteriormente de profissionais que tem entre 45 e 49 anos (10 profissionais). Atualmente, temos 16 profissionais com tempo de serviço entre 1 mês e 36 meses (o-3 anos), 12 profissionais com 8 a 12 anos e 10 com 18 a 22 anos de Instituição.

A grande maioria dos profissionais que exercem suas atividades no LACEN-SC apresentam formação superior (81%). Deste total, 3% além de nível superior apresentam curso técnico. Somente 19% dos profissionais apresentam apenas ensino médio e/ou curso técnico. Entre os profissionais nomeados com ensino médio e/ou nível técnico apenas 34,62% (9 profissionais) possuem apenas ensino médio/nível técnico; os demais 65,38% já possuem nível superior. Os profissionais nomeados com nível superior correspondem a 51,72% do total de funcionários.

Ao analisar qual o entendimento do servidor do LACEN-SC quanto à Educação Permanente- dez participantes (17,24%) responderam não ter conhecimento sobre Educação Permanente ou não responderam essa questão. Quarenta participantes (68,97%) responderam que sabiam o que significava, porém, segundo a literatura, as respostas estavam no âmbito do conceito de educação continuada. Obteve-se duas respostas (3,45%) onde o sujeito da amostra disse não ter certeza sobre o que vinha a ser exatamente educação permanente. Apenas seis (10,34%) que responderam que sabiam o que significava Educação Permanente.

Quando os servidores do LACEN-SC foram questionados se participam ou já participaram de algum programa de educação permanente na instituição, 62,0% (36) responderam que sim, 34,5% (20) que não e 3,5% (dois) não responderam a pergunta em questão. Vinte e seis profissionais responderam que nunca participaram de congressos, seminários e treinamentos custeados ou reembolsados pela instituição. Um não respondeu a pergunta. Dos 31 que responderam que participam e/ou participaram, 56% mencionaram os treinamentos como principal evento custeado ou reembolsado pela instituição seguido de congressos (24%) e seminários (20%);

Quando questionados se buscam algum tipo de Educação Permanente em Saúde (EPS), apenas um participante não respondeu a pergunta. Quinze (25,86%) responderam que não buscavam nenhum tipo

de EPS. Quarenta e dois (72,41%) responderam que buscavam a EPS, porém cinco destes responderam com projetos futuros e um exemplificou com educação continuada.

Quarenta (68,97%) servidores nos oportunizaram suas sugestões sobre que assuntos poderiam ser abordados no programa de educação permanente do LACEN-SC e de que forma poderíamos fazer isso. Quatorze participantes (24,14%) não responderam esta pergunta e apenas quatro (6,89%) mencionaram não ter sugestões.

É necessária uma compreensão maior a respeito do conceito de Educação Permanente na Instituição. Além disso, há necessidade e desejo dos profissionais do LACEN-SC para melhorar seus conhecimentos nas diversas áreas e em especial as específicas da sua área de atuação e há reivindicação por mais oportunidades de palestras, congressos, seminários e atualizações.

Referências

ALMEIDA, M. J. Educação Permanente em Saúde: um compromisso inadiável. **Olho Mágico**. Londrina, v. 5, n. 14, p.41-47, 1997.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.

BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. M. G.; LOIOLA, E. **Aprendizagem organizacional versus organizações que aprendem**: características e desafios que cercam essas duas abordagens de pesquisa. *Rev Adm USP*, v. 39, n. 3, p. 220-230, 2004.

BERELSON, B. **Content Analysis in Communication Research**. N. York. University Press. 1952. p. 18.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao-compilado.htm>. Acesso em 20 maio 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 20 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2005. 36 p.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2004b. Seção I. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov/geab/portaria198.pdf>> Acesso em: 10 novembro 2016.

BRASIL. **Portaria GM nº 2.031 de 23 de setembro de 2004.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2031.htm>>. Acesso em 20 dezembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006- Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 novembro 2016.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006.** Regula as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>>. Acesso em: 20 novembro 2016.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário [da] República

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 agosto 2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 30 outubro 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº 12, 13 de junho de 2013. Seção 1. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 novembro 2016.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. Política de saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: BRAVO, M. I. S.; *et al.* (Org). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, p. 22-24.

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

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Campinas, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

DALCIN, E. B; COSTA, Y. R. da. **POP RD 4.1 Organização**. LACEN, 2013. 15 p.

DALCIN, E. B; TAHA, P. **MQB 01 Manual da Qualidade e Biossegurança**. LACEN, 2013. 47 p.

GERIR-Instituto de gestão em saúde. **Relatório de gestão 10 de agosto a 10 de novembro 2012**. 213 p. Disponível em: <<http://www.gerir.org.br/wp-content/uploads/2012/02/relatorio-de-gestao-2-ago-nov-de-2012-volum-unico.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2017.

HADDAD, J; ROSCHKE, M. A; DAVINI, M. C. Processo de trabajo y educacion permanente de personal de salud reorientacion y tendencias en America Latina. **Educacion Médica y Salud**, v. 24, n. 2, p. 136-204, abr./jun. 1990.

HADDAD, J; ROSCHKE, M. A; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington, DC: OPS, 1994, 247 p.

LOPES, S. R. S. *et al.* Potencialidades da educação permanente para a

transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências Saúde**, Brasília, v. 2, n. 18, p. 147-155, abr. 2007.

MARANDOLA, T. R. *et al.* Educação Permanente em Saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 53-60, junho 2009.

MASSAROLI, A; SAUPE, R. **Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde**. Santa Catarina: Aben, 2008. Disponível em: < <http://www.abennacional.org.br/2SITEen/Arquivos/N.045.pdf>>. Acesso em: 2 setembro 2016.

MEDEIROS, L. C. M. Educação permanente como instrumento de mudança na Rede de Atenção à Saúde com foco na Estratégia Saúde da Família: Um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 65-74, 2015.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Qualitativa**. Conferência proferida no 1º Congresso Internacional de pesquisa qualitativa. 24 de mar. São Paulo, 2004.

PASCHOAL, A.S; MANTOVANI, M. F; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

SANTA CATARINA. **Lei nº 138 de 14 de novembro de 1936**. Dispõe sobre a criação do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1936. Disponível em: <www.alesc.gov.sc.br>. Acesso em 15 dezembro 2014.

SANTA CATARINA. **Lei nº 503, de 24 de julho de 1951**. Cria o Laboratório Geral do Estado. Disponível em: < http://200.192.66.20/alesc/docs/1951/503_1951_Lei.doc>. Acesso em 15 dezembro 2016.

SANTA CATARINA. **LEI Nº 4.547, de 31 de: dezembro de 1970**. Dispõe sobre a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: < http://200.192.66.20/alesc/docs/1970/4547_1970_Lei.doc>. Acesso em 15 dezembro 2016.

SANTA CATARINA. **Lei nº 8.240, de 12 de abril de 1991**. Dispõe sobre os órgãos da administração direta e dá outras providências. Disponível em: <http://200.192.66.20/alesc/docs/1991/8240_1991_lei%20.doc>. Acesso em 22 dezembro 2016.

SANTA CATARINA. **Lei Complementar nº 243 de 30 de janeiro de 2003.** Estabelece nova Estrutura Administrativa do Poder Executivo. Disponível em: < www.sea.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc>. Acesso em 22 dezembro 2016.

SANTA CATARINA. **PORTARIA nº 407 de 02 de agosto de 2007.** Institui a Rede Catarinense de Laboratórios de Saúde Pública de Santa Catarina. Disponível em: < http://lacen.saude.sc.gov.br/arquivos/Portaria_407.pdf>. Acesso em 22 dezembro 2016.

SILVA, M. J. P; PEREIRA L. L; BENKO, M. A. **Educação continuada:** estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1989.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Concurso Público edital SES 001/2010.** Florianópolis, 12 abril 2010.

TRONCHIN, D. M. R. *et al.* Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 1210-1215, 2009.

VIAL, S. R. M. *et al.* (coord.). **A política de Educação Permanente em Saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul/ Escola de Saúde Pública, 2009. 110 p.

YNIWICZ, A. M. **Metodologia de Pesquisa em Saúde para Iniciantes.** 2ª ed. São Caetano Do Sul: Difusão, 2011. 207 p.

ORGANIZADORES E AUTORES

Organizadores

Carine Vendruscolo

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Fabiane Ferraz

Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, da Residência Multiprofissional e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional (PPGSCol), da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do grupo de pesquisa

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Júlio César Schweickardt

Cientista Social, doutor em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz). Pesquisador e coordenador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia. Coordenador Nacional da Associação Brasileira Rede Unida (2016-2018).

Juliana Vieira de Araujo Sandri

Doutora em Enfermagem. Docente titular no Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso do Mestrado Profissional Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. Articuladora da Comissão de Integração Ensino e Serviço da Foz do rio Itajaí-açu.

Fernando de Toledo Barros Wendhausen

Psicólogo (UFSC), Especialista em Psicopedagogia (UNISUL), Servidor da Secretaria de Estado de Saúde, Divisão de Educação Permanente em Saúde/DEPS/SES, coordenador da CIES Estadual e membro do Colegiado Estadual de Humanização de SC.

Maria de Fátima de Souza Rovaris

Socióloga e Administradora. Especialista em Administração Hospitalar, Preceptores dos SUS e Gestão de Pessoas. Servidor da Secretaria de

Estado de Saúde, atualmente na Divisão de Educação Permanente em Saúde/DEPS/SES. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina(UFSC). Técnica na Divisão de Educação Permanente em Saúde/DEPS/SES.

Fernanda Fabiana Ledra

Psicóloga, Mestre em Saúde Pública/Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, docente colaboradora do Departamento de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Autores

Adrean Scremin Quinto

Enfermeiro. Especialista em Administração Hospitalar. Professor da UNOCHAPECÓ.

Adriana da Cruz Machado

TécnoLOGA em radiologia (IFSC). Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde(ESP-SC) e em Gestão em Saúde (IFSC). Servidora da SES-SC lotada no Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina.

Adriana Schmoeller

Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde de Chapecó SC.

Alcione Pozzebon

Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Oeste.

Aldair Weber

Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó. Bolsista do programa PET-SAÚDE/GRADUASUS Editalnº390/UFFS/2016.

Alessandra Dias da Silva

Administradora. Especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde; Especialista em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde. Coletiva. Servidor da Secretaria de Estado de Saúde, atualmente na como Assistente Gerencial da EFOS/SES/SC.

Alexandre Engel

Enfermeiro. Especialista em Saúde Mental. Coordenador da Atenção Básica do Município de Mafra. Docente do Centro de Educação Profissional - CEDUP/Mafra. Integrante NEP/MAFRA.

Aline Bussollo Correa

Enfermeira. Mestre em enfermagem Programa de Pós Graduação em Enfermagem – UFSC.

Aline Daiane Schlindwein

Farmacêutica Bioquímica (UFSC). Doutora em Biotecnologia e Biociências (UFSC). Professora no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e servidora da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) lotada da Diretoria de Educação Permanente em Saúde.

Aline Maffessoni

Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina.

Alisson Mauricio Monteiro

Psicólogo, Mestrando do Programa de Pós-graduação stricto-sensu em Ciências da Saúde - UNOCHAPECÓ.

Ana Gabriela Quintanilha Veras

Estudante do curso de medicina da FURB.

André Lucas Maffisoni

Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Andréia Jeanine Garcia Oss-emer

Enfermeira. Técnica em enfermagem do CAPS I.

Andressa Antônia Trizotto

Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ.

Ariane de Lourdes Gomes Bueno

Estudante. Curso de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Chapecó SC. 6ª fase.

Ariane Woehl

Enfermeiro. Especialista em Psicopatologia, psicanálise e saúde mental. Coordenador da Atenção Básica do Município de Mafra. Docente do Centro de Educação Profissional - CEDUP/Mafra. Integrante NEP/MAFRA.

Bruno Antunes Wiethorn

Estudante do curso de medicina da FURB.

Bruno Menegatti Sanches

Acadêmico do 4º semestre do curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau.

Bruno Pfiffer

Estudante do curso de medicina da FURB

Camila ZanESCO

Enfermeira. Estudante de Pós graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

Carine Magalhães Zanchi de Mattos

Enfermeira pela Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. Mestre em Educação nas Ciências pela Universidade Regional do noroeste do estado do Rio Grande do Sul- UNIJUI. Doutoranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Bolsista CAPES.

Carla Argenta

Enfermeira, Mestre, Professora Assistente na Universidade do Estado de Santa Catarina – Curso de Enfermagem.

Claudio Claudino da Silva Filho

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integrante do coletivo de coordenação do VER-SUS Oeste Catarinense. Professor Adjunto dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Pedagogia da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó-SC.

Clóvis Arlindo de Sousa

Prof. Dr. dos cursos de Medicina e de Educação Física da FURB.

Daiana Kloh Khalaf

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner

Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner: Mestre em Educação e Enfermagem. Docente da disciplina de Interação Comunitária do Curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau.

Débora Tavares de Resende e Silva

Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Tutora do programa PET-SAÚDE/GRADUASUS Edital nº390/UFFS/2016.

Edlamar Kátia Adamy

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Elieser Peper do Nascimento

Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Bolsista em iniciação científica PIBIC/UNESC. Membro do Grupo de Pesquisa GECIES. Tec. de enfermagem do Hospital Regional de Araranguá.

Elisangela Schmidt

Enfermeira. Especialista em Gerontologia e Saúde do Trabalhador.

Esvaldo Antunes

Enfermeiro. Mestre em Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas/UnC. Coordenador do curso de Enfermagem e Docente da Universidade do Contestado campus Mafra.

Fabiana Meneghetti Dallacosta

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Docente na Universidade do Oeste de Santa Catarina.

Fernanda Metelski

Enfermeira pela Unidade de Ensino Superior Vale do Iguaçu. Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais pela UNOCHAPECÓ. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC Oeste.

Fernanda Vicenzi Pavan

fisioterapeuta, especialista em saúde da família, mestre em saúde coletiva, articuladora da educação permanente no município.

Francesli Pereira

Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Colaboradora da Secretaria Municipal de Saúde no Setor de Vigilância em Saúde. Integrante NEP/MAFRA.

Francielli Girardi

Enfermeira pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ. Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Docente pela Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Gabriel Cia Gomes

Acadêmico do 4º semestre do curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau.

Gabriela Hann

Enfermeira, egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da UDESC.

Gabriela Levien de Almeida

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem. Bolsista da Comissão de Integração Ensino e Serviço da Foz do rio Itajaí-açu da Universidade do vale do Itajaí (SC).

Gabriela Vicari

Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina.

Gelvani Locateli

Nutricionista, mestranda do Programa de Pós-graduação stricto-sensu em Ciências da Saúde - UNOCHAPECÓ.

Gessiani Fátima Larentes

Coordenadora do Setor de Planejamento/Educação em Saúde da Secretaria de Saúde de Chapecó. Coordenadora do PET-Saúde/GraduaSUS. Especialista.

Gloriana Frizon

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Regional do Oeste (HRO). Coordenadora da COMPEnf.

Hamilton Resendo Fogaça

Hamilton Resendo Fogaça: Docente da disciplina de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau.

Helen Bruggemann Bunn Schmitt

Enfermeira (UFSC). Mestre em Saúde Pública (UFSC). Servidora da SES-SC.

Isabella Goulart Bittencourt

Psicóloga do CAPS I do município de Timbó - SC.

Jacks Soratto

Enfermeiro. Dr em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional (PPGSCol). Coordenador da Comissão da Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

Jean Willian Bender

Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

Jeane Barros de Souza

Doutora em Ciências. Curso de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Chapecó SC.

Jorge Schlichting Neto

Médico da Saúde da Família e do CAPS I.

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt

Enfermeira, Doutoranda do programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Juliana Vieira de Araujo Sandri

Doutora em Enfermagem. Docente titular no Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso do Mestrado Profissional Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. Articuladora da Comissão de Integração Ensino e Serviço da Foz do rio Itajaí-açu.

Karen Cristina Kades Andrigue

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professora titular da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

Karine Kooke

Estudante. Curso de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Chapecó SC. 6ª fase.

Kauana Dall' Agnese Caregnatto

Acadêmica da 8ª fase do curso de graduação em Enfermagem da UDESC.

Kenya Schmidt Reibnitz

Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Titular do Departamento Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação, Saúde e Enfermagem - EDEN e avaliadora do INEP. UFSC.

Larissa Carneiro

Estudante do curso de medicina da FURB.

Larissa Hermes Thomas Tombini

Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Tutora do programa PET-SAÚDE/GRADUASUS Edital nº390/UFFS/2016.

Leticia Dal Magro

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó UNOCHAPECÓ.

Leticia de Lima Trindade

Doutora, Docente do Departamento de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Unochapecó.

Liane Colliselli

Mestre em Enfermagem. Curso de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Chapecó SC.

Lidiana Pauletto Piovesan

Enfermeira. Gerente de Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó SC.

Lisiane da Rosa

Mestre em Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Chapecó SC.

Luciana Maria Mazon

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva/UFSC. Colaboradora da Secretaria Municipal de Saúde no Setor de Vigilância em Saúde e Docente da Universidade do Contestado Campus Mafra. Integrante NEP/MAFRA.

Luciana Vales Vieira

Enfermeira Coordenadora do Ambulatório de Radioterapia do Hospital Regional do Oeste, Especialista em Acupuntura.

Maiara Vanusa Guedes Ribeiro

Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Bolsista do programa PET-SAÚDE/GRADUASUS Edital nº390/UFFS/2016.

Maráisa Manorov

Estudante. Curso de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Chapecó SC. 8ª fase.

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor em Saúde Coletiva (UFSC). Coordenador de Integração com a Regulação Regional do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.

Margarete Dulce Bagatini

Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Tutora do programa PET-SAÚDE/GRADUASUS Edital nº390/UFFS/2016.

Margarete Maria de Lima

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Pesquisadora no Laboratório de Pesquisa e tecnologia em Educação em Enfermagem e Saúde – EDEN- UFSC.

Margot Friedmann Zetsche

Enfermeira, especialista em Saúde da Família, mestre em Educação, coordenadora da saúde mental do município.

Maria Alice Siqueira de Oliveira da Silva

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem. Bolsista do

grupo de Estudo e Apoio aos Familiares e Cuidadores das Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras demências- GEAz da Universidade do vale do Itajaí (SC).

Maria Ediléia Ribeiro da Silva

Mestra em Saúde e Gestão do Trabalho. Fonoaudióloga da Secretaria Municipal de Saúde do município de Indaial/SC.

Marisa Gomes dos Santos

Enfermeira. Egressa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Milena Mery da Silva

Mestra Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Terapeuta ocupacional na Secretaria Municipal de Saúde do município de Indaial/SC.

Natanael Chagas

Acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ.

Olvani Martins da Silva

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFRGS, Professora Assistente na Universidade do Estado de Santa Catarina – Curso de Enfermagem.

Patrícia Poltronieri

Acadêmica da 6ª fase do curso de graduação em Enfermagem da UDESC.

Raphael Nunes Bueno

Mestre em Engenharia de Produção, docente da Universidade do Vale do Itajaí.

Rosangela Aparecida Borba

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente titular no Curso de Graduação em Enfermagem e Extensionista da Universidade do vale do Itajaí (SC).

Samira Natascha Tschoeke Reyes

Mestra em Distúrbios da Comunicação Humana. Fonoaudióloga da Secretaria Municipal de Saúde do município de Indaial/SC.

Simone Salete Tomkelki Pellizza

Enfermeira. Especialista em acupuntura e cardiologia.

Susanne Cassias

Farmacêutica. Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente/UFPR. Coordenadora do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Mafra/SC. Integrante NEP/MAFRA.

Talita Schmidt

Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência e em Gestão em Saúde Pública. Colaboradora da Secretaria Municipal de Saúde.

Thiago Costa

Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI.

Valéria Silvana Faganello Madureira

Doutora em Enfermagem. Curso de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Chapecó SC.

Veridiana da Silva Pinto

Enfermeira Coordenadora da Unidade Oncológica do Hospital Regional do Oeste., especialista em Enfermagem em cuidados Oncológicos

Veridiane Patricia Orso

Acadêmica do 10º período de Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.



A educação permanente em saúde pode ser considerada um elemento da gestão estratégica do SUS. Não haverá o SUS que queremos se não tivermos uma estrutura de formação de profissionais que seja fertilizada pelos valores do SUS no contexto dos serviços de saúde que fazem saúde nos termos do modelo de atenção que interprete em cada território os princípios doutrinários do SUS. Em outras palavras, a educação permanente em saúde é a iniciativa que garante sustentabilidade ao SUS no médio e no longo prazo.

PARCEIROS:



www.redeunida.org.br

ISBN 978-856665980-1



9 788566 659801