



FRUTOS DOS MOVIMENTOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE SANTA CATARINA: caminhos e oportunidades

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

**FRUTOS DOS MOVIMENTOS DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE DE SANTA CATARINA:**
caminhos e oportunidades

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
Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil
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

F945 Frutos dos movimentos de educação permanente em saúde de Santa Catarina : caminhos e oportunidades [recurso eletrônico] / organizadores: Carine Vendruscolo ... [et al.] – 1.ed. – Porto Alegre : UNIDA, 2018.
347 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v.16)
Ebook
ISBN: 978-85-66659-94-8
DOI: 10.18310/9788566659948

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

editora



redeunida

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

**FRUTOS DOS MOVIMENTOS DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE DE SANTA CATARINA:
caminhos e oportunidades**

1ª Edição

Porto Alegre/RS 2018

Rede UNIDA

S U M Á R I O

PREFÁCIO (Maria Aparecida Timo Brito)	08
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CAMINHOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA EM SANTA CATARINA (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 E Fernanda Fabiana Ledra)	10
EDUCAÇÃO PERMANENTE: ORIGENS E CAMINHOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Luise Lüdke Dolny, Josimari Telino de Lacerda, Luana Gabriele Nilson, Elis Roberta Monteiro, Marcos Aurélio Maeyama e Maria Cristina Marino Calvo)	24
EFETIVIDADE DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ELEMENTOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO NO OLHAR DOS ENVOLVIDOS (José Francisco Gontan Albier e Sérgio Fernando Torres de Freitas)	59
COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O CONTEXTO DE DUAS REALIDADES DO ESTADO DE SANTA CATARINA (Fabiane Ferraz, Vânia Marli Schubert Backes, Francisco Javier Mercado-Martinez, Diego Floriano de Souza, Valdemira Santina Dagostin, Felipe Pedroso, Luciane Bisognin Ceretta e Maria Elisabeth Kleba)	76
ARTICULAÇÃO DAS COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO REGIONAIS: OPINIÃO DOS SEUS PARTICIPANTES (Juliana Vieira de Araujo Sandri, Karoline Gava, Gisele Becker e Rafaella Rebello)	109
PERCURSO HISTÓRICO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO PLANO NORTE CATARINENSE: POTENCIALIDADES PARA CONSOLIDAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO TERRITÓRIO (Daniele Ennes Brey, Eivaldo Antunes, Grasielly Cristina Alves Maia, Rafaela Ciupka Valim, Cristiane Aparecida Hoffmann Lechinheski, Neci Maria Lemos Pereira de Sousa Nagano, Luciana Maria Mazon, Ricardo Larroyed de Oliveira, Rosilei Terezeinha Weiss Baade, Fabiana da Luz, Marcia Bagio Caus, Thaynara Lech Wendt Ariane Woehl e Araci Gelbeck Wielewski)	127
INTERFACE DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COM AS AÇÕES RELACIONADAS À FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO NO ESTADO DE SANTA CATARINA (Carlos Alberto Severo Garcia Jr. e Maria Claudia Souza Matias)	151
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E HUMANIZAÇÃO: CONEXÕES POSSÍVEIS PARA APRENDIZAGEM EM SERVIÇO (Andria Carine Giehl, Gisele de Cássia Galvão Ruaro, Jane Juçara Proença Lima, Milena Mery da Silva e Patricia de Souza Campos Silva)	168
NÚCLEOS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE INSITUÍDOS COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO NO TRABALHO (Fernando de Toledo Barros Wendhausen, Maria de Fátima de Souza Rovaris, Alessandra Dias da Silva, Teresinha Clarete Testoni Nogueira, Gabriela Chirst Ramos Nava, Gabriella Barbosa Nadas e Fabiane Ferraz)	186

MOVIMENTOS DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE MAFRA/SANTA CATARINA NA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO (<i>Luciana Maria Mazon, Ariane Woehl, Alexandre Engel, Esvaldo Antunes, Francesli Pereira e Susanne Cassias</i>)	198
TELESSAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA (<i>Luise Lüdke Dolny, Josimari Telino de Lacerda, Luana Gabriele Nilson, Elis Roberta Monteiro, Marcos Aurélio Maeyama e Maria Cristina Marino Calvo</i>)	207
INOVANDO EM TEMPOS DE CRISE: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DE UMA ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE (<i>Andiara Sopelsa, Alessandra Dias da Silva, Ascendino Roberto dos Santos, Marcos A. Meira e Petrolli Fabiano Marcelina</i>)	224
PROCESSOS FORMATIVOS NA ETSUS BLUMENAU COMO ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE (<i>Daniela Maysa de Souza, Gisele de Cássia Galvão Ruaro, Kellin Danielski e Teresinha Clarete Testoni Nogueira</i>)	238
EXPERIÊNCIAS COM DANÇA PARA PENSAR OS PROCESSOS DE CUIDADO: PROPONDO OUTROS MODOS DE FAZER EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (<i>Neusa Dendena Kleinubing e Altamir Trevisan Dutra</i>)	259
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA TRANSFORMADORA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO (<i>Ariane Woehl e Debora Popadiuk</i>)	274
INDICADORES DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPLICAÇÕES PARA AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (<i>Caroline Frillich Bringham, Vivian dos Santos Capelari, Francieli Maria Gabiati, Leticia de Lima Trindade, Simone Coelho Amestoy, Carine Vendruscolo e Otilia Cristina Rodrigues</i>)	292
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: UMA PARCERIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ENTRE ESCOLA TÉCNICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BLUMENAU/SECRETARIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU (<i>Daniela Maysa de Souza, Karla Rodrigues, Kátia Lúcia Brasil Pintarelli e Kellin Danielski</i>)	304
TERMALISMO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SANTA CATARINA: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, SENSIBILIZAÇÃO E AÇÃO (<i>Fernando Hellmann, Daniel Mauricio de Oliveira Rodrigues, Maria de Fátima de Souza Rovaris, Fernando de Toledo Barros Wendhausen e Livia Crespo Drag</i>)	327
ORGANIZADORES E AUTORES	338

P R E F Á C I O

O desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) no Estado de Santa Catarina/SC responde a um enorme desafio posto à gestão estadual, quando da criação da Política Nacional pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação (MS/SGTES/DEGES).

Para enfrentar tal desafio a gestão estadual criou uma estrutura técnico administrativa dentro da Secretaria de Estado da Saúde (SES) o que deu origem à Diretoria de Educação Permanente em Saúde, com sua divisão de Educação Permanente, órgão encarregado de implementar a Política no Estado.

Tendo como referência as diretrizes nacionais emanadas das normativas que dispõe sobre a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a gestão da Política no estado construiu uma teia de cooperação, compartilhamento de saberes, possibilidades e potencialidades, identificando parceiros nas dezesseis regiões de saúde do estado, como também, realizando pactuações entre atores institucionais.

Observando ainda, as diretrizes da PNEPS foram criadas as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) estadual e regionais. As CIES são espaços de articulação interinstitucional e intersetorial, cuja finalidade é possibilitar a participação efetiva de gestores, trabalhadores da saúde, instituições de ensino e o controle social, além de representações de outros setores quando se faz necessário na gestão, planejamento e execução da Política. As CIES se articulam com as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Em relação à gestão financeira da PEEPS o Estado conseguiu descentralizar 90% dos recursos para as regiões de saúde, sendo que os 10% que ficam na SES é aplicado na realização do trabalho de coordenação, monitoramento, avaliação e fortalecimento da PEEPS em âmbito estadual. Outro aspecto, não menos importante em Santa Catarina é o processo de avaliação da Política, que vem sendo implementado há cinco anos, o qual vem sendo aperfeiçoado

a cada ano e desenvolvido pelas regiões de saúde.

O livro que ora apresentamos retrata o esforço de um coletivo que vem se dedicando a aplicar os princípios da EPS na transformação das práticas em saúde no estado, com competência e sensibilidade, desde 2004 quando a Política foi criada.

O relato histórico do desenvolvimento da PEEPS/SC está registrado em experiências de Educação Permanente em Saúde, que ocorrem em algumas regiões do estado, sendo que essas experiências é a expressão da determinação e dedicação dos atores locais da Política, que mobilizam e articulam saberes e valores em busca da melhoria da atenção à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Constata-se que eles sabem fazer, fazem e acreditam no que fazem e os movimentos de EPS estão presentes em todos esses processos de trabalho.

Parabenizo a todos que aceitaram o desafio, que confiaram e querem contribuir para o aperfeiçoamento de um projeto, que representa uma das maiores conquistas do povo brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Maria Aparecida Timo Brito

Psicóloga. Especialista em Educação Permanente em Saúde. Servidora do Ministério da Saúde (MS/Brasil), Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES), Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges)



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CAMINHOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA EM SANTA CATARINA

*Desver o mundo para encontra
nas palavras novas coisas de ver [...]
Então era preciso desver o mundo
para sair daquele lugar imensamente e sem lado[...]
(Manoel de Barros)*

Um breve histórico

Acreditamos na potencialidade do esforço de “desver” as coisas e, dessa maneira construir novas possibilidades de fazê-las. É nessa perspectiva, despida de solidez e formatação, que protagonizamos as histórias de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Estado de Santa Catarina (SC), no sul do Brasil. Esperamos que elas sirvam de inspiração para outras (des)construções e construções possíveis.

As concepções teórico-metodológicas que operam na configuração atual da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) seguem os pressupostos pedagógicos formulados pela Organização Pan-americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), na década de 1980. Elas induzem a adoção de metodologias ativas, com o objetivo de produzir aprendizagens significativas, o que pressupõe abordar questões expressivas para os sujeitos envolvidos, os quais estão ativamente envolvidos e são protagonistas das ações, em tempo integral. Assim, a EPS propõe reordenar práticas, promovendo mudanças no processo cotidiano de trabalho, com base nos nós críticos do dia a dia da equipe, a partir das necessidades específicas dos trabalhadores, estando apoiada no princípio pedagógico crítico, problematizador e reflexivo (FREIRE, 2005; FERRAZ et al., 2012).

A Portaria GM/MS no 1.996/07 que estabelece as diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, define que a sua condução regional ocorra por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

(CIES), instâncias previstas no regulamento, que participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação de ações da EPS. As CIES deverão ser compostas pelos gestores de saúde, gestores de educação, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos, e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007). Cumpre destacar que a partir do Decreto 7.508/2011 os CGR passaram a ser denominados de Comissões Inter gestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2011).

As CIR e as CIES são instâncias regionais. A Região de Saúde consiste em uma base territorial de planejamento da atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com algumas especificidades locais (BRASIL, 2001). Neste cenário, o Estado de Santa Catarina, atendendo o contido no Plano Diretor de Regionalização (PDR), em 2002, no Pacto de Gestão e na Portaria GM/MS no 1.996/07, desenvolveu com sucesso um processo de recomposição das CIES, assumindo a construção já desenvolvida pelos Polos de Educação Permanente, estruturados a partir de 2004, como processos legítimos, relevantes e orientados para os objetivos da PNEPS (BRASIL, 2004). Assim, as Comissões se reorganizaram em torno dos membros remanescentes dos Polos, sendo reconhecidas e efetivadas em 2007, 15 (quinze) Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), organizadas em torno dos 15 (quinze) CIR. Contudo, o processo de implementação do PDR/2008 mostrou a necessidade de revisão das CIR e, atualmente, o Estado de Santa Catarina está constituído por 16 (dezesesseis) CIR e 16 (dezesesseis) CIES, abrangendo todas as regiões de saúde e conseqüentemente todos os municípios do Estado (FERRAZ, 2011).

Contudo, após a definição das CIES regionais e suas CIRs, era necessário estabelecer a CIES-Estadual/SC), a qual foi instituída no II^o Seminário Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em 2010 e, aprovada com vinculação à Câmara Técnica de Recursos Humanos da CIB na sua 148^a reunião ordinária, conforme Deliberação 127/CIB/10 (SANDRI; OLIBONE; RANGEL et al., 2016). A CIES-Estadual/SC tem a função de assessorar a CIB nas discussões relativas a EPS, na elaboração do Plano Estadual de EPS e, no acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no contexto do SUS e, de todas as ações e estratégias dessa natureza contida no Plano Estadual de Saúde. A CIES-Estadual/SC é constituída pelas 16 CIES, gestores e técnicos indicados pela CIB e representantes de cada segmento e compõem as CIES regionais (BRASIL, 2009).

A função de coordenação e condução da PNEPS no âmbito dos estados é uma responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, a qual coordena a CIES-Estadual/SC. Por conta disso, o seu papel tem caráter estratégico e decisivo no sucesso da implementação dessa Política. Neste movimento de implementação, surge, em diversos momentos, a necessidade de avaliar as ações e propostas instituídas nas regiões de saúde. Considera-se que avaliar as estratégias assumidas pelo gestor estadual na definição do Plano Estadual de EPS pode esclarecer acertos e equívocos na condução desse processo, sendo relevante para apoiar o desenvolvimento da PNEPS em outras unidades da federação.

Encontros anuais da CIES-Estadual/SC, no formato de seminários ou oficinas de trabalho, envolvendo todas as regiões do Estado, acontecem de modo sistematizado desde o ano de 2008. Em 2014, num desses encontros, mediante uma demanda dos representantes das 16 CIES regionais, iniciam-se os diálogos a fim de construir um material para avaliação das iniciativas de EPS formais, desenvolvidas pelas regiões.

A intervenção que ora relatamos trata de uma iniciativa da CIES-Estadual/SC, em parceria com a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Objetiva relatar o processo de construção de uma matriz/instrumento avaliativo das ações de EPS, a partir das avaliações desenvolvidas nos Seminários Estaduais realizados entre 2012 e 2014. Apresenta ainda, os desdobramentos dessa atividade para o fortalecimento da PNEPS no Estado e, sobretudo, em relação aos pressupostos filosóficos que a norteiam.

Exercício de “desver” o instrumento avaliativo

Desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) presuppõe transformar o cotidiano do trabalho em possibilidades para o pensamento, deslocando o nosso olhar e criando condições para o novo, ao “desver” a realidade do trabalho, buscando outros pontos de vista. Todavia, as ações de EPS também demandam planejamento, monitoramento e avaliação. Neste sentido, a PNEPS prevê que os processos avaliativos possam acompanhar cada fase do desenho da ação de EPS, bem como a análise dos resultados e a formulação de um juízo de valor acerca do alcance dos propósitos formulados.

Avaliar tais processos educativos requer levar em consideração todo o contexto das ações propostas pelas regiões de saúde em conso-

nância com os Planos Municipais e Estadual de Saúde. Portanto, tem como função compreender, qualificar e aprimorar, além de apoiar as decisões durante o processo. Nesse movimento, é importante avaliar os resultados, analisando os sucessos alcançados, os limites e as potencialidades. A avaliação apresenta-se, portanto, com alto valor no terreno político, ou seja, facilita a construção de apoios e fortalece a prática de formulação e desenvolvimento de políticas de recursos humanos, podendo ser considerada um instrumento capaz de produzir articulação nos espaços coletivos, forjando caminhos para o delineamento de novos modos de produção do cuidado (MEDEIROS et al., 2010).

Os movimentos de EPS que são desenvolvidos e/ou acompanhados pelas 16 CIES das regiões do Estado de SC têm sido discutidos no coletivo anualmente desde 2008, entre seus representantes, em momentos mediados pela CIES-Estadual/SC. Práticas avaliativas sempre foram uma constante necessidade expressa no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) de Santa Catarina, desde sua primeira versão em 2009/2010.

No ano de 2014, o Seminário da CIES Estadual abrangeu cerca de 200 representantes das CIES Regionais. Na ocasião foram discutidos, por meio de oficinas, o estado da arte de cada região e as perspectivas e dificuldades em relação às ações de EPS para o período de 2014-2016. Ainda nesse encontro, surgiu na plenária final, como encaminhamento, a criação de um grupo de trabalho para pensar uma proposta de matriz avaliativa.

Como já referido, o tema 'Avaliação' já vinha sendo discutido em encontros estaduais anteriores, pois demandou-se a necessidade de compreender, de alguma maneira, certos aspectos da qualidade das ações desenvolvidas e acompanhadas no Estado. O que se discutiu em outros encontros, é que avaliação é processo, e ainda avaliar ações de EPS, constitui um ato político em virtude da diversidade de ações de EPS desenvolvidas nas 16 CIES. Sandri; Becker; Gava; et al. (2014), ao caracterizarem as ações de EPS em SC, no período de 2011 a 2013 identificaram um total de 84 ações, totalizando 12.219 horas atividades, abrangendo 10.574 participantes. Ao avaliar as ações por meio do quadrilátero da formação (ensino, gestão, atenção e controle social), verificaram que o segmento atenção representou 47,6% das ações com 54,1% de participantes, seguido do segmento gestão com 32,1% das ações e, 32,5% de participação nas ações. Dados estes que demonstram as distintas de ações de EPS desenvolvidas em todo o estado, porém sem a devida avaliação e monitoramento.

Dessa forma, ao longo dos últimos anos, sentiu-se a necessidade de desenvolver uma matriz avaliativa que pudesse refletir os movimentos de EPS produzidos no estado e que ainda dessem subsídios à gestão dos serviços, bem como à gestão do cuidado no aprimoramento das suas atividades laborais e educativas. Cumpre destacar que entendemos como matriz avaliativa, um instrumento que possibilitasse aferir atributos para as ações de EPS através de critérios e dimensões bem definidas que pudessem expressar a realidade da EPS desenvolvida no estado de SC, mas que poderia ser utilizado em outras experiências dessa natureza.

Há que se destacar que ao falar sobre educação e, sobretudo, de educação permanente em saúde, remete-se ao legado deixado pelo cientista social e educador brasileiro Paulo Freire. Em sua obra *Política e Educação* (1992), Freire nos convoca a assumir a politicidade da educação, sinalizando a importância de se colocar nos espaços de formação com capacidade crítica para fazer a educação e não meramente reproduzi-la. Neste contexto, entendemos que avaliar as ações de EPS, produzidas no Estado de SC, pressupunha olhar para os princípios do SUS, das políticas de saúde vigentes, para as ações programáticas de forma a identificar o quanto elas estão em consonância com as necessidades e demandas de saúde dos usuários de seus territórios. Significa olhar para como as ações propostas e desenvolvidas dão conta dos “nós críticos” e anseios dos trabalhadores da saúde. Neste cenário, pensar em avaliação implica em refletir sobre valores e sobre os princípios que fundamentam tal processo.

A V Oficina de Avaliação das Ações de EPS da CIES-Estadual/SC aconteceu nos dias 25, 26 e 27 de maio de 2017, no município de Balneário Camboriú, região Foz do Rio Itajaí. Estavam presentes nessa Oficina representantes de 15 das 16 CIES regionais, quais sejam: CIES Carbonífera – Criciúma, CIES Alto do Rio Uruguai – Concórdia, CIES Alto Vale do Rio do Peixe – Videira, CIES Grande Florianópolis – Florianópolis, CIES Foz do Rio Itajaí – Itajaí, CIES Extremo Sul – Araranguá, CIES Médio Vale do Itajaí – Blumenau, CIES Laguna – Tubarão, CIES Serra Catarinense – Lages, CIES Norte – Mafra/Canoinhas, CIES Oeste – Chapecó, CIES Nordeste – Joinville/Jaraguá do Sul, CIES Alto Vale do Itajaí – Rio do Sul, CIES Meio Oeste – Joaçaba, CIES Xanxerê – Xanxerê.

Cumpre destacar que a organização da V Oficina de Avaliação sinalizou aos articuladores das CIES que designassem para compor o grupo, pessoas que já vinham acompanhando os movimentos de

EPS, sobretudo aqueles que participaram das quatro oficinas anteriores sobre avaliação. Foram designadas quatro vagas para cada CIES, devendo ser preenchidas preferencialmente por representantes dos diferentes segmentos que compõem o quadrilátero da formação (gestão, atenção, ensino e controle social) (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Considera-se que esses atores 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 que envolvem a EPS.

Após a conferência de abertura da V Oficina, em que os participantes foram sensibilizados quanto a importância de se colocar em um lugar de educador-aprendiz, sensível às possibilidades de olhar de outro jeito, “desver”, para poder ver com outros olhos e (re) construir algo novo. Para tanto, os participantes foram divididos em grupos, a fim de iniciar os trabalhos de análise, revisão e possível reformulação da matriz avaliativa, conforme cada grupo considerasse necessário.

Os participantes da oficina definiram no decorrer do encontro que a matriz deve ser assumida pelos diferentes coletivos como um “instrumento avaliativo”, pois os participantes concordaram que se trata de um dispositivo com certa flexibilidade, não condizendo com aquela designação “formatada” em uma matriz fechada. O instrumento, portanto, já havia sido previamente elaborado, a partir dos trabalhos desenvolvidos em 2014, durante a IV Oficina de Avaliação, em que grande parte dos participantes deste encontro também estavam presentes. Em 2016, o instrumento pré-elaborado, passou por um primeiro teste de validação, sendo aplicado nas CIES Oeste e da Serra Catarinense (cidades de Chapecó e Lages). Nessa ocasião, foi reformulado conforme sugestão dos respondentes.

Na continuidade dos trabalhos da V Oficina, os grupos receberam um material impresso, contendo apresentação e o esboço do instrumento, bem como orientações para o seu preenchimento. Após o exercício de preenchimento do instrumento, mediante informações sobre uma ação de sua escolha, os grupos propuseram sugestões quanto ao desenho do instrumento, conforme consideraram mais claras e adequadas para sua compreensão. Todas as sugestões, ao final desse momento, foram compiladas e sintetizadas pelas mediadoras do encontro (professoras do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC), as quais apresentaram aos participantes a reconstrução coletiva do material, contemplando todas as proposições, ao final do encontro.

Dentre as principais contribuições para essa reconstrução, destacou-se a necessidade de deixar claro quem seria o respondente do instrumento e qual o tipo de ação que seria, efetivamente, avaliada. Nesse sentido, dialogou-se sobre as inúmeras possibilidades de avaliar-se, sublinhando que o objetivo do grupo, naquele momento, era avaliar ações formais, acompanhadas pelas CIES e não outros movimentos de EPS que podem ocorrer cotidianamente nos processos de trabalho.

A versão do instrumento revisado a partir das sugestões de todos os grupos de trabalho da oficina, foi encaminhado para todas as regiões de saúde do Estado, a fim de que as CIES regionais façam um exercício de preenchimento da proposta e apontem diferentes necessidades de mudanças. Essa etapa consistirá na validação do instrumento, propriamente dita, prevista para conclusão em novembro de 2017.

Em sua configuração atual, o instrumento avaliativo conta com uma apresentação inicial, seguido por instruções de preenchimento, como segue:

Observação 1: Quem irá preencher esse instrumento deverá estar a serviço da CIES Regional ou do Estado.

Observação 2: O respondente deverá ser coordenador ou responsável pela ação de EPS proposta.

Identifique as ações de EPS realizadas nos últimos cinco anos na sua região quanto a metodologia pedagógica: roda de conversa, oficina, minicurso, curso, capacitação, treinamento, aperfeiçoamento, qualificação, especialização, palestras, seminário; a partir dos conceitos fundamentais apresentados no glossário das ações (final do documento).

Assinale o instrumento, avaliando cada ação a partir dos pareceres: contempla, contempla parcialmente, está em construção, não contempla e não se aplica, em relação aos critérios de avaliação. Os pareceres descritivos quanto a esta relação encontram-se descritos após o quadro. Insira outros critérios de avaliação regionais relacionados a sua realidade, se houver necessidade.

No item observações você poderá fazer anotações que julgar pertinentes para alcançar o objetivo proposto por esse processo de avaliação.

A proposta do Instrumento de Avaliação apresenta, na sequência, os seguintes componentes:

1) identificação das ações: contém dados da região, avaliador, tipo de ação, público alvo, justificativa, número de participantes e evasão.

2) caracterização da ação quanto aos critérios estaduais: os critérios elencados e descritos são: integração ensino-serviço, uso de metodologias ativas, diretrizes das políticas de saúde, sobretudo a PNEPS, fomento do desenvolvimento do trabalho em redes na região. Para cada um desses critérios o avaliador deveria assinalar um dos pareceres: contempla, contempla parcialmente, está em construção, não contempla, não se aplica. Esses pareceres, ao final do instrumento, encontram-se devidamente contextualizados, segundo o critério, por exemplo: contempla a integração ensino serviço mediante a articulação das atividades práticas e teóricas, envolvendo todos os segmentos/atores do quadrilátero (usuários ou representantes do controle social, trabalhadores, gestores, estudantes ou professores de instituições formadoras).

Contempla parcialmente a integração ensino-serviço, se atinge parcialmente a integração ensino-serviço mediante a articulação das atividades práticas e teóricas, envolvendo alguns segmentos/atores do quadrilátero; e assim por diante.

3) critérios regionais: espaço para que fossem inseridos outros critérios, de acordo com a realidade da região.

4) Observações: campo para sugestões e/ou comentários.

Com esse exercício de “desver”, (re) construiu-se o instrumento, a partir de um caminhar coletivo, em que todos os atores se sentiram parte do resultado final. A avaliação do encontro, bem como do processo foi positiva, sendo que os depoimentos dos participantes ressaltaram o aprendizado, a aproximação e o exercício de construção como mais importantes do que o produto, propriamente dito, sendo esse um dos pressupostos da EPS.

Avaliação como processo: marcando um novo ciclo da EPS em Santa Catarina

A V Oficina de Avaliação fortaleceu um ciclo de atividades da CIES-Estadual/SC a qual, mesmo com a crise político-econômica vivenciada em nosso país nos últimos dois anos, conseguiu retomar os encontros anuais, sendo que em oito anos, apenas no ano de 2016,

não conseguiu realizar encontros em âmbito de estado. A necessidade comum, advinda de municípios e diferentes atores sociais, que se mobilizam para olhar o trabalho que vem sendo desenvolvido nas diferentes regiões de saúde do Estado, aproximou os atores que construíram um material avaliativo, ao mesmo tempo em que trocaram ideias e conhecimentos acerca das diferentes possibilidades de fazer EPS e da potência desses movimentos. Avaliar era o propósito maior da atividade, todavia, tornou-se o disparador de outras – e mais importantes – discussões que foram acontecendo ao longo dos anos e das oficinas anteriores, ganhando vida no instrumento reconstruído coletivamente. O produto, por ser fruto de um aprender e fazer coletivo, foi considerado mais como um meio, do que como um fim nesse processo.

Consideramos, para fins deste relato, que a atividade proposta na V Oficina constituiu, por si só, uma ação de EPS. Isso porque o exercício proposto esteve amplamente dependente do trabalho vivo em saúde (MERHY, 2002), pois os atores desse processo em andamento colocaram suas sabedorias como possibilidades tecnológicas para a resolução do seu problema, neste caso, avaliar o seu trabalho no âmbito da EPS. O que aconteceu nessa construção coletiva tem a ver com aprendizagem formal, a qual mobilizou aspectos cognitivos, mas também com afeto e, portanto, desenvolvimento de pessoas que viveram e expressaram experiências éticas e estéticas advindas do seu cotidiano para criar algo novo e eficiente.

A relação entre os mundos do trabalho e da educação na saúde vem se consolidando a partir de interesses diversos, buscando a superação de conflitos, com base em movimentos emancipatórios e políticos, voltados à transformação. Os níveis de envolvimento dos diferentes sujeitos que compõem o quadrilátero são determinantes para o estabelecimento de relações fecundas de integração ensino-serviço, e pressupõe romper com os espaços instituídos de cada ator social do quadrilátero, a fim de constituir efetivas redes de atenção, em que todos se impliquem e constituam linhas de cuidado que se interconectam nos processos de atenção, de gestão e de educação (VENDRUS-COLO et al., 2016). Nessa direção, vale destacar Larrosa (2011, p. 5), que conceitua a alteridade como um acontecimento ou, dito de outro modo, o passar de algo que não sou eu, por meio da experiência:

[...] “algo que não sou eu” significa também algo que não depende de mim, que não é uma projeção de mim mesmo, que não é resultado de minhas palavras, nem de minhas ideias,

nem de minhas representações, nem de meus sentimentos, nem de meus projetos, nem de minhas intenções, que não depende nem do meu saber, nem de meu poder, nem de minha vontade. “Que não sou eu” significa que é “outra coisa que eu”, outra coisa do que aquilo que eu digo, do que aquilo que eu sei, do que aquilo que eu sinto, do que aquilo que eu penso, do que eu antecipo, do que eu posso, do que eu quero.

Estar aberto para essa possibilidade de acolher o outro, ou seja, de “outrar-se”, ora compreendendo, ora simplesmente aceitando seu ponto de vista, é um exercício importante na prática cotidiana de produzir saúde. A V Oficina foi, portanto, um espaço que possibilitou esse exercício, ao aproximar trabalhadores, instituições de ensino e gestores, provocando a discussão e a criação de estratégias avaliativas de ações de EPS que são, na sua essência, interdisciplinares e Inter setoriais.

Contudo, partindo do ideário do quadrilátero, é necessário expressar que chamou atenção a pouca representatividade do segmento controle social das diferentes CIES, pois nessa oficina não houve nenhuma participação desse segmento. Esse aspecto não difere de outros estudos que temos realizado (FERRAZ, 2011; VENDRUSCOLO; ZOCHE; DUTRA, 2015; VENDRUSCOLO, 2016). O usuário do SUS é o cidadão que faz uso, efetivamente, do serviço. Isso significa que qualquer representante de qualquer um dos lados do quadrilátero poderia ser duplo representante, o que, todavia, para garantir e respeitar o princípio doutrinário da lei 8.142/1990, deveria ser evitado. Nas instâncias de gestão dos processos de educação em saúde, a participação do controle social tem sido pouco frequente e, quando ocorre, nem sempre o representante é o usuário (na perspectiva desejada) do serviço, mas sim outro membro do Conselho Municipal de Saúde (seguidamente, profissionais de saúde ou representante da gestão). O próprio Conselho, por conta da paridade, é composto por usuários, prestadores de serviço, trabalhadores ou gestores, o que por si, já compromete a composição do quadrilátero (VENDRUSCOLO; ZOCHE; DUTRA, 2015).

Por outro lado, na oficina houve uma significativa representatividade do segmento ensino, por meio de Instituições de Ensino Superior. O número de sujeitos nesse segmento, bem como o efetivo envolvimento destes no movimento das CIES regionais instigam a reflexão sobre a integração entre os setores educação e saúde, cuja dificuldade, no sentido dialógico é de reconhecimento e compreensão dos diferentes pontos de vista e necessidades, logo, é pauta de debate neste e em outros espaços.

Considerações para um recomeço

Consideramos que a V Oficina de Avaliação, bem como as oficinas e atividades anteriores a essa edição, produziram mais do que um instrumento avaliativo. Provocaram nos participantes o sentimento de pertencimento do processo, num caminhar coletivo que representou, acima de tudo, um movimento de EPS.

Avaliar tem sido uma diretriz essencial em políticas públicas de saúde, e na EPS isso não é diferente. De fato, trata-se de uma estratégia essencial quando se pretende aprimorar e qualificar ações realizadas. Trata-se, afinal, de um princípio básico da gestão, contudo, são inúmeras as dimensões do processo avaliativo e, em se tratando de movimentos de EPS, dificilmente um instrumento dará conta de todos eles.

Apesar de permitir avaliar uma parte, das diferentes possibilidades de movimentos de EPS que são desenvolvidos no Estado, os exercícios, assim como seu produto, estão sendo importantes para a consolidação da CIES-Estadual/SC e das CIES regionais (ao menos nesse momento histórico da PNEPS), bem como para fortalecimento da PNEPS, sobretudo em relação aos pressupostos filosóficos que a norteiam.

Esperamos que essa construção coletiva da CIES-Estadual/SC se desdobre em outros movimentos, numa continuidade que também se move, por vezes, na direção contrária, revisitando a história da EPS, desvendo conceitos, criando outros, de acordo com o tempo e com as pessoas que fazem parte desse coletivo que faz os movimentos de EPS acontecerem no Estado de Santa Catarina.

A construção coletiva no registro das experiências

As discussões em torno do “desver”, do monitoramento e da avaliação das ações de EPS no Estado de Santa Catarina nos encaminharam para a construção coletiva das experiências nos diferentes territórios. Embalados por essa ideia, na oficina em 2017 da EPS, surgiu a proposta de lançarmos um edital, em parceria com a Editora da Rede Unida, para captarmos as experiências de EPS nos municípios, equipes e na relação ensino-serviço. O edital teve uma grande adesão, com mais de 70 manuscritos enviados para os organizadores.

Os textos trazem diferentes experiências que retratam desde a história da educação permanente em Santa Catarina, relato de cursos e

oficinas para diferentes grupos de trabalhadores, formação pelas escolas de formação para o SUS, relatos de estudantes da vivência nos serviços pelo VER-SUS, relatos de serviços específicos no Estado e nos municípios, experiências de formação em políticas específicas como a das práticas integrativas e complementares.

Convém destacar que as reflexões teóricas sobre a educação permanente em saúde perfazem os textos, mostrando a maturidade e o empenho dos autores-trabalhadores-gestores-formadores na tentativa de sistematizar e organizar o pensamento em torno da experiência. Podemos afirmar, portanto, que a construção do livro foi um movimento de educação permanente, o que faz da política uma prática, em ato, da política.

Os autores são múltiplos desde docentes e pesquisadores que tem refletido sobre o tema da EPS, oficineiros, gestores e técnicos da política no Estado, alunos, trabalhadores, facilitadores, técnicos. Enfim, foi uma construção coletiva que não só está registrando as experiências, mas que está problematizando, refletindo e ressignificando as práticas do cotidiano do trabalho e da educação em saúde nos mais diferentes territórios.

Por tudo isso, somos muito gratos pela experiência de organizar esse material que se torna, em si, um marco na política de educação permanente do Estado de Santa Catarina e tornando-se uma referência para o país.

Organizadores

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 95, de 26/01/01, **Norma Operacional da Assistência à Saúde** – NOAS-SUS 01/01 – “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”. Série A. Normas e Manuais Técnicos. n.116. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 198/04**, 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. [Documento internet] 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 12 jul. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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] 2007a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

BRASIL. 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**).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências. [Documento internet] 2011. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/juridico/leis-e-decretos>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.M.C. 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.

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. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 421 p.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 31 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005, 148 p.

LARROSA, J. Experiência e Alteridade em Educação. **Revista Reflexão e Ação**, v. 19, n. 2, p. 4-27, 2011.

MEDEIROS, A.C.; et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 1, p.38-42, 2010.

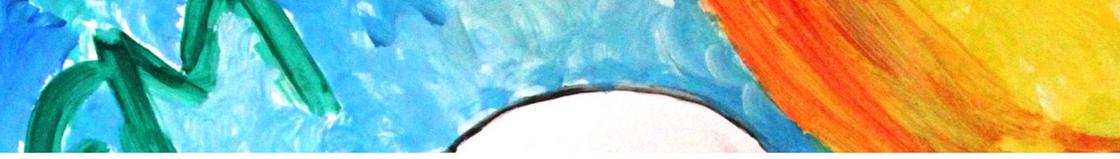
MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

SANDRI, J.V.A. et al. Caracterização das ações de educação permanente em saúde no estado de Santa Catarina. **Rev Bras de Tecnologias Sociais**, v.1, n.2, 2014. p.15-25

SANDRI, J.V.A. et al. A comissão de integração ensino e serviço: sua trajetória no estado de Santa Catarina. **Rev Bras de Tecnologias Sociais**, v.3, n.1, 2016. p.57-71

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.

VENDRUSCOLO, C; ZOCHE, D. A. A; DUTRA, A. Produção do Plano de Educação Permanente em Saúde: relato de experiência no oeste catarinense. **Cogitare Enferm.** v.20, n. 3, p. 632-635, 2015.



EDUCAÇÃO PERMANENTE: ORIGENS E CAMINHOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Luise Lüdke Dolny
Josimari Telino de Lacerda
Luana Gabriele Nilson
Elis Roberta Monteiro
Marcos Aurélio Maeyama
Maria Cristina Marino Calvo*

Introdução

O conceito de Educação Permanente origina-se no campo da educação, mais especificamente da discussão sobre a educação de adultos, que, segundo Kallen (1996), está fortemente relacionado a fatores socioeconômicos, como a industrialização, crises econômicas e pós-guerra.

Especialmente na época da revolução industrial, com fins econômicos, a educação de adultos teve uma conotação de “reciclagem” baseada nos modelos fordista e taylorista de fragmentação do processo de trabalho e, em consequência, da educação para demandas da revolução industrial. Buscava-se um “processo educativo, rápido e permanente, considerando a velocidade da incorporação técnica e tecnológica, a reciclagem” (GRILLO, 2012, p. 58).

Lampert (2005; 2009) destaca que a Educação Permanente como conceito aflora a partir da Segunda Guerra Mundial, quando se apostava na educação como ponto chave para o desenvolvimento econômico a serviço da cultura burguesa dominante, focado na educação compensatória. É nesse momento histórico de relação entre o trabalho e a educação, no contexto capitalista, que o conceito de Educação Permanente nasce carregado de controvérsias e interpretações diferenciadas, passando ora um ponto de vista econômico, ora filosófico, ora pedagógico (LAMPERT, 2005; 2009; VIEIRA, 2013; LEMOS, 2016; PINTO, 2016).

Bárcia (1982) reflete que a Educação Permanente não deve ser reduzida a uma educação extraescolar, complementar, de adultos, e muito menos elitista. Para a autora, a Educação Permanente busca levar à autonomia do indivíduo para que este seja capaz de escolher sua formação de acordo com seus interesses e potencialidades, e de conduzir

e adaptar seus processos de aprendizagem à sua vida (BÁRCIA, 1982).

Gadotti (1984) também reflete sua preocupação com os modismos e falsas interpretações desse conceito que considera embasado em uma “proliferação anárquica de ideias, de concepções, de correntes” (GADOTTI, 1984, p. 28). Desta forma, enfatiza a necessidade de ter cuidado ao analisar propostas e projetos de Educação Permanente, sempre questionando “para quem?” e “contra quem?” esta se faz.

Considerando essa discussão desses autores sobre a importância de se ter clareza a respeito da construção do conceito de educação permanente é que propomos este capítulo de resgate do conceito a partir de seu arcabouço teórico, advindo da área da educação, para assim discutir sua aplicação e apropriação na área da saúde coletiva.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), como política, objetiva promover o ensino e a aprendizagem no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam nas unidades de saúde, visando à transformação de suas práticas de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Por isso, é de extrema importância que os profissionais que atuam no SUS compreendam esse conceito e proponham processos de EPS que de fato atendam às demandas reais de suas práticas de trabalho (PINTO, 2016).

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é fazer um balanço histórico das origens do conceito de Educação Permanente e de sua entrada e evolução no campo da saúde coletiva, bem como discutir sobre as metodologias e suas aplicações no processo de trabalho na saúde.

Educação Permanente: aspectos conceituais

O termo Educação Permanente surgiu na França. Textos de um programa educativo da Revolução de 1789, da própria constituição francesa de 1791, e um relatório apresentado por Condorcet em 1792 à Assembleia Legislativa apresentam o termo e defendem a continuidade da educação de adultos após a conclusão do ensino formal (SMAHA; CARLOTO, 2010; LEMOS, 2016).

A década de 1960 foi de grande importância para o desenvolvimento da Educação de Adultos e, conseqüentemente, da Educação Permanente no cenário mundial. Segundo Kallen (1996), as principais organizações intergovernamentais foram chamadas a propor novas estratégias para relacionar educação e formação profissional, conside-

rando ainda questões de desenvolvimento social, cultural e econômico. Esse desafio foi aceito pelo Conselho da Europa, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), cujas contribuições são descritas por Kallen (1996).

O Conselho da Europa (CE) usa o termo Educação Permanente para atender às demandas educacionais crescentes de jovens e adultos da sociedade europeia. A política do CE é baseada nos princípios da “igualização”, “participação” e “globalização”. A expectativa era de que a Educação Permanente pudesse ser mais eficaz na promoção desses princípios, gerando oportunidades educacionais, participativas e que reunisse teoria e prática para ação concreta na sociedade.

Paralelamente, a política da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE) introduziu o termo “Educação Contínua”, cujo resultado principal é considerado uma relação mais flexível entre a educação, a formação e o trabalho, dando uma conotação de educação sem interrupção, aproximando os conteúdos da escola à prática do trabalho.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), por sua vez, inicia em 1949 a realização de conferências mundiais que promovem o debate sobre a educação de adultos no mundo. Essas conferências aconteceram em países como Dinamarca, Canadá, Japão, França e Alemanha, e deram base para a proposição da Educação Permanente como substituta do sistema educacional tradicional (PAIVA, 1977; KALLEN, 1996; SMARHA; CARLOTO, 2010; VIEIRA, 2013; MICCAS; BATISTA, 2014; LEMOS, 2016).

Vários consultores dessas organizações contribuíram para o desenvolvimento do conceito de Educação Permanente. Paiva (1977) destaca a ideia de Bertrand Schwartz, consultor da UNESCO, que apresentou a Educação Permanente como uma maneira de se analisar os problemas concretos dos programas de educação de adultos.

Em sua retrospectiva conceitual, Paiva (1977) destaca ainda o autor Pierre Furter como personagem central e de grande importância na difusão do conceito de Educação Permanente no Brasil (considerando a escassa produção nacional), responsável por colocá-lo como um dos países em desenvolvimento em que mais se fala de Educação Permanente.

Pierre Furter, educador suíço, viveu no Brasil na década de 1960, foi membro do Comitê Diretor da Educação Permanente do Conselho da Europa, consultor da UNESCO e principal autor a introduzir o tema na América Latina (BRANDÃO, 1983; LAMPERT, 2005; SMARHA; CARLOTO, 2010; VIEIRA, 2013). Para Pierre Furter, a Educação Permanente responde ao fato de que o “homem é um ser inacabado, que tende à perfeição, em consequência a educação se torna um processo contínuo que só termina com a morte” (PAIVA, 1977, p. 85).

Em seu livro, “Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural”, apresenta objetivos da Educação Permanente, o que traz uma concretude maior ao conceito:

Instrumentalizar a cada cidadão para aumentar-lhe a capacidade analítica, tanto em relação a ele mesmo como ao grupo a que pertence ou à situação nacional (...). Tornar as populações capazes, graças a um esforço intelectual crítico de interpretar, compreender, e sobretudo confrontar a realidade com os planos e projetos de desenvolvimento. Estimular atitudes criadoras e imaginativas que, em determinada situação, procurem todas as possibilidades existentes para suscitar fatores geradores de novos valores (...). Ensinar a organizar a vida no tempo e especialmente no tempo livre e disponível (...). Trata-se de constituir e de desenvolver uma força de trabalho voluntário comparável à força do trabalho produtivo para o desenvolvimento econômico (FURTER, 1975, p. 149-150).

Pierre Furter (1975) foi o autor que mais conseguiu concretizar o conceito de Educação Permanente, explicitando que a mesma se desenvolveu em três etapas (Ver quadro 1). Gadotti (1984) também destaca três etapas das mudanças do conceito de Educação Permanente que se relacionam com as etapas de Furter. Na primeira, o conceito está ligado à formação profissional contínua, na segunda fase o conceito está ligado à ideia de transformação radical de todo o sistema e, na terceira, propõem-se projetos práticos de Educação Permanente. A terceira etapa descrita pelo autor vislumbra o campo de atuação da Educação Permanente na área da Saúde, o que discutiremos mais adiante.

Também a pedagogia proposta por Paulo Freire para educação de jovens e adultos e educação popular, baseada na aprendizagem significativa, relação dialógica, emancipação, problematização e humanização da educação, influenciaram fortemente o conceito de Educação

Permanente na saúde (BERBEL, 1999; CECCIM, 2005; FREIRE, 2005; VIEIRA, 2013; LEMOS, 2016).

Alguns autores contemporâneos que discutem a educação de adultos são Theodor W. Adorno, que defende a inserção do conceito de emancipação nas práticas educacionais; Miguel Arroyo, que defende a educação como forma de humanizar e gerar autonomia responsável; e Demerval Saviani, que coloca a importância política da educação enquanto mediadora de práticas sócias (VIEIRA, 2013).

As questões conceituais sobre Educação Permanente na área da educação deram e continuam dando fundamento para o desenvolvimento e debate desse conceito na área da saúde, que por sua vez também desenvolveu teoricamente esse conceito. Avançamos agora para apresentação dos conceitos de Educação Permanente na saúde e seu desenvolvimento nesse campo específico.

Quadro 1: Fases da Educação Permanente.

Definição	A educação permanente é um processo contínuo do desenvolvimento individual.	A educação permanente é um princípio de organização de um sistema global de formação	A educação permanente é uma estratégia de formação em função do desenvolvimento cultural
Objetivos Gerais	Permitir que cada indivíduo continue a progredir segundo as próprias necessidades e as condições em que vive.	Exercer uma ação renovadora sobre todos os organismos que se ocupem de formação: procurar tornar o sistema escolar um conjunto mais flexível e mais amplo.	Orientar uma política de recursos humanos dentro das perspectivas do desenvolvimento cultural.
Clientela Prioritária	Não importa quem, contanto que esteja motivado.	Todos os grupos que foram marginalizados ou que foram atingidos por um processo de desenvolvimento.	O conjunto das populações e do pessoal que participa como agente num programa de desenvolvimento.

Organização	Sem organização central, nem coordenação.	Tendência a se regroupar sem parassistema: direito de inspeção do Estado.	Sem sistema propriamente dito, porque utiliza as instituições já envolvidas em um programa de desenvolvimento: ação cooperativa, interdisciplinar e interministerial.
Métodos Pedagógicos	Atividade individual muitas vezes autodidaxia: sempre iniciativa voluntária	Atividade coletiva organizada, por vezes animada por educadores especializados.	Atividade coletiva essencialmente em grupo, animada por qualquer profissional interessado: supervisão e avaliação por educadores especializados.
Custos	Assumidos pelo próprio “beneficiário”.	Cada vez mais assumidos conjuntamente pelo beneficiário: a) e/ou pelo Estado; b) e/ou pelo empregador.	Financiamento pelo próprio programa de desenvolvimento.
Promotores	Teóricos da educação	Administradores e planejadores da educação.	Planejadores de recursos humanos, no âmbito de planejamento regional.

Fonte: FURTER, 1975

Educação Permanente na Saúde

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) difundiu o termo “Educação Permanente em Saúde” na América Latina a partir dos anos 1980, em contraposição à “Educação Continuada em Saúde”, até então utilizado. Os principais autores da OPAS nessa temática são Jorge Hadaad, Maria Cristina Davini, Maria Alice Roscke e Mário Rovere.

No Brasil, esse conceito passou a ser mais utilizado e difundido, na década de 1990, por alguns autores, como Gastão Wagner Sousa Campos, Jairnilson Paim, Carmem Teixeira, Célia Regina Pierantoni, Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, Emerson Merhy, Paulo Buss, Tânia Celeste Matos Nunes e José Inácio Jardim Motta; e especialmen-

te a partir dos anos 2000, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (FIOCRUZ, 2006; MACHADO, 2006).

Mario Rovere (1994) - médico sanitарista da Argentina, foi consultor da OPAS na área de planejamento e desenvolvimento de recursos humanos – definiu a EPS como: “

Una propuesta educativa realizada em los ámbitos laborales, destinada a reflexionar e intervenir sobre el proceso de trabajo direccionado a mejorar la calidad de los servicios y las mismas condiciones laborales (**“educación em el trabajo, por el trabajo y para el trabajo”**) (ROVERE, 1994, p. 64, grifo nosso).

Essa definição indica a Educação Permanente como espaço de encontro entre os campos teóricos do “trabalho” e da “educação”, sendo o objetivo dessa proposta a melhoria da qualidade dos serviços.

O autor destaca ainda que, por se inserir no trabalho estabelecido por estruturas formais e informais de poder, e por se inserir na educação, onde se reforçam alguns saberes e se descartam outros, **a EPS é também interpretada como uma atividade tanto técnica quanto política**, pois, citando Mário Testa, propõe uma redistribuição de poder, uma vez que só acontece a partir do envolvimento do coletivo (ROVERE, 1994).

Ceccim e Ferla (2008) endossam o caráter político da EPS quando dizem que a EPS não é um processo didático-pedagógico, mas sim político-pedagógico. A EPS requer uma implicação com a mudança do cotidiano de trabalho para a melhoria da qualidade das práticas de saúde, a partir das necessidades dos usuários, tendo como eixo norteador a “integralidade” e a “implicação com os usuários”.

Ceccim e Ferla (2008) destacam ainda que a EPS deve ser vista de duas maneiras: como “prática de ensino-aprendizagem” (embasada na problematização do cotidiano de trabalho e produção de conhecimento para solução dos problemas identificados) e como “política de educação na Saúde” (contribuição do ensino para a construção do SUS). Heider Pinto (2016) também aposta que a EPS deve se fazer na dialogicidade e problematização da realidade e na construção conjunta e criativa de soluções pensadas por sujeitos que se desenvolvem e se emancipam durante o processo, enfatizando o caráter político e de gestão da EPS.

O conceito apresentado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) e na Portaria nº 278/2014 (BRASIL,

2014) também reforçam esses dois aspectos:

A Educação Permanente é **aprendizagem no trabalho**, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de **transformar as práticas profissionais**. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (...). Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da **problematização do processo de trabalho**, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. **Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho** (BRASIL, 2009, p. 20, grifo nosso).

Educação Permanente em Saúde (EPS): **aprendizagem no trabalho**, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de **transformar as práticas dos trabalhadores da saúde** (BRASIL, 2014, grifo nosso).

Silva e Peduzzi (2011) enfatizam que a finalidade da EPS tem a necessidade de ações mais amplas e menos normatizadas para que essa seja colocada em prática:

A EPS tem o objetivo de constituir uma rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no SUS, com a sua recomposição na direção das necessidades da população/usuários como cidadãos de direitos. Afinal, no setor da saúde ocorre uma concentração do saber em áreas técnicas de profissionais específicos, que anulam as realidades locais em prol do conhecimento técnico que impõe uma linha de prescrições ao trabalho. **Portanto, faz-se necessário ampliar as possibilidades de respostas para além do normatizado, por meio da interação intersubjetiva, em direção às necessidades de saúde dos usuários/população** (SILVA; PEDUZZI, p. 1021, grifo nosso).

Ao analisar esta imagem-objeto da EPS, questiona-se a eficácia da Educação Continuada em saúde como estratégia para atender a estes objetivos tão complexos e que exigem refletir sobre problemas não normatizados e legislados. Diferentes autores indicam a importância

de capacitações pontuais (Educação Continuada) para atualização dos conhecimentos dos profissionais em saúde, porém enfatizam a importância de que estas ações sejam planejadas em prol da reflexão sobre o trabalho, a fim gerar autonomia e criatividade nos profissionais para qualificá-los. Por fim, concordam que a educação continuada deve trabalhar em prol da Educação Permanente (MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006; MERHY; FEUERWERKER, 2014; MERHY; GOMES, 2016).

Merhy, Feuerweker e Ceccim (2006) apresentam as diferenças entre as duas estratégias no Quadro 2, cuja análise permite destacar características essenciais que ações de Educação Permanente devem apresentar:

- Lógica ascendente;
- Trabalhar com coletivos (equipes);
- Trabalho/atuação transdisciplinar;
- Promover problematização/reflexão sobre o processo de trabalho;
- Promover aprendizagem significativa.

Quadro 2: Paralelo entre la pedagogia de la educación continua y la pedagogia de la educación permanente.

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento” preside/define as práticas. A aprendizagem é proposta como transmissão de conteúdos centrados no conhecimento.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa), bem como que possibilitem criar novos sentidos (criar e recriar relações), centrada nas relações.
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes de atenção e/ou de gestão em qualquer esfera do sistema; docentes, estudantes e usuários.

Modus Operandi	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão, na formação e na educação popular. Possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados na situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação – controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico.

Fonte: Traduzido do artigo de MERHY; FEUERWEKER; CECCIM (2006).

Merhy e Feuerwerker reafirmam essas características quando alegam que a ‘alma’ da EPS “tem que ser a produção de um cuidado em Saúde dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional” (2014, p. 21). Nessa perspectiva, a partir da aplicação dessas características nas ações/programas de Educação Permanente dos profissionais de saúde, pretende-se atingir os seguintes resultados (BRASIL, 2004a, p. 10):

- A democratização institucional;
- O desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- O desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;

- O trabalho em equipes matriciais;
- A melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- A constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Ao propiciar que os profissionais, gestores, instituições de ensino e usuários compreendam a complexidade dos processos e das práticas de saúde, a EPS contribui para o redirecionamento e implementação da reforma sanitária (FIOCRUZ, 2006; LOPES et al, 2007). Como se pode perceber, a educação continuada por si só não vence o desafio ambicioso e necessário apresentado por Ceccim (2005) de incorporar ao trabalho os princípios e diretrizes do SUS, porque estes correm o risco de serem apenas instrumentos de transmissão de conhecimentos descontextualizados da prática.

Apesar das ações de Educação Continuada em Saúde permitirem a inserção de processos de reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a promoção da autonomia dos profissionais para buscar solucionar esses problemas de forma criativa, ela por si só não encerra o ideário proposto pela EPS. Sendo assim, Figueiredo et al (2014, p. 154) sintetizam o conceito de EPS:

A Educação Permanente em Saúde possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco são os processos de trabalho (formação, atenção, gestão, controle social), seu alvo são as equipes (unidades de produção), seu lócus de operação são os coletivos, pois o olhar “do outro” é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de “incômodos”.

Assim, apesar de focar a educação em serviço, a Educação Permanente também adentra os ambientes de formação formal, buscando aproximar esses futuros profissionais de seu foco e lócus.

Educação Permanente em Saúde na prática

O debate sobre as concepções/tendências pedagógicas no Brasil foi promovido por autores da área da educação, como Libâneo (1992), Saviani (2005; 2007), Bordenave (1994; 1999). Na área da saúde temos as contribuições de Davini (1989; 1995), que, como consultora da OPAS, fortaleceu a metodologia da problematização como a mais adequada para ações de educação em serviço também na área da saúde; e de Bordenave (1994; 1999), cujas experiências com educação de adultos voltada para o trabalho foram utilizadas para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala) e continua contribuindo

para reflexão dos processos de ensino-aprendizagem nesse campo.

Davini (1989; 1995) destaca a importância de se debater sobre a questão metodológica da Educação Permanente, considerando que, ao inserir projetos de EPS nos serviços, corre-se o risco de haver um uso mecânico de metodologias tradicionais, descontextualizadas e, muitas vezes, contraditórias aos objetivos traçados. Neste sentido, é importante que a opção metodológica tenha sua concepção do processo de ensino-aprendizagem alinhada com os princípios da EPS, discutidos acima. Bordenave (1999) também alerta que a opção pedagógica reflete uma determinada epistemologia do conhecimento a ser aprendido-ensinado.

O que se destaca dessa discussão é que há uma escolha epistemológica tanto na área da educação quanto na área da saúde. No campo da saúde podemos dizer que atualmente o trabalho dos profissionais está embasado em dois principais modelos teóricos: o modelo integral (preconizado pelo SUS e que considera a saúde como resultante de determinantes sociais e biológicos) e o modelo biomédico (que considera a saúde a partir de fatores biológicos, fragmentando o indivíduo em disciplinas especializadas na tentativa de explicar as causas das doenças). A escolha do modelo pedagógico a ser aplicado nas ações de educação em saúde está diretamente atrelada à visão e concepção de saúde que o profissional concebe (LÜDKE; CUTOLO, 2010). A opção epistemológica em cada componente é muitas vezes feita de forma acrítica, baseada em experiências e vivências. Desta forma, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam as opções metodológicas existentes e como estas se aplicarão na educação na saúde para promoção do modelo integral de atenção à saúde (LÜDKE; CUTOLO, 2010).

No contexto da saúde, embora existam diversas opções e tendências pedagógicas descritas, Bordenave (1999) e Davini (1989; 1995) apresentam três grandes grupos:

A - Pedagogia da transmissão

Essa pedagogia também é conhecida como “Educação Bancária” (FREIRE, 2005), pois considera o aluno como uma página em branco onde se depositam novos conhecimentos. O professor é ativo e o aluno é passivo (recebe do professor que tem a autoridade). Não se baseia em experiências e vivências, mas sim em conhecimentos sistematizados e generalizados, desconsiderando realidades locais. Os autores indicam que esta opção pedagógica reforça a passividade dos profissionais, a imitações de padrões de outros contextos, o individualismo e a falta de criticidade a respeito da adequação ou não dos conhecimentos em sua própria realidade.

B - Pedagogia do condicionamento

A pedagogia do condicionamento também é chamada de pedagogia tecnicista, enfatiza os resultados comportamentais da aquisição de conhecimentos. Baseada na abordagem psicológica do Behaviorismo, o professor estimula a resposta desejada por meio de um prêmio e/ou castigo, objetivando instrumentalizar o aluno para a repetição de um procedimento. Geralmente é aplicada no contexto de treinamento de trabalhadores de empresas ou indústrias. Esta concepção pedagógica reforça a competitividade, a repetição acrítica de procedimentos e técnicas, tendência a robotização das pessoas a favor da produtividade e a necessidade de uma liderança que estabeleça objetivos, metas a serem alcançadas e a fragmentação do processo de trabalho.

Quando aplicada à área da saúde, podemos citar o exemplo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde (PMAQ), do Ministério da Saúde, que traz a ideia de que o condicionamento pode se tornar uma ação acrítica por parte das equipes para obtenção de prêmios, apesar de ser uma ferramenta riquíssima para problematização do processo de trabalho.

C - Pedagogia Problematizadora

Esta concepção enfatiza a capacidade do aluno identificar problemas em sua realidade e propor soluções para os mesmos em busca da transformação da realidade problemática. A aprendizagem parte do interesse dos próprios indivíduos (aprendizagem significativa). A relação entre alunos e docentes é horizontal, no sentido de que ambos aprendem e ensinam por meio de suas experiências e vivências. Os resultados esperados são: o desenvolvimento de habilidades de observação, análise, avaliação; profissionais ativos e atentos e críticos, que buscam a melhoria de seus processos de trabalho; superação do trabalho e aprendizagem individuais pela reflexão e aprendizagem coletivas.

Paulo Freire é a grande referência da Pedagogia Problematizadora, que contribui para a concepção de que a pessoa, ao aprender e tomar consciência de si no mundo, torna-se um sujeito ativo no mundo, transformando-o, ao mesmo tempo, que se transforma. Essa concepção nos lembra da ideia inicial de educação atrelada ao trabalho, como vimos no início deste capítulo. Esta concepção pedagógica é a que mais se aproxima dos princípios e diretrizes da EPS, pois, como destaca Davini (1995), se apoia na educação para a vida cotidiana, do trabalho, e busca qualificar conhecimentos e mudar práticas e comportamentos.

A partir dos pressupostos da Pedagogia Problematizadora, a Metodolo-

gia da Problematização é a mais amplamente difundida, destacando-se também a Metodologia Baseada em Problemas. Bordenave (1994; 1999), Berbel (1999) e Davini (1995; 2009) são as principais referências no desenvolvimento desta metodologia na área da saúde. Eles apresentam essa metodologia por meio do Arco de Maguerez, descrito em cinco etapas (**Figura 1**).

O ponto de partida é a indagação a respeito da realidade (Como faço meu trabalho? Quais dificuldades encontro? Por que faço desta maneira?). Para tanto, é necessário observar e analisar, olhar para si mesmo e para o coletivo. Ao final desta etapa o grupo ou a equipe terá escolhido e priorizado os problemas que devem ser superados. A partir deste ponto, o grupo identifica os conhecimentos prévios que tem sobre os problemas priorizados, refletindo sobre como esses foram estabelecidos, buscando levantar os pontos-chave a serem estudados para esclarecimento do mesmo. Depois dos pontos-chave levantados, o grupo define como estes serão estudados. Esta é a chamada etapa da teorização, quando o grupo busca as bases literárias e científicas e compara com seus conhecimentos e percepções prévias sobre o problema.

A partir daí o grupo entra na etapa de levantamento de hipóteses de solução. Neste momento o grupo tem liberdade criativa para propor soluções que de fato sejam novas e transformem a realidade problemática. Tendo as novas ações planejadas, a próxima etapa é colocá-las em prática. A partir da nova realidade estabelecida mediante as intervenções efetivadas, o arco é reiniciado e o processo de reflexão crítica identifica outros problemas deste novo contexto.

Figura 1 – Arco de Maguerez (Representação da Pedagogia Problematizadora).



Fonte: BORDENAVE e PEREIRA, 1994.

As etapas descritas permitem identificar que a metodologia da problematização não descarta técnicas e fundamentos das demais concepções pedagógicas, agregando as potencialidades de cada uma em suas etapas e deixando sempre claro o objetivo de desenvolvimento crítico de seus atores.

Davini (1995) destaca que as estratégias de ensino utilizadas devem ter coerência com o modelo pedagógico adotado. O uso de materiais escritos ou de uma palestra, por exemplo, podem ser incorporadas dentro do modelo problematizador, desde que seja em um momento apropriado e com a intenção de alimentar a reflexão e a problematização do que se propõe estudar. Para cada uma destas etapas podem-se utilizar diversas técnicas e atividades a fim de cumprir seu objetivo problematizador. Davini (2009) sistematiza algumas possibilidades de técnicas para cada etapa da metodologia da problematização (**Quadro 3**):

Quadro 3 – Sistematização de possíveis atividades por ações específicas da problematização.

Problematizar as práticas	Identificar problemas	Ação-Reflexão Investigação -Ação	Estudo de casos: Trabalho de campo; sustentação de dados locais; Construção e priorização de problemas
	Ampliar o conhecimento	Acesso Bibliográfico: Acesso a dados; Acesso a Educação Virtual; Acesso a outras experiências	Seminário de estudos: estágio in loco; grupos de discussão; teleconferências e redes interativas
	Desenvolver competências específicas e da equipe	Aquisição de competências e capacidades específicas	Supervisão -capacitante: Treinamentos focalizados específicos: oficinas de elaboração de projetos de trabalho.
	Buscar soluções: colocá-las em prática e avaliá-las	Coodenar condutas com outros e trabalho em redes	Grupos operativos de qualidade: oficinas de programação local; avaliação de processos e resultados

Fonte: DAVINI, 2009.

Davini (1994) identifica ainda diversos recursos cotidianos dos serviços que não são suficientemente aproveitados como meios de realizar Educação Permanente, como: dados/informações do serviço, reuniões formais e informais, contato com os superiores, participação e intercâmbio entre diferentes equipes e/ou especialistas, estudo de casos especiais, observação do território, tutorias ou estudos especializados aproveitando os recursos da organização, aprendizagem a partir das tarefas realizadas, sessões de estudo e debate, painéis e seminários, observação da comunidade, entrevistas com os usuários, as estatísticas, sessões de leitura, dentre outros. A autora

destaca que esses recursos já existentes nos serviços somente precisam ser utilizados intencionalmente para a promoção da aprendizagem, e que estas possibilidades de ações de Educação Permanente em serviço não descartam a necessidade de ações e cursos externos (educação continuada).

Outra possibilidade de se desenvolver a EPS é por meio de técnicas e recursos do Planejamento em Saúde. Tanto os processos de Educação Permanente quanto de Planejamento em saúde estão fundamentados na identificação e descrição de problemas por todos os atores implicados, a fim de também propor intervenções e ações que sejam de fato efetivas para a solução do problema, evitando, assim, gasto de recursos como tempo e dinheiro em ações não resolutivas (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011; FIGUEIREDO et al, 2014).

As técnicas utilizadas em cada momento podem contribuir com todas as etapas da metodologia da problematização, o que reforça o caráter de ferramenta de gestão dado à EPS (TEIXEIRA, 2010; SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011; FIGUEIREDO et al, 2014). Podemos destacar do Planejamento Estratégico em Saúde (PES) algumas técnicas que podem ser utilizadas para a elaboração de planos de EPS, como:

- O método CENDES-OPAS, que estabelece critérios para priorização dos problemas identificados (critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos);
- A “Árvore de Problemas”, para análise dos problemas priorizados e estabelecimento de uma rede causal de problemas (causas que alimentam o problema e consequências advindas da manutenção destes problemas);
- A partir da Árvore de Problemas, a elaboração de uma matriz/planilha operacional, onde são descritos o problema, os objetivos a serem alcançados, as ações que serão realizadas, os responsáveis, prazos e custos/recursos de realização do plano.

Como podemos perceber, o PES e a EPS podem contribuir muito um com o outro para a problematização da realidade de trabalho dos profissionais de saúde a fim de desvelar problemas e promover uma reflexão crítica dos mesmos em busca de sua solução. Figueiredo et al (2014, p. 174) destacam a importância desta relação. Apesar de todas estas opções metodológicas serem uma possibilidade de promoção da problematização do processo de trabalho dos profissionais de saúde para a criação de espaços de Educação Permanente, há de se ter cuidado para não banalizar o uso destas metodologias.

O uso de metodologias deve ser um meio de se atingir um objetivo/finalidade maior, e não deve ser um fim em si mesmo. Muitas ações educativas que utilizam metodologias inovadoras podem ser muito bem avaliadas por seus alunos e ao mesmo tempo não contribuir para o fortalecimento dos princípios do SUS e do modelo de atenção integral à saúde.

O facilitador e os participantes destas ações de Educação Permanente na saúde devem constantemente se questionar: Qual a finalidade desta ação? Como esta ação me aproxima da prática integral na saúde? Como esta ação se aplica à minha realidade? Como ela contribui para qualificar meu processo de trabalho? Qual fundamento epistemológico da pedagogia e da saúde estas técnicas estão reforçando? (LÜDKE; CUTOLO, 2010).

A Educação Permanente em Saúde como Política Nacional no Brasil

Com o advento do movimento da reforma sanitária, o debate sobre o desenvolvimento de recursos humanos (formação e qualificação para o trabalho no sistema público de saúde) ganhou força e status de estratégia para colocar em prática a reestruturação dos serviços. O encaminhamento da VIII Conferência Nacional em Saúde (1986), foi pela organização da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Nesse fórum, a educação continuada foi a estratégia indicada para repensar os modos de atenção e as práticas de saúde (MOTTA; RIBEIRO, s.d.).

A partir desse debate, a atribuição da ordenação da formação da área da saúde passou a ser do Sistema Único de Saúde, como descrito no inciso III do artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). A intenção é mudar a lógica de compra de ações e propostas educativas na área da saúde. Apesar da valorização desse debate e do aumento da formação de pessoal técnico nesse período, apenas em 1996 foi criado um primeiro esboço dos princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho e da Educação no SUS que apresenta o termo “Educação Permanente em Saúde”.

A publicação destas diretrizes ocorreu em 2003 por meio da Resolução 330/03, prelúdio da publicação da Portaria 198/04 que instituiu a Política nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004 (LÜDKE, 2009). Nesse mesmo ano foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que valorizou a discussão sobre a educação profissional no SUS e se responsabilizou pela condução da elaboração da PNEPS. A partir da Resolução CNS 335/2003 e da

Portaria MS/GM 198/2004, a EPS torna-se a estratégia do Ministério da Saúde para redirecionamento da reforma sanitária, fortalecimento do SUS e desenvolvimento de seus trabalhadores.

O documento “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (2004), do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), sob influência dos autores da área, define EPS como “a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004, p. 10).

Propõe-se deslocar o foco do ensino das especificidades de cada profissional para a “dimensão cuidadora”, reforçando a articulação e o vínculo entre os profissionais, usuários e instituições de ensino, promovendo espaços de diálogo e negociação, com base nas necessidades reais de saúde da população (FIOCRUZ, 2006).

Destaca-se também a potencialidade da EPS como ferramenta de gestão que objetiva mudanças institucionais, ampliando espaços de gestão compartilhada e participativa para revisão de normas, regras e projetos institucionais. “Ao se constituir em espaços de pactuação coletiva, seja sobre novos saberes e práticas, seja acerca das normas e formas de organização produtiva, a Educação Permanente pode ser definida como espaço de gestão” (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011, p. 20).

Nesta perspectiva, a Portaria MS/GM 198/2004 estabelece os Polos de Educação Permanente em Saúde como dispositivo de gestão da EPS, com intenção de promover rodas de debate sobre formação e qualificação profissional para construção do SUS a partir do princípio da integralidade da atenção à saúde (dimensão cuidadora) (BRASIL, 2004a). Esse dispositivo é baseado principalmente nas proposições de Gastão Wagner de Souza Campos (método Paidéia), de Emerson Elias Merhy (micropolítica do trabalho vivo em ato) (FIOCRUZ, 2006) e na ideia do “Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde” proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), cujos componentes são: ensino, gestão, atenção e controle social.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde se tornam os espaços de articulação entre os componentes do quadrilátero, onde devem ser discutidas as necessidades de saúde da população local e negociadas ações de formação e qualificação dos profissionais para atender a estas necessidades (BRASIL, 2004b). Em 2006 é publicada a Portaria/GM nº 399/06 (BRASIL, 2006a, 2006b), que apresenta um conjunto de propos-

tas, objetivos e metas pactuadas pelas três esferas de governo (Federação, Estados e Municípios) para a consolidação de um SUS mais eficiente, o Pacto pela Saúde, composto por três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

Dentre as diretrizes estabelecidas no eixo “Educação na Saúde”, do Pacto de Gestão, destacam-se o estabelecimento da necessidade de avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente e a consideração da EPS como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS (BRASIL, 2006a). Tendo em vista estas diretrizes do Pacto pela Saúde, foi publicada em 2007 a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2009), que define novas diretrizes e estratégias de implementação da EPS de acordo com o Pacto pela Saúde.

A nova Política de Educação Permanente substitui o dispositivo dos Polos de Educação Permanente em Saúde pelo dispositivo dos Colegiados de Gestão Regional (responsável por elaborar um Plano de Ação Regional de EPS em consonância com os Planos Estaduais e Municipais de Educação na Saúde), que conta com o apoio técnico das Comissões Regionais Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (formadas por gestores, trabalhadores do SUS, Instituições de ensino e movimentos sociais) na elaboração e execução dos planos de EPS.

As CIES têm um papel fundamental na condução da Política de Educação Permanente e na promoção do encontro desses atores que são essenciais para a identificação das demandas locais de qualificação, para a elaboração de ações que de fato reflitam os princípios da EPS e para a transformação da realidade de trabalho focada no fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS. A nova política definiu ainda as responsabilidades de cada esfera de governo no Pacto de Gestão para a área da Educação na Saúde, o que reforça o caráter local e regional das ações de educação em saúde, incentivando as esferas de gestão a atuarem intencionalmente na ordenação da formação na área da saúde.

Santos, Tenório e Kich (2011) destacam que a Educação Permanente como política de saúde é fundamental no processo de implantação do SUS e deve atuar em diversas frentes, como na formação de profissionais da saúde (nas universidades), na qualificação dos profissionais que já atuam nos serviços do SUS (aprendizagem no trabalho), na capacitação de gestores para incentivar novos modos de gestão e no controle social para acompanhamento das políticas públicas.

As responsabilidades estão relacionadas à formação de nível técnico, formação de nível superior e educação no serviço (que formam o conjunto de ações de Educação na Saúde), todas pautadas na concepção de EPS que abordamos teoricamente acima (problematizadora, voltada para as necessidades locais, que promove aprendizagem significativa).

Ações e Programas Nacionais de Educação na Saúde

A responsabilidade por fomentar o fortalecimento da formação e da qualificação em saúde no SUS, apoiando estados e municípios na implementação da PNEPS, é do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES). Com essa finalidade, o DEGES desenvolve ações e programas de EPS em três principais eixos.

No eixo de Desenvolvimento da Formação Técnica em Saúde, os programas desenvolvidos são apresentados no **Quadro 4**.

Quadro 4: Programas desenvolvidos pelo DEGES no eixo de desenvolvimento da formação técnica em saúde.

PROGRAMA	OBJETIVOS	LEGISLAÇÃO
Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)	Atender às lutas pelo direito à assistência de enfermagem e promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da redução do déficit de pessoal dos auxiliares em enfermagem qualificado e do apoio e fortalecimento às instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS.	PORTARIA Nº 1.262, DE 15 DE OUTUBRO DE 1999.
Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).	Ampliar e qualificar a Força de Trabalho em Saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva da evolução do SUS e contribuir para a melhoria da Atenção Básica e Especializada, capacitando pessoas nas seguintes áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Técnico em Radiologia; • Técnico em Biodiagnóstico com habilitação em: (I) Patologia Clínica, (ii) Citotécnico e (III) Hemoterapia; • Técnico em Manutenção de Equipamentos; • Técnico em Higiene Dental - THD/Auxiliar de Consultório Dentário; • Técnico em Prótese Dentária; • Agente Comunitário de Saúde - Formação Inicial Técnico em Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária; 	PORTARIA Nº 3.189, de 18 de DEZEMBRO DE 2009.

	<ul style="list-style-type: none"> • Técnico de Enfermagem : Especialização Técnica de Cuidadores para pessoas idosas; • Especialização Técnica para Assistência de Enfermagem em Diálise. 	
Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS.	<p>Fortalecer toda a rede pública de formação técnica em saúde, com a criação de novas escolas e o apoio ao desenvolvimento institucional das existentes, incluindo tanto questões relativas à infraestrutura educacional, como o estímulo e apoio à geração de atividades de extensão e de produção de conhecimentos, com a implementação de pesquisas acadêmicas.</p> <p><u>Objetivos RET-SUS:</u> Compartilhar informação e conhecimento; Buscar soluções para problemas de interesse comum; Difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de recursos humanos nível médio em saúde; e Promover a articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS.</p>	A PORTARIA Nº 1.289, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2000, atualizada pela PORTARIA Nº 2.970, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2009.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

Para desenvolvimento do eixo de Formação de Nível Superior em Saúde, o DEGES adota estratégias, como promover mudanças nos cursos de graduação a partir das necessidades do SUS, a formação de docentes e preceptores para fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. Os principais programas desse eixo são apresentados no **Quadro 5**.

Quadro 5: Programas desenvolvidos pelo DEGES no eixo de formação de nível superior em saúde.

PROGRAMA	OBJETIVOS	LEGISLAÇÃO
Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).	Estimular uma discussão coletiva sobre os arranjos das experiências do cotidiano e a aprendizagem no serviço, possibilitando às partes assumirem responsabilidades mútuas de forma articulada ao processo de ensino-aprendizagem, e firmando apoio aos compromissos pactuados entre instituições de ensino e de gestão da saúde nas atividades de formação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Portaria Interministerial nº 1.127 de 04 de agosto de 2015.

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde.	Tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRO-SAÚDE, em implementação no país desde 2005. O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade.	Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010.
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).	Integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.	Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007.
Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS/Brasil.	Permitir aos participantes a formação em um novo ambiente de aprendizagem, inserido no cotidiano de trabalho das organizações e serviços de saúde. Esse espaço é entendido como princípio educativo e lugar onde acontecem encontros de setores no campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população.	http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus .
Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs.	Orientar a elaboração dos currículos dos cursos de graduação, devendo ser adotadas e implantadas por todas as Instituições de Ensino Superior (IES). Elas buscam auxiliar às IES na elaboração e implantação de seus projetos político-pedagógicos e foram instituídas por meio de resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Superior (CES)	
Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB.	Valorizar e estimular os profissionais de nível superior a comporem as equipes multiprofissionais da Atenção Básica, em especial da Estratégia de Saúde da Família, nos municípios com maior percentual de pobreza, em áreas remotas e de difícil acesso e áreas com populações em maior vulnerabilidade. O PROVAB busca ainda ampliar a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho.	Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. http://provab.saude.gov.br/
Residências em Saúde: - Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde; - Residência Médica.	É caracterizada pela articulação entre ensino-serviço-comunidade para favorecer a inserção qualificada de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, é definida em comum acordo com gestores, trabalhadores e usuários das regiões prioritárias do país para a atuação estratégica dos profissionais de saúde a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas.	Lei nº 11.129 de 2005.

Fonte: Elaborado pelos autores.

No eixo de **Qualificação Profissional**, o DEGES apresenta programas de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (nível técnico e superior) atuantes tanto na assistência quanto na gestão do SUS. Os principais programas e ações desse eixo são apresentados no **Quadro 6**.

A Educação Permanente em Santa Catarina

O estado de Santa Catarina, desde a publicação da Política Nacional de Educação Permanente, em 2004, vem trabalhando e conduzindo sua implantação. Na época, a então chamada Divisão de Educação e Promoção da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde organizou os encontros entre os diversos atores envolvidos neste trabalho. Criaram-se então doze polos de educação permanente e o fórum de EPS estadual. Também nesse ano foi criada a Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), que até hoje é responsável pela condução da política no estado (SANDRI et al, 2015; VENDRUSCOLO et al, 2016).

Atentando às mudanças da nova Política de EPS, publicada em 2009, foi instituída em 2010 a Comissão Permanente de Integração Ensino/Serviço Estadual (CIES Estadual), vinculada à Câmara Técnica de Recursos Humanos da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de Santa Catarina. Também foram estabelecidas 16 CIES regionais (SANDRI et al, 2015; VENDRUSCOLO et al, 2016).

Os planos regionais e estaduais de EPS são criados junto com as CIES regionais e em parceria com instituições como a Escola de Formação em Saúde de Santa Catarina (EFOS), a Escola Técnica de Blumenau (ETS Blumenau), a Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESP-SC) e outras instituições de ensino estaduais. As ações dos planos são desenvolvidas e articuladas em parceria também com programas como PET-SAÚDE, PRÓ-SAÚDE e TELESSAÚDE (SANDRI et al, 2015).

Quadro 6: Programas desenvolvidos pelo DEGES no eixo de Qualificação Profissional em Saúde.

PROGRAMA	OBJETIVOS	LEGISLAÇÃO
InovaSUS	Reconhecer, incentivar e premiar projetos e experiências inovadoras na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Âmbito do SUS.	Editais são lançados a cada edição.

Comunidade de Práticas	Fomentar e ativar a produção e a construção de conhecimento por meio da troca de experiências entre trabalhadores e gestores das três esferas do Governo do serviço de Atenção Básica à Saúde, via uma plataforma virtual.	http://portasaude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos
Portal Saúde Baseado em Evidências	Disponibiliza aos profissionais de saúde acesso rápido e fácil a conteúdos e evidências cientificamente revisadas. É uma ação do Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (Capes/MEC)	
Universidade Aberta do SUS	Propor ações para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS; Ofertar cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras formas de qualificação dirigida aos profissionais do SUS, por meio das instituições que integram a Rede UNA-SUS; Fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas; Contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País por meio da oferta de cursos de capacitação e educação permanente; Contribuir com a integração ensino-serviço na área de atenção a saúde.	Decreto 7.385 de 8 de dezembro de 2010.
Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS).	Plataforma de conhecimento livre e aberto em saúde, desenvolvida para profissionais e estudantes da área, e com ofertas educacionais disponíveis a qualquer pessoa que busque conhecimento em saúde. O AVASUS é um ambiente de educação a distância que pretende qualificar a atenção, formação, gestão e o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).	https://avasus.ufrn.br/
Telessaúde Brasil Redes	Integrar o ensino e serviço por meio de ferramenta e tecnologias da informação e comunicação, com o objetivo de fortalecer e melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS).	Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

A DEP vem investindo em espaços de discussão e avaliação das ações de EPS desenvolvidas no estado por meio de seminários de avaliação, de qualificação de facilitadores de EPS, do incentivo e fomento de pesquisas e publicações que discutem a caracterização das ações de EPS desenvolvidas no estado. Também incentiva estudos de análise do contexto do desenvolvimento das CIES, análise da gestão dos recursos financeiros da política, de resgate histórico da implantação da política no estado e avaliação da percepção dos gestores sobre a EPS (SANDRI et al, 2015; FERRAZ, 2011; FERRAZ, 2013; SANDRI et al, 2014; ARRUDA et al, 2008; VENDRUSCOLO et al, 2013; VENDRUSCOLO et al, 2016).

Considerações finais

A discussão conceitual da EPS e sua inserção como política no SUS evidenciam o desafio de estabelecer esses processos na prática. É uma discussão complexa, que envolve muitos fatores e a disposição de diferentes atores na consolidação da EPS em diversos contextos, respondendo às demandas locais. Algumas características identificadas nos conceitos de EPS apresentados permitem sugerir a síntese apresentada na **Figura 2**.

Figura 2: Componentes da Educação Permanente em Saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

A identificação de problemas na realidade de trabalho é um pressuposto básico da EPS. A partir dela busca-se: diagnosticar e analisar a realidade de trabalho; identificar, priorizar e analisar problemas das práticas de saúde, sempre com a intenção de qualificá-la. A aprendizagem significativa acontece quando a demanda de aprendizagem é fruto do interesse e necessidade do trabalho, resultado do processo crítico de problematização. Ela amplia o conhecimento de maneira aplicada ao contexto local e atualiza conhecimentos necessários para a qualificação da prática.

O trabalho interdisciplinar, a coletividade, também tem um peso muito forte nas ações de Educação Permanente. Apesar de a Educação Permanente ter um impacto no individual e na postura da pessoa em fazer do seu processo de trabalho também um processo de aprendizagem, ela só tem sentido quando ganha corpo no coletivo, na discussão conjunta da realidade, no exercício da democracia participativa, na escuta cuidadosa do outro e na produção de consensos entre os profissionais e também com a população. Esse componente deve: facilitar a comunicação em equipe; promover interação multiprofissional; qualificar trabalho em rede; qualificar comunicação com a população.

Nesse aspecto, esse componente tão importante da EPS contribui também com a implementação e a prática do princípio da Política Nacional de Humanização (PNH) da transversalidade, quando promove a corresponsabilização e diálogo entre as diferentes especialidades e categorias profissionais da saúde; quando promove a comunicação entre profissionais de uma equipe, entre profissionais de diversos pontos da rede de atenção, entre profissionais e população; e quando ajuda a superar as relações de poder hierarquizadas e a comunicação vertical. Tanto a EPS quanto a PNH buscam a produção de planos comuns de trabalho e enfrentamento dos problemas em equipe por meio da transversalização de saberes e ações em saúde (PEDROSO; VIEIRA, 2009; BRASIL, 2013).

O protagonismo das equipes na tomada de decisão se torna a realização e o cumprimento do objetivo maior da Educação Permanente, que é a transformação das práticas com vista à qualificação das mesmas e da consolidação do SUS enquanto modelo integral de atenção à saúde. Nesse componente, a intenção é planejar o trabalho e ações a partir dos processos de problematização e aprendizagem significativa; colocar estas

ações em prática, monitorar e avaliar as ações planejadas; e tomar decisões para mudança das situações problema. Todo esse processo deve ser mediado pela permanente ação-reflexão-ação.

As reflexões apresentadas nos faz pensar que a EPS é a uma constante reflexão e análise da realidade de trabalho no SUS pelas equipes de saúde, que, por meio da comunicação interprofissional e com a população, identificam aspectos de suas práticas a serem qualificados. A partir disso, em um processo proativo, buscam ampliar e trocar conhecimentos que tenham sentido para sua realidade local, sendo protagonistas no planejamento e na tomada de decisão para transformação das práticas na direção dos princípios do SUS.

A partir dessas considerações, as ações ou programas de educação na saúde podem ser analisados à luz desses quatro componentes, como ilustrados na Figura 2, para uma reflexão mais crítica, tanto para o planejamento quanto para a avaliação da execução dessas iniciativas, no sentido de avançar para a consolidação da EPS, que tem como imagem-objetivo o fortalecimento do SUS para garantia de seus princípios e diretrizes.

Referências

ARRUDA, M.P. et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Rev. bras. educ. med.** V. 32, n. 4, p. 518-524, 2008.

BÁRCIA, M.F. **Educação permanente no brasil.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1982. 85 p.

BERBEL, N.A.N. A metodologia da Problematização e os Ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: _____(Org). **Metodologia da problematização:** Fundamentos e Aplicações. Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 1-28.

BORDENAVE, J.D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos cadruhu.** Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Editora da UFRN, 1999; 261-268 p.

BORDENAVE, J.D. PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 14 ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1994. p. 316.

BRANDÃO, C.R. **O que é educação popular** [S.l.: s.n.] 1983. Disponível em: <<http://ifibe.edu.br/arq/201509112220031556922168.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003**: Afirmar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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. 2004 b. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 76 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos

Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 64 p, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Folheto. 1 ed., 1 reimpressão, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria 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. 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 278, de fevereiro de 2014**: Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 06 nov. 2017.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar. (Coord). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. 2 ver. ed. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 162-168. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 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**, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

DAVINI, M.C. **Bases metodológicas para la educacion permanete del**

personal de salud. Publicación nº 19. OPAS: 1989.

DAVINI, M.C. **Práticas laborais em los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje.** In: HADDAD, J. Q; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Educação permanente de personal de salud. Washington, D.C.: OPAS, 1994. p. 109-126.

DAVINI, M.C. **Educación permanente em salud.** Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud nº 38. OPAS: Washington, D. C., 1995.

DAVINI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES. DEGES. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:** perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 421 p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/95003>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

FERRAZ, F. et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1683-1693, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600020>. Acesso em: 06 nov. 2017.

FIGUEIREDO, M.C.B. et al. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde.** Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014. 320 p.

FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. **Análise da política de educação permanente em saúde:** um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2006. 99 p. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_

ObservarH/EPSJV-FIOCRUZ/Analise_politica_edu_permanente.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213 p.

FURTER, P. **Educação permanente e desenvolvimento cultural**. 2ª Edição. Tradução de Teresa de Araújo Penna. Petrópolis: Vozes, 1975. 224 p.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. 172 p.

GRILLO, M.J.C. **Educação permanente em saúde [manuscrito]: espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho**. Tese de doutoramento. 2012. 222p.

KALLEN, D. Aprendizagem ao longo da vida em retrospectiva. **Revista Europeia de Formação Profissional**, n. 8/9, p. 16-22, 1996. Disponível em: <http://www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/130/8-9_pt_kallen.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

LAMPERT, E. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. **Revista Linhas**, v. 6, n. 1, p. 177-194, 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1252>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

LAMPERT, E. A universidade e o currículo: possibilidades de redimensionar o fazer-pedagógico. **Revista Linhas**, v. 10, n. 02, p. 144 – 155, 2009. Disponível em: <<http://revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1423/1472>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

LEMOS, C.L.S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

LIBÂNEO, J.C. **Tendências pedagógicas na prática escolar**. In: LIBÂNEO, J. C. Democratização da Escola Pública – a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola, 1992. p. 3-37. Disponível em: <<http://www.fatoconcursos.com.br/adm/extras/TendenciasPedagogicasnaPraticaEscolarLibaneo.pdf17102016062705.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Sociais**, v. 8, n. 2, p. 147-155, 2007.

LÜDKE, L. **Formação de docentes para o SUS**: um desafio sanitário e pedagógico. Dissertação (mestrado). Universidade do Vale do Itajaí. Curso de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009. p. 95. Orientação: Luiz Roberto Agea Cutolo. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Luise%20Ludke.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

LÜDKE, L; CUTOLO, L.R.A. Formação de docentes para o SUS: um desafio sanitário e pedagógico. **Saúde & Transformação Social**, v. 1, n. 1, p. 88-98, 2010. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/410>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

MACHADO, M.H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, p. 12-26, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

MERHY, E.E; FEUERWEKER, L.C.M; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Revista Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a04.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

MERHY, E.E; FEUERWEKER, L.C.M. Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, Ana Cristina; GALLO, Edmundo; GOMBERG, Estélio. (org). **Informar e Educar em Saúde**: análises e experiências. Salvador: EDUFBA, Editora Fio-cruz, 2014. 9-26 p.

MERHY, E.E; GOMES, L.B. Colaborações ao debate sobre a revisão da política nacional de educação permanente em saúde. In: GOMES, GOMES, L.B; BARBOSA; M.G; FERLA, A.A. (orgs). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas**: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016; 67-92 p. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/a-educacao-permanente-em-sau>>

de-e-as-redes-colaborativas-conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas>. Acesso em: 06 nov. 2017.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S. Educação permanente em saúde: metas-síntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170>. Acesso em: 06 nov. 2017.

MOTTA, J.I.J; RIBEIRO, E.C.O. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Disponível em: <http://inesco.org.br/eventos/forum/docs/Ed%20Perm%20Eliana_In%C3%A1cio.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

PAIVA, V. **Educação permanente**: ideologia educativa ou necessidade econômico-social. Rio de Janeiro: Síntese, 1977. Disponível em: <<http://faje.edu.br/periodicos2/index.php/Sintese/article/viewFile/2406/2669>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

PEDROSO, R.T.; VIEIRA, M.E.M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface** (Botucatu), v. 13, supl. 1, p. 695-700, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500020>. Acesso em: 06 nov. 2017.

PINTO, H.A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: GOMES, L.B; BARBOSA; M.G; FERLA, A.A. (orgs). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 23-65. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/a-educacao-permanente-em-saude-e-as-redes-colaborativas-conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

ROVERE, M.R. Gestion estrategica de la educacion permanente em salud. In: HADDAD, J; ROSCHKE, M.A.C; DAVINI, M.C. **Educacion permanente de personal de salud**. Washington, D.C.: OPAS, 1994. p. 63-106.

SANDRI, J.V.A. et al. Política de educação permanente na área da saúde em Santa Catarina: o histórico de uma caminhada. **RBTS**, v. 2, n. 2, p. 97-113, 2015, doi: 10.14210/rbts.v2n2.p97-113. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9222>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

SANDRI, J.V.A. et al. Caracterização das ações de educação permanente em saúde no estado de Santa Catarina. **RBTS**, v. 1, n. 2, p. 15-25, 2014, doi: 10.14210/rbts.v1.n2.p15-25. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/7238>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

SANTOS, C.M; TENÓRIO, F.P.S; KICH, F.D. **Educação permanente em saúde no estado de Sergipe** – Saberes e tecnologias para implantação de uma política. Livro do Aprendiz 2. Aracajú: FUNESA, 2011. 112 p. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/lil-744994>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica**. 9ª edição. Campinas: Autores Associados, 2005. 156 p.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34, p. 152-165, 2007.

SILVA, J.A.M; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saude soc. [online]**, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400018>. Acesso em: 06 nov. 2017.

SMAHA, I.N.; CARLOTO, C.M. Educação permanente: da pedagogia para a saúde. In: ALVES, Giovanni.; MONTEIRO, Arakin Queiroz; BATISTA, Roberto Leme; (org). **VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade**; 24-28 maio 2010, Marília, SP. São Paulo: UNESP; 2010. Disponível em: < http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

TEIXEIRA, C.F. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA. 2010.

VENDRUSCOLO, C. et al. A Inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto contexto - enferm.**, v. 25, n. 1, e2530013, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2530013.pdf>. Acesso em: 30 oct. 2017.

VENDRUSCOLO, C. et al. Educação permanente em saúde: percepção dos gestores do SUS na Macrorregião Oeste, em Santa Catarina. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, [S.l.], v. 7, n. 4, 2013. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/574/1215>>. Acesso em: 30 oct. 2017.

VIEIRA, A.G.R. Educação permanente: (re)vendo conceitos. **ECS**, v. 3, n. 2, p. 179-193, 2013. Disponível em: <<http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/view/1239>>. Acesso em: 06 nov. 2017.



EFETIVIDADE DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ELEMENTOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO NO OLHAR DOS ENVOLVIDOS

*José Francisco Gontan Albier
Sérgio Fernando Torres de Freitas*

Os conflitos e as potencialidades para remar um mesmo barco...

O início deste século, por força de políticas indutoras do Ministério da Saúde e da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, propôs/impôs um desafio para todos os atores envolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS) e para as Instituições de Ensino Superior (IES) formadoras na área da saúde no Brasil: a formação de profissionais competentes para atuar na saúde da comunidade brasileira, fundamentalmente voltado para o SUS; e, de forma concomitante, a formação permanente em serviço para os profissionais da rede pública, visando a melhoria no cuidado da comunidade.

Neste contexto, Ceccim e Feuerwerker (2004), Carvalho e Ceccim (2006), Amâncio Filho (2004) e Marin (2013) questionam e criticam tanto a formação de novos profissionais quanto as práticas de saúde desenvolvidas nos serviços do SUS. Para os autores, as instituições formadoras perpetuam modelos conservadores, compartimentalizando o indivíduo e investindo predominantemente em tecnologias de alta densidade e especialidades ligadas a essas tecnologias. Todos concordam que estes procedimentos e atualizações técnicas constantes são importantes na formação, mas defendem a primazia de um ensino baseado em competências, onde aspectos como a subjetividade nas relações paciente-profissional, habilidades de pensamento e conhecimento do SUS também são essenciais. Esses autores ressaltam ainda que na observação dos serviços é possível perceber ações em saúde na lógica da medicalização, da verticalização de programas e ações fragmentadas entre profissionais e comunidade.

Desde a Constituição Federal de 1988, como definido no artigo 200, inciso III, compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde”. Esta determinação se configura com maior detalhamento e profundidade nos artigos 14 e 27 da Lei Orgânica 8080/90, que versam sobre a formação e a educação permanente dos profissionais em serviço do país (BRASIL, 1990).

No início da década de 2000, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN para os cursos da Saúde tencionou as instituições de ensino superior a questionar suas concepções, modelos e currículos de formação. Dentre os pontos consensuais, ressalta-se que os cursos de graduação em saúde deverão formar um profissional generalista, humanista e reflexivo junto aos contextos reais da comunidade. Dentre suas competências e habilidades gerais destacam-se as de atenção à saúde da população, nos aspectos de prevenção, promoção e recuperação, bem como a prática de educação permanente com compromisso de educação das futuras gerações de profissionais (ALMEIDA, 2003).

Levando em consideração o cenário propício, a legislação e a relevância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde, em fevereiro de 2004 foi instituída por Portaria Ministerial (198/2004) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

A política destaca pontos chaves para sua efetivação: a) articulação do ensino, trabalho e sociedade; b) construção da relação e vínculo constante entre a formação, a gestão, atenção a saúde e o controle social; c) transformação da rede SUS em cenário e espaço para a educação profissional e; d) nos territórios devem ser construídos laços de cooperação entre ensino e serviço para formular estratégias para qualificar o processo (formação, educação dos profissionais, a atenção a saúde e o cuidado individual e coletivo) fortalecendo assim o controle social e a intersetorialidade (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005; CECCIM e FERLA, 2005).

A Portaria 198/2004 ainda destaca que a grande expectativa em relação à implementação da PNEPS é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais

e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas) (BRASIL, 2004).

É nesse contexto que se inseriu a experiência apresentada, que teve como objetivo construir uma avaliação efetiva da integração ensino-serviço e as repercussões em seus atores. Para legitimar o processo, no entanto, é necessário que os envolvidos participem de todo o processo, incluindo a definição de dimensões, indicadores e parâmetros da matriz que fundamenta o processo avaliativo.

A integração ensino-serviço no Brasil possui um percurso histórico que evidencia tanto as aproximações institucionais quanto os entraves e desafios para sua efetivação (MARSIGLIA, 1995). Nos últimos anos é perceptível um movimento de ampliação e fortalecimento da formação em saúde, indutor de mudanças a partir da aproximação do ensino ao sistema de saúde. Estes espaços de integração nos serviços podem promover transformações nos processos de produção de conhecimento para os envolvidos e na qualidade da assistência prestada a população (BATISTA et al, 2015).

Estudos indicam que a integração ensino-serviço pode favorecer a diminuição da distância entre a formação universitária e a realidade e necessidades do SUS ampliando assim o compromisso com seus princípios; desenvolver ações e projetos que aproximem objetivos pedagógicos das prioridades locais e ainda criar sinergias entre cursos e disciplinas que atuam nos serviços (FERLA et al, FAMER e SANTOS, 2013; CUNHA e MAGAJEWSKI, 2012; SORDI et al, 2015). Além disso, a integração estimula nos envolvidos práticas multiprofissionais, interdisciplinares, humanizadas e compartilhadas contribuindo assim no desenvolvimento de ações de cuidados e formação permanente pautada pelo SUS (FLORES et al, 2015).

No entanto, outras pesquisas destacam dificuldades neste processo: as diferentes percepções dos atores envolvidos, indefinição de papéis e tendência de dominação de um grupo sobre o outro (ANDRADE et al, 2014); interesses institucionais distintos (ALBUQUERQUE, 2008); dificuldades metodológicas e integração embasada em negociações particulares (SORDI et al 2015; ALBUQUERQUE et al 2008).

Este estudo é inspirado na concepção de método construtivista / participativo para avaliação na saúde (FURTADO, 2001) e assume como

pressupostos: (i) concepção de que a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes que visa auxiliar na tomada de decisões e, por conseguinte qualificar os processos ou elementos avaliados; e (ii) a avaliação formativa terá maior consistência se contar com a participação dos atores dos processos ou intervenções que foram avaliadas. Há o destaque que engajar os atores envolvidos na pesquisa, além de contribuir para reflexão de suas práticas, possibilita aos envolvidos (grupos de interesse, grupo de implicados ou ainda stakeholders) a co participação, o comprometimento e o uso da avaliação realizada.

Nesta pesquisa, o conceito de efetividade adotado é: critério político e social que supõe compromisso real com o alcance de objetivos visando satisfazer as demandas concretas, expectativas e necessidades da comunidade envolvida (SANDER, 1995).

Nesse quadro, foi aplicada uma pesquisa para (i) identificar os elementos para a efetividade da integração ensino serviço e (ii) reconhecer indicadores de avaliação para o processo com quantificação de sua força a partir da percepção dos indivíduos envolvidos (gestão, universidade, profissionais do serviço e comunidade).

O percurso com os envolvidos a bordo...

O processo avaliativo foi realizada em Blumenau, município de Santa Catarina, localizado na região do Médio Vale do Itajaí. Apresenta uma população superior a 300 mil habitantes e com ampla cobertura de saúde para seus moradores. O município possui um histórico de mais de duas décadas de integração ensino-serviço em parceria entre FURB - Universidade Regional de Blumenau e a Secretaria Municipal de Saúde. Os cursos envolvidos foram os de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Foram identificados como participantes da pesquisa os indivíduos envolvidos na integração ensino-serviço obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

Grupo 1 (G1): gestão – quatro participantes do Núcleo de Educação Permanente, incluindo a coordenação da educação e trabalho do município e a coordenação da atenção básica.

Grupo 2 (G2): docentes – seis docentes da área da saúde da universidade com, no mínimo, 1 ano de atividades de ensino e/ou extensão nas unidades de saúde do município;

Grupo 3 (G3): discentes - seis discentes da mesma universidade que atuam em estágio ou projeto de extensão nas unidades.

Grupo 4 (G4): profissionais do serviço – quatro coordenadores de unidades básicas de saúde com histórico de maior antiguidade atuando com a integração ensino-serviço.

Grupo 5 (G5): comunidade – quatro usuários das mesmas unidades com participação ativa nas rotinas do bairro e / ou representante do Conselho Local de Saúde.

Os sujeitos que foram procurados até três vezes e não puderam responder os instrumentos de pesquisa ou que não aceitaram participar da pesquisa foram excluídos do estudo e substituídos até chegar ao número de entrevistados previamente definido (n= 24 participantes). Os dados foram coletados entre os meses de setembro e novembro de 2015.

O instrumento foi composto por duas partes: uma entrevista e um questionário auto-referido. A validação foi realizada por especialistas em avaliação em saúde de uma instituição federal de ensino superior.

a. Entrevista: composta por duas questões abertas que visaram conhecer, na perspectiva do entrevistado, quais os elementos condicionantes para se ter integração ensino-serviço de maneira e efetiva e que indicadores julgavam importantes para a avaliação da integração.

b. Questionário: aplicado posteriormente a entrevista, composto por uma lista de nove indicadores de avaliação da integração ensino-serviço identificados na literatura ao longo do processo de construção do processo avaliativo.

Estes indicadores deveriam ser distribuídos, segundo a concepção do entrevistado, em três grupos: (i) maior importância, (ii) média importância e (iii) menor importância. O entrevistado foi orientado a preencher três indicadores em cada uma das três classificações. O instrumento continha a seguinte proposição: **“A integração ensino-serviço é efetiva e de qualidade quando contribui para...”**.

As opções de indicadores com os respectivos autores que referendam estas posições estão apresentadas no **quadro 1**.

Quadro 1: Indicadores selecionados e respectivos autores de referência

Indicador	Autor (es) de Referência
Satisfação do usuário	Kuabara et al (2014); Brehmer e Ramos (2014)
Motivação dos profissionais para desenvolvimento do trabalho em equipe	Marin et al (2014)
Ampliar o conceito de saúde e conhecimento do SUS na rotina	Ferla, Famer e Santos (2013); Kuabara et al (2014); Brehmer e Ramos (2014)
Aumentar o acesso	Pereira e Fraccolli (2011)
Adequações curriculares	Fuentes e Garcia (2011); Souza e Carcereri (2011)
Resolubilidade da Atenção Básica	Caetano, Diniz e Soares (2009)
Fortalecer o controle social	Ferreira et al (2012)
Adesão aos grupos educativos	Caetano, Diniz e Soares (2009)
Aperfeiçoamento profissional	Ferla, Famer e Santos (2013)

Fonte: Banco de dados dos autores, 2015-2016.

Cada participante da pesquisa foi instruído a distribuir os indicadores em três graus de importância (*maior, média e menor*). A partir disso, assumiu-se que os indicadores que apareciam com mais frequência com grau *maior* refletiam a posição de cada um dos cinco grupos de autores. Os graus de importância (maior, média e menor) foram transformados em valores de pontuação (3, 2 e 1 pontos) respectivamente. Posteriormente, com o intuito de mensurar a força destes indicadores, foi aplicado o teste de Kruskal – Wallis, com correção para empates, e após a teste de Dunn para comparações individuais entre os grupos. O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina: CAAE 38418314.0.0000.5361 sob o parecer 9888.520 de 12/03/2015.

O quê falam os remadores...

Os resultados do estudo estão apresentados de duas formas: Em categorias construídas à partir da análise das entrevistas e em agru-

pamentos provenientes dos questionários. Após a transcrição, leitura e análise das questões abertas da entrevista foram categorizados os elementos consensuais entre os diferentes grupos de participantes. Como resultados, por ordem de frequência de recorrência nos discursos dos indivíduos foram identificados seis elementos que seriam condicionantes para a efetividade da integração ensino-serviço:

- Institucionalização: a integração ensino-serviço com legislação e parceria institucional visando a ultrapassagem de acordos à partir de simpatias e questões pessoais.
- Compromisso com o SUS e com a integração ensino-serviço (*perfil dos participantes*)
- Regularidade / Longitudinalidade: trabalho continuado, sem trocas semestrais de cenários favorecendo a construção de vínculos e formação permanente dos envolvidos.
- Planejamento semestral conjunto com vistas à adequação dos objetivos pedagógicos e demanda local.
- Avaliação Parcial e Final composto por encontros de monitoramento e realização de ajustes ao longo do semestre e avaliação final com programação do semestre seguinte.
- Estrutura Física mínima para o bom andamento das atividades propostas.

Referente à segunda questão aberta da entrevista, os indicadores apontados e identificados nos discursos dos participantes da pesquisa estão contemplados em literatura e fazem parte da lista do questionário auto referido (segunda parte do instrumento de pesquisa). Ou seja, os entrevistados não apontaram outros indicadores além dos utilizados nesta pesquisa.

Os dados dos questionários foram tabulados e posteriormente aplicados os testes estatísticos selecionados. Os grupos foram ordenados para melhor compreensão; o valor do teste de Kruskal-Wallis foi: $W = 39,94$ ($p < 0.0001$).

Tabela 1: Mediana dos indicadores, de acordo com a percepção dos entrevistados ($n=24$).

<u>I2</u> <u>Motivação</u>	3.0
<u>I1</u> <u>Satisfação</u>	2.5
<u>I3</u> <u>Ampliação conc. de saúde</u>	2.5
<u>I4</u> <u>Acesso</u>	2.0

<u>I6</u> <u>Resolubilidade</u>	20
<u>I8</u> <u>Adesão</u>	20
<u>I9</u> <u>Aperfeiçoamento</u>	20
<u>I7</u> <u>Controle social</u>	1.0
<u>I5</u> <u>Curriculo</u>	1.0

Fonte: Banco de dados dos autores, 2015-2016.

As colunas em destaque indicam equivalência estatística, de acordo com o teste de Dunn para comparações entre grupos. Estes resultados indicam que a Motivação foi o indicador considerado de maior importância, com diferenças significativas para os indicadores 4,5,6,7,8 e 9. Os indicadores 1 (satisfação) e 3 (ampliação do conceito de saúde) foram considerados mais importantes que os indicadores 5 e 7. Os demais contrastes foram considerados equivalentes entre si.

Vamos conversar juntos...

Desde o artigo 200 da Constituição Federal, os artigos 14 e 27 da Lei Orgânica da Saúde (8080) e a Portaria 198/2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente percebe-se a preocupação com a formação e o incentivo para articular a modificação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e nas instituições de ensino e também transformar a rede de serviços e de gestão em rede-escola. Posteriormente a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para Saúde e o avanço das políticas indutoras de integração ensino-serviço reforçaram sua importância, porém sem regulamentação /institucionalização.

O que foi encontrado na literatura são experiências isoladas, como os casos do distrito docente assistencial em Porto Alegre (PEREIRA, 2013), a rede docente-assistencial de Florianópolis (REIBNITZ *et al* 2012), e no Ceará, o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza e o Sistema de Saúde Escola de Sobral (ELLERY, BOSI e LOIOLA, 2013).

Em relação ao elemento condicionante “perfil” os estudos evidenciam que muitos trabalhadores não se sentiam à vontade com a presença dos alunos e dos docentes e não reconheciam como suas as responsabilidades dessa ação, já que seus contratos de trabalho não mencionavam a função docente. Além disso, estes profissionais revelaram

dificuldades em participar das ações desses programas, talvez pela falta de conhecimento ou clareza quanto aos objetivos dos projetos (FERREIRA *et al* 2012; PIZZINATO *et al* 2012).

No que tange a universidade, a não profissionalização da função docente, a diversidade de cenários e atividades e as resistências as mudanças são alguns dos motivos que podem dificultar a adesão docente às formações e adequações (GARCIA e SILVA, 2011).

Os cenários das práticas podem se modificar com frequência alta em função do número de alunos envolvidos e que se modificam a cada semestre, as incompatibilidades entre a disponibilidade nas unidades de saúde e as cargas horárias exigidas nos currículos, mudanças na gestão, nos profissionais das unidades e nos docentes se configuram situações que limitam o processo continuado de educação permanente e a construção de vínculos, compromisso e co-responsabilidade entre os envolvidos na integração (MADRUGA *et al* 2015; LIMA e ROSENDO, 2015).

O planejamento, acompanhamento e avaliação parcial e final das ações de ensino em serviço realizadas. Não só em relação a integração ensino-serviço mas na saúde planejar e avaliar são essenciais para a qualificação das práticas. Planejamento pode ser entendido como um instrumento de racionalização humana que visa construir proposições, verificar viabilidade, minimizar o risco de problemas de percurso e atender as necessidades individuais e coletivas dos envolvidos. Neste sentido, para o planejamento não existe método pronto e nem mesmo é realizado por “planejadores”. Planejar é uma atitude permanente e realizada pelos envolvidos na situação fazendo com que esta participação possibilite uma cultura de compromisso entre todos (TEIXEIRA, 2010).

O desafio de planejar as ações e atividades integradas entre ensino e serviço reside no fato de que muitas vezes ocorre um descompasso entre os objetivos institucionais. Enquanto a universidade na maioria das vezes possui foco exclusivo nos seus objetivos pedagógicos o serviço tem suas demandas locais, nesta lógica um planejamento participativo poderia equacionar esta situação.

Os quatro objetivos oficiais da avaliação em saúde podem significar contribuições importantes tanto na avaliação parcial da integração ensino-serviço (ao longo do semestre / ano letivo) quanto na avaliação final que contribui para o planejamento do ano seguinte.

O objetivo estratégico (contribui no planejamento e elaboração das intervenções) e o formativo (fornece informações para melhorar a intervenção) teriam ênfase nas avaliações parciais enquanto que o objetivo somativo (determina os efeitos da ação para decidir sobre sua manutenção e/ou transformação) e o fundamental (visa contribuir para o progresso do conhecimento) seriam o foco da avaliação final (HARTZ, 1997).

Referente ao elemento estrutura física existe relatos na literatura de consequências danosas aos usuários e profissionais da rede de serviços. Esta situação se potencializa em unidades com integração ensino-serviço, pois os estudantes e professores vão necessitar de espaço e material para a realização das suas ações em conjunto. Pode-se destacar prejuízos com redução do acesso, da resolubilidade, humanização, continuidade da assistência e a não oferta de determinadas ações e para o profissional do serviço, gera o comprometimento de sua autonomia, insatisfações, desgastes e improvisações, conflitos com os usuários, dificuldade para planejar recursos e atingir metas, interrupções na oferta de ações e dificuldades no desempenho e na realização de práticas com qualidade (LIMA e ROZENDO, 2015; PEDROSA, CORRÊA e MANDÚ, 2011).

Quanto aos indicadores de avaliação identificados, os autores dessa pesquisa assumem sua importância e os julgam essenciais na construção futura de uma matriz avaliativa. Porém, em função da complexidade e extensão do tema optam por refletir e discutir os três indicadores que apresentaram diferença estatística significativa nas variações de força: motivação para o trabalho em equipe; satisfação dos envolvidos e apropriação do conceito ampliado de saúde.

Fazer saúde como ação coletiva e não como trabalho fragmentado é instrumento de motivação, poder e de adaptação social. Neste sentido, a aproximação entre ensino e serviço possibilita aos docentes e aos trabalhadores dos serviços de saúde a educação permanente, sendo uma via dupla para o frequente intercâmbio de conhecimentos (BREHMER e RAMOS, 2014; REIBINITZ *et al*, 2012).

Na mesma lógica, acadêmicos e professores sentem-se motivados em estar vivenciando o trabalho em equipe e percebendo in loco as repercussões e parcerias com a comunidade e esta participação nos diferentes programas nos serviços de saúde tem servido de estímulo para a qualificação e aprimoramento técnico dos trabalhadores (PIZZINATO *et al*, 2012). A educação permanente necessita ser tomada como uma

estratégia de gestão, propiciando a mobilização de lideranças e de recursos para o enfrentamento dos diferentes problemas cotidianos (REIBNITZ *et al* 2012; GUIMARÃES, MARTIN e RABELO, 2010).

Outro indicador que foi destacado pelos participantes dessa pesquisa é o relativo a satisfação, em especial, da comunidade. Não é difícil encontrar na literatura textos que destacam a relevância do controle social. Enfatizando inclusive que o usuário é o ponto central dos processos de avaliação e ainda que a diálogo permanente entre profissionais e população local pode ser responsável modificar e qualificar o cotidiano das práticas e o próprio sistema (MOIMAZ, MARQUES e SALIBA, 2010) Nesta perspectiva escutar os envolvidos na rotina da unidade, com ênfase aos usuários, sobre satisfação pode ser importante instrumento para planejamento e ajustes das ações. Em unidades de integração ensino-serviço, a universidade poderia se unir aos demais atores neste movimento dialógico o que poderia contribuir para ampliar a satisfação de todos os envolvidos no processo.

Por fim, a apropriação e incorporação do conceito ampliado de saúde entre todos os envolvidos na unidade, em especial os acadêmicos. Ainda são evidenciados na universidade, nas práticas de saúde e na comunidade paradoxos em relação aos significados de saúde. A perspectiva reducionista, com enfoque eminentemente biológico está presente “misturada” com o discurso de complexidade e ampliação de um conceito de saúde singular e com determinantes sociais e contextuais. Há, portanto, a necessidade de formação permanente e o exercício no cotidiano das unidades para que o conceito ampliado de saúde seja incorporado por todos e de fato, estabeleça novas práticas e novos processos de trabalho (DALMOLIM *et al*, 2011; CÂMARA *et al*, 2012).

Pensando na continuidade da viagem...

As reflexões da experiência de pesquisa têm a ambição de contribuir na sistematização de um processo de avaliação formativa da integração ensino-serviço levando em consideração os atores diretamente envolvidos no processo: gestão, ensino, serviço e comunidade. Entendemos que desta forma, trazendo a baila os atores da integração, pode-se contribuir para minimizar uma sensação de desconforto entre os envolvidos - presente tanto nos relatos da literatura quanto no dia a dia junto à comunidade - certa sensação de ‘favor’ entre as instituições.

A universidade ‘levando seu conhecimento e expertise sob a forma de força de trabalho’, o serviço ‘abrindo seu cenário para deixar a universi-

dade aprender na prática’, a gestão ‘com uma política de boa vizinhança entre secretaria de saúde e reitoria’ e a comunidade mais a margem do processo ‘deixando que os alunos aprendam com a sua vida e saúde’.

Ficaram evidenciados pelos participantes como elementos condicionantes para a efetividade da integração ensino-serviço: a institucionalização do processo; o compromisso com o SUS e a integração (perfil dos indivíduos); a longitudinalidade das ações e práticas na comunidade; o planejamento conjunto das ações visando compassar objetivos pedagógicos e demandas locais; a incorporação de avaliação parcial, acompanhamento e avaliação final das atividades e uma estrutura física adequada.

Referente aos indicadores de avaliação para a efetividade da integração ensino-serviço os participantes do estudo concordam com os evidenciados pela literatura: ampliação do acesso; fortalecimento do controle social; aumento da adesão as ações realizadas, a adequação e reformulação dos currículos universitários, aperfeiçoamento dos profissionais e aumento da resolubilidade da atenção básica. E ainda, ficou evidente a motivação para o trabalho em equipe, a satisfação e a apropriação do conceito ampliado de saúde no cotidiano das unidades.

A expectativa é de que estas considerações contribuam para a reflexão permanente sobre o tema e subsidie futuros estudos avaliativos.

Referências

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, p. 356-362, set. 2008 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=pt&nrm=iso . acessos em 15 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>.

ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.8, n.15, p.375-80, 2004.

ANDRADE, S.R. et al. Cooperation and the relationship between education and healthcare institutions: the nursing Pró-Saúde project. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 1, n.23, p. 160-66, 2014.

BATISTA, S.H.S.S. et al. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 19, supl. 1, p. 743-752, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414=32832015000500743-&lng=pt&nrm-iso>. Acesso em 15 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0996>.

BRASIL. Lei n.º 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 Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde – Brasília, 2004.

BREHMER, L.C.F; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n. 1, p.638-44, 2014.

CAETANO, J.A; DINIZ, R.C.M; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, p.638-44, 2009.

CÂMARA, A.M.C.S. et al. Perceptions of the health-disease process: meanings and values in health education. **Rev Bras Educação Med**, v. 13, n.1, p. 10-50, 2012.

CARVALHO, Y.M; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al. (Orgs.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública** v. 20, n.5, p. 1400-1410, 2004.

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**, v. 14, n.1, p.41- 65, 2004.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**. v. 9, n. 16, p.161-178, 2005.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.) **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005. p. 253-267.

CUNHA, P.F; MAGAJEWSKI, F. Participatory management and the recognition of workers: advances in Brazilian's National Health System - SUS. **Saúde Soc**, v.21, n.1, p. 71-79, 2012.

DALMOLIN, B.B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, Jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414=81452011000200023-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200023>.

RODRIGUES, L.M.S; TAVARES, C.M.M; ELIAS, A.D.S. Interaction, education and health services for the development of the supervised internship in nursing in primary health care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 357-363, jan. 2014. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/1531>>. Acesso em: 15 apr. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i1.357-363>.

FERLA, A.A; FAMER, C.M; SANTOS, L.M. Integração ensino-serviço: caminhos possíveis. Porto Alegre (RS): **Rede Unida**; 2013.

STREHLOW, B.R. et al. Patients' perception of groups on health education of pet health surveillance. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4243-4254, 2016. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4243-4254>

FUENTES, P.S; GARCIA, M.A. Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico. **Ciencia y Enfermería**, v.7, n.3, p. 51-68, 2011.

FERREIRA, V.S. et al. The educational program for health work: a practical experience in the integration of learning, service, and the community. **Revista Bras de educ med**, v.36, n.1, p. 147-151, 2012.

FURTADO, J.P. A constructivist method for health evaluation. *Ciência &*

Saúde Coletiv, v.18, n.6, p. 165-181, 2001.

GARCIA, M.A.A; SILVA, A.L.B. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 58-68, mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100009>.

GUIMARÃES, E.M.P; MARTIN, S.H; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Ciência y enfermería**, v. 16, n. 2, p. 25-33, 2010.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1997.

KUABARA, C.T.M. et al. Education and health services integration: a integrative review of the literature. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n. 1, p. 195-201, 2014.

LIMA, P.A.B; ROZENDO, C.A. Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* (Botucatu). v.19, n. 1, p. 779-91, 2015.

MADRUGA, L.M.S. et al. The pet-family health and the education of health professionals: students' perspectives. **Interface - Comunic, Saúde, Educ** (Botucatu). v.19, supl.1. p. 800 – 816. 2015.

MARIN, M.J.S. et al. Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos **Rev Bras Educ Med**, v. 37, n. 4, p. 501-508, 2013.

MARIN, M.J.S. et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 3, p. 967-74, 2014.

MARSIGLIA, R.G. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfaction and perception of SUS's users about public health care. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p. 1419-1440, 2010.

PEDROSA, I.C.F; CORRÊA, A.C.P; MANDÚ, E.N.T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Rev. Cienc Cuid Saúde**, v.10, n.1, p.58-65 2011.

PEREIRA, A.F. **Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal**. [Especialização] Grupo Hospitalar Conceição e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PEREIRA, J.G; FRACOLLI, L.A. Teaching-service and health surveillance integration: a school district's health workers' perception. **Trab. Educ. Saúde**, v.9, n.1, p.63-75 2011.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, mar. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300025&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300025>.

REIBNITZ, K.S. et al. Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 68-75.2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300011>.

SANDER, B. **Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento**. Campinas (SP): Autores associados; 1995.

SORDI, M.R.L. et al. Olhares avaliativos informais: o PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - em tela. **Interface - Comunic, Saúde, Educ** (Botucatu), v. 19, supl. 1, p. 687-689, 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500687&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0583>.

SOUZA, A.L; CARCERERI, D.L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface - Comunic, Saúde, Educ** (Botucatu), v. 15, n. 39, p. 1071-1084. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>

t&pid=S1414-32832011000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 abr. 2018. Epub 26-Ago-2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000025>.

TEIXEIRA, C. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira Carmen. org. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador (BA): EDUFBA; 2010.



COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O CONTEXTO DE DUAS REALIDADES DO ESTADO DE SANTA CATARINA*

*Fabiane Ferraz
Vânia Marli Schubert Backes
Francisco Javier Marcado-Martinez
Diego Floriano de Souza
Valdemira Santina Dagostin
Felipe Pedroso
Luciane Bisognin Ceretta
Maria Elisabeth Kleba*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo de saúde brasileiro há quase 30 anos e estabeleceu uma mudança de paradigma nos serviços prestados à saúde da população. Esta mudança gerou a necessidade do trabalho em saúde ser desenvolvido com uma visão de clínica ampliada, incorporando os princípios da integralidade, universalidade e equidade nas ações e serviços prestados à população brasileira (CAMPOS, 2007). Tal necessidade definiu a importância da articulação entre o ensino e o serviço para efetivação do SUS.

Neste sentido, desde o final da década de 1980, estimulada pelo contexto interno e com a disseminação do arcabouço teórico-metodológico sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) que guiou os programas desenvolvidos pela Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) na região das Américas, foram realizadas diversas ações, programas e políticas coordenados pela área de desenvolvimento de recursos humanos do Ministério da Saúde (MS), a fim de suprir a necessidade de educação formal e

* Trabalho derivado da Tese de Doutora de autoria de Fabiane Ferraz, intitulada “Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanente de Integração Ensino-serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialogica de Freire”, defendida em 2011.

permanente para atender à nova lógica do sistema de saúde brasileiro (LOPES, et al. 2007; CASTRO, et al. 2007).

No Brasil, a EPS foi fortalecida com a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS), em 2002, e com a mudança de gestor federal em 2003. Esses aspectos mobilizaram a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), como um componente estratégico do MS, que tem por responsabilidade formular as políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação, apoiando técnica e financeiramente ações que integram a educação e o trabalho em saúde no país. A função e posição da SGTES junto ao MS configura o reconhecimento do governo federal sobre a importância da articulação entre trabalho-educação-saúde para efetivação de mudanças nas práticas de saúde no país (PIERANTONI, et al. 2008; HADDAD, et al. 2008).

Com a criação da SGTES, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no país em 2004, por meio da Portaria GM/MS no 198/04 (BRASIL, 2004). Essa política assumiu e ampliou o arcabouço teórico metodológico da OPAS/OMS sobre EPS, bem como estabeleceu estratégias de ação, denominadas de Polos de Educação Permanente em Saúde (Pólos de EPS), que buscaram articular e ordenar a educação formal e permanente na área da saúde, com envolvimento de distintos sujeitos sociais dos segmentos da gestão, atenção, ensino e controle sociais em seus espaços locais, microrregionais e regionais, a fim de estabelecer mudanças da realidade, melhorando o cuidado prestado à população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

A proposta teórico-metodológica da PNEPS apresenta que a EPS, ao ser “incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implantação de projetos e não simplesmente campo de estágio ou aprendizagem prática” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), fato que atende ao disposto no artigo 200 da Constituição Federal, que estabelece ser competência do SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.

A reestruturação da SGTES em 2005, as disposições apresentadas no então aprovado Pacto pela Saúde, especialmente as referentes ao Pacto de Gestão em 2006 e a avaliação da estratégia de ação da Portaria

GM/MS no 198/04, que apontou muitas conquistas na área de educação e trabalho, bem como importantes fragilidades na estratégia de ação dos Polos de EPS (VIANA, 2008). Esses fatores estimularam a elaboração e aprovação da Portaria GM/MS no 1.996/07, que instituiu novas estratégias de ação e de financiamento da PNEPS, sendo que sua condução se efetiva por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (HADDAD, et al, 2008; BRASIL, 2009). Cumpre destacar que, os Colegiados de Gestão Regional (CGR), após a aprovação do Decreto 7.508/11, passaram a se chamar Comissões Intergestores Regionais (CIR), sendo essa a denominação que assumimos ao se referir a tal instância no presente trabalho.

A CIR é composta pelo conjunto de gestores municipais de saúde de uma determinada região e o representante do gestor estadual, deve considerar as especificidades locais e a PNEPS para elaborar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), coerente com os aspectos de EPS apresentados nos planos de saúde municipais e estadual. Já as CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes para a cogestão da PNEPS, formadas por sujeitos sociais representantes dos segmentos da gestão, atenção, ensino e controle social, que participam da formulação, condução, desenvolvimento e avaliação da política nas localidades, bem como fornecem informações a CIR de modo a orientar suas decisões em relação ao PAREPS (HADDAD, et al, 2008; CAMPOS, 2008).

Esta apresentação inicial da EPS no Brasil tem por finalidade contextualizar como esse tema está organizado teoricamente na esfera federal, a fim de facilitar a compreensão dos aspectos contextuais das CIES participantes deste estudo em nível regional. Acreditamos que a análise do contexto das CIES possibilita a compreensão de um, entre outros aspectos, que influencia o processo de desenvolvimento da referida política nas regiões. Ainda, a possibilidade de diálogo e reflexão sobre esse tema no interior das CIES torna-se fundamental, haja vista a responsabilidade que os sujeitos sociais possuem na consolidação de propostas de EPS em suas localidades.

Salientamos que a investigação não tem a pretensão de realizar comparações entre as duas CIES participantes, apenas apresentamos aspectos das realidades escolhidas a fim de discutir potencialidades e fragilidades vivenciadas no interior de cada CIES, bem como destacar a forma como os membros se organizaram para buscar soluções. O estudo é justificado pela possibilidade de despertar a discussão e refle-

xão dos aspectos vivenciados e apresentados nesse trabalho em outras CIES do Estado ou do País, e ainda, estimular a realização de ações de mudança no interior das comissões envolvidas, devido o caráter participativo da metodologia aplicada na investigação estar sustentado no referencial de Paulo Freire.

O objetivo deste texto é analisar os aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto em que estão inseridas duas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina, Brasil.

Caminho metodológico

O estudo foi qualitativo, do tipo pesquisa participante (DEMO, 1987), desenvolvido por meio de uma adequação da Investigação Temática (IT) elaborada por Paulo Freire. A investigação iniciou com a composição do Círculo de Investigação Temática e foi estruturada em três etapas que se articularam ao longo do trabalho de campo: a) Levantamento dos Temas Geradores; b) Codificação; e, c) Decodificação e Desvelamento Crítico da Realidade (FREIRE, 2005; FREIRE, 2006).

A Investigação Temática ocorreu no período de maio a dezembro de 2009, em duas CIES, no Estado de Santa Catarina/Brasil. A escolha das CIES foi intencional, visto a facilidade de estada da pesquisadora-mediadora em suas cidades-sede para o acompanhamento e registro das ações desenvolvidas.

A coleta de informações iniciou com a formação de um círculo de investigação em cada uma das CIES participante e ocorreu a partir de três estruturas: a) participação da pesquisadora como mediadora em 16 e 17 reuniões de trabalho das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente, 4 reuniões do Fórum Estadual das CIES (atual CIES Estadual) e uma Oficina Estadual de EPS; b) realização das etapas da IT em 5 reuniões na CIES Grande Florianópolis e 6 reuniões na CIES Carbonífera, em que a investigação foi ponto de pauta; c) análise de documentos das CIES (Regimento Interno, Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde - PAREPS, Atas e Relatórios do ano de 2008) e documentos da Divisão de Educação Permanente da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Atas, Relatórios e Deliberações), que nos possibilitaram descrever o contexto em que as CIES estão inseridas.

Os participantes da pesquisa foram os membros titulares e suplentes representantes do ensino, gestão, serviços e controle social, configurando-se 21 participantes da CIES Grande Florianópolis e 35 da CIES Carbonífera. Essa participação variou entre as reuniões de trabalho e a realização das etapas da investigação temática propriamente dita, sendo que, nos encontros específicos de IT, que tiveram uma duração que variou de 1 a 3h, participaram 7 a 15 membros na CIES Florianópolis e 10 a 17 membros na CIES Carbonífera.

Utilizamos triangulação de técnicas para obtenção dos resultados, sendo as principais a observação participante e o diálogo entre os membros dos círculos motivados a partir de perguntas instigadoras. Fizemos registros objetivos e subjetivos em cadernos de campo, que, após cada observação, foram reorganizados em documentos específicos no Microsoft Word® e revisados a fim de garantir ao máximo a descrição dos aspectos observados.

Ainda, sempre que autorizado pelos participantes, as reuniões de trabalho e as etapas da IT foram gravadas em arquivo digital e posteriormente transcritas, os depoimentos eram compilados juntamente com as observações objetivas de modo a serem devolvidos aos círculos no processo da investigação, enquanto os registros subjetivos fomentavam os questionamentos realizados pela pesquisadora-mediadora a fim de estimular o diálogo e a reflexão sobre a realidade vivida pelos participantes dos círculos de IT.

Ao longo das etapas específicas de IT (FREIRE, 2005; FREIRE, 2006), além das técnicas já explicitadas, utilizamos diferentes dinâmicas a seguir descritas para composição do material analisado na pesquisa:

1) Levantamento dos temas geradores: os registros objetivos das reuniões de trabalho e da formação dos círculos de investigação efetuados pela pesquisadora-mediadora foram apresentados de forma escrita aos participantes dos círculos. Os membros se dividiram em subcírculos conforme estiveram presentes nas reuniões para efetuarem uma leitura dos registros, destacando aspectos que lhes causavam desconforto e incômodo, denominados de “situações-limite” que estão intrinsecamente ligadas aos “temas geradores (FREIRE, 2005). Após discussão e análise do material, os participantes formaram novamente o círculo de investigação e apresentaram de forma dialógica os temas geradores destacados pelos subcírculos. O diálogo realizado nos círculos de investiga-

ção permitiu a emergência de novos temas geradores e novas situações-limites além das apontadas nos subcírculos.

2) Codificação: essa etapa iniciou no momento em que os participantes validaram uma lista de 16 e 15 temas geradores das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente. Contudo, no presente trabalho, devido à limitação estrutural imposta para composição de um artigo científico, apresentamos e discutimos as características gerais das comissões, três temas geradores comuns às duas CIES, quatro temas específicos da CIES Grande Florianópolis e três temas específicos da CIES Carbonífera. A etapa de codificação propriamente dita ocorreu por meio de uma técnica projetiva na qual apresentamos um painel com as informações codificadas referentes a cada CIES na forma de desenhos. Essa técnica foi elaborada a partir dos temas geradores validados, da organização das informações extraídas das observações participantes e das gravações das reuniões de trabalho. Os painéis foram trabalhados juntamente com perguntas norteadoras apresentadas de forma impressa e respondidas inicialmente de forma individual, posteriormente discutidas em subcírculos e, ao final, dialogadas entre todos os membros dos círculos de IT das CIES. Assim, foi possível evidenciar a compreensão dos participantes sobre os temas geradores que emergiram em cada realidade.

3) Decodificação e Desvelamento crítico da realidade: devido ao caráter dinâmico da metodologia, a decodificação iniciou articulada à codificação em ambas as CIES, pois, os participantes descreveram os aspectos que estavam vivenciando a partir da sua própria identificação na projeção que lhes foi apresentada, logo, “tomaram consciência” de tais aspectos. O desvelamento crítico teve início no momento em que os participantes se “conscientizaram”, ou seja, posicionaram-se de modo crítico a respeito dos temas geradores, sendo que dialogaram e, após divisão de responsabilidades, efetivaram um movimento de mudança da realidade anteriormente descrita por eles. Porém, esse momento ocorreu em diferentes dimensões em cada CIES e no interior de cada sujeito social, e, devido a isso, na última reunião de ambas as CIES realizada em dezembro de 2009, após um processo de avaliação coletiva da IT, os membros das CIES analisaram as ações desenvolvidas e estabeleceram uma agenda de ações com propostas de mudanças que seriam implementadas ao longo do ano de 2010, a partir dos aspectos dialogados no desvelamento crítico da realidade.

O processo de análise qualitativa ocorreu concomitante à coleta, pois, quando os temas geradores foram codificados, apresentados e rediscutidos pelos membros dos círculos de investigação das CIES, emergiram temáticas que passaram por um processo de análise coletiva e movimento de mudança que atingiram diferentes dimensões (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998). Desse modo, os resultados apresentados foram analisados e estruturados ao longo das etapas da IT, sendo que, no processo final de análise, estabelecemos a compilação dos temas geradores descritos no presente trabalho de modo a compor a grande temática sobre a “aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto das CIES”, articulada a referenciais teóricos, que possibilitou a discussão dos achados com outros autores.

Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da SES/SC - Processo no 0028.1604-09, Folha de Rosto no CONEP n. 255603, atendendo aos critérios da Resolução do CNS no 196/96, a qual tratava de pesquisa com seres humanos na época da coleta de dados. As identidades dos participantes estão preservadas por pseudônimos escolhidos pelos próprios sujeitos sociais da investigação.

Contexto da educação permanente em saúde no Estado de Santa Catarina

Com a aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2003, o Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (CES/SC), em dezembro do mesmo ano, aprovou a estruturação de 12 Polos Locorregionais de Educação Permanente em Saúde (Pólos de EPS) no Estado^a. Estes Polos foram definidos por meio de encontros coletivos organizados pela até então denominada Divisão de Educação e Promoção da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde. Participaram desses encontros sujeitos sociais envolvidos com a temática nas diferentes regiões do Estado, sendo que as discussões seguiram a lógica da regionalização e tiveram o apoio técnico do Ministério da Saúde (MS). Assim, tais Polos abrangeram todos os municípios e se responsabilizaram pela condução das ações de EPS preconizadas na Portaria GM/MS no 198/04 (BRASIL, 2004).

Em 2007, em substituição aos Polos de EPS, foram instituídos, em Santa Catarina (SC), 15 Comissões Intergestores Regionais (CIR), as quais se articularam 15 Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

^a Fonte: Santa Catarina (SC). Conselho Estadual de Saúde (CES). Resolução 009/CES/03, de 17 de dezembro de 2003. Dispõe sobre a criação de 12 Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado de Santa Catarina. [documento internet]. 2003. Disponível em: < <http://www.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

(CIES)^b, órgãos responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS em nível locorregional (BRASIL, 2009). A definição de tal estrutura atendeu ao Plano Diretor de Regionalização de 2002 (PDR/SC/2002), ao Pacto de Gestão do SUS, lançado como um dos três eixos do Pacto pela Saúde em 2006, e à Portaria GM/MS no 1.996/07, que definiu novas estratégias para a condução da PNEPS em 2007.

As 15 CIR e CIES organizaram-se em torno das antigas estruturas existentes dos Polos de EPS, mantendo a cobertura de EPS em 100% (293) dos municípios do Estado na época. Assim, algumas CIES permaneceram com a mesma dimensão estrutural dos antigos Polos de EPS, enquanto outras foram modificadas, agregando ou perdendo municípios conforme aspectos da regionalização. O processo de implementação do PDR/SC/2008 evidenciou a necessidade de revisão estrutural de algumas CIR e, por conseguinte, suas CIES. Devido a isso, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no uso de suas atribuições, homologou, em 2009, a formação da 16ª CIR e sua respectiva CIES^c.

Atualmente, a PNEPS é desenvolvida em Santa Catarina por meio de 16 CIR e 16 CIES, sendo que a Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS) da SES/SC é a responsável pela PNEPS em âmbito estadual, designando a Divisão de Educação Permanente (DEP), composta no período de coleta de dados da pesquisa, apenas pelo seu coordenador, a responsabilidade pela articulação da política junto a outras estruturas administrativas estaduais e ao MS, bem como prestando assessoria direta a todas as CIES no Estado, conduzindo a elaboração e a execução das ações de EPS propostas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), secretariando a CIES Estadual, entre outras funções.

Atualmente, a PNEPS é desenvolvida em Santa Catarina por meio

^b Fontes: Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Santa Catarina (SES-SC). Deliberação 127/CIB/07, de 04 de outubro de 2007. Homologa os Colegiados de Gestão Regional em número de 15, aprovados na Deliberação 044/CIB de 22 de junho de 2007. Deliberação 225/CIB/07, de 17 de dezembro de 2007. Define que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço atenderão os municípios de acordo com a lógica da regionalização do estado, de forma que nenhum município, assim como nenhuma Comissão Intergestores Regionais (CIR), fique sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. [documento internet] 2007. Disponível em: < http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude >. Acesso em: 27 jul. 2008.

^c Fontes: Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Santa Catarina (SES-SC). Deliberação 079/CIB/09, de 16 de julho de 2009. Define a constituição da Comissões Intergestores Regionais (CIR) Extremo Oeste – 03, composto pela Região de Saúde formada pelos municípios das Secretarias de Desenvolvimento Regional de São Lourenço do Oeste e Xanxerê, resultando na 16ª CIR no Estado de Santa Catarina. Deliberação 205/CIB/09, de 10 de dezembro de 2009. Define a distribuição dos recursos financeiros da PNEPS para o estado de SC referente ao ano de 2009 e homologa criação da 16ª CIES em função da instituição da 16ª CIR que agregou as Regiões de Saúde de São Lourenço do Oeste e Xanxerê. [documento internet] 2009. Disponível em: < <http://www.saude.sc.gov.br> >. Acesso em: 23 ago. 2010.

de 16 CIR e 16 CIES, sendo que a Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS) da SES/SC é a responsável pela PNEPS em âmbito estadual, designando a Divisão de Educação Permanente (DEP), composta no período de coleta de dados da pesquisa, apenas pelo seu coordenador, a responsabilidade pela articulação da política junto a outras estruturas administrativas estaduais e ao MS, bem como prestando assessoria direta a todas as CIES no Estado, conduzindo a elaboração e a execução das ações de EPS propostas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), secretariando a CIES Estadual, entre outras funções.

Durante os anos de 2008 e 2009, o coordenador da DEP realizou encontros periódicos (mensais ou bimensais) entre os articuladores das CIES Regionais, e essa estrutura era denominada de Fórum das CIES, sendo que, nesse período, tal estrutura não estava de fato instituída pela CIB/SC. Devido a isso, em reuniões realizadas no ano de 2009, os membros elaboraram uma proposta de estruturação da CIES Estadual, como prevê a Portaria GM/MS no 1.996/07 (BRASIL, 2009). Após várias discussões, em julho de 2010, a CIES Estadual foi aprovada pela CIB, sendo vinculada à Câmara Técnica de Recursos Humanos da CIB/SC com a função de apoiá-la nas questões relacionadas à Educação Permanente em Saúde^d.

A CIB/SC deliberou que, a partir de 2008, 10% dos recursos destinados à PNEPS pelo MS ficam no Fundo Estadual de Saúde para ser utilizados na realização de ações de EPS em nível estadual, previstas no PEEPS, bem como para manutenção da CIES Estadual^e. No período do trabalho de campo, não houve investimentos financeiros estaduais e municipais destinados à PNEPS.

Em Santa Catarina, a CIB homologou que os recursos provenientes da PNEPS, específicos para formação em nível médio em saúde, sejam repassados a duas Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), uma desde 2007, vinculada diretamente à DEPS/SES-SC – Escola de Formação em Saúde (EFOS) – e outra ao município de Blumenau – Escola Técnica de Saúde de Blumenau (ET-SUS/Blumenau). A EFOS atende, de forma descentralizada, as necessidades de formação em

^d Fonte: Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Santa Catarina (SES-SC). Deliberação 312/CIB/10, de 08 de julho de 2010. Aprova a composição da Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual. [documento internet] 2010. Disponível em: www.saude.sc.gov.br >. Acesso em: 03 out. 2010.

^e Fonte: Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Santa Catarina (SES-SC). Deliberação no 248/CIB/08, de 03 de dezembro de 2008. Define o valor orçamentário repassado do Fundo Estadual de Saúde às CIES Regionais e Estadual. [documento internet] 2008. Disponível em: www.saude.sc.gov.br >. Acesso em: 23 ago. 2010.

nível fundamental e médio para área da saúde de 242 municípios, enquanto que a ET-SUS/Blumenau, também de forma descentralizada, abrange 53 municípios das regiões do Alto e Médio Vale do Rio Itajaí, e da Foz do Rio Itajaí de SC. Ainda, a DEPS é responsável pela Escola de Saúde Pública (ESP-SC), atende às necessidades de pós-graduação lato sensu na área de saúde pública no Estado, sendo que também desenvolve suas ações de forma descentralizada e está vinculada à DEPS/SES-SC.

As necessidades de educação profissional em nível médio das duas CIES participantes do estudo (Grande Florianópolis e Carbonífera) são atendidas de forma descentralizada pela EFOS. Neste sentido, torna-se fundamental a parceria estabelecida com as CIR e com as CIES, que apoiam o desenvolvimento da educação profissional como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação em serviço. No entanto, um aspecto dialogado nos círculos de investigação é que tais parcerias ainda ocorrem de modo informal, sendo mobilizadas pela demanda, sem uma referência em cada localidade que se responsabilize pela articulação das ações de educação profissional entre os municípios.

O Estado de Santa Catarina há anos vem desenvolvendo uma estratégia de governo descentralizada. Na EPS, a lógica da descentralização pode ser percebida na organização das 16 CIR e CIES, pois, para a divisão dessa estrutura, foram consideradas as características de cada localidade, de modo que todas as CIR/CIES são formadas por um número de municípios que garanta a participação dos sujeitos sociais representantes dos segmentos da gestão, atenção, ensino e controle social, como preconizado no referencial teórico-metodológico da PNEPS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2009).

A lógica da descentralização para a PNEPS em SC é um aspecto que merece destaque positivo, pois atende aos pressupostos instituídos com a criação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e busca envolver e responsabilizar um número maior de sujeitos sociais pelo desenvolvimento das ações de EPS em diferentes localidades do Estado. O fato da SES/SC apresentar em seu organograma uma diretoria (DEPS), responsável por atender os aspectos relacionados à educação e saúde no Estado, denota uma tentativa de alinhamento à estrutura federal responsável pela PNEPS, apontando que o Estado de Santa Catarina se preocupa com essa temática.

A responsabilidade da DEP em reunir periodicamente as diferentes comissões (atual CIES Estadual) para “estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não-fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política de saúde, atendendo aos interesses e necessidade de fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira, sempre respeitando as necessidades locais” (CAMPOS, et al, 2006), é percebida pelos membros das CIES como um aspecto positivo que vem ao encontro da PNEPS, desde sua instituição e se manteve na Portaria GM/MS no 1.996/07.

A partir da análise desse contexto, identificamos que a SES/SC precisaria dar maior atenção e apoio para alguns aspectos que ainda se encontram frágeis em relação às questões de EPS no Estado. Pois, sem o apoio da CIB/SC, dificilmente a DEPS consegue ampliar a capacidade de resolução de alguns problemas de gestão, entre eles o referente à ampliação de recursos financeiros do Estado e dos Municípios destinados às ações de EPS, visto que, no período desta investigação, esses recursos foram destinados do MS por meio da PNEPS, sem uma contrapartida instituída pelo Estado e Municípios.

Outro aspecto que merece atenção diz respeito ao limitado número de profissionais alocados para coordenar/desenvolver as atividades referentes à educação profissional na EFOS e na Escola de Saúde Pública. Esse aspecto foi problematizado tanto no interior das CIES participantes da IT, quanto nos encontros do Fórum das CIES (atual CIES Estadual), pois o movimento dialógico instalado no interior desses espaços apontou a necessidade de reorganização estrutural das duas instituições de ensino ligadas à SES/SC (EFOS e ESP), que poderiam seguir uma lógica de descentralização, com núcleos responsáveis pelas ações de educação na saúde e EPS em cada regional de saúde. A literatura aponta exemplos de estruturas descentralizadas nessa área, como os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) ligados à Escola de Saúde Pública no Rio Grande do Sul (CECCIM; ARMANI, 2001), ou os Sistemas Municipais de Saúde-Escola em Fortaleza/Ceará (BARRETO, et al, 2006), entre outras propostas.

Caracterização das CIES participantes do estudo

Entre as 16 CIES do Estado de Santa Catarina, duas foram convidadas e aceitaram participar da IT, sendo que as características gerais das comissões estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Características gerais das duas CIES do Estado de Santa Catarina participantes da investigação, em 2009.

CARACTERÍSTICAS	CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS	CIES CARBONÍFERA
Instituída pela CIB	Dezembro de 2007	Dezembro de 2007
Pertencente à Macrorregião de Saúde	Grande Florianópolis	Sul
Ligada a CIR	Grande Florianópolis	Carbonífera
Constituída pela CIR em	Junho de 2008	Janeiro de 2008*
Município sede	Florianópolis	Criciúma
No Municípios	22	11
Pequeno porte (até 20.000 hab)	16	8
Médio porte (20.001 a 100.000 hab)	3	2
Grande porte (mais de 100.001 hab)	3	1
Regimento Interno	Concluído pela CIES e aprovado pela CIR em maio em 2009	Concluído pela CIES e aprovado pela CIR em julho 2009
Secretaria Executiva	Instituída pela CIR junto a Escola de Formação em Saúde (EFOS) no município de São José	Estruturada na sede da 20a Regional de Saúde desde a época do antigo Polo de EPS no município de Criciúma
Estrutura das Reuniões	Organizadas e conduzidas pela articuladora, com pauta enviada previamente e realizadas na EFOS	Itinerante entre os municípios que compõe a CIES, organizadas e conduzidas por uma comissão de articuladores, com pauta enviada previamente
No Oficial de Membros Titular e Suplente	Maio (2009): 22 membros Dezembro (2009): 28 membros	Maio (2009): 42 membros; Dezembro (2009): 44 membros
Representação Titular Maio (2009)	2 CIR, 1 Gerência Regional de Saúde, 2 CMS, 1 EFOS, 1 Escola Saúde Pública, 1 Universidade com curso na área da saúde, 1 Serviço Hospitalares, 2 Técnicos Municipais de Saúde (municípios membros da CIES), 1 Associação dos Municípios	3 Gerência Regional de Saúde, 1 CMS, 3 Universidade com curso na área da saúde, 1 Escola Técnica, 2 Serviço Hospitalares, 11 Técnicos Municipais de Saúde (municípios membros da CIES) (continuação)

Representação Titular Dezembro (2009)	2 CIR, 1 Gerência Regional de Saúde, 2 CMS, 1 EFOS, 1 Escola Saúde Pública, 1 Universidade Pública, 1 Universidade Privada, 1 Serviço Hospitais, 3 Técnicos Municipais de Saúde (municípios membros da CIES), 1 Associação dos Municípios	3 Gerência Regional de Saúde, 1 Secretaria Estadual de Educação, 1 CMS, 3 Universidade com curso na área da saúde, 1 Escola Técnica São José, 2 Serviço Hospitais, 11 Técnicos Municipais de Saúde (municípios membros da CIES)
Recursos da PNEPS	Recebido para ser investido em EPS no ano de 2009: - 2007 – R\$ 117.993,31 - 2008 – R\$ 108.213,77	Recebido para ser investido em EPS no ano de 2009: - 2007 – R\$ 60.483,97 - 2008 – R\$ 55.470,93
Percentagem de recursos (2007/2008) utilizados em 2009/2010	6,94 % - em 2009 68,67% - em 2010	100% - em 2010
Ações de EPS implementadas ou acompanhadas pela CIES	Em 2009: 1. Mini-curso de sobre PNH para membros da CIR e CIES; 2. Início do Curso sobre Sistemas de Informações em Saúde (SIS); 3. Encontro de estudo sobre a PNEPS na CIES. Em 2010: 1. Continuação do Curso sobre SIS; 2. Curso de Saúde Mental; 3. Curso SUS e PNH	Em 2010: 1. Capacitação em Vigilância em Saúde; 2. Capacitação dos Conselhos Locais de Saúde; 3. Curso de Sensibilização em Saúde Mental
Definição orçamentária manutenção da CIES	CIR instituiu no regimento interno 5% dos recursos à manutenção da CIES	Não há especificação à CIES
PAREPS	Elaborado pela CIES, aprovado pela CIR e enviado à DEP em junho de 2009 para homologação da CIB.	Elaborado pela CIES, aprovado pela CIR e enviado a DEP em 2009 para homologação da CIB.
Formação profissional em nível médio	Atendida pela Escola de Formação em Saúde (EFOS) de forma descentralizada	Escola de Formação em Saúde (EFOS) de forma descentralizada

Fonte: Regimento interno, PAREPS, Atas de reuniões e relatórios dos anos de 2008 e 2009 das duas CIES, mar-dez de 2009.

*Após a homologação da CIB e definição da constituição da CIR e CIES da Região Carbonífera, a CIES se organizou sobre a estrutura do antigo Polo de EPS, mudando apenas o nome e algumas representações, logo, não houve uma definição e constituição formal da CIES Carbonífera pela CIR nesse período. Apenas em abril de 2009, a CIR oficializou a criação da CIES Carbonífera como uma Câmara Técnica responsável pela EPS na região.

A Tabela 1 reflete características semelhantes e as particularidades de cada comissão participante da investigação. Entre as semelhanças, podemos destacar que ambas, teoricamente, buscam manter representações dos distintos segmentos da gestão, atenção, ensino e controle social. No entanto, diferenciam no movimento de inclusão dos participantes, pois, na CIES Grande Florianópolis, os membros são definidos e/ou aceitos pela CIR, tendo um número limite de representação de cada segmento. Já na CIES Carbonífera, há uma definição sobre quais segmentos devem compor a comissão, no entanto, a lógica é de inclusão, o que vem mais ao encontro dos preceitos teórico-metodológicos da PNEPS.

Os participantes consideram bom o número de municípios que compõem cada região das CIES, pois há possibilidade de desenvolver as ações de EPS de modo descentralizado, com um número significativo de vagas para cada município. Em relação às semelhanças, destacamos que ambas têm uma secretaria executiva, que se responsabiliza pela organização das reuniões e envio de informações conforme prevê a Portaria GM/MS no 1.996/07. Ainda, as duas CIES se estruturaram em 2008, no entanto, conseguiram elaborar e aprovar seus Regimentos Internos (RI) e os Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) apenas em 2009, o que denota a construção processual que se estabelece no interior das comissões.

Entre as peculiaridades destacam-se o fato da CIES Carbonífera ter sua condução estruturada teoricamente por uma comissão de articuladores, o que faz com que a representação da CIES seja compartilhada. Esse fato não ocorre na CIES Grande Florianópolis, que possui a figura do articulador centrado em uma única pessoa, no entanto, no decorrer das etapas da IT, foi possível constatar que a CIES Grande Florianópolis conseguiu mobilizar alguns membros que passaram a acompanhar e assumir responsabilidades com a articuladora, mesmo não havendo essa estrutura formal de divisão de funções.

Uma conquista importante da CIES Grande Florianópolis é a definição pela CIR de que uma porcentagem dos recursos da CIES deve ser investida na estruturação da própria comissão. Esse aspecto foi compartilhado nas reuniões do Fórum de EPS (atual CIES Estadual) a fim de incentivar as demais comissões a conquistar recursos para garantir a manutenção da secretaria executiva da CIES, pois, a Portaria GM/MS no 1.996/07 não prevê um financiamento específico para manutenção e secretaria das CIES.

Aspectos do contexto das CIES dialogados e refletidos nos Círculos de Investigação

Os temas geradores descritos na Tabela 2 foram dialogados e apresentados nos círculos de investigação e se referem ao contexto das estruturas estaduais de EPS que envolvem as CIES participantes da IT. Optamos por apresentá-los como pertencente a ambas, devido à semelhança como foram referidos nas etapas da investigação.

Tabela 2

Aspectos sobre o contexto estadual dialogados nos Círculos de Investigação das CIES.

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS e CIES CARBONÍFERA	
<p>Temas Geradores: dificuldade da DEPS em participar das reuniões promovidas pela CIES para sensibilização da CIR sobre a PNEPS; dificuldade da DEP em desenvolver todas as suas ações e prestar orientações técnicas sobre distintos temas devido ao limitado número de pessoas (1 pessoa) envolvidas diretamente com a PNEPS.</p>	
Codificação	Decodificação
<ul style="list-style-type: none"> • percepção pelos membros das CIES que o Diretor da DEPS é uma “figura de poder”. Desse modo, esperam contar com a presença do diretor em alguns eventos que organizam junto a CIR para divulgação da importância da PNEPS para as regiões; • necessidade de haver um número maior de pessoas envolvidas com a PNEPS na DEP. 	<ul style="list-style-type: none"> • dificuldade do Diretor da DEPS conciliar sua agenda para participar das reuniões, a convite da CIES; • o número limitado de pessoas envolvidas com a PNEPS na DEP dificulta o esclarecimento de dúvidas, pois o coordenador atende várias demandas e faz encaminhamentos porque não há um grupo formal com quem possa discutir.
Desvelamento Crítico da Realidade	
<p>Proposta de Mudança: enviar “ofício convite” à DEPS com 20 dias de antecedência; expor a importância do coordenador da DEP conseguir se organizar de modo a atender às necessidades de orientações técnicas das CIES, sendo mais pró-ativo.</p> <p>Ação desenvolvida: apresentado em reuniões do fórum das CIES e em oficinas organizadas pela DEP a importância da presença do diretor da DEPS em eventos organizados pelas comissões junto as CIR e a possibilidade da DEP ter um número maior de pessoas envolvidas com a PNEPS.</p>	

Fonte: Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera, maio a dezembro de 2009.

Durante as etapas de codificação e decodificação, foi possível constatar uma dicotomia nas opiniões dos membros das comissões

em relação à participação do órgão estadual responsável pela PNEPS no contexto das CIES. Pois, ao mesmo tempo em que dialogavam sobre a importância da lógica da descentralização como um aspecto positivo instituído no Estado, em que as CIES e as CIR têm autonomia em conduzir as propostas relacionadas à EPS conforme a necessidade de suas localregiões, também refletiam e apontavam a relevância da estrutura central estar organizada, de forma que possibilite a busca de informações e diretrizes quando as CIES regionais não conseguem resolver aspectos em suas realidades.

Compreendemos a importância da descentralização e como é bom as regiões tomarem suas decisões, no entanto, às vezes nós precisamos de um maior apoio central, e como não é sempre que pedimos, acho que a DEPS deveria dar maior atenção às nossas solicitações, pois se pedimos é porque naquele momento não temos mais a quem recorrer (Sophia/CIES-Carbonífera).

[...] há uma maior atenção do coordenador da DEP em participar de eventos e reuniões [...] nem sempre tem o mesmo efeito junto aos membros as CIR [...] a figura do diretor tem mais força" (Sueli/CIES-Grande Florianópolis).

Compreendo a importância do envolvimento e maior apoio da DEPS/DEP na divulgação da PNEPS, mas não podemos esquecer a lógica da PNEPS enquanto uma política transversal, e não um quadradinho dentro de um determinado local [...] temos que cuidar ao apresentar esse tema gerador, para não parecer que nós ainda pensamos a EPS como uma gerência, dentro de um determinado quadradinho no estado ou municípios e, desse modo, ela não atravessa, no sentido de permeiar, todas as políticas que nós estamos desenvolvendo, ela não se institui de fato (Mathias/CIES-Grande Florianópolis).

O movimento dialógico e problematizador empregado pelos participantes da IT fortaleceu a importância de os membros da CIES assumirem a sua função como coparticipes na microgestão (FRANCO, 2007), expressa na regulação da ação cotidiana de trabalho nas comissões. Os participantes assumiram a importância das comissões se organizarem a fim de adotar o arcabouço teórico-metodológico da PNEPS nas suas localregiões, além de apontarem, no desvelamento crítico, que a participação dos representantes estaduais da EPS em reuniões ou encontros regionais depende também da organização das CIES em enviar com antecedência o convite.

No entanto, o diálogo e as reflexões desenvolvidos na codificação e decodificação também elucidaram que o fato da DEPS desenvolver uma estrutura descentralizada na condução da PNEPS não dirime o compromisso das estruturas estaduais responsáveis pela política. Cabe aos sujeitos sociais membros das CIES regionais “cobrarem” das estruturas centrais essa organização e compromisso assumido em apoiar o desenvolvimento das ações de EPS nas localidades. Pois, mesmo conscientes de que “formar é muito diferente de informar” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), o que as CIES solicitam das estruturas estaduais são informações, tanto administrativo-burocráticas, como em relação à própria PNEPS, que precisariam ser repassadas aos membros as CIR para conquistar maior apoio e participação desses sujeitos sociais nas CIES, ações que nos parecem ser de responsabilidade das referidas estruturas estaduais.

A **Tabela 3** descreve os aspectos dialogados nas etapas de IT em relação à organização das CIES. É possível perceber que os sujeitos sociais definiram os mesmos temas geradores em ambas as comissões, no entanto, o diálogo e a reflexão desenvolvidos no interior dos círculos de investigação nas etapas de codificação e decodificação ocorreram de forma distinta.

Tabela 3
Aspectos da organização das CIES dialogados nos Círculos de Investigação.

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
Tema Gerador: necessidade de revisão do PAREPS e do Regimento Interno (RI).			
Codificação	Decodificação	Codificação	Decodificação
- dificuldade de elaborar o PAREPS por não haver um modelo ou orientação da DEP; - dificuldade em estruturar teoricamente a problemática dos municípios no PAREPS visto pouca participação de municípios na CIES; - necessidade de ampliar a participação das universidades na	- não há um modelo na DEP sobre a elaboração do PAREPS, fazendo com que cada comissão estructure o plano conforme interpreta as diretrizes ou obrigando a CIES a pedir a outras comissões exemplos; - devido ao limite de tempo, a elaboração do PAREPS ocorreu sem uma reflexão profunda, sendo construído em uma	- dificuldade em elaborar o PAREPS por não haver uma orientação mais específica da DEP; - dificuldade da CIES discutir características da região para compor o PAREPS devido ao tempo limitado e à dinâmica de organização interna da CIES para esse fim; - necessidade de definir a forma	- a DEP não consegue prestar uma orientação sobre o PAREPS porque não há uma estrutura modelo que possa ser adaptada à realidade das regiões; - devido ao limite de tempo, a elaboração do PAREPS ocorreu em uma reunião de forma desarticulada, sem organização e reflexão; - o RI define apenas a possibilidade de estruturar grupos de

<p>CIES para no mínimo uma representação pública e outra privada/comunitária, bem como de ampliar a participação de técnicos municipais na CIES;</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessidade de reformulação do artigo sobre a composição da CIES no RI, de forma a repactuar a participação dos representantes de diferentes segmentos. 	<p>reunião da CIES em 2009 a partir das necessidades apresentadas por gestores a CIR em 2008, sendo que alguns membros da CIES verbalizaram o contexto da região, porém esse não foi descrito no documento, tampouco foram considerados dados epidemiológicos da região para definir as necessidades;</p> <ul style="list-style-type: none"> - o regimento interno da CIES limitou a participação dos profissionais de saúde e das universidades. A ampliação do número é defendida pela CIES para fortalecer as discussões 	<p>de organização dos Grupos de Trabalho previstos no RI;</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessidade de revisar o RI em relação à composição da CIES para maior participação dos gestores. 	<p>trabalho, porém não apresenta a forma como esses grupos devem se organizar, sendo necessário estabelecer normas à criação, desenvolvimento e atribuições desses grupos, a fim de não dissolver a CIES em pequenos grupos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - a composição da CIES no regimento interno não prevê a participação dos gestores como membros efetivos.
Desvelamento Crítico da Realidade	Desvelamento Crítico da Realidade		
<p>Proposta de mudança: revisar, em 2010, o PAREPS para suprir as limitações diagnosticadas; apresentar as CIR a solicitação de ampliação de representações na CIES.</p> <p>Ação desenvolvida: designado membros da CIES para participarem em 2009 na elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de modo a auxiliar a DEP a elaborar uma estrutura que as CIES possam utilizar como modelo na revisão de seus PAREPS; a CIR a solicitação de ampliação de representações na CIES e a mudança do artigo 3º do regimento interno que define essa representação. A CIR aceitou a ampliação da representação das universidades para duas (uma pública e outra privada), mas negou a ampliação dos profissionais da saúde, alegando que a CIES é livre para formar câmaras técnicas quando necessitar de informações específicas. Contrariando a decisão da CIR, a CIES assumiu uma postura de deixar livre para que os técnicos que constituíram câmaras técnicas continuem participando das reuniões.</p>	<p>Proposta de mudança: criar um grupo de trabalho para revisar o PAREPS em 2010 a fim de realizar adequações necessárias; criar um grupo de trabalho para revisar o regimento interno em 2010, propondo como um anexo ao regimento, a forma como esses devem ser organizados; definir junto a CIR a forma como será descrita no regimento interno a participação dos gestores na CIES.</p> <p>Ação desenvolvida: designados membros da CIES para participarem em 2009, na elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, de modo a auxiliar a DEP a elaborar uma estrutura que as CIES possam utilizar como modelo na revisão de seus PAREPS; composto Grupos de Trabalho que se responsabilizarão pela revisão do PAREPS e do Regimento Interno no ano de 2010, com definição dos coordenadores e membros de cada grupo.</p>		

Fonte: Circulos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera, maio a dezembro de 2009.

O processo empregado nas etapas de codificação e decodificação sobre a organização das CIES participantes da IT apresentou aspectos que envolveram o contexto estadual, bem como a estrutura interna das CIES e a participação das CIR.

O PAREPS foi elaborado em ambas as CIES, no ano de 2009. Após a sua aprovação nas CIR, foi estabelecido, no interior dos círculos de investigação, um processo de autoanálise, no qual se dialogou sobre as fragilidades relacionadas ao plano, fato que levou os participantes da IT a definirem a necessidade de revisão do PAREPS.

O PAREPS é de todos nós, então cabe a nós revisarmos as propostas e acrescentar o que se considera necessário. As pessoas que participaram da reunião em que elaboramos o PAREPS vão lembrar que diferentes pessoas ficaram responsáveis por diferentes partes. Eu fiquei com a responsabilidade de apenas compilar o que os diferentes atores me enviaram. Considero que agora é a hora de fazer esses ajustes, eu senti falta de muitas coisas dentro do PAREPS e concordo que precisaríamos retomá-lo, mas penso que essa construção deve ser coletiva (Nalu/CIES Carbonífera).

Nesse processo, os participantes apontaram que o tempo limitado e a inexperiência dos membros na elaboração de planos foram as principais dificuldades enfrentadas na elaboração do PAREPS. Sentiu-se a necessidade da estrutura estadual responsável pela PNEPS ter um “modelo” que pudesse orientar como as diretrizes do Anexo II da Portaria GM/MS no 1.996/07 deveriam ser apresentadas. Como esse “modelo” não existia, foi definido no desvelamento crítico da realidade que as CIES designariam membros para trabalhar junto à DEP/SES na elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), desse modo, auxiliariam e compreenderiam o processo de elaboração do plano estadual, o que facilitaria o processo de revisão dos planos regionais. Os membros das CIES, mesmo conscientes da importância da descentralização administrativa e financeira efetuada pela DEPS/DEP, voltaram a dialogar sobre a corresponsabilização das estruturas estaduais que respondem pela PNEPS prestarem maior assistência/orientação sobre a elaboração dos planos.

Teoricamente, a Portaria GM/MS no 1.996/07 define que o PAREPS deve ser elaborado coletivamente pela CIR e CIES, para posteriormente ser aplicado pela CIES (BRASIL, 2009). No entanto, em ambas as CIES, as CIR apenas definiram, em ordem de prioridade, as necessidades de

EPS da região, sendo que as CIES foram responsáveis pela elaboração do PAREPS e apresentação a CIR para aprovação.

O fluxo empregado na elaboração dos planos foi percebido como coerente nas CIES, pois dificilmente a CIR, na dinâmica de suas reuniões, conseguiria elaborar tal plano. Foi importante as CIES assumirem a função prevista na PNEPS de apoiar e colaborar tecnicamente nessa construção (BRASIL, 2009). Nos diálogos realizados nas etapas de codificação e decodificação, os membros das CIES consideraram que a participação dos gestores poderia ser maior na elaboração do plano, porém, no período em que os PAREPS foram construídos, a CIR não tinha uma representação atuante em nenhuma das CIES, aspecto que também precisava ser modificado nas comissões.

Outro aspecto definido teoricamente na atual portaria da PNEPS é a necessidade de consultar os Planos Regionais de Saúde ao elaborar os PAREPS, porém, nenhuma das CIES participantes da IT revisou tais documentos para construção do PAREPS. Essa postura denota duas possibilidades, a primeira, que os membros das CIR e CIES desconheciam ou não compreenderam esse aspecto apresentado na Portaria GM/MS no 1.996/07; a segunda, que os planos municipais e regionais de saúde foram construídos por outros sujeitos e os atuais membros das CIES e CIR desconhecem os aspectos referentes à EPS previstos em tais planos, bem como não se mobilizaram e nem se responsabilizaram em fazer uma revisão. Tais aspectos nos instigam a refletir e apresentam-se como uma possibilidade de estudo futuro sobre a importância e a utilização dos Planos de Saúde elaborados nas três esferas de gestão do SUS, pois, no atual estudo, constatamos que há uma dificuldade dos sujeitos sociais realizarem uma consulta a esses documentos, a fim de estruturar um alinhamento entre as propostas.

Ainda, mesmo que a composição da CIES abranja teoricamente os sujeitos sociais de distintos segmentos (gestão, atenção, ensino e controle social), o número de membros representantes de cada segmento também foi um elemento dificultador. Na CIES Grande Florianópolis, o PAREPS foi construído sem a participação direta das instituições de ensino superior e o número de profissionais da saúde era restrito devido ao limite de participantes estabelecido no Regimento Interno. Tais aspectos elucidam a complexidade de implantar as estruturas teóricas na prática.

É muito difícil este processo de construção, pois, para realmente a CIES saber da problemática, todos os municípios da região deveriam estar participando do processo [...] atualmen-

te os representantes dos serviços são de dois municípios de grande porte da região, sendo que acho que, se não dá para ter todos, se poderia ter pelo menos mais dois ou três representações de técnicos de municípios menores, o que não invalida a formação de câmaras técnicas para discutir determinados assuntos (Rina/CIES-Grande Florianópolis).

Em relação ao RI das CIES, um aspecto que chamou atenção foi o de que, mesmo não sendo uma exigência estabelecida na Portaria GM/MS no 1.996/07, os membros das duas CIES referiram a necessidade de construção e aprovação de um regimento para guiar a atuação das comissões.

Esse regimento não é previsto na Portaria 1.996, mas foi uma necessidade sentida por nós, membros da CIES. Pois, caso contrário, as coisas ficam muito soltas, muito abertas (Sisi/CIES-Carbonífera).

Os RI de ambas as CIES também foram aprovados no ano de 2009, sendo que, nas etapas da IT, os membros constataram que os RI precisavam ser revisados, percebendo tal revisão como uma iniciativa que denota o desenvolvimento das CIES.

Como esta comissão está em processo de crescimento e amadurecimento, pela minha compreensão desde quando eu cheguei aqui pela primeira vez, eu considero que estas revisões, inclusive do regimento interno, são positivas, pois mostra que a comissão está ativa e que há mudanças que necessitam ser adequadas, logo, o regimento também precisa ser vivo, não pode ser algo engessado que daqui a 10 anos estamos seguindo as mesmas regras (Rita/CIES-Grande Florianópolis).

O movimento de revisão do RI foi realizado de modo diferente nas CIES. A CIES-Grande Florianópolis, por ter uma relação de subordinação explícita junto a CIR, precisa da aprovação do colegiado para fazer qualquer alteração no RI, neste sentido, como pode ser constatado no desvelamento crítico da realidade da Tabela 3, a CIR aceitou parte da solicitação da CIES e alterou aspectos do RI. Porém, um fato importante no desenvolvimento da autonomia da CIES-Grande Florianópolis foi que, independentemente da deliberação da CIR, a comissão rompeu barreiras, no momento em que manteve o convite aos membros que participaram das diferentes câmaras técnicas estruturadas ao longo do ano de 2009 para que se mantivessem na CIES, caso tivessem interesse sobre a temática de EPS. Na Tabela 1, pode ser percebido um singelo,

porém importante, aumento do número de técnicos, no sentido de se estabelecer um movimento de mudança de uma realidade que consideraram necessário ser ampliada.

Após a aprovação do RI, a CIES Carbonífera, por meio dos diálogos estabelecidos no círculo de investigação, constatou que também precisavam fazer ajustes. Os participantes sentiram a necessidade de estabelecer, em anexos ao RI, os aspectos gerais de atribuições que os grupos de trabalho devem assumir. Essa necessidade emergiu do volume de grupos de trabalho que se estruturaram ao longo do ano de 2009 para desenvolver atividades.

Está faltando definir as atribuições dos grupos de trabalho, ainda não estão escritas/registradas em nenhum documento, o que cada grupo vai fazer e como vai fazer (Jail/CIES Carbonífera).

Paradoxalmente, os sujeitos sociais, ao mesmo tempo em que defenderam a importância do RI para organização das CIES, problematizaram a dificuldade de fazer cumprir os aspectos norteadores definidos por eles próprios para a CIES, sendo a questão sobre mudanças de representante conforme as ausências, o aspecto mais difícil de ser implementado na prática, segundo os membros das comissões.

A **Tabela 4** apresenta aspectos da infraestrutura que foram enfatizados nos diálogos dos Círculos de Investigação das CIES.

Tabela 4: Aspectos da infraestrutura dialogados nos Círculos de Investigação das CIES.

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
Tema Gerador: necessidade de fortalecer a “imagem” da CIES, diferenciando-a da EFOS; falta descrever/estabelecer formalmente como deve ser aplicado o valor de 5% do orçamento da PNEPS destinado à manutenção da CIES.		Tema Gerador: falta um registro formal sobre a utilização do espaço da 21ª Gerência Regional de Saúde (GERSA) como sede da secretaria executiva da CIES, bem como da utilização dos equipamentos da CIES pela regional.	
Condificação	Decodificação	Condificação	Decodificação
- confusão a CIR na compreensão do papel da CIES e da EFOS; - dúvida sobre como podem ser aplicados os 5% do orçamento	- devido à sede da secretaria executiva da CIES estar na estrutura física da EFOS, é necessário apresentar a diferença desses	- necessidade de registrar a definição da série da sede da secretaria executiva da CIES, junto à estrutura física	- com os recursos provenientes do antigo Polo de EPS, a CIES Carbonífera atualmente dispõe de materiais permanentes que estão

<p>da PNEPS designado pela CIR para manutenção da CIES.</p>	<p>espaços e esclarecer que as duas organizações recebem recursos da Portaria 1.996/07, mas são estruturas distintas; - não está explicando formalmente como deve ser gasto o valor de 5% do orçamento da PNEPS que a CIR designou para manutenção da CIES.</p>	<p>da 20ª Gerência Regional de Saúde.</p>	<p>instalados na sala de reuniões da 20ª GERSA. No entanto, o espaço físico é organizado como a sala de reuniões da GERSA, logo, a CIES não tem preferência de uso. Consideram que a CIES deve se estruturar e se identificar melhor.</p>
<p>Desvelamento Crítico da Realidade</p>		<p>Desvelamento Crítico da Realidade</p>	
<p>Porposta de mudança: elaborar material informativo sobre a CIES Grande Florianópolis de modo a esclarecer aos novos membros, bem como a outras estruturas interessadas, o que é a CIES e como está organizada.</p> <p>Ação desenvolvida: explanação verbal da articuladora da CIES sobre a diferença das estruturas (CIES e EFOS), no entanto, foi avaliado que essa ação não atingiu todos os participantes; elaboração de um documento pelos membros da CIES que foi aprovado em reunião da CIR sobre a forma como o recurso destinado à manutenção da CIES deve ser aplicado.</p>		<p>Proposta de mudança: formar um grupo de trabalho responsável pela elaboração de um documento que oficialize a instituição da secretaria executiva da CIES junto à 20ª GRSA, estabelecendo a forma como esse espaço será compartilhado com a CIES e a regional de saúde; analisar junto a CIR se há outros espaços que a CIS poderia utilizar como sede da secretaria executiva, visto que ficou definido que as reuniões ordinárias ocorrem de forma itinerante entre os municípios da região. Entre os membros da CIES, foi cogitada da possibilidade de uma sala na Associação dos Municípios da Região Carbonífera.</p>	

Fonte: Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera, maio a dezembro de 2009.

Os diálogos dos círculos de investigação aludiram à necessidade de estruturação das comissões, bem como de estratégias de divulgação das CIES, com informações de como se organizam e onde têm sua sede instalada, entre outros aspectos. A avaliação da estratégia anterior da PNEPS (Polos de EPS) já apontava a necessidade de se considerar a infraestrutura física mínima (instalações, equipamentos) para o adequado funcionamento da estratégia de ação da política (VIANA, 2008), sendo que o presente estudo constatou diferentes infraestruturas das CIES participantes da IT.

A CIES Grande Florianópolis ocupa a estrutura física e de materiais permanentes da EFOS, bem como conquistou a aprovação, junto a CIR, de uma percentagem dos recursos de EPS (5%) para a manu-

tenção da CIES, o que possibilita a compra de materiais de consumo, manutenção de equipamentos, despesas com viagens da articuladora em nome da CIES, entre outros aspectos. Os membros da CIES dialogaram e refletiram que o fato de ter uma estrutura física é um aspecto bom para a CIES, no entanto, é necessária atenção em relação à importância da CIES conquistar uma identidade, não sendo confundida com a EFOS, pois entre os novos membros da comissão, esse aspecto não estava claro. Para tanto, no desvelamento crítico, os sujeitos sociais fizeram algumas sugestões de formas de divulgação e organização burocrática sobre a infraestrutura da CIES de modo a evitar confusões.

É importante compreender que a EFOS, enquanto instituição de ensino, é mais um ator social dentro da CIES, a CIR escolheu a EFOS para ser a secretaria executiva, porque percebeu, em 2007, como sendo uma possibilidade, mas esta secretaria executiva poderia ser em São José, em Florianópolis, ou em qualquer outro município da região da Grande Florianópolis [...] acredito que devemos criar ferramentas para esclarecer melhor, informar as pessoas novas que chegam sobre as estruturas que permeia a CIES [...] folders e panfletos são ideias rápidas e boas (Mariza/CIES-Grande Florianópolis).

A CIES Carbonifera também apresenta uma infraestrutura mínima, composta de materiais permanentes instalados na sala de reuniões da 20ª GERSA. No entanto, a maioria dos membros da CIES desconhecia o fato de que a sala não é uma estrutura da CIES na 20ª GERSA, mas, sim, é a sala de reuniões da gerência que é cedida para a CIES instalar seus equipamentos e materiais permanentes, sendo que a comissão não tem preferência de uso da sala. O desvelamento crítico da realidade mobilizou os membros da CIES a formarem um grupo de trabalho que se responsabilizou pela oficialização da situação da infraestrutura da CIES junto à 20ª GERSA, bem como os membros dialogaram sobre a possibilidade de se pensar novos locais, onde a CIES ganhe uma identidade e espaço próprio.

Provavelmente, a maioria dos profissionais que trabalham na Regional não tem consciência da pactuação. Não há problema em se utilizar os recursos da CIES, a qual empresta os equipamentos e utiliza a sala, trata-se de uma situação de troca, mas o que precisamos é deixar esses termos explícitos para todos [...] assim, é necessário um documento formal a respeito do uso da sala da regional e dos equipamentos da CIES (Didi/CIES-Carbonifera).

A estruturação e organização de um espaço físico que identifique as comissões foram dialogadas nas duas CIES, sendo que o principal ponto problematizado ficou em torno de por que a PNEPS não prevê orçamento para manutenção das CIES, sendo que há um orçamento para a CIR. Os sujeitos sociais consideraram que talvez a proposta da PNEPS seja estruturar uma única secretaria executiva responsável pela CIES e pela CIR, justamente para “incentivar” a articulação entre estas duas estruturas, no entanto, isso não é uma realidade nas CIES estudadas, o que dificulta a manutenção das CIES. Dialogaram que, caso essa fosse a intenção da PNEPS, era preciso deixar esse aspecto claro, tanto para as CIES, quanto para as CIR, pois, as CIRs usam um recurso específico de manutenção para a sua organização, enquanto a CIES não tem nenhum tipo de recursos financeiros vindos do MS para esse fim. Outrossim, o financiamento de recursos para manutenção das CIES poderia ser uma contrapartida dos municípios que compõem as comissões.

Entre os aspectos relacionais, os temas geradores são apresentados na **Tabela 5**. A relação da CIR com a CIES e a própria relação estabelecida no interior das CIES entre seus membros foi dialogada e refletida.

Tabela 5

Aspectos relacionais dialogados nos Círculos de Investigação das CIES.

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
Tema Gerador: limitada autonomia da CIES em relação a CIR e dificuldade de priorização das questões de EPS nas reuniões da CIR; dificuldade de alguns membros da CIES exporem temas de interesse coletivo na plenária.		Tema Gerador: autonomia da CIES em relação a CIR e pouca articulação entre CIR e CIES; relação de opressão estabelecida no interior da CIES que inibe a participação de alguns membros.	
Codificação	Decodificação	Codificação	Decodificação
- imposição da vontade da CIR sobre a CIES, dificuldade de diálogo; - necessidade da CIES conquistar mais espaço junto a CIR; - necessidade de desestimular conversas privadas sobre temas de interesse coletivo.	- a CIR precisa compartilhar mais as decisões com a CIES; - a CIES precisa conquistar maior autonomia frente a CIR, apresentando-se como uma comissão que existe não para “servir” a CIR, mas para compartilhar conhecimentos e prestar apoio técnico;	- a CIES estabelece sua formação e como os assuntos sobre EPS são trabalhados; - a CIES não tem pauta em todas as reuniões da CIR; - inibição de alguns membros em participar da plenária da CIES por “medo” do outro e por conflitos de interesse	- a CIES tem autonomia e apoio a CIR quando necessita. Porém, é ponto de pauta nas reuniões da CIR apenas quando precisa aprovar algum item, não havendo um efetivo envolvimento da CIR com a CIES; - alguns membros da CIES ficam inibidos

	<p>- alguns membros da CIES não expõem as situações difíceis e de interesse coletivo na plenária da CIES, preferem comunicar à articuladora de modo privado, tomando a situação constrangedora. Há um incentivo da articuladora para haver uma exposição dos problemas na plenária.</p>	<p>pessoal e profissional; - dificuldade em dialogar e de ouvir com atenção a opinião do outro, buscando não impor o que está sendo apresentado na plenária da CIES.</p>	<p>em assumir que ignoram aspectos da PNEPS por não haver uma receptividade dos integrantes que conhecem o conteúdo em compartilhar conhecimentos; - alguns membros da CIES têm dificuldade em ouvir os outros e dialogar sobre as propostas, impondo ao invés de sugerir algumas ações.</p>
<p>Desvelamento Crítico da Realidade</p>		<p>Desvelamento Crítico da Realidade</p>	
<p>Proposta de mudança: ter pontos de pauta em todas as reuniões a CIR; sensibilizar os gestores para compreensão do papel da CIES junto a CIR.</p> <p>Ação desenvolvida: estabelecido, por meio da presença um apoio mais efetivo dos representantes a CIR na CIES, auxiliando a comissão através de manifestações verbais, a conquistar espaço nas reuniões da CIR para o tema de EPS; exposição na plenária da CIES de temas delicados/difíceis de serem abordados, o que possibilitou a responsabilização de todos os membros da comissão e não apenas da pessoa vista como articuladora.</p>		<p>Proposta de mudança: solicitar a CIR que abra um espaço (5 a 15min) em todas as reuniões para que representantes apresentem aspectos discutidos na CIES, que pode ser informes gerais, até pontos que precisam da análise e aprovação da CIR.</p> <p>Ação desenvolvida: houve discussões em algumas reuniões em que pessoas que se sentiam oprimidas verbalizaram seus sentimentos. A partir desses enfrentamentos, alguns membros relataram que a sensação de opressão foi dirimida, pois se iniciou um processo de diálogo efetivo, incluindo quem anteriormente não se manifestava</p>	

Fonte: Circulos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera, maio a dezembro de 2009.

Em relação à estrutura interna da CIES Grande Florianópolis, foi possível notar que o respeito e a cordialidade foram características entre os membros que participaram da comissão no período de coleta das informações da IT. No processo de decodificação, foi evidenciado que, mesmo havendo alguns interesses pessoais, os participantes buscaram auxílio mútuo, inclusive porque a maioria ingressou na comissão em 2009, então, estavam procurando conhecer coletivamente os processos que envolvem a PNEPS.

Devido a isso, a situação limite mais dialogada foi sobre os aspectos relacionais que envolvem o contexto da CIES Grande Florianópolis com a CIR, pois os membros da CIES, em determinados momentos, sentiam-se oprimidos pela CIR.

Como eu não tenho esse contato com a CIR, eu tenho todo esse receio, sempre fazendo as coisas de acordo com o colegiado quer, mesmo apresentando proposta e não concordando com eles [...] que autonomia é essa, a CIES não tem autonomia, a gente não tem autonomia. A gente trabalha, trabalha em pró de uma causa, mas a gente não tem autonomia e isso por vezes desmotiva, é necessário mudar essa realidade (Flôr/CIES-Grande Florianópolis).

Esse aspecto também foi refletido em outro estudo sobre colegiados de gestão em saúde, atuais CIR, o qual destacou que “o projeto ético-político de construção de espaços de gestão mais solidários, ‘produtores de sujeitos para a reforma sanitária’, de forte base comunicativa e dialógica, de alguma forma não valorizou, em toda a sua dimensão, o poder de reprodução dessa trama de relações de poder que atravessa e constitui o colegiado de gestão” (CECILIO, 2010).

Os membros da CIES Grande Florianópolis, ao tomar consciência da situação limite, buscaram estratégias para modificá-la, sendo que o movimento realizado pelos participantes ocorreu por meio de um “ato comunicante e coparticipado” (FREIRE, 2005), no qual a principal ação foi sensibilizar os gestores participantes da CIES para defender os posicionamentos da CIES junto a CIR. Por conseguinte, conquistaram maior respeito e atenção desse órgão aos aspectos que envolvem a EPS, pois “o processo de autonomia e de conscientização exige uma reflexão crítica da prática [...] deve estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade” (FREIRE, 2005), possibilidade instalada durante o processo de investigação temática que os sujeitos sociais estavam participando.

Considero que o processo de trabalho da CIES junto a CIR lentamente está melhorando, percebemos que nas últimas reuniões a CIR começou a perceber a CIES como algo importante, mas precisamos lutar para que essa compreensão melhore em muitos sentidos (Sueli/CIES-Grande Florianópolis).

Na problematização sobre o porquê de as CIR das regiões estudadas não priorizarem os temas de EPS nas reuniões, os membros das CIES têm consciência de que os municípios ainda enfrentam muitos

problemas de ordem estrutural, de recursos e de gestão do SUS, que afetam diretamente a atenção prestada aos usuários, logo, consideram que os aspectos relacionados à PNEPS acabam não sendo prioridades discutidas nas reuniões. Além disso, o fato da CIES Grande Florianópolis não ter realizado até 2009 nenhuma ação de EPS, o que ocorreu também na época do antigo Polo de EPS, pode configurar a CIES como uma estrutura com pouca credibilidade para desenvolver ações, aspecto problematizado como necessário ser superado, por meio do compromisso e envolvimento de cada um e de todos com a CIES e a EPS.

Infelizmente na CIR, a CIES ainda não é uma prioridade, pois existem muitos temas urgentes nos municípios que precisam ser discutidos [...] vou auxiliar a articuladora a modificar essa realidade, procurando incluir a CIES em mais pontos de pauta (Stephania/CIES-Grande Florianópolis).

Talvez a maioria dos gestores ainda não dão o devido valor às questões de EPS, porque estamos falando desde 2007 nas CIES, mas nós ainda não vimos uma atividade desenvolvida pela CIES, tampouco o antigo polo realizou atividades. Eu acredito que, a partir do momento em que a CIES começar a desenvolver as ações de EPS previstas, os próprios gestores irão passar a valorizar mais este espaço. Pois, a princípio, parece que as coisas que a CIES faz não são reais, parece algo muito distante (Mariza/CIES-Grande Florianópolis).

Outro aspecto dialogado nas etapas de codificação e decodificação diz respeito à dificuldade de alguns sujeitos sociais expressarem problemas de interesse da CIES na plenária. Os problemas que são omitidos ao coletivo impedem a responsabilização de todos sobre as ações desenvolvidas. Pois, ao se compartilhar os problemas, todos os membros, por terem conhecimento do que está ocorrendo, ficam implicados na sua resolução, sendo que, havendo mais pessoas envolvidas, é possível, por meio do diálogo e reflexão, encontrar soluções de modo coletivo.

Um estudo realizado no oeste do Estado de Santa Catarina aponta o diálogo como um “desafio na articulação das diferentes políticas públicas, entre trabalhadores de outros setores e, conseqüentemente, entre os fóruns que deliberam políticas setoriais” (KLEBA; COMERLANTO; COLLISELLI, 2007). Assim, é importante compreender o diálogo como uma ferramenta que implica a práxis social, que se configura no compromisso entre a palavra dita e a ação realizada (FREIRE, 2005), portanto, a partir do momento em que se estabelece um diálogo verdadeiro entre sujeitos sociais, esse possibilita o compromisso entre os

envolvidos a fim de se atingir mudanças possíveis na realidade, fato que mobilizou os membros a socializarem os problemas da CIES na plenária, o que possibilitou que todos assumissem o compromisso com a resolução das dificuldades.

A CIES Carbonífera apontou que a situação limite que precisariam superar também se referia a uma relação de opressão, porém situada no interior das CIES, com a qual muitos membros que ignoravam os processos da PNEPS ou por conflitos pessoais sentiam-se oprimidos.

As pessoas se sentem inibidas em assumirem que desconhecem e aquelas que têm conhecimento, ao invés de colaborar no sentido de proporcionar discussões que promovam que todos cresçam, assumem uma postura de detentoras do saber que inibe a participação daqueles que não conhecem a fundo as questões de educação permanente [...] muitas vezes, os discursos de algumas pessoas não defendem somente a política pública, mas na verdade têm uma conotação partidária muito forte em seus discursos e ações. E isso também inibe a manifestação dos demais participantes (Café/CIES-Carbonífera).

A relação de opressão que se buscou superar em ambas as CIES, a partir da etapa de decodificação, implica no empoderamento dos sujeitos sociais, que foi constatada em depoimentos como: “o grupo expressa um crescimento no sentido de poder se manifestar mais e melhor nos encontros. É visível um processo mais democrático despontando no interior da CIES” (*Silvia/CIES-Carbonífera*). O empoderamento se estrutura num movimento maior do que simplesmente repassar informações, pois se deve apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises, de modo a tomar consciência e posteriormente se conscientizar sobre as situações limites que precisam ser modificadas por meio das práxis (FREIRE, 2007).

Considerações finais

Em relação ao contexto das CIES em 2009, o Estado de Santa Catarina tinha uma estrutura que contempla a PNEPS desde sua criação em 2003 e pouco se modificou até os dias atuais. Pois, o órgão estadual responsável pela política realizou as adequações apresentadas na Portaria GM/MS no 1.996/07 ainda no ano de 2007. Porém, mesmo com essa estrutura organizada, ainda existem algumas fragilidades que precisam ser superadas de modo coletivo, implicando a participação e apoio das

diferentes esferas de governo e envolvimento dos sujeitos sociais que respondem pelas ações de EPS em nível local.

No interior das CIES estudadas, os sujeitos sociais apontaram diferentes aspectos que indicam o processo de desenvolvimento vivenciado pelas comissões, que ainda precisam ser analisados e superados a fim de se conseguir consolidar as CIES como estratégias de ação da PNEPS. Entre os aspectos da organização, merecem destaque o movimento de revisão do PAREPS e do RI, bem como o envolvimento de membros da CIES com a elaboração do PEEPS. Quanto à infraestrutura, destacamos a necessidade de melhorar a organização das CIES e desenvolver estratégias de divulgação das comissões em nível local. Sobre as relações estabelecidas, é importante apontar a superação de relações de opressão, tanto em relação a CIR, quanto na relação interna, entre alguns membros das CIES, aspecto que foi superado com o empoderamento dos sujeitos a partir da tomada de consciência da realidade que permitiram ações para mudança.

Concluimos que o contexto em que as CIES estão inseridas possibilita um desenvolvimento limitado das comissões, pois mesmo que, em nível estadual, as CIR e CIES estejam estruturados, aspectos relativos ao envolvimento e compromisso dos gestores com o EPS ainda precisam ser melhorados em nível local.

Nesse sentido, cabe aos membros das CIES organizarem-se a fim de proporcionar ações de EPS que sensibilizem os gestores sobre a importância da EPS para o desenvolvimento do SUS, em nível local, bem como realizar avaliações qualitativas e quantitativas sobre as ações desenvolvidas, de modo que tenham argumentos para defender os investimentos em EPS como, por exemplo, a criação de estruturas municipais de EPS as quais se articulam às CIES regionais, sendo que essas, por conseguinte, se articulam à CIES Estadual, bem como a contrapartida de recursos financeiros e humanos que se responsabilizem pela PNEPS em nível local (municípios).

Referências

BARRETO, I.C.H.C. et. al. Educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza (CE). **Divulg saúde debate**. v. 5, n. 34, p. 31-46, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BR). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de edu-**

cação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

..... Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BR). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, F.E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**. v. 3, n.1, p.39-51. 2006.

CAMPOS, G.W.S; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 17 abr. 2018.

CASTRO, J.L. **Protagonismo silencioso**: a presença da OPAS na formação de Recursos Humanos em saúde no Brasil. [Tese Doutorado]. Natal (RN): Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. 207 p.

CECCIM, R.B; ARMANI, T.B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulg saúde debate**. v.23, p.30-56. 2001.

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

CECILIO, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300013&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 17 Apr. 2018

DEMO, P. Elementos Metodológicos da Pesquisa Participante. In: BRAN-DÃO, Carlos Rodrigues. **Repensando a Pesquisa Participante**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense; 1987. p. 104-130.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde**,

Educ., v. 11, n. 23, p. 427-38, 2007.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007. 158p.

..... **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 31 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005. 148 p.

..... **Extensão ou Comunicação**. 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006. 93p.

..... **Pedagogia do Oprimido**. 41 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005. 213p.

HADDAD, A.E. et al. Política nacional de educação na saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 32, p. 98. 2008. ISSN 2318-2660. Disponível em: <<http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1463>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

KLEBA, M.E; COMERLATTO, D; COLLISELLI, L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 335-342. 2007. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2018.

LOPES, SRT. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com Ciências Saúde**. v.18, n.2, p.147-55. 2007.

MERHY, E.E; FEUERWERKER, L.C.M; CECCIM, R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Coletiva**. v.2, n.2, p.147-60. 2006.

PIERANTONI, C.R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em? 17 abr. 2018.

SAUPE, R; BRITO, V.H; GIORGI, M.D.M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da Enfermagem. In: SAUPE Rosita.

Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis (SC): Editora da UFSC; 1998. p. 244-72.

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

Agradecimentos

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), exemplo concreto de construção de conhecimentos a partir de processos de ensino-aprendizagem compartilhados. Ao CNPq, pelo auxílio financeiro por meio de uma bolsa de doutorado.



ARTICULAÇÃO DAS COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO REGIONAIS: OPINIÃO DOS SEUS PARTICIPANTES

*Juliana Vieira de Araujo Sandri
Karoline Gava
Gisele Becker
Rafaella Rebello*

Introduzindo a temática

No processo de Educação Permanente em Saúde o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas. A educação permanente está alicerçada em um referencial teórico-metodológico problematizador (BRASIL, 2004). A permanente atualização dos profissionais colabora para que sua prática profissional seja eficaz a fim de ele mesmo assumir um papel de agente transformador da realidade da população, é através disso que ele se torna capaz de analisar e intervir na condição de saúde humana, atuando com destreza e autonomia no estreitamento dos elos entre a concepção e a execução do trabalho (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a educação permanente em saúde visa a transformação do modelo de atenção à saúde objetivando o fortalecimento da promoção e prevenção em saúde, para que a atenção integral seja a referência do trabalho almejando a autonomia dos sujeitos. Para tal é mister que a educação permanente em saúde seja arquitetada para a formação de um profissional crítico, criativo, que considere a realidade social e que realize um atendimento ético, humanizado e de qualidade à toda população.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 tem como objeto a pro-

moção de mudanças no modelo de formação do SUS, por meio da integralidade da atenção à saúde favorecendo a articulação intersectorial através das necessidades dos seus usuários adequando aos novos desenhos organizativos da gestão e ao regulamento do Pacto pela Saúde. A condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é realizada pela Gestão Regional através do colegiado de gestão regional. Conforme a Portaria 399/GM, de 2006, os colegiados de gestão regional são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do gestor estadual.

Todavia, para operacionalizar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é necessário compor as comissões permanentes de integração ensino e serviço, definidas como instâncias intersectoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Estas serão de mobilização regional e estadual (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Em Santa Catarina (SC) foi instituída, inicialmente, quinze (15) colegiados de gestão regional e quinze (15) comissões permanentes de integração ensino e serviço, conforme deliberações da comissão intergestora bipartite (CIB) nº 127/CIB/07 e nº 225/CIB/07 (SANTA CATARINA, 2012). Posteriormente, com a implementação do Plano de Desenvolvimento Regional/2008 houve a ampliação de mais uma comissão permanente de integração ensino e serviço e um colegiado de gestão regional, dessa forma o Estado de Santa Catarina ficou com 16 (dezesesseis) colegiados de gestão regional e 16 (dezesesseis) comissões permanentes de integração ensino e serviço, abrangendo todas as regiões de saúde e municípios do Estado. Através do Decreto 7508/2011, os colegiados de gestão regional são denominados de Comissões Intergestores Regionais (BRASIL, 2011). Já a comissão permanente de integração ensino e serviço estadual foi promulgada na Deliberação 127/CIB/10 como uma Câmara Técnica da CIB. A comissão permanente de integração ensino e serviço estadual é responsável pelas ações relativas à educação permanente em saúde, contidas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

As comissões permanentes de integração ensino e serviço são compostas, segundo o artigo 5º da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 por: gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus

representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da Saúde; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. “As instituições deverão garantir aos seus representantes a participação efetiva e comprometida com a produção coletiva, com a gestão colegiada e democrática da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço e com a construção de arranjos interinstitucionais para a execução das ações propostas”. (BRASIL, 2009, p.23).

A Política Nacional de Educação Permanente em saúde apresenta como eixos norteadores de mudança na formação em saúde a articulação do quadrilátero do SUS: ensino – serviço – gestão – controle social. Estes eixos podem ser denominados de “quadrilátero da formação” devido a sua importância e relevância na integração ensino e serviços. Compete tanto ao SUS como às instituições formadoras “[...] coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social.” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.47 e 46).

Este estudo tem como objetivo apresentar a opinião dos participantes das comissões permanentes de integração ensino e serviço do estado de Santa Catarina quanto a sua articulação regional. Para tal, será observado as representações conforme os segmentos do quadrilátero da formação (gestão, ensino, atenção e controle social), configuração instituída no art. 5º da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. O quadrilátero da formação para a área da saúde, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p.59):

Propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados.

Essa pesquisa faz parte do programa de pesquisa do Grupo de Pesquisa ARGOS - Educação na Saúde e Gestão do Trabalho vinculado 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 teve o financiamento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq, através do Edital 03/2013, todavia este manuscrito compreende uma parte dos resultados que gerou o trabalho de Iniciação Científica do Curso de Enfermagem da Univali, intitulado: O Estado de Santa Catarina e suas ações de educação permanente em saúde.

O caminho percorrido

O estudo de campo foi exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Participaram de forma intencional os sujeitos representantes dos segmentos do quadrilátero (ensino, gestão, assistência e gestão) que foram indicados pelos articuladores das CIES regionais e da estadual, totalizando 16 sujeitos, que atenderam os critérios de inclusão, quais sejam: ter participado de ações de educação permanente em saúde, no período de 2011 a 2013 e; aceitar participar da pesquisa. Entretanto, o número final foi determinado pela saturação dos dados, momento em que as respostas passam a ter repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (MINAYO, 2010).

O procedimento de análise dos dados coletados foi estruturado a partir da proposta operativa da análise de conteúdo na modalidade de análise temática (MINAYO, 2010), seguindo os seguintes momentos:

1) Pré-análise – estruturada a partir da *leitura flutuante* do conjunto das comunicações, que consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar por seu conteúdo; da *constituição do corpus*, representada pela seleção e organização dos dados de forma a responder algumas normas de validade, como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência.

2) Exploração do material – esta etapa consiste essencialmente na operação de codificação, que, por meio dos dados brutos, busca alcançar o núcleo da compreensão do texto. Recorte do texto em unidades de registro, que pode ser uma palavra ou frase estabelecida na pré-análise; e, por último, realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que auxiliarão na especificação dos temas.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – os dados são submetidos a um estudo orientado pelo referencial teórico-me-

todológico, possibilitando a expressão de concepções relacionadas às categorias já definidas pelo referencial teórico ou que emergiram dos dados, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. Os resultados foram discutidos à luz do arcabouço teórico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e outros autores que discutem o tema.

A coleta e análise dos dados ocorreram em 2014 aproveitando os encontros de reuniões ordinárias da comissão permanente de integração ensino e serviço estadual ou outro evento que congregassem os sujeitos da pesquisa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista gravada com perguntas norteadoras semiestruturadas, bem como foi encaminhado por e-mail para aqueles que não conseguiram responder ou que não estavam presentes. As entrevistas gravadas foram digitadas e aquelas não gravadas foram impressas do próprio e-mail.

As categorias definidoras para sua análise foram elaboradas a *priori* da coleta de dados seguindo a constituição do quadrilátero da formação para a área da saúde: Gestão, Ensino, Atenção e Controle Social.

As dimensões éticas seguiram a Resolução 466/12/CNS. O projeto foi inscrito na Plataforma Brasil com o título: 'Caracterização das ações de educação permanente em saúde no estado de Santa Catarina e suas implicações na força do trabalho vivo e da participação social no contexto do Sistema Único de Saúde', com CAAE: 03621812.2.0000.0120. Destacamos que a pesquisa só teve início após aprovação do CEP, sob o parecer n.34827 em 25/05/2012.

A realizada a entrega e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado por eles e deixando uma cópia com os mesmos. Assumimos o compromisso em relação ao anonimato e confidencialidade das informações, por conseguinte, optou-se por não identificar o segmento do quadrilátero dos respondentes, os quais receberam codinomes tipo **R1, R2, R3...** que significa respondente (R) seguida da numeração ordinária (de 1 a 16) que indica a ordem temporal das entrevistas. Asseguramos que as informações coletadas foram utilizadas, exclusivamente, para fins da pesquisa.

Resultado e discussão

No que confere à Gestão e seus desdobramentos na comissão permanente de integração ensino e serviço regional, os participantes

afirmam que este segmento apresenta uma participação ativa e relacionamento exitoso, como corroboram as falas:

Os membros e gestores se articulam de forma exitosa, de acordo com as ações e necessidades previstas em reuniões. (R9)

A nossa comissão permanente de integração ensino e serviço se articula muito bem com os gestores do município [...]. (R16)

O relacionamento da comissão permanente de integração ensino e serviço com os gestores é excelente. (R5)

Os representantes são responsáveis pela sensibilização e informação aos seus gestores [...] as secretarias têm uma boa participação. (R10)

Os seguimentos Gestão e Serviço são articulações mais fortes. (R7)

Diante do exposto, o bom relacionamento com a gestão configura-se como um facilitador no desenvolvimento da educação permanente em saúde, impactando nas ações e trâmites envolvidos na condução das políticas públicas. Os entraves no relacionamento entre Gestão e articuladores podem culminar na má articulação, gerando prejuízos ao processo, como é evidenciado por **R2** e **R11**:

As ações planejadas não foram executadas, por limitações relacionadas ao recurso financeiro [...] acredita-se que a falta de entendimento da Gestão do SUS quanto ao potencial das ações de educação permanente em saúde retratam a atual situação desta comissão permanente de integração ensino e serviço. (R2)

Vemos a Gestão presente em função dos secretários que querem as vagas para capacitar os seus profissionais, não há a clareza do gestor em dizer 'olha, nós precisamos investir nisso ou naquilo'. Eles participam porque querem vagas nas capacitações. (R11)

Compreender as formalidades da gestão é essencial para o bom andamento das atividades, considerando que nas esferas de gestão do SUS, há atribuições e responsabilidades presentes, as quais devem estar integradas ao processo como um todo. É de conhecimento que as políticas são objetos de disputa, e nas trocas de governo, são submetidos ao desvirtuamento e substituição, demandando a criação de

mecanismos participativos de avaliação e controle para o exercício responsável da gestão (BRASIL, 2009; FERRAZ et al., 2013).

Quando questionados sobre o relacionamento com a comissão intergestora regional, os participantes são unânimes em relatar a harmonia existente entre as comissões.

Em relação à comissão intergestora regional é perfeito, a gente conta com uma parceria bem boa, eles têm representantes em nossas reuniões como nós temos voz ativa em todas as reuniões deles. (R15)

Nossa comissão permanente de integração ensino e serviço está bem articulada com a Gestão da Secretaria Municipal de Saúde e as reuniões são mensais junto com a comissão intergestora regional. (R3)

Sempre que necessário, a comissão permanente de integração ensino e serviço tem espaço nas reuniões da comissão intergestora regional para apresentação de projetos/propostas de EP e outras discussões sobre o andamento dos trabalhos da comissão permanente de integração ensino e serviço. (R5)

O exposto vai ao encontro com a ideia exposta por Vendruscolo et al (2013), em que a comissão intergestora regional deve viabilizar o processo de planejamento regional para a educação permanente em saúde, partindo do levantamento de prioridades, responsabilidades de cada ente e apoio mediante as comissões permanentes de integração ensino e serviço. Essas demandas do SUS requisitam dos gestores a adequação de saberes e habilidades, tendo como conceito dominante a Educação Permanente como base para o processo de gestão e gerência.

Em relação ao envolvimento das Instituições de Ensino, os participantes expõem que as mesmas demonstram participação no processo da educação permanente em saúde, como é evidenciado por **R4** e **R5**, todavia na sequência **R16** e **R15** narram que ela é limitada e frágil, meramente estrutural, mediante a viabilização de salas. Poucas são as instituições de ensino que se envolvem maciçamente, apenas R9 firma que a sede da articulação da comissão permanente de integração ensino e serviço está localizada em uma universidade:

É muito presente e colaborativa. (R4)

Em alguns momentos tivemos a participação de representantes de Instituições de Ensino. (R5)

A Universidade fornece espaço para as nossas aulas. (R16)

A estrutura física da comissão permanente de integração ensino e serviço está localizada em uma universidade da região, facilitando a articulação. (R9)

A Instituição de Ensino abre as portas para a gente poder fazer as capacitações dentro da universidade. (R15)

Contudo, as Instituições de Ensino muitas vezes não se veem presentes de forma efetiva:

Instituições de Ensino Superior participam quando podem e dificilmente conseguem estar inseridas em um grupo de trabalho da comissão permanente de integração ensino e serviço. (R10)

Reconhece-se a importância da mesma e a necessidade de uma participação e interação nas educações permanentes em saúde, a partir da troca de conhecimentos que vão além de questões físicas e estruturais. Ressalta-se que as instituições formadoras precisam estar articuladas com os serviços, concretizando de modo efetivo a relação ensino e serviço. Ou seja, as escolas têm a envergadura de formar profissional apropriado e capacitado para operar de acordo com a política de saúde vigente no país, e os serviços, por outro lado, se qualifica e capacita com a presença das escolas no serviço (FARAH, 2006).

As Universidades contribuem por ser uma Instituição formadora e que apoia em relação aos profissionais e professores, a estrutura física [...] eu acredito que poderiam dar um pouco mais de contribuição. (R12)

Neste momento não temos representantes, já tivemos, e naquele momento houve problemas, porque existia não um descrédito, mas uma desconfiança por parte dos Secretários em relação à Universidade. Eles achavam que a Universidade recebia um bolo de dinheiro e fazia pouco, hoje vemos que não, tem que fazer milagre com o dinheiro que tem [...]. Estamos convidando a Universidade a se fazer presente novamente. (R11)

Na condução da política de educação permanente em saúde, o re-

lacionamento entre as instituições de ensino permite que se adquiram respostas às necessidades reais da população mediante a formação de recursos humanos, prestação dos serviços e a produção do saber com foco no fortalecimento do SUS. Uma interseção entre o mundo do ensino e do trabalho viabiliza uma produção pedagógica em saúde, em que professores, trabalhadores, estudantes e gestores são atores da educação permanente em saúde (CELEDONIO et al, 2012).

Conforme Murofuse (2009), as instituições de atenção à saúde representam um campo de socialização da prática, de cunho cultural e educativo, onde se completa e reafirma-se a formação das diferentes profissões, sendo moldadas as práticas profissionais e as competências necessárias ao mundo trabalho. Frente a isto, no que confere à articulação com o Serviço, evidencia-se uma preocupação em trazer o profissional para a educação permanente em saúde.

Procurarmos trazer o profissional que está na ponta [...] o profissional é de suma importância no processo mesmo não estando inserido na articulação da comissão permanente de integração ensino e serviço, porque ele tem uma representatividade. (R12)

Percebemos que os profissionais são bastante participativos a todas as ações/capacitações que são propostas. (R2)

Geralmente participam mais os profissionais do município. (R1)

Em contrapartida, é recorrente a participação reticente das instituições de saúde no processo, conforme são salientados pelas falas de **R11, R16 e R4**:

O hospital de uns anos para cá pararam de participar, mas eles serão convidados novamente. (R11)

Faz tempo que o hospital não participa, mas sua desenvoltura era bem interessante e muito boa. (R16)

São encontradas algumas dificuldades quanto à participação. (R4)

É certo que as instituições de saúde são muito reservadas em aceitar e promover processos de EP com o intuito de provocar a reflexão, o compartilhamento de experiências, dúvidas e conhecimento que en-

globe seus funcionários. Pode-se identificar inclusive uma resistência dos profissionais com mais tempo de instituição à aquisição de novos saberes, à reflexão da prática de trabalho e às mudanças no método deste (CECCIM, 2005; MENESES, 2012).

Neste processo de transformação, a gestão da formação e do desenvolvimento dos profissionais da saúde deve se aproximar do ambiente de trabalho dos mesmos, devendo ser efetivada coletivamente, inclusive com os atores que participam das ações de gestão, a citar a participação social (LOPES et al., 2007).

Dentro do contexto da educação permanente esta participação se dá mediante o controle social, que pode ser entendido como o processo no qual a população participa, através de representantes, da execução, definição e acompanhamento das políticas públicas e governamentais. Diferentes fatores influenciam para facilitar ou dificultar o funcionamento dos espaços de controle social (DUARTE; MACHADO, 2012).

Quando questionados a respeito da participação social, assim como no levantamento quantitativo das ações, percebe-se a inexpressividade do controle social no processo.

Tem suas fragilidades. (R7)

Não tem participação. (R3)

Não tem participado das nossas reuniões. (R16)

É ausente. (R11)

Nossa maior dificuldade é o controle social, a gente já teve a participação de representantes, mas antes de iniciar a comissão permanente de integração ensino e serviço, no Pólo de Educação Permanente [...] o controle social foi se afastando e não conseguimos mais trazê-los. (R15)

É a nossa grande falha na região pela falta de participação [...] acho que o controle social atua muito pouco e quando atua, atua na mesma coisa e pergunta o que estamos fazendo com o dinheiro, a preocupação maior é o recurso. (R12)

Mesmo quando participativo, representam um número pequeno na esfera do quadrilátero, conforme **R10** e **R4** explicitam.

Há participação efetiva de dois membros de Conselhos Municipais de Saúde-CMS de municípios diferentes. Os demais conselhos participam quando há uma pauta específica sobre seus trabalhos. (R10)

É representante ativo, por meio de representação de dois CMS. (R4)

Uma das metas instituídas pelo Programa de Educação Permanente é a instrumentalização dos conselheiros para o entendimento das informações relacionadas à área da saúde, aperfeiçoando a sua interlocução e protagonismo no controle social do SUS. O controle social deve ser fortalecido através do empoderamento dos indivíduos e do próprio grupo, mas também dos pilares que dão sustentação ao processo de gestão partilhada das políticas pública (KLEBA; COMERLATTO; COLLISELLI, 2007; ALENCAR, 2012).

Diante disso, reforça-se a necessidade de uma maior expressividade do controle social no que condiz à educação permanente em saúde; considerando que o mesmo é a figura representativa da população na construção de políticas e ações, constituindo-se assim como o eixo mais próximo ante as necessidades da população como usuários dos serviços da saúde, sendo o indicado para opinar e vivenciar na prática suas repercussões.

Nos relatos dos participantes foi possível delinear as fragilidades operacionais enfrentadas pelas comissões permanentes de integração ensino e serviço, sendo estas relacionadas aos recursos financeiros, falta de conhecimento, rotatividade dos seus membros e participação efetiva do quadrilátero.

O financiamento é uma briga e, nós sabemos que tem recursos. (R12)

Constante mudança de membros representantes da comissão permanente de integração ensino e serviço, principalmente em anos eleitorais [...] este fato dificulta a articulação e a comunicação. (R9)

É preciso desenvolver uma articulação mais intensa com algumas representações que não estão muito participativas ou que tem resistência em se envolver na comissão permanente de integração ensino e serviço. (R10)

Envolver mais o controle social e ensino. (R7)

Frente a isso, implica-se uma reorganização, exigindo processos mais coletivos em que a participação dos atores de forma crítica amplia a mobilização a favor das transformações, tanto na educação como na saúde. É importante ressaltar que se devem garantir condições de governabilidade para que toda expressividade ocorra (LOPES et al., 2007), fato este observado na fala de muitos participantes.

A questão da gestão financeira é mencionada pelos participantes como entraves frente à educação permanente em saúde. Em geral, as experiências mostram que as dificuldades mais comuns no quesito gestão financeira da EP referem-se a disponibilidade de recursos (atrasos e insuficiência), necessidade de infraestrutura, dúvidas acerca da gestão financeira e receio de que a instância de articulação fosse considerada apenas uma intermediária financeira de projetos (FERRAZ et al., 2013).

Sabe-se que, em consenso com o Pacto de Gestão, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem financiamento redefinido pela Portaria GM/MS 1.996/07 que estabelece que os recursos das ações de educação permanente em saúde sejam transferidos automaticamente e regularmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual ou Municipal de Saúde aos seus respectivos gestores do SUS (FERRAZ et al., 2013). O financiamento federal se dará “por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto da Saúde e comporá o Limite Financeiro Global do Estado, Distrito Federal e Municípios”, a fim de realizar as ações de educação permanente em saúde (BRASIL, 2009, p.13).

Ferraz et al (2013), referem que um dos entraves encontrados nesse processo é o processo licitatório que impedem o andamento da concretização dos projetos de educação permanente em saúde e atrasam a contratação das instituições de ensino para a realização das ações. Esses trâmites burocráticos e a morosidade nas instâncias dificultam o processo no sentido de paralisação e atrasos dos projetos de educação permanente em saúde. Este excesso de burocracia e indefinições requer dos membros da comissão permanente de integração ensino e serviço uma espera prolongada e acompanhamento dos fatos:

Gestores municipais sem qualificação, que não possuem formação na área da saúde e não valorizam/incentivam a EP. Recursos limitados e demora na descentralização e poucas instituições com cursos de formação na área da saúde. (R1)

Desconhecimento por parte dos municípios sobre a descentralização dos recursos. (R5)

Municípios distanciados do processo de educação permanente; Gestores com pouco entendimento e importância para educação permanente; municípios de pequeno porte que dificultam a participação das ações; burocracia/demora na descentralização dos recursos, bem como no processo de licitação. (R4)

Ponto fraco é a falta de envolvimento das pessoas [...] ninguém quer porque não tem dinheiro, não se ganha salários para essa função. (R11)

A prática, ainda comum nas instituições, de indicar pessoas para ocupar encargos, a partir de critérios como aliança política estabelecida durante o pleito eleitoral resulta em problemas, pois muitas vezes, pessoas sem o devido preparo e conhecimento acabam ocupando cargos de decisão. Além das frequentes interrupções de projetos e programas que inviabilizam o planejamento a médio e longo prazo (MUROFUSE, 2009).

No que comina à descentralização e/ou implantação de núcleos municipais de educação permanente em saúde, as respostas foram positivas, como corrobora a fala de **R8**:

A implantação dos núcleos municipais deixando a comissão permanente de integração ensino e serviço regional a focar unicamente na execução dos cursos. (R8)

Ainda é fundamental que as comissões permanentes de integração ensino e serviço tenham o conhecimento do processo de concretização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A descentralização possibilita que a comissão permanente de integração ensino e serviço consiga reconhecer e aproximar a realidade local de cada município fazendo que haja autonomia dos gestores ao elaborar e concretizar políticas específicas. (FERRAZ et al., 2013).

Além disso, a harmonia e o bom relacionamento com a gestão e com todos aqueles que estão envolvidos no processo de construção da educação permanente em saúde são potencialidades que garantem que suas ações e políticas regionais sejam impactantes e eficazes, como é relatado por **R11, R5, R4, R10 e R1**:

Nossa região possui um apoiador forte, os secretários se articulam muito bem. (R11)

Participação efetiva de alguns membros da comissão permanente de integração ensino e serviço há pelo menos 5 anos que conseguem dar continuidade ao processo, acompanhando e incentivando para que as ações não se percam. (R5)

Apoio do Departamento de Educação Permanente da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina na consolidação da educação permanente na região; apoio das Gerências Regionais de Saúde no desenvolvimento das ações, apoio da comissão intergestora regional na aprovação e deliberação do solicitado; articulação entre os representantes da comissão permanente de integração ensino e serviço; envolvimento dos profissionais no trabalho da EP; envolvimento de instituição de ensino no processo. (R4)

Foi criada uma estrutura firme em seus propósitos [...] e tornou-se referência nas questões de educação permanente em saúde na Região. (R10)

Expressiva participação de todos os integrantes/representantes da comissão permanente de integração ensino e serviço. (R1)

A consideração referida por **R7** nos revela que a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas regiões vai além dos recursos financeiros, ela requer comprometimento das pessoas responsáveis pelo processo:

Temos desenvolvido ações de educação permanente em saúde sem recursos financeiros [...] somos ponto de referência para todas as questões de educação permanente em saúde na região, os gestores acreditam e solicitam apoio nesta área. (R7)

O compromisso de aprimorar o entendimento sobre a operacionalidade da PEP é de todos, portanto, as regiões que melhor se desenvolveram sejam por ter uma articulação intersetorial mais exitosa seja por ter a gestão ativa no processo precisam estar auxiliando as que estão com dificuldades em executar suas ações de educação permanente. A solidariedade entre as comissões permanentes de integração ensino e serviço é saudável para o êxito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Finalizando

Santa Catarina segue o que está preconizado na Portaria 1.996/07 sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a comissão intergestora regional é a responsável pela condução regional e a CIB estadual, já as comissões permanentes de integração ensino e serviço correspondem a comissão de apoio dessas estâncias deliberativas, contudo vão além disso, elas são as que operacionalizam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, mas com o aval da comissão intergestora regional.

Todas as 16 comissões permanentes de integração ensino e serviço regionais têm reuniões ordinárias e cada qual segue uma cronologia diferenciada dependendo da necessidade. Elas se articulam com as instituições de ensino superior e de nível técnico e, todas têm representação dos municípios da sua abrangência por meio dos profissionais técnicos, além da representação da comissão intergestora regional, porém, a articulação com o controle social, com os hospitais de ensino, com a área da educação e outras entidades profissionais representativas não são eficazes. Desse modo, a articulação intersetorial e interinstitucional das áreas de saúde e educação, necessitam serem fortalecidas nos espaços regionais.

Outro ponto a ser potencializado diz respeito ao financiamento federal contínuo e o modo de utilização do recurso por meio da licitação pública municipal já que, na maioria das vezes, o recurso está alocado no fundo municipal de saúde. Fazer a compra de serviços da natureza que exige a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é algo mais complexo do que comprar produtos permanentes (capital) ou de uso contínuo (custeio). Fato que engessa o processo e atrasa a execução das ações de educação permanente em saúde, que naquele momento é prioridade, mas que poderá não ser mais.

A flutuação de pessoal que representa o quadrilátero nas comissões permanentes de integração ensino e serviço regionais, especialmente da gestão e da atenção, é outro fator que dificulta o andamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, haja vista que quando um grupo de profissionais já desenvolveram a expertise na área, eles são substituídos por outros que nada conhece do processo, demandando muita articulação por meio de diálogos e reuniões. Há um desgaste frente da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ocasionando o descrédito junto às instituições parceiras e

da sociedade que aguarda um melhor atendimento no SUS. Todavia, a realização desse estudo nos propiciou o reconhecimento do processo de educação permanente em saúde como potencializador do trabalho vivo do SUS e, acima de tudo, na construção e estruturação das políticas públicas de saúde.

Referências

ALENCAR, H.H.R. de. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. suppl.1, p. 223-233, mai. 2012.

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).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **Seminário do CONASS: Para entender o pacto pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **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).

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** - Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 44p. (Série B.

Textos Básicos de Saúde)

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez, p.975-986. 2005.

CECCIM, R.B; FEUERWERKE, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. V 14, n1, p.41- 65. 2004

CELEDÔNIO, R.M. et al. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 13, n. 5, p.1100-1110. 2012.

DUARTE, E.B; MACHADO, M.F.A.S. O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.126-137, 2012.

FARAH, B.F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG**. Tese. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FERRAZ, F. et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino serviço. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.6, 2013.

KLEBA, M.E; COMERLATTO, D; COLLISELLI, L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.335-342, 2007.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p.147-155, 2007.

MENESES, M.N. **A Política Nacional de Educação Permanente nas unidades básicas de pronto atendimento do município do Rio Grande, RS: dificuldades e facilidades**. 2012. 38 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Especialização em Gestão em Saúde EAD, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 2010.

MUROFUSE, N.T et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Rev Latino - Am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, 2009.

SANTA CATARINA. Comissão permanente de integração ensino e serviço Estadual - Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde Santa Catarina** - Brasil: 2011 - 2015. Florianópolis: Diretoria de Educação Permanente em Saúde, 2012. 125 p. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5343&Itemid=82. Acesso em: 21 out. 2015.

VENDRUSCOLO, C. et al. Educação permanente em saúde: percepção dos gestores do SUS na Macrorregião Oeste, em Santa Catarina. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Brasil, 7, dez. 2013.



PERCURSO HISTÓRICO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NO PLANALTO NORTE CATARINENSE: POTENCIALIDADES PARA CONSOLIDAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO TERRITÓRIO

*Daniele Ennes Brey
Eivaldo Antunes
Grasielly Cristina Alves Maia
Rafaela Ciupka Valim
Cristiane Aparecida Hoffmann Lechinheski
Neci Maria Lemos Pereira de Sousa Nagano
Luciana Maria Mazon
Ricardo Larroyed de Oliveira
Rosilei Terezeinha Weiss Baade
Fabiana da Luz
Marcia Bagio Caus
Thaynara Lech Wendt
Ariane Woehl
Araci Gelbeck Wielewski*

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é possível evidenciar profundas mudanças no acesso e no atendimento em saúde, mas ainda não é o suficiente devido a entraves nas questões políticas, administrativas e financeiras. Para que novas mudanças ocorram, também são necessárias alterações significativas na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da saúde. Pois um dos pilares que sustenta o SUS é a formação dos profissionais que trabalham neste sistema.

A constante evolução tecnológica, dos estudos científicos e as mudanças dos modelos assistenciais decorrentes das políticas públicas de

saúde, torna inquestionável a necessidade de manter os profissionais de saúde capacitados e atualizados, objetivando a prestação de uma assistência qualificada para suprir déficits deixados na sua formação profissional (SILVA; SEIFFERT, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) está baseada na aprendizagem dentro do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Propõe-se que os processos de capacitação dos profissionais da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas, da gestão e do controle social em saúde (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012). Em curto, médio e longo prazo, a EPS dentro dos municípios e da regional tem diversos desafios do qual muitos já vivenciaram durante o decorrer da história da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES).

A implantação da política e da gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito dos estados e municípios levou a criação de espaços de articulação por meio da CIES que são espaços de discussão e construção da política de EPS. Diante deste contexto o grupo é composto por atores representantes dos diversos segmentos, gestão, assistência, ensino e controle social. Estes segmentos integram a base para a efetividade na EPS dentro dos municípios. O presente artigo tem por finalidade apresentar o percurso histórico da CIES na região do Planalto Norte Catarinense e as potencialidades que apresenta para a consolidação da EPS no território.

Caracterização dos serviços de saúde na região norte de Santa Catarina e sua integração com a educação em saúde

O Estado de Santa Catarina (SC) localiza-se na região com o maior desempenho econômico do país. O estado faz fronteira com o Paraná ao norte, o Rio Grande do Sul ao Sul e a Argentina a oeste, além de ser banhado pelo Oceano Atlântico a leste. Com ampla diversidade geográfica e cultural, SC possui 95,7 mil km² divididos geopoliticamente em 295 municípios e organizados em oito macrorregiões: Litoral, Nordeste, Planalto Norte, Vale do Itajaí, Planalto Serrano, Sul, Meio-oeste e Oeste (SANTA CATARINA, 2017).

Com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, o Conselho Intergestores

Bipartite (CIB), 458/CIB/12, definiu a divisão do território catarinense em nove Macrorregiões de Saúde (SANTA CATARINA, 2012). A Macrorregião do Planalto Norte é composta por uma Região de Saúde, coordenadas por duas Gerências Regionais de Saúde (Mafra e Canoinhas). Abrange treze municípios com uma população de referência de 366.928 habitantes (IBGE, 2014).

A Gerência Regional de Saúde de Mafra integra a Secretaria de Desenvolvimento Regional de Mafra e atende uma população de 299.929 habitantes (IBGE 2014) de sete municípios: Campo Alegre, Itaiópolis, Mafra, Monte Castelo, Papanduva, Rio Negrinho e São Bento do Sul (SANTA CATARINA, 2012). A Gerência regional de Saúde de Canoinhas integra a Secretaria de Desenvolvimento Regional de Canoinhas e atende uma população de 136.994 habitantes (IBGE, 2014) de seis municípios: Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Major Vieira, Porto União e Três Barras (SANTA CATARINA, 2012). A Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), registra uma cobertura de 79% dos domicílios de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2015).

A região de saúde do Planalto Norte está inserida na implantação de Redes Temáticas: a Rede Cegonha, a Rede Psicossocial, a Rede de crônicos, a Rede de Pessoas Portadoras de Deficiências e a Rede de Urgências e Emergências. A Região possui diversos serviços de saúde na APS, Média e Alta Complexidade. Atualmente, há cento e oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas entre os treze municípios que compõe essa região.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está presente em todos os municípios do Planalto Norte, totalizando 71 equipes de Saúde da Família (EqSF). Possuem o maior número de equipes: Mafra (18 EqSF) e São Bento do Sul (10 EqSF). Os municípios com menor número de equipes: Campo Alegre (1 EqSF), Monte Castelo (2 EqSF) e Major Viera (3 EqSF). Apesar da grande expansão da ESF na região, somente Bela Vista do Toldo, Rio Negrinho, Porto União, Major Vieira, Itaiópolis, Três Barras e Mafra possuem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Região do Planalto Norte possuía em 2011 uma cobertura de ESF correspondente a 72%, em 2015 este valor saltou para 82% (BRASIL, 2015).

A Média Complexidade é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Em maior número, os CAPS estão presentes em todos os municípios do Planalto Norte, exceto Bela Vista do Toldo, Campo Alegre e Irineópolis, os quais possuem pactuações com municípios vizinhos. O Serviço de Aten-

dimento Móvel de Urgência Suporte Básico está presente em Bela Vista do Toldo, Irineópolis, Papanduva, Três Barras, Canoinhas, Mafra, Rio Negrinho e São Bento do Sul a o SAMU suporte avançado oferece cobertura a todos os municípios através de duas ambulâncias uma em Mafra e a outra em Canoinhas.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) inicia-se preferencialmente pela Atenção Primária a Saúde (APS). Contudo, a Alta Complexidade, em especial a Atenção Hospitalar, é fundamental no manejo de situações não resolvidas pela APS (MENDES, 2010). No Planalto Norte, quase todos os municípios possuem unidades hospitalares, com exceção de Bela Vista do Toldo. O serviço de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos está presente nos hospitais de Canoinhas, Porto União, Mafra e São Bento do Sul. Somente o Município de Mafra possui UTI neonatal.

O Planalto Norte conta com a Comissão Intergestores Regionais (CIR), criada para auxiliar no planejamento e avaliação das políticas de saúde e compactuar ações de melhorias nos serviços ofertados pelos municípios membros. A CIR foi consolidada pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, onde institui a pactuação entre os gestores, a co-gestão solidária e cooperativa (BRASIL, 2011). Desta forma, substituindo os antigos Colegiados de Gestão Regional (CGR's), instituídos pela Portaria GM/MS nº399 de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006).

Diante deste panorama na região e considerando a transversalidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como eixo integrador das políticas de saúde, a consolidação da CIES é fundamental para a transformação de práticas profissional e ampliação da resolutividade dos serviços de saúde.

Consolidação histórica da comissão integração ensino serviço no planalto norte catarinense

Para a condução e o desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, característica essencial da APS, o estado conta com dezesseis CIES distribuídas em todas as Regiões de Saúde catarinenses. O Planalto Norte possui uma CIES atuante que abrange as duas gerências regionais de saúde.

O Pólo de Educação Permanente em Saúde foi instituído pela Portaria n 198 de 13 de fevereiro de 2004 e tem a orientação de uma Política

de Educação Permanente no SUS que seja capaz de enfrentar o desafio de constituir-se em um eixo transformador do trabalho, mobilizando recursos e poderes para fortalecer o sistema na região.

Através do movimento dos Pólos na região foram capacitados 40 profissionais no Curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde área de concentração em Gestão em Saúde Pública no período de 2005-2006. Após a publicação da Portaria GM/MS n. 1.996/2007, a qual define as ações de EPS desenvolvidas em âmbito do estado de Santa Catarina, a partir dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), foi constituída a CIES Planalto Norte, em 22 de abril de 2008 na ata 005/2008 do Colegiado de Gestão Regional (CGR) de Saúde.

O CGR passou a ser denominado, em 2011, de Comissão Intergestores Regional (CIR) que é composta pelos secretários municipais de saúde, além da inserção das regionais de saúde, atualmente denominadas de 24^a e 25^a regiões de saúde e da escola técnica, enquadrada no nível médio dos sistemas educativos na CIES. Nesse período foi descentralizado pela Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS) para a CIES Regional o recurso para a realização das primeiras ações de capacitação contemplando a região. O primeiro repasse de recursos foi realizado para a Secretaria de Desenvolvimento Regional de Canoinhas. Foram elencados e realizados os cursos de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria; Oficina Regional para construção do Plano de Ação Regional de Educação Permanente e Curso de Capacitação em Humanização.

Em função das discussões realizadas na Oficina Regional para elencar as necessidades de capacitação da região o CGR construiu e aprovou o Plano de Trabalho 2008/2012, detectando as prioridades da região: Capacitação para Atendimento em Urgência e Emergência; Qualificação para Gestores em Ferramentas Administrativas em Saúde; Humanização e Ética; Capacitação para Equipe Técnica em Ferramentas Administrativas em Saúde, Protocolo de Classificação de Risco.

O primeiro Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) do Planalto Norte foi deliberado e aprovado em treze de setembro de dois mil e doze, no entanto, em março de dois mil e treze, durante a execução do plano aconteceu o falecimento da articuladora e secretária executiva da CIES, a srta. Regiane Mareth, ocasionando a desestruturação momentânea do grupo. Neste mesmo período ocorreu a Mostra de EPS Estadual em Balneário Camboriú, onde participaram representantes da CIES da região, dentre eles Eliane dos Santos Bradoski

a qual assumiu a secretaria executiva da CIES e estes atores discutiram e avaliaram a necessidade de conduzir um novo processo de planejamento da EPS, baseado nas necessidades da região. Nesta oficina foi realizado contato com a Dra. Fabiana Ferraz, participante do evento onde a mesma foi convidada a conduzir a reestruturação do grupo e as Oficinas de Revisão do PAREPS 2013/2014.

Com os recursos existentes à época foram realizadas as seguintes oficinas: para construção do PAREPS; Integração entre Núcleo de Apoio À Saúde da Família (NASF) e Estratégia Saúde da Família (ESF); Impacto para Profissionais da Educação e Saúde na Área de Redução de Dependência Química na Criança e Adolescente; Capacitação para profissionais de Saúde Mental na Atenção Básica; e a Capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde. Todos os municípios do Planalto Norte, sendo que após o término destas capacitações, não ocorreram novos repasses de recursos para a Região. No entanto, em março de 2015 houve o falecimento da então secretária executiva e articuladora Eliane dos Santos Bradoski e a equipe buscou forças para se reestruturar novamente na questão administrativa, buscar novas parcerias e fazer articulações com os 13 municípios e as regionais de saúde. O grupo de trabalho analisou o PAREPS e percebeu dentre as necessidades existentes a de priorizar a criação dos Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde (NMEPS). Tendo em vista a existência do co-financiamento da Atenção Básica, recurso este repassado mensalmente aos municípios pela Secretaria de Estado da Saúde, com orientação técnica para ser utilizado preferencialmente em EPS. Diante deste contexto foram convidados os representantes Maria de Fátima de Souza Rovaris e Fernando de Toledo Barros Wendhausen, da Divisão de Educação Permanente da DEPS do Estado de SC, para executar cinco Oficinas de Sensibilização para Construção dos NMEPS e resgate de experiências existentes na região em parceria com os municípios e a Fundação Universitária do Contestado.

A partir deste momento os municípios começaram a organizar seus núcleos e planos municipais de Educação Permanente (EP) e as reuniões da CIES foram retomadas mensalmente. O regimento interno foi revisado e a Escola de Formação em Saúde (EFOS) vem disponibilizando cursos para a região mediante a demanda de necessidades e elaboração de propostas.

Atualmente a CIES conta com nove municípios com os NMEPS atuantes e em processo de fortalecimento e quatro municípios em fase de implantação. Estiveram a frente da articulação da CIES neste percurso histórico, Ana Claudia Quege (gestora de Saúde do município de Três Bar-

ras), Andrea de Paula e Silva (gestora da Regional de Saúde de Canoinhas), Rosilei Weiss Baade (profissional de Saúde de São Bento do Sul), Regiane Mareth (profissional de Saúde de São Bento do Sul), Adriana de Souza (gestora de Saúde do município de Bela Vista do Toldo), Eliane dos Santos Bradoski (profissional de Saúde de Porto União), Daniele Ennes Brey (profissional de Saúde Canoinhas) e Eivaldo Antunes (representante da Universidade do Contestado) atual articulador.

Os limites e as potencialidades da comissão de integração ensino serviço na região norte catarinense

A identificação das demandas de Educação Permanente (EP) é realizada considerando os problemas de gestão, atenção e controle social que afastam ou restringem a integralidade e qualidade da atenção no SUS. Os limites da Comissão de Integração de Ensino e Serviço se constitui em desafios da implantação dessas políticas de educação na saúde, tais como: a conjugação entre educação em saúde e o cotidiano de trabalho; as mudanças nas práticas de formação e de saúde; a articulação entre o ensino, atenção, gestão e o controle Social; a formulação de políticas e a formação e desenvolvimento de recursos humanos; dificuldades em descentralizar os serviços; ausência de retorno do setor jurídico para portarias e decretos.

Já como dificuldades surgidas no processo de consolidação da EP destacam-se: a participação incipiente dos gestores; a resistência de alguns segmentos integrantes dos Pólos em acatar as diretrizes da nova política e a gestão colegiada; a indefinição de parâmetros para construção dos projetos/ações, fluxos burocráticos na aprovação dos projetos/ações; a inadequações na organização e execução dos cursos de educação a distância dos tutores e facilitadores de Educação Permanente em Saúde entre outras.

Há necessidade da implementação de mudanças, como, por exemplo, o despertar do interesse pelo trabalho educativo nos profissionais; maior comprometimento destes com o trabalho; reconhecimento e enfrentamento dos problemas relativos à educação em saúde, buscando enxergá-los a fim de não os utilizar como forma de proteção para sua não realização, mas para que possa ocorrer a real consolidação da inversão do modelo assistencial vigente nesses municípios (ROECKER; MARCON, 2011).

Por outro lado, a potencialidade da Comissão de Integração Ensino Serviço tem sido no papel de instigar e estimular a reflexão sobre o

processo de trabalho e a sensibilização dos atores envolvidos sobre a importância da mudança na formação e na prática profissional, além da co-responsabilização em relação aos cuidados prestados à população. Atuando assim como uma mola propulsora para que os municípios se sintam provocados para uma autoavaliação sobre a realidade em que estão inseridos. Desta forma devem ser elencados os problemas, traçado diagnóstico e buscado soluções através de uma aprendizagem crítica e reflexiva (BRASIL, 2004).

A CIES da região está diretamente ligada à educação em saúde de forma articulada com os municípios às práticas e a importância da educação permanente, com a criação e o fortalecimento dos NMEPS. A EPS vem proporcionando espaços e oportunidades de capacitação e aprendizagem aos treze municípios, otimizando os profissionais, ampliando o seu conhecimento a partir do desenvolvimento científico e tecnológico.

A participação dos municípios da região do Planalto Norte nas reuniões e atividades, demonstra o fortalecimento e o comprometimento dos profissionais que integram a CIES, através da troca de experiências, práticas do cotidiano de trabalho e adaptação a realidade local, propondo uma integração entre o ensino-aprendizagem, com o ensino, serviço e comunidade. Diante deste contexto, relataremos a seguir experiências de alguns municípios da região do Planalto Norte.

Bela Vista do Toldo: A Educação Permanente em Saúde como estratégia de resgate e valorização do profissional.

No ano de 2013 o município de Bela Vista do Toldo aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo desenvolvimento e garantia se dá, dentre outros compromissos, pela execução da EPS. Dessa forma, no referido ano, essa estratégia foi adotada e sob uma ótica prática, é possível dizer que trouxe consigo resistências e desafios a serem vencidos, tanto por parte dos envolvidos diretamente (profissionais de saúde e gestão) como pela população atendida por tais profissionais.

Considerando se tratar de um município com uma população de 6.191 habitantes, cujo atendimento em saúde se dá na Unidade Básica de Saúde do centro, a ideia de fechar as portas da UBS uma tarde por

semana, visto que a EPS é uma prática direcionada a todos os profissionais, pareceu ser estranha tanto aos trabalhadores de saúde e gestores do município, quanto para a população, ninguém entendia e muito menos queria a Unidade fechada. O que se ouviu na primeira reunião foram indagações como: “e se alguém precisar de atendimento? O que será que vamos fazer, a tarde inteira?”

Apesar desta dificuldade, tal estratégia foi estabelecida em cronograma e os primeiros encontros de EPS, planejados pela gestão, foram voltados para a dimensão técnica: procedimentos, fluxos, casos clínicos. No entanto, em meados de 2014, em função de mudanças na gestão, essa dinâmica foi interrompida. Em junho do ano de 2016, a partir da Oficina de Educação Permanente em Saúde e Humanização, dois representantes de Bela Vista do Toldo passaram a integrar a CIES e se formou o Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NMEPSH) no município com o objetivo de identificar as necessidades locais e planejar os encontros de EPS, que, em comum acordo com a gestão, passaram a ocorrer na última sexta-feira de cada mês, no período vespertino, na própria UBS.

A dinâmica adotada para extrair dos funcionários temas que lhes fossem atrativos e encarados como necessários foi à confecção de uma caixa de sugestões com um texto explicativo, disposta próximo ao ponto digital durante uma semana. Observou-se uma similaridade nos temas: relacionamento interpessoal, ética, trabalho em equipe, valorização profissional, que se constituíram como norteadores das ações a serem desenvolvidas.

Percebeu-se que o diagnóstico inicial foi ao encontro da realidade vivida pelos profissionais, configurando-se como fator motivador para que, antes de qualquer educação voltada para a técnica, se resgatassem o sentimento de equipe multiprofissional. Tal realidade é apontada por Miccas e Batista (2014) como parte do cotidiano, onde aprender a enfrentar processos conflituosos significa ampliar a capacidade de análise sobre si, os outros e o contexto, o que possibilita a mudança: o sujeito se move do lugar de conservação para o lugar de transformação. Corroborar com essa ideia a pesquisa realizada por Salum e Prado (2014), na qual se verificou que as capacitações direcionadas ao desenvolvimento de aspectos relacionais e comunicacionais possibilitam a reflexão das relações interpessoais internas do trabalho. Além disso, os referidos autores apontam que a competência profissional resulta da interação de várias competências (técnica, relacional/comunicacional, ética/política) que, sendo sempre provisórias, devem ser constantemente avaliadas e reconstruídas.

Em reunião do NMEPSH optou-se por convidar profissionais de outras cidades que fomentassem discussões e reflexões sobre os temas elencados. Ao final de cada encontro, os participantes respondiam a um instrumento de *feedback* criado pelo NMEPSH com intuito de avaliar o encontro (organização, tema, palestrante, assunto) e extrair assuntos que os mesmos considerassem pertinentes a serem trabalhados nos próximos encontros.

Dentro dessa perspectiva, ressaltam-se três encontros de EPS, ocorridos entre agosto e dezembro de 2016 com os temas: ética e moral, motivação, relacionamento interpessoal, paradigmas da acessibilidade na saúde e apresentação dos setores sobre as atividades realizadas durante o ano. A rotina de trabalho e todas as suas variáveis (recursos, tempo, produção, cultura local, etc.) colocam a EPS como mais um dos desafios a serem enfrentados pelos profissionais. É necessário que se rompa com os modelos de atendimento tradicionais e mecanizados, que cada vez mais se trabalhe em direção ao atendimento que olhe para o sujeito como um ser biopsicossocial, contudo, é necessário também que tanto gestão quanto usuários do SUS estejam dispostos a alterar a ótica sobre a qual o funcionário é visto. É preciso uma consciência geral de que o trabalho só pode ser humanizado quando se olha para o humano que conduz esse trabalho, o que ocorre sempre na perspectiva do diálogo e, mais importante, da escuta (GOMES, 2016).

Nesse sentido, considera-se que a EPS voltada, em primeiro momento, para o resgate de questões cotidianas de nível pessoal implicadas no processo de trabalho e em suas relações, configurando-se como agente de mudança e transformação no ambiente de trabalho.

Canoinhas: Agendamento com acolhimento e classificação de risco nas unidades de Estratégia Saúde da Família

O município de Canoinhas possui uma população de 54.269 habitantes e faz parte da 25ª região de saúde do Planalto Norte, possuindo 48,85% de cobertura de atenção básica. Com seis equipes da ESF distribuídas nos principais bairros da cidade, Alto das Palmeiras, Piedade, Cristo Rei, Cohab I e Campo da Água Verde contemplando duas equipes. No interior, possui unidades básicas com equipe mínima e uma unidade básica central a qual atende à demanda para as áreas descobertas do município.

Foram realizadas, em 2015, oficinas de capacitações com os representantes da DEPS no município de São Bento do Sul. Esta capacitação foi direcionada aos representantes da CIES dos municípios do planalto norte, trazendo como tema a implantação dos núcleos municipais de educação permanente e humanização. Em 2016 foi realizada nova oficina no município de Canoinhas com representantes dos treze municípios do Planalto Norte e no início de 2017 foram realizadas capacitação com os profissionais da atenção básica do município de Canoinhas sobre acolhimento e humanização. A partir destas capacitações a equipe técnica se reuniu e observou que era possível mudar a metodologia de agendamento no município, demonstrando a importância da educação permanente em saúde, além da capacitação dos profissionais.

Em maio de 2017 foi instituído um projeto piloto na UBS Willy Radke (Alto das Palmeiras), com a experiência de agendamento por acolhimento com classificação de risco, buscando acabar com as filas para marcação de consulta médicas, promovendo à população um atendimento com escuta qualificada. Assim, houve uma coresponsabilização das pessoas pela sua saúde em detrimento das queixas através de sinais e sintomas. O projeto obteve êxito e apresentou resultados positivos perante a opinião da população, estendendo assim, para as outras unidades esta estratégia. No mês de junho na unidade Jair Corte (Piedade) e em Julho na unidade do Campo da Água Verde, Cohab I e Unidade Central. Este processo envolve todos os componentes da equipe desde a avaliação e o acolhimento daqueles que buscam e utilizam o serviço de saúde.

A classificação de risco foi implantada após as leituras dos cadernos de atenção básica, do Ministério da Saúde sobre o acolhimento, nº 28 volume I e II de 2013, e adaptadas à realidade dos ESF, pois o atendimento nas unidades é de promoção à saúde e prevenção à doença prioritariamente, salvo as exceções de atendimento curativo. A classificação vermelha que são os chamados encaixes, ou seja, consulta no dia, é realizada pela equipe de enfermagem: enfermeiro e/ou técnico de enfermagem, os quais são capacitados para tal avaliação. As outras classificações: amarela, verde e azul, podem ser realizadas pela recepção ou agentes comunitários de saúde, os quais foram capacitados pela equipe de enfermagem para tais avaliações.

Após a implantação do acolhimento com classificação de risco houve o empoderamento da equipe, o qual tornou o clima de trabalho mais

agradável, otimizou o tempo e proporcionou a equipe reuniões e espaços de discussões dos pontos que podem ser melhorados. Obtendo resolutividade dos serviços aos que utilizam as unidades de saúde.

Trabalhar com o tema classificação de risco no acolhimento na atenção primária por meio de oficinas educativas favoreceu a troca de conhecimentos entre os profissionais de enfermagem e demais trabalhadores da unidade, além de contribuir para atualização, conscientização e motivação dos profissionais para o atendimento, demonstrando assim a importância da educação permanente nos serviços de saúde e a discussão sobre a necessidade de capacitação dos profissionais visando à qualificação do cuidado, a melhoria das condições de trabalho e proporcionando à população atendimento humanizado. Ressaltando a importância da implantação dos Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NMEPSH).

Segunda a Rede Humaniza SUS (2015), o acolhimento não é triagem, é uma postura, onde se procure responder por meio de uma escuta qualificada as demandas do usuário. Respeitando a equidade e integralidade. No acolhimento a pergunta é “Quem eu preciso atender? E que resposta darei a quem eu não conseguir atender agora?” Já na triagem a pergunta é “Quem eu não vou atender? Quem não deveria estar aqui?”.

A efetividade da EPS para os profissionais da saúde, os quais discutem em reuniões semanais sobre os resultados do processo de acolhimento, além disso, houve o empoderamento da equipe das unidades, onde cada profissional se sente importante parte da equipe. Ressaltamos assim, a importância da implantação dos NMEPSH.

São Bento do Sul: a experiência da gincana de educação em diabetes

A Secretaria Municipal de Saúde de São Bento do Sul (SMS/SBS) instituiu o NMEPSH, no final de 2014, com o objetivo de atender as demandas de educação permanente do gestor municipal, dos profissionais da saúde e da própria comunidade. Com um carácter colaborativo e horizontal, o NMEPSH é constituído por servidores representantes das diversas categorias profissionais e serviços da SMS/SBS, prestadores de serviço e membros do Conselho Municipal de Saúde. Por meio de uma programação pactuada, são conduzidas pesquisas periódicas sobre temas em educação permanente, além da elaboração e execução dos cursos ofertados (SÃO BENTO DO SUL, 2015).

O plano de EP do NMEPS/ SBS é fundamentado nos conceitos de “ensino problematizador” e de “aprendizagem significativa”. Desta forma, o ensino é inserido de maneira crítica na realidade e condizente com as vivências pessoais dos servidores. O processo de ensino-aprendizagem é construído coletivamente, sem a superioridade do educador em relação ao educando, e com base na produção de conhecimentos pertinentes ao contexto de experiências de quem aprende (CORREA et al., 2011).

Desde sua implantação, o NMEPS/SBS realiza reuniões mensais com seus membros para a escolha dos temas e da abordagem de cada ação em educação permanente em saúde. Todas as categorias profissionais da SMS/SBS são contempladas com atividades educativas mensais, conduzidas nas dependências do Centro de Vigilância em Saúde e nas próprias unidades de saúde. São realizadas avaliações das capacitações para readequação da metodologia, mudança de educadores ou do próprio local de realização.

A escolha dos educadores é baseada na qualificação, na experiência prática e pedagógica, não sendo restrita aos profissionais da SMS/SBS. Há a participação de profissionais de outras secretarias da Prefeitura Municipal de São Bento do Sul, de entidades educacionais (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial) do município e universidades (Universidade Regional de Blumenau e Universidade da Região de Joinville). O NMEPS/SBS, também, fomenta o planejamento e a execução de pesquisas nas unidades de saúde, como uma forma de aprimorar os serviços para melhor atender a comunidade.

A experiência da “Gincana de educação em diabetes”, tem seu olhar direcionado para cerca de 3.000 pessoas com diagnóstico de *Diabetes mellitus*, distribuídas em 20 unidades de saúde e um serviço de média complexidade (CADIA – centro de atendimento à pessoa com diabetes) que serve como referência para os atendimentos dos casos encaminhados pela atenção básica, gestão de insumos e informações relacionados à doença, treinamento dos profissionais da rede de saúde, matriciamento, regulação dos encaminhamentos e atendimento direto às pessoas com diabetes.

Desde 2011 vem sendo desenvolvidas, aplicadas e aprimoradas estratégias para que a educação em saúde relacionada à melhoria da qualidade de vida e da autonomia das pessoas com diabetes seja parte da prática dos profissionais de saúde das unidades, do serviço especializado e tenha a participação ativa dos usuários. Dentre estas ações com o intuito

de facilitar o processo de ensino-aprendizagem, através de atividades diversificadas e lúdicas, formulou-se a Gincana Municipal de Educação em Diabetes, evento anual, voltado aos adoecidos e aos profissionais das Unidades de Saúde do município. As atividades desenvolvidas na gincana estavam relacionadas à alimentação saudável, cuidados com os sapatos (cuidado com os pés), aplicação de insulina, automonitoramento, saúde bucal e complicações associadas ao diabetes. O modelo estava vinculado à metodologia ativa, visando principalmente ao acesso à informação relacionada aos cuidados em diabetes pelos participantes.

Em 2012 foi repetida a estrutura proposta no ano anterior, sendo desenvolvidas doze atividades, seis relacionadas a conhecimento sobre diabetes e seus cuidados e seis atividades físico-lúdicas, também envolvendo o trabalho em equipe. A atividade física sempre foi estimulada durante a gincana, por provas que geravam pontuação ou pelas atividades coletivas. O objetivo da organização sempre foi oportunizar aprendizado, muito mais que a competitividade entre as equipes.

Em 2013, de acordo com avaliação da gincana anterior, foram realizadas atividades diferentes para os usuários e os profissionais de saúde membros das equipes, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS), foram realizadas quinze provas concomitantes, sendo nove de conhecimentos (alimentação, pé diabético, cruzadinha educativa, boliche educativo e prova da insulina, paródia), três provas físicas e de trabalho em equipe (corrida do peão, corrida do jornal e dança da laranja) e demais pontuações relacionadas à verificação de dados clínicos dos usuários, como glicemia capilar, pressão arterial, peso, circunferência abdominal e vacinação. Neste ano, também foi enviado as unidades de saúde um questionário com perguntas sobre diabetes e respectivos cuidados, para serem respondidos pelos ACS e pelas pessoas com diabetes que estavam inscritas na gincana.

Em 2014 houve maior ênfase no tema da alimentação saudável. Além do tema principal, abordamos cuidados com os pés, aplicação de insulina, hipoglicemiantes orais, atividades físicas, complicações da diabetes, automonitoramento e saúde bucal. As atividades foram duplicadas, para oportunizar a participação de um número maior de pessoas ao mesmo tempo. Neste dia tivemos 255 pessoas com diabetes participando, 36 profissionais de saúde nas respectivas Unidades de Saúde (US) e 32 profissionais na organização e execução do evento.

A equipe de organização propôs a realização de uma gincana com enfoque nos profissionais de saúde, em 2015, que teve a duração

de 34 dias, em que havia atividades semanais a serem desenvolvidas pelas equipes. As atividades foram 04 casos clínicos, sendo proposto um caso novo a cada semana, mobilização da comunidade para uma caminhada, realização de uma história em quadrinhos que refletisse a realidade do atendimento de pessoas com diabetes na unidade de saúde, realização de painel informativo e alusivo à alimentação saudável, elaboração de receita de bolo nutritivo e execução do mesmo para o dia de encerramento da gincana.

No dia do encerramento, além do bolo nutritivo, houve atividades relacionadas à alimentação saudável e índice glicêmico, dados relacionados à saúde bucal, associação de figuras com os sinais e sintomas da diabetes, cruzadinha, preparo de insulina e estímulo ao trabalho em equipe através de uma prova física (peças de xadrez) e de estratégia com um desafio.

A Gincana com os profissionais de saúde merece comentários específicos, pois foi, por um lado, um processo produtivo e, por outro, cansativo para todos os profissionais envolvidos, tanto para as equipes da unidade de saúde, como da organização, pois decorreu de modo concomitante ao atendimento normal dos serviços. Para a organização, a experiência foi ímpar em detectar situações que precisavam ser aprofundadas em relação à abordagem aos usuários, procedimentos técnicos, união ou segmentação das equipes na realização das atividades.

Em 2016 foi retomada a gincana com os usuários, com menor envolvimento dos profissionais de saúde, sendo aberta a todos a participação. O diferencial deste ano foi o enfoque que os integrantes pudessem realizar todas as provas propostas e que as realizassem em equipe. Os temas da 6ª gincana foram os grupos alimentares, hipoglicemia, exame dos pés, refeição saudável, cruzadinha, caça-palavras, tato relacionado à saúde bucal e prova da consciência corporal. Esta Gincana foi a que teve a avaliação mais positiva em relação a todas as outras. Tanto dos profissionais das unidades de saúde, dos usuários e dos próprios profissionais da equipe do CADIA. Podemos inferir que trabalhar com grupos menores, mais voltados às suas demandas e ao processo educacional e menos ao competitivo, gera bons resultados. A competição, embora nunca tenha sido o principal objetivo da organização, sempre permeou o processo.

Importante salientar que a preparação e execução da Gincana ao longo dos anos também caracterizaram um processo de construção e amadurecimento das estratégias utilizadas entre os profissionais do serviço especializado, da atenção básica e dos usuários. Ocorreram através do

feedback dos profissionais de saúde das unidades, observações individuais de membros das equipes, usuários e de reuniões de avaliação sobre o evento ocorrido. Os apontamentos foram direcionados para a modificação delas a ano a ano, através das atividades propostas durante a gincana, na gincana exclusiva para os profissionais de saúde, maior foco na qualidade das estratégias de aprendizado, treinamentos disponibilizados para os profissionais de saúde, implantação de matriciamento e fortalecimento do vínculo entre usuários e os serviços.

Consideramos que foi um processo muito singular de fortalecimento e reflexão sobre o processo de cuidado, autocuidado, autonomia, empoderamento dos profissionais. As ações foram revertidas, desenvolvidas e compartilhadas com os usuários, que deve ser o foco de todas as nossas ações. Tem-se a certeza que o processo de construção é contínuo, em que as ações impactam positivamente num atendimento mais humanizado, integral e longitudinal as pessoas com diabetes que são usuárias destes serviços e nos profissionais de saúde envolvidos neste processo.

Rio Negrinho: O Núcleo de Educação e Saúde como fator de transformação do processo de trabalho

O fortalecimento institucional da atenção primária em Rio Negrinho teve como base a alteração de processos de trabalho que exigiu o estabelecimento de atividades sistematizadas, permanentes e planejadas de educação permanente em saúde de forma a possibilitar a reorganização do setor com um olhar abrangente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo era transformar as práticas tradicionais de “capacitação encomendada” e “palestras” numa construção ascendente, participativa, dialógica e centrada nos processos de trabalho com identificação de problemas-raízes, definição de consensos técnicos e reorganização dos fluxogramas de trabalho. Dessa forma, foram estabelecidas metas para instrumentalizar os profissionais de saúde para o trabalho em equipe e estimular a intersetorialidade como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde.

Com a estruturação das redes de Educação Permanente regionalizadas para fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, em 2009 o município de Rio Negrinho integrou-se às ações da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) da região do Planalto Norte. E na sequência a Atenção Primária aderiu em 2011, ao 1º ciclo o Programa de Me-

lhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) o que gerou novas necessidades de ações de educação permanente.

Em Rio Negrinho, desde 2010, as atividades da atenção primária foram planejadas com investimento crescente em ações educacionais. Com o aumento da demanda por essas ações, houve o imperativo de se sistematizar e formalizar um setor de planejamento e execução de atividades de educação permanente.

Em junho de 2013 foi iniciado o processo de criação do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria de Saúde de Rio Negrinho (NEPS), com reunião de programação seguido de evento de sensibilização e capacitação sobre educação permanente. O NEPS foi formalizado pela Portaria Municipal n. 19470 de 14 de maio de 2014 e ampliada pela Portaria municipal n. 22227 de 10 de abril de 2017, juntamente com a elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) 2013/2017 de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e seguindo deliberação do Conselho Municipal de Saúde.

O PMEPS foi elaborado com a colaboração de profissionais da SMS, seguindo as diretrizes da Portaria MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 que define os eixos orientadores para a organização dos espaços e instâncias recomendados. A sistematização da educação permanente em saúde em Rio Negrinho tem demonstrado que a otimização e racionalização dos fluxos de trabalho, com redução de custos e aumento da eficiência, é um fator de grande importância na transformação dos gestores em aliados no processo de melhoria da administração da saúde com base em critérios técnicos.

Maфра: O Núcleo de Educação Permanente “Amen- doins do Saber”

O Núcleo de Educação Permanente em Maфра/SC foi instituído em julho de 2016, por meio da Secretaria Municipal de Saúde/Administração Municipal, sendo reconhecido administrativamente em julho de 2017 pela Portaria nº 706/17. O NMEPSH/Maфра é composto por equipe Multidisciplinar de Saúde tendo como algumas de suas atribuições: articular as instâncias e as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) em nível municipal e regional; elaborar agenda anual de EPS para os servidores da Secretaria Municipal da Saúde a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo; identificar e dar visibilidade a

ações de EPS que ocorrem na realidade dos serviços de saúde e comunidade; promover a qualificação profissional inter e intrainstitucional; acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação na saúde e humanização implementadas, além de fomentar a pesquisa em saúde e sua divulgação.

Ao longo de um ano de sua instituição o NMEPSH/Mafra desenvolveu ações nas seguintes áreas temáticas:

Pesquisas Científicas: Todos os serviços, programas, projetos, produzem cotidianamente saberes, que merecem um olhar aprimorado e estudos apurados. O NMEPSH enquanto instância colegiada e multiprofissional estimula a produção científica entre os diferentes segmentos da Secretaria Municipal de saúde, visando cientificar as práxis desenvolvidas. O NMEPSH/Mafra criou um banco de dados, com registros das pesquisas a serem desenvolvidas na secretaria de saúde, com informações sobre local de realização, público alvo, início e término previsto. Ao final de cada estudo, o NEP convida os pesquisadores a apresentarem aos serviços os resultados obtidos, nas perspectivas de que os serviços possam conhecer os principais resultados e discutir propostas que busquem minorar os problemas identificados e abreviar o hiato existente entre o novo conhecimento e a sua utilização em benefício da população promovendo maneiras melhores, e mais efetivas, de proteger e promover a saúde.

Integração Ensino/Serviço: A estratégia do NMEPSH para a Integração Ensino Serviço foi criar mais espaços para a interlocução dos atores, fomentando o diálogo permanente com vistas a interferir no processo de trabalho, na organização da assistência e no processo formativo acadêmico. Como exemplo de aproximação ensino-serviço o NMEPSH realiza a cada semestre, antes dos acadêmicos acessarem os serviços de saúde para aulas práticas e estágios o “Curso Introdutório de Integração Ensino Serviço”. O curso desenvolvido pelos serviços de saúde e conduzido por equipe multidisciplinar tem carga horária de 4 horas e se destina aos acadêmicos de graduação, estudantes dos cursos técnicos, professores e coordenadores dos cursos de Saúde. O curso adota além de abordagem expositiva dialogada, metodologias ativas como dinâmica de integração. As temáticas abordadas incluem, “Política de saúde Brasileira com Enfoque no Sistema Único de Saúde”, “Organização da rede local de Saúde” e “Diálogo, Comunicação e Ética” nos serviços de Saúde.

Capacitações, Oficinas e Seminários Municipais: A Educação Permanente em Saúde se fundamenta na aprendizagem significativa e na possi-

bilidade de transformar as práticas profissionais. No Município de Mafra, após análise situacional das fragilidades de cada serviço/setor e baseados no perfil epidemiológico e sanitário do território, o NMEPSH, constrói planejamento anual de capacitações, envolvendo diferentes modalidades de capacitações como: reuniões de trabalho, oficinas com metodologias ativas, seminários municipais, e congressos.

A maior parte dos temas propostos refere-se à educação continuada ou educação em serviço (Seminário de Prevenção ao Suicídio, Prevenção e Tratamento do HIV e Hepatites Virais, Dieta e Nutrição Enteral, Vigilância em Saúde, entre outros). A escolha pelos temas visa melhorar a realização das atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho e um processo de desenvolvimento setorial.

Três Barras: Estratégia Saúde da ALEGRIA: Humanização e Alegria no cuidado domiciliar na ESF em Três Barras/SC

O município de Três Barras conta com oito equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 100% de cobertura da população, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Hospital Geral e um Pronto Atendimento. Dentre as equipes da ESF do Município temos a denominada Equipe 006 da UBS Ailton Mendes, situada no bairro São Cristóvão, o qual é composta por um profissional médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais.

A equipe desenvolve o projeto ESTRATÉGIA SAÚDE DA ALEGRIA: Humanização e Alegria no cuidado domiciliar na ESF em Três Barras/SC, a finalidade é de criar vínculos, levar mais alegria, intensificar a proximidade estabelecida pela arte da alegria em atender de forma humanizada, saindo do modo de assistencialismo convencional ao chegar até o domicílio das pessoas idosas ou que apresente alguma impossibilidade, seja cognitiva e/ou de locomoção, como acamados, cadeirantes, deficientes visuais, entre outros.

A enfermeira da equipe pensou em algo que fosse parecido com o projeto “Doutores da Alegria” que existe em alguns hospitais. Conjuntamente a equipe foi transformando a ideia e adequando-a para realidade

da área, o que fez o projeto criar forma. A equipe realizou as primeiras visitas de implementação do projeto com o olhar na importância que faria na vida de cada paciente e seus familiares. Após análise das visitas, cada um teve um relato diferente com várias emoções no retorno para a unidade de saúde, e com isso, se teve a certeza da continuidade da proposta, pois seria gratificante para todos os envolvidos.

A equipe da Estratégia Saúde da Alegria transmite para a sociedade sentimentos como o afeto, o carinho e o reconhecimento de que pode ser transmitido com um simples gesto: um abraço apertado, um olhar nos olhos, palavras positivas de confiança e de fé. Tudo isso, basta para fazer uma pessoa feliz seja por uma vida ou alguns minutos dela. A equipe comemora com os usuários algumas datas que ficam por vezes esquecidas, seja pelo próprio paciente ou pela família.

Na data programada para a execução do Projeto Estratégia Saúde da Alegria, a equipe realiza em média 10 (dez) visitas domiciliares, nas quais são priorizados os acamados e idosos e os demais pacientes conforme necessidade. As visitas são realizadas nos dias que antecedem datas comemorativas da saúde, como, Dia Mundial da Saúde, Páscoa, Dia das Mães, Dia dos Pais, aniversários entre outras. Todos os profissionais se caracterizam com perucas, óculos, pinturas dos rostos, palhaço que caracterizam o riso e a alegria. Chega-se com música e alguma lembrança de acordo com a data comemorativa. As lembranças são doadas pela equipe e pela comunidade que reside na área.

Os sentimentos durante e após as visitas são de riso, choro, emoção, agradecimento e gratidão dos familiares. Observou-se mais união e melhor relacionamento interpessoal da equipe. Foram construídos vínculos fortes e melhor acesso as famílias, criando relações e potencializando o cuidado humanizado e integral no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Itaiópolis: Projeto CINE Saúde

Desde a criação do Pólo de Educação Permanente, em 2004, servidores do setor de saúde de Itaiópolis, que frequentavam reuniões e eventos promovidos pelo Pólo de Educação Permanente, foram sensibilizados para a importância da educação no setor de saúde e passaram a sensibilizar outros servidores e também gestores. O NMEPSH de Itaiópolis foi instituído pela Portaria 706/2017 e acredita que esta estratégia é a melhor forma para o desenvolvimento das ações de saúde pública com qualidade no território.

Depois de dezenas de eventos, cursos, atividades, mudanças de práticas, capacitações, graduações, pós-graduações desenvolvidas com os servidores, Itaiópolis tem se destacado no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e nas práticas exitosas em saúde.

Um exemplo de atividade educativa de êxito foi o Projeto “CINE SAÚDE” realizado no ano de 2016. Após identificar necessidade de trabalhar humanização com os servidores, a Coordenação da Atenção Básica em parceria com equipe do NASF, selecionaram o Filme “Um Golpe do Destino”. Organizaram 160 servidores em quatro grupos, em dias distintos, onde todos tiveram oportunidade de assistir ao filme, refletir sobre o tema e pactuar compromisso de discuti-lo e criar apresentação envolvendo todos da equipe.

Meses depois, foi organizado um evento com todas as equipes, onde houve palestra sobre humanização e apresentação dos trabalhos, com peças teatrais, paródia e dança. Além de trabalhar a humanização no atendimento ao usuário do setor de saúde, também foi trabalhado a humanização e qualidade de vida de cada servidor. Esse evento foi avaliado como positivo e será repetido com outra temática nos próximos anos.

Considerações finais

Desde o início da Educação Permanente em Saúde na região, primeiramente com os Pólos e depois com a CIES, a região está colhendo os frutos desta caminhada. Houve momentos de êxito com a disponibilidade de recursos financeiros específicos para a implementação da EP em toda a região e outros momentos de perdas em que houve a necessidade de retomar as ações de outro modo. O PMAQ (Programa de Acesso da Melhoria da Qualidade) e a adesão de todos os municípios da região alavancaram a importância dos processos de EP. Isso levou o grupo a realizar o movimento em direção a alternativas locais, com a otimização de recursos próprios, sejam eles, capital humano ou financeiro. Entre idas e vindas, é importante ressaltar que a construção do PAREPS foi fundamental para o desenvolvimento da CIES e dos NMEPSH. A falta de recursos também não impossibilitou a realização de oficinas para elaboração de diagnóstico e das necessidades.

O planejamento, as parcerias e o comprometimento dos articuladores municipais de EP foram importantes para o desenvolvimento das atividades na região. As oficinas sensibilizaram as pessoas, fizeram-nas refletir sobre sua própria existência e escolha profissional, trazendo

que muitas ações não dependem somente de recursos econômicos e sim de determinação.

Para o planalto norte catarinense é um grande avanço a implantação de nove NMEPSH, com ações direcionadas a implementação da EP em seus territórios, através dos planos municipais. Além disso, a CIES se fortalece enquanto enquanto espaço de discussões e de planejamentos das ações de Educação Permanente em Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Perfil dos Municípios Brasileiros 2013**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municípios/2013/munic2013.pdf Acessado em 14 abr. de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 29, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 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 Oficial da União, 2006.

BRASIL, 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. Diário Oficial da União, 2004.

CORREA, A.K. et al. Metodologia problematizadora e suas implicações para a atuação docente: relato de experiência. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p.61-77.2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982011000300004-&lng=en&nrmiso . Acessado em 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-46982011000300004>.

CUNHA, C.F; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 71-79. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=s>

ci_arttext&pid=S0104-12902012000500006&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500006>.

GOMES, A.L. **Formação dos trabalhadores de educação e saúde do Programa Saúde na Escola em um município do Vale do Rio Pardo**. Dissertação. (Programa de pós-graduação em educação). UNISC. Santa Cruz do Sul. 2016, 139p.

MICCAS, F.L; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metas-síntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170&lng=en&nrm=iso. Acessado em 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso. Acessado em 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

ROECKER, S; MARCON, S.S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.701-709, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a07v15n4.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.

SANTA CATARINA. **Atenção básica em Santa Catarina**. Florianópolis: Governo de Santa Catarina, n. 3, maio 2015. Disponível em: <<http://www.youblisher.com/p/1208418-3o-Informativo-da-Atencao-Basica-do-Estado-de-Santa-Catarina/>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação 458/CIB/12**. 2012. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6273&Itemid=128>. Acesso em: 18 jul. 2017.

SANTA CATARINA. Centro de informática e automação do estado de Santa Catarina. **Conheça Santa Catarina**. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br/conhecasc>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SÃO BENTO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. Aprova a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Portaria SMS 003**. São Bento do Sul, 2015.

SILVA, G.M; SEIFFERT, O.M.L.B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. bras. enferm.** Brasília , v. 62, n. 3, p. 362-366. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300005>.

SALUM, N.C; PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 301-308. 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>.

Agradecimentos

“A CIES do planalto norte agradece a participação dos profissionais que colaboraram na redação deste manuscrito, redigindo experiências de Educação Permanente de seus municípios, citam-se: Andreia Cristina Batista Betkowski Duvoisin, Cristiane Aparecida Jantsch Sestren e Suzieli Lamin (São Bento do Sul); Mariane Michele Leandro Gonçalves da Silveira e Edison Loti (Bela Vista do Toldo); Luis Eduardo Rodrigues (Rio Negrinho).



INTERFACE DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COM AS AÇÕES RELACIONADAS À FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO NO ESTADO DE SANTA CATARINA

*Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Maria Claudia Souza Matias*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) interroga cotidianamente, os diversos atores vinculados ao seu desenvolvimento. Ações de mudanças de práticas, das relações entre sujeitos e de processos de trabalho necessitam profundas reflexões e evidências para o reconhecimento das renovações e fortalecimentos que ocorrem em distintos espaços do território nacional. Duas políticas são fundamentais para disparar e promover o encontro entre sujeitos e territórios: a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Ambas constituídas em um período histórico no Brasil, entre 2003 e 2004, a partir do governo Lula, pelo Ministério da Saúde (MS): a PNH inicialmente, através do gabinete da Secretaria-Executiva, em seguida na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); e a PNEPS pela Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (SGTES).

A PNH considera a formação e a intervenção de modo indissociado e, conseqüentemente, uma possibilidade de produzir mudanças nas práticas em saúde (BRASIL, 2010). Cursos, oficinas de formação, qualificação de discussões sobre processos de trabalho em serviços, instituições e organizações, entre outros, oportunizam a experimentação permitem a operacionalização das diretrizes e dos dispositivos da PNH. Trata-se de incentivar e valorizar as vivências e reinvenções no e do cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, trabalhadores, sobretudo, incorporam a dimensão ético-estético-política da PNH

e transformam-se em multiplicadores, apoiadores, construtores e articuladores de outras realidades em saúde. Ao mesmo tempo, acionam processos instituintes, mobilizando forças produtivas e permitindo uma capilarização e indução dos princípios da PNH em seus territórios. Ao longo de sua constituição, mais do que elaborar materiais de apoio à formação, como cartilhas, documentos e outras produções, a PNH investiu no fomento de uma militância pelo SUS.

A PNEPS é uma política pública de educação na saúde induzida pelo Ministério da Saúde, empenhada em promover a articulação de espaços coletivos para sua gestão local, considerando as particularidades regionais. A partir de recursos financeiros, ações de formação para o SUS (BRASIL, 2007) ganharam formulações robustas como Pet-Saúde, Pró-Saúde, VER-SUS, Telessaúde, etc.

O presente ensaio é produto de um levantamento de processos relacionados à formação-intervenção em Santa Catarina, delineado por uma análise de aspectos transversais às situações descritas. Entretanto, destaca-se o caráter parcial dessa análise, não se trata aqui de determinar todas as ações realizadas, e sim de tentar, simplesmente, fornecer elementos para reflexão. Algumas apreciações são inacabadas por força do processo de deslocamento e transformação que a formação promove, contudo, as ações extensivas e intensivas apontam a possibilidade em fomentar e fortalecer outros encontros articulados entre educação, atenção e gestão através de estudantes, trabalhadores, usuários e gestores.

De maneira geral, este texto objetiva: a) analisar a PNH a partir de ações relacionadas à formação-intervenção no Estado de Santa Catarina, durante o período de 2012 à 2015, e b) refletir sobre fragilidades e potencialidades da PNH e da PNEPS nesse Estado.

Destacamos que este texto é um registro de um percurso metodológico-cartográfico (ROLNIK, 2006) de dois apoiadores institucionais que atuaram em Santa Catarina vinculados à PNH (SAS/MS) entre os anos de 2007 a 2016. Portanto, trata-se da construção de uma trajetória de atuação junto a equipes de saúde nas três esferas do governo e a experiência do contato e de trocas estabelecidas em diversos coletivos. Esta cartografia não pretende a descrição extenuante ou total das ações e dos movimentos que circularam no referido território, mas, sobretudo, põe atenção às forças nos espaços coletivos, como funcionam, como se agenciam, como se entrelaçam, como se estagnam, etc.

Breve história da capilaridade de uma política pública

A PNH é formulada em 2003 (BRASIL, 2014). De 2003 a 2005 a PNH procurou desenvolver atividades para viabilizar a difusão e capilarização da Política. As atividades despertaram interesses por parte de trabalhadores do SUS, ocasionando a expansão das demandas de apoio. De tal modo, foi diagnosticada a dificuldade em responder às demandas apenas com a oferta do apoio dos “consultores da PNH”. Um investimento intensivo e extensivo na formação de apoiadores se fez necessário associando a inseparabilidade entre formação e intervenção (PAVAN, et al., 2010).

Por isso, desde 2006 a PNH experimenta processos de formação sempre em parceria com escolas de governo, gestores estaduais e municipais e instituições de ensino superior, entre outros. Não por acaso o primeiro número dos Cadernos Temáticos de Humanização é dedicado ao tema da formação. Segundo Pasche e Passos (2010) a formação é uma estratégia de intervenção coletiva capaz de produzir alterações dos processos de trabalho, por isso necessita de estratégias pedagógicas que extrapolem a transmissão de conhecimentos. Trata-se de pensar modos de fazer operar premissas éticas, políticas e clínicas, que recriem a realidade de cada espaço de saúde, respeitando as suas características. Não é, portanto, um modo “correto” de se fazer, mas de considerar o “modo” de cada coletivo.

A formação-intervenção é uma maneira de valorizar o protagonismo dos apoiadores que passam por processos de formação, pois se trata de extrapolar a ordem de “fazer conhecer a PNH”, mas fundamentalmente “fazer participar” da Política, permitindo envolver-se em termos de apropriação, mobilização, intervenção e construção de conhecimento. Alguns apontamentos revelam que cursos realizados até 2010 conseguiram colaborar para fomentar a construção de redes regionais e ampliação de coletivos nos territórios, ampliar a interlocução entre diversos atores sociais com projetos de intervenção e pesquisa, em parceria com Instituições de Ensino Superior (EIS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Conselhos de Saúde, Comissões de Integração de Ensino e Serviços (CIES), movimentos sociais, entre outros (PAVAN et al., 2010).

Do mesmo modo, a formação é peça chave para a PNEPS. Desde a sua primeira fase, conforme Pinto (2016), a PNEPS apostou fortemente na mobilização e na formação de indivíduos orientados pela

Educação Permanente em Saúde (EPS) para a atuação no SUS. Uma vez implicados, os atores são capazes de gerar mudanças no cotidiano do trabalho e da formação. Em 10 anos de existência e experiências tanto a PNH quanto a PNEPS apostaram em estratégias intensivas e extensivas para se consolidarem como políticas voltadas a pensar os sentidos do fazer e agir na saúde.

Vejamos o exemplo da PNH. Entre 2006 e 2007 realizou o total de oito cursos, com 628 apoiadores formados, nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Mato Grosso. De 2009 a 2010, foram 13 cursos, com 813 apoiadores formados, nos seguintes estados: Amazonas, Acre, Pará, Bahia, Sergipe, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Roraima e Tocantins. De 2011 a 2012, foram 21 cursos realizados, nos respectivos estados: Amazonas, Acre, Pará, Piauí, Rondônia, Roraima, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Alagoas e Rio Grande do Norte¹.

Pode-se notar uma expansão progressiva do número de cursos de formação. A ampliação de apoiadores nos territórios permitiu colaborar com a sustentação de diferentes planos de ações regionais, possibilitando a construção de redes regionalizadas de atenção e ampliando o grau de grupalidade. Contudo, é possível reparar que o total de profissionais formados é pequeno perto da quantidade de serviços de saúde do Brasil.

A dimensão da formação-intervenção e a produção de conhecimento na PNH

Um dos cuidados que a PNH toma é o de precisar o sentido de humanização com o qual trabalha. Por se tratar de um termo polissêmico, a palavra *humanização* tem permitido vários enunciados e imprecisões, sendo que os diversos sentidos refletem as múltiplas práticas encontradas na saúde (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009). O tema da humanização, em uma parte significativa das produções acadêmicas e das ações de formação da saúde, é associado ao campo subjetivo das relações, com idealização dos sujeitos. Assim, é comum encontrar o termo associado a conceitos e valores tais como voluntarismo, assistencialismo, paternalismo e tecnicismo gerencial.

¹ Agradecemos a companheira Profª. Dra. Simone Mainieri Paulon pelos materiais disponibilizados através da Câmara Técnica de Formação e Pesquisa (CTFP) da PNH.

A PNH reafirma a proposta da humanização como política pública, que se desafia a instaurar um *movimento de transformação das práticas*: o HumanizaSUS. Trata-se então de uma aposta ético-estético-política com o desafio de superar as iniquidades no acesso e melhorar a qualidade das ações de saúde tomando por referência valores éticos que indicam aquilo que a sociedade construiu como desejável e aceitável no plano do cuidado em saúde. Para tanto, tem dois grandes objetivos voltados à criação de condições para que a sociedade ratifique sua opção pelo SUS como política pública de saúde: 1) qualificar a política pública para que produza mais e melhor saúde e 2) ampliar o valor de uso das práticas do SUS. Assim, a transformação do “como deve ser” ao “como fazer” interrogando: como lidar e ultrapassar problemas de gestão e cuidado considerando a humanização como um valor ético-estético-político das práticas de saúde?

A seguir, pretendemos apresentar um conjunto de propostas de formação-intervenção referentes a iniciativas no estado de Santa Catarina. Consideramos a existência de distintos regimes organizativos na realização e composição de cada ação, uma vez que as ofertas foram sendo constituídas a partir de demandas oriundas de diferentes espaços e instituições. Além disso, entendemos o apoio desenvolvido às ações de formação-intervenção a partir de duas formas: extensivo e intensivo. Por extensivo, compreendemos a maior amplitude e continuidade dos encontros. E, por intensivo, a força (intensidade) e a menor duração. Essas formas de diferenciação são apenas ilustrativas.

Ações e proposições de formação em Santa Catarina

O Estado de Santa Catarina já experimentou algumas experiências de formação ao longo da existência da PNH. Apresentamos as ações de formação sem pretensão em avaliá-las, mas narrá-las a partir de suas concretizações individuais, abarcando seus princípios, identidades e metodologias abordadas e refletir sobre estas, evidentemente, levando em consideração a implicação do autor.

A “I Mostra da Política Nacional de Humanização (PNH) no Estado de Santa Catarina”, realizada em 2012, apresentou o objetivo de mapear experiências e práticas relacionadas à PNH realizadas no Estado. A proposta se manteve com a “II Mostra”, realizada em 2013, a “III Mostra”, realizada em 2014, a “IV Mostra”, realizada em 2015 e a “V Mostra”, em 2016. A continuidade da perspectiva de (re)conhecer intervenções e formações no Estado, de pequenas a grandes iniciativas,

previa um diagnóstico situacional do território para fomentar o fortalecimento do apoio em determinadas atividades e locais estratégicos².

As Mostras de Humanização têm se consolidado como espaço de visibilidade e conexão das ações de transformação de processos de trabalho e de modos de cuidado desenvolvidos no estado, sendo um laboratório interessante para a observação dos sentidos de humanização que atravessam essas experiências. É notória a aproximação entre a PNH e a PNEPS em diferentes serviços, sendo essa aproximação um dos frutos da escolha pela formação como uma das principais estratégias de fortalecimento das duas políticas no estado.

A SES de Santa Catarina, através da Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), onde está localizada a Divisão de Humanização estadual, foi um grande interlocutor para a ampliação e capilarização da PNH no Estado³. Ao longo destes últimos anos, constituiu algumas propostas de formação para seus trabalhadores e gestores. Algumas destas: “Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACCR) em Unidades de Atendimento às Urgências e Emergências”; “Capacitação dos Grupos de Trabalho de Humanização – GTH’s – das Unidades da Secretária de Estado da Saúde”; “Oficina: Políticas de Humanização – Sensibilização de Gestores Estaduais e Municipais do Estado de Santa Catarina”.

Além das iniciativas da SES/SC, outra proposta fruto da parceria entre MS, Escola de Saúde Pública (ESP) de Santa Catarina e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi o “Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde”, modalidade aperfeiçoamento. O curso aconteceu de maio a dezembro de 2009, tendo 230 horas de duração distribuídas em encontros presenciais, encontros nas macrorregiões e atividades à distância, via ambiente virtual. Seu público-alvo eram trabalhadores e gestores de serviços vinculados ao SUS, nível médio ou universitário, prioritariamente aqueles que já desenvolviam ações relacionadas à PNH.

Os participantes foram agrupados em sete coletivos organizados regionalmente por todo o estado. A gestão do curso foi colegia-

² O mapeamento das ações da PNH em Santa Catarina pode ser acessado em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8512&Itemid=85>

³ servidoras Márcia Lange de São Thiago e Fátima Rovaris (SES/SC), ex-coordenadoras da PNH/SES/SC, pelas informações transmitidas.

da, formada por representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e da Universidade Federal de Santa Catarina e por formadores que atuaram no curso. Planos de intervenção foram elaborados ao longo do processo formativo e desenvolvidos junto aos serviços onde estavam inseridos os 57 participantes, em uma ação que envolveu trabalhadores e gestores de 29 municípios na busca por uma transformação das práticas.

Outro dispositivo potente no território foi o Colegiado Estadual da Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - Colegiado PNH/SC - no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES) – que promoveu ações de formação-intervenção. O objetivo do Colegiado PNH/SC referia-se à implementação da PNH no Estado de Santa Catarina de forma transversal e descentralizada, promovendo articulação entre as diferentes instâncias/níveis de governo, fortalecendo o trabalho em rede e as regiões de saúde, formulando estratégias, desenvolvendo instrumentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação dos processos da política e realizando publicização de suas ações e projetos.

O Colegiado PNH/SC formulou, em 2013, com reedição em 2014, o “Curso de Qualificação do Colegiado Gestor de Humanização em Santa Catarina”. O curso fundamentava-se a partir de um modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva, buscando o compartilhamento do poder, da coanálise, da co-decisão e da coavaliação. O Curso propunha-se abordar temas relacionados aos desafios para a gestão e atenção humanizada no SUS, sendo eles: 1) SUS e Rede de Atenção à Saúde (RAS), 2) PNH e Função Apoio, 3) Grupos de Trabalho em Humanização (GTH) e Cogestão, 4) Direito do usuário e ouvidoria, 5) Acolhimento, 6) Saúde e trabalho, 7) Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular, 8) Apoio Matricial, 9) Rede Humaniza/SUS (RHS) e Projeto de Saúde no Território (PST) e 10) Colegiado Gestor Estadual e Regional. O curso contemplava a realização de atividades de dispersão com intuito de transportar um paralelo entre a prática e os temas discutidos nos encontros presenciais. As atividades de dispersão eram composições textuais analíticas do cenário da saúde e sua instituição. A partir da sistematização de questões foram realizados levantamentos de dados sobre os diferentes arranjos institucionais, características dos modelos de gestão e atenção e aspectos dos processos e relações de trabalho. Assim, a produção do material subsidiou uma intervenção com uma visão “anti-taylorista”, voltada à ampliação da cogestão (CAMPOS, 1998).

A necessidade de realização do curso foi uma estratégia para auxiliar a composição, qualificação e conexão nas trocas entre os atores envolvidos no processo de execução do colegiado, construindo conhecimentos voltados ao desenvolvimento de um perfil ancorado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção. Desta forma, favoreceu o desenvolvimento de estratégias e capacidades de intervenção na solução de problemas da prática profissional, em diferentes contextos. O curso foi promovido pela DEPS e ESP/SC com apoio dos consultores da PNH do MS no estado de Santa Catarina.

A pesquisa “Formação em Humanização do SUS: avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo” também foi uma estratégia de organização e interferência no território. Tratava-se de uma avaliação dos cursos de formação de apoiadores promovidos pela PNH em três estados brasileiros – São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, entre os anos de 2008 e 2009. O estudo multicêntrico e interinstitucional envolveu o MS e três instituições acadêmicas parceiras nos respectivos Estados - Universidade Estadual de São Paulo, em Assis/SP, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e UFSC, durante os anos de 2012 a 2015.

A pesquisa além da uma avaliação dos condicionantes e variáveis que favoreceram ou dificultaram a sustentação e continuidade dos processos de mudança disparados pelos planos de intervenções elaborados durante o curso, procurou reativar, a partir de orientação metodológica de avaliação formativa e participativa, os atores envolvidos com os projetos à época. De modo geral, a inovação da pesquisa era uma práxis avaliativa que atravessava os processos de trabalho/ação, uma avaliação formativa que produzia informação para (retro) alimentar todo o processo de intervenção desencadeado, torna o planejar-fazer um ato indissociável. Um dos produtos concluídos, ao final do processo, encontra-se disponível na Revista “Saúde & Transformação Social” do ano de 2014, volume 5, número 2, inteiramente dedicada sobre os resultados encontrados na pesquisa⁴.

No âmbito da articulação municipal, outra ação que destacamos foi o curso “Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo com Agentes Comunitário de Saúde”, realizado em parceria entre o curso de graduação em Enfermagem da UFSC, trabalhadores das equi-

⁴ <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/issue/view/449>

pes do Centro de Saúde (CS) “Saco Grande”, de Florianópolis/SC e consultor PNH. As atividades desenvolveram-se durante o ano de 2013.

Durante o primeiro semestre de 2013 ocorreram debates relacionados à Saúde Mental e Atenção Básica, disparados pelo processo de implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no Centro de Saúde Saco Grande. Em seguida, visando ampliar o alcance de inserção no serviço, propôs-se a inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em rodas de conversa. O objetivo era construir um espaço de educação em serviço com ACS relacionados ao cuidado em saúde mental. A proposta fundamentava-se na constituição de campo de reflexão e atenção às pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtorno mental grave, utilizando-se de abordagens relacionadas à Redução de Danos (RD), Acompanhante Terapêutico (AT), entre outras.

No segundo semestre de desenvolvimento, ocorreram encontros mensais, utilizando o próprio espaço de trabalhos dos profissionais para os encontros. A avaliação de cada encontro era realizada em conjunto e os temas giravam em torno de: Direito à saúde mental, Direitos Humanos, RD, Saúde Mental e Violência e População em situação de rua.

A fim de valorizar alguns materiais pedagógicos já existentes na literatura da saúde pública do Brasil, foram selecionados guias e manuais de acesso livre e de fácil compreensão sobre os temas tratados, tais como: 1) Cartilha direito à saúde mental, 2) Guia de Direitos Humanos Loucura cidadã, 3) Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde, 4) Cartilha sobre saúde mental e violência para os Agentes Comunitários de Saúde e 5) Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.

No âmbito interinstitucional, realizou-se o “Curso de Qualificação para Fortalecimento dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) do Hospital Municipal São José (HMSJ) e Maternidade Estadual Darcy Vargas (MDV)” no município de Joinville/SC. A proposta do curso ocorreu por demanda de trabalhadores do HMSJ em conjunto com uma consultora PNH. A demanda formativa viera decorrente de rodas de conversas relacionadas à PNH disparadas a instituição.

A duração do curso foi maio a julho de 2013. Foram abordados os seguintes temas: Saúde como Direito, Determinantes Sociais, Conceito Humanização, PNH e método da roda, Cogestão e GTH, Acolhimento, Acolhimento com Classificação de Risco, Saúde e Trabalho, Clínica

Ampliada, Direitos dos Usuários, Rede HumanizaSUS, Visita Aberta e Ambiência. Os facilitadores foram os consultores da PNH e coordenação da “Divisão de Humanização” SES/SC. O desdobramento da proposta do curso foi a possibilidade do fortalecimento dos laços interinstitucionais entre os dois GTH’s na construção de ações comuns.

Além das ações e experiências extensivas como as descritas acima, apresenta-se duas experiências intensivas decorrentes de demandas espontâneas produzidas em diferentes encontros do consultor da PNH no território de Santa Catarina relatadas para ilustrar os movimentos que produzem movimento no território. Garcia Jr. (2016) indica a necessidade de um plano de ação que considere um “território inacabado” que depende das interconexões agenciadas no movimento e no encontro entre sujeitos para as produções por eles ativadas. Trata-se das portas e possibilidades abertas para a transformação em saúde.

Os exemplos são singulares. O primeiro refere-se à realização de uma roda de conversa com residentes do primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde da UFSC sobre Acolhimento na Atenção Primária em Saúde (APS). A roda partiu de algumas questões disparadoras: você já passou por algum acolhimento em sua vida? Como foi? Como é para você ser acolhida(o)? Como é se sentir acolhida(o)? Qual seu critério para afirmar que se sente acolhida(o)? Como você acolhe a pessoa? Como você sabe se a pessoa foi acolhida por você? Além disso, foi proposto o debate sobre situações-problema da realidade de serviços onde estão inseridos os residentes buscando relacionar com leitura prévia sobre acolhimento. No encerramento, optou-se por uma rodada de avaliação.

O segundo exemplo refere-se à proposta de promover um debate em formato de minicurso sobre a potência da rede social de pessoas envolvidas em processos de humanização da gestão e da atenção no SUS, apontando suas interferências, alcances e resistência. A realização foi da UFSC durante os dias 25 a 27 de agosto de 2013, no X Encontro Catarinense de Saúde Mental (ECSM). O evento contou com o apoio da rede de serviços das áreas da saúde e assistência social, conselhos profissionais e movimentos sociais, além das parcerias tradicionais com órgãos públicos ligados às áreas da saúde, educação, direitos humanos e poder judiciário. A participação comunitária aconteceu através dos movimentos sociais e entidades do controle social do SUS, como o Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina e o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis.

Após a apresentação do minicurso, o coordenador do Hospital Estadual Santa Teresa – antigo Hospital de Dermatologia Sanitária –, localizado no município de São Pedro de Alcântara/SC, instituição pertencente à SES/SC que realiza atendimentos dermatológicos e psiquiátricos, solicitou apoio para uma intervenção do consultor PNH dentro do processo de trabalho de uma equipe de trabalhadores. Tem-se neste exemplo, uma demanda espontânea advinda de um encontro pontual (intensivo) que reverbera em atividade campos.

Pontos de encontros, apostas e (trans)formações: um diálogo necessário

A PNH, até 2016, organizou suas ações nos territórios a partir do apoio a Coletivos Regionais, isto é, territórios geopolíticos agrupados pela aproximação geográfica, mas com planos de ação coletivos. Considera-se essa inserção como um diferencial para a capilarização e contágio da Política. Ao relatar as ações realizadas, é possível deparar-se com alguns pontos de encontros, resultados e apostas, para além de informações, nesses diferentes caminhos percorridos de (trans)formações. Esses pontos servem para a construção de alguns indicadores das potencialidades e defasagens no próprio território.

Heckert e Neves (2010) afirmam a necessidade de a formação dialogar com redes de saberes e de experiências. Entretanto, não se trata de constatar, verificar ou confirmar um dado processo, mas inferir nesse processo a produção de desvios, propiciando a desnaturalização do que parece confortável. A aposta reside num “entre-lugar” em que a formação pode se situar, instigando “(...) a criação de outros possíveis, mantendo a tensão entre problematização e ação” (HECKERT; NEVES, 2010, p. 20).

Primeiramente, destacamos a necessidade na manutenção de investimentos e esforços na continuidade e na criação de novos espaços de formação, ampliando parcerias e envolvidos com o desenvolvimento de cursos entre outros formatos. Contudo, nem todas as propostas adscritas tiveram uma direta relação de “formação-intervenção”, algumas dialogavam e dialogam com outras formas de construção de processo formativo, muitas vezes, semelhante a um caráter informativo como, por exemplo, o “Curso de Qualificação para Fortalecimento dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) do Hospital Municipal São José (HMSJ) e Maternidade Estadual Darcy Vargas (MDV)”. Ao mesmo tempo, um dos efeitos percebidos refere-se ao reposicionamento sub-

jetivo de alguns participantes do curso citado, que ao deparar-se com os temas do curso conseguiram redimensionar as inserções da PNH para além de querer “humanizar” a assistência. Isso corrobora a aposta que a PNH faz na intervenção em suas diferentes modulações, que abrangem desde a produção de si até a produção de práticas e redes.

Há de se considerar os possíveis retrocessos com relação aos movimentos e contratos de gestão. Os contratos de gestão, um dos dispositivos da PNH, desejado como meio de criação de redes de compromissos entre os sujeitos do processo de trabalho, sofreu as consequências da baixa organização de um Plano de Trabalho Coletivo entre ações promovidas e produzidas pelos representantes das secretarias municipais e estadual e pelos representantes da PNH esfera federal. Constatava-se dificuldades na concretização de metas discutidas coletivamente capazes de avançar na implementação de contratos internos de gestão relacionada à dimensão formativo-interventiva no Estado de Santa Catarina. Com efeito, notava-se a fragilidade na constituição de colegiados gestores regionalizados.

O envolvimento e o processo interativo de atores definidos na abrangência das regiões de saúde permitiria a amplificação destes espaços gestores regionalizados podendo fomentar a construção de discussões sobre formação e intervenção em diferentes níveis e serviços: graduação, pós-graduação, aperfeiçoamento, qualificação entre outros. Além disso, deve-se levar em conta o desafio de construir propostas que articulem a humanização às ações acompanhadas pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Estadual/SC, ao mesmo tempo em que se entende a potência desta articulação.

Conforme o último Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) do Estado de Santa Catarina, disponibilizado e realizado pela Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS/SES/SC), o diagnóstico das necessidades e o planejamento das ações de educação permanente em saúde no estado podem ser notar algumas dificuldades na realização de ações a partir dos pressupostos da PNH (SANTA CATARINA, 2013).

Entre as causas estão: dificuldade de relacionamento interpessoal entre os membros da equipe de saúde e destes com os usuários; pouco conhecimento, por parte da equipe de saúde, em relação à referência e/ou encaminhamento aos serviços de saúde pública; grande rotatividade de profissionais não permitindo vínculo entre a equipe e com a

população; falta de conhecimento da PNH e da aplicabilidade das suas diretrizes e dispositivos. As propostas estavam relacionadas à capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde e demais técnicos administrativos sobre a PNH para atuarem como multiplicadores/facilitadores; realização de encontros loco-regionais e estadual de troca de experiências exitosas; implementação da PNH no estado através de parceria com as CIES Regionais (SANTA CATARINA, 2013).

A partir de 2015, a SES/SC tem desenvolvido ações formativas voltadas à articulação entre PNEPS e PNH nos hospitais e demais unidades da rede própria. Trabalhadores e gestores dos hospitais estaduais têm participado de cursos ancorados na formação-intervenção, visando a integração das duas políticas a partir de planos de intervenção. Essa experiência foi ensejada pela observação recorrente do modo como essas políticas se organizavam nos hospitais da rede própria. Os hospitais do SUS são hoje talvez os serviços públicos de saúde que talvez menos conversem com o diálogo aberto pelo SUS sobre modelo de atenção à saúde e a construção de redes. Algumas políticas como a PNH, a Saúde da Mulher – através da Rede Cegonha e a Atenção Domiciliar têm uma entrada maior no cotidiano desses serviços, mas ainda são entradas setorizadas e fragmentadas. Resta o imenso desafio de transversalizar nesses serviços o imenso acúmulo teórico conceitual que o SUS propõe sobre a produção de saúde no Brasil.

A articulação PNEPS e PNH em âmbito regional e municipal também tem sido foco da SES/SC por meio do apoio à experiência inicialmente desenvolvida pela CIES do Médio Vale do Itajaí, e que adquiriu legitimidade e procurou a ampliação de espaços institucionais para discutir estratégias para o fortalecimento da PNEPS e PNH nos municípios. A experiência de implantação de Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde e Humanização iniciada nessa região foi propulsora de outros movimentos pelo estado, ampliando a discussão sobre o SUS e essas duas políticas de modo indissociado, reafirmando a premissa de que o trabalho em rede é aposta e estratégia essencial para a consolidação da política pública de saúde.

Considerações Finais

A PNEPS e a PNH são políticas potentes para a produção de deslocamentos e de estratégias para pensar e agir em saúde, pois têm capacidade de mobilização e de contágio dos princípios que conduzem o SUS. Entendemos que a superação dos desafios persistentes no SUS

está condicionada ao fomento dos processos de cogestão, à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários em todo processo de produção de saúde, à melhoria da interação nas equipes e da sua capacidade de lidar com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde.

Ao assumir os princípios relacionados à produção de saúde, tanto a produção de subjetividades quanto a produção de novos processos e práticas de trabalho e de redes em cenários e contextos territoriais, têm-se uma indissociabilidade entre a formação e o trabalho. De certa forma, trata-se de um horizonte de metas correlacionadas a ambas as políticas.

Ao olhar para as experiências relatadas neste texto temos um panorama que mescla diferentes experiências, sendo que em todas se destaca a dimensão formativa dos processos de busca pela intervenção nas práticas de atenção e de gestão em saúde. As diferentes estratégias, analisadas a luz da perspectiva que os anos decorridos possibilitam, expressam uma busca pelo acionamento de movimentos, pelo agenciamento de grupos e sujeitos e pela produção de redes quentes, capazes de sustentar novos modos de fazer e de pensar a humanização e a formação no SUS.

É necessário registrar que a necessidade de implementar diferentes estratégias é também fruto da percepção dos limites colocados pelo território e pelo cenário macro-político, fortemente interveniente dos rumos adotados para as duas políticas e para o SUS no estado. As forças que ora alavancaram os processos desenvolvidos no território têm sido moduladas por diferentes expressões do instituído. As práticas tradicionais de gestão dos serviços nos diferentes níveis de atenção impactaram as experiências aqui relatadas, fragilizando, muitas vezes, o apoio aos deslocamentos dos trabalhadores para os diferentes espaços de encontros e às propostas de mudança das práticas formuladas pelos participantes desses processos formativos.

As dificuldades em formar coletivos nos serviços que pudessem sustentar as mudanças ensejadas nesses encontros são também expressões desses instituídos: modos de fazer que reiteram a fragmentação do trabalho entre equipes e a hierarquização das relações dentro desses grupos, obstáculos ainda bastante presentes nas organizações da saúde. Até mesmo os diferentes entendimentos do que seja a humanização do SUS e de como devem ser realizadas as ações de formação nos serviços refletem esses instituídos, apontando para um conjunto

de ideias e premissas que insistem em orientar práticas distanciadas da proposta construída pelo e para o Sistema. Como exemplo, os desafios demonstrados pelos Grupos de Trabalho de Humanização.

Nestes coletivos foram observadas algumas narrativas que ainda apontavam para modos de fazer colados na ideia da humanização como conceito-sintoma (BENEVIDES, PASSOS; 2005), ou seja, ações que respondiam ao sintoma das práticas desumanizadas sem interrogar suas causas, resultando em reproduções do instituído. Nessas situações, o objetivo da formação era o de problematizar tais práticas, colocando-as em análise pelo coletivo, a fim de dar visibilidade aos desafios presentes em propostas que almejam acionar movimentos instituintes.

A despeito dos limites identificados, vale assinalar o potencial transformador desses espaços formativos, que inauguraram outros modos de colocar os sujeitos em relação, horizontalizando a participação e percorrendo um caminho de construção do conhecimento que valoriza os saberes circulantes no grupo. Tais espaços formativos almejando funcionar como dispositivos de problematização dos modos de intervir totalizantes e autoritários, a nosso ver, propiciaram deslocamentos subjetivos importantes, que se configuraram como uma das principais dimensões da intervenção acionada pelas experiências de formação aqui descritas.

A PNH compreende que a mudança dos processos de trabalho e dos modos de gestão está intimamente articulada aos processos de formação em serviço. A realização de atividades sistemáticas de educação permanente em saúde - que contemplem diferentes temáticas permeadas pelos princípios da PNH - podem contribuir para o fortalecimento do SUS. Assim, as “mostras” de saúde tornam-se dispositivos de acionamento de movimentos, os “mapeamentos” tornam-se estratégia, os “cursos” tornam-se agenciamentos na ampliação da cogestão e do empoderamento, assim como outras intervenções podem tornar-se invenções de outros modos de fazer.

Os avanços esperados envolvem a ampliação de proposta de formação-intervenção no estado de Santa Catarina, a fim de aumentar o grau de comunicação intra e intergrupos, de modo a transformar os modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

A realidade da saúde coletiva em Santa Catarina é atravessada por problemas que repercutem em todo Brasil. Dentro da extensão do tema da formação tem-se percebido a educação como ponto comum que pode permitir outros arranjos de grupo. A potência da dimensão formativa não está na construção e conclusão estanque das etapas de formação, mas na experimentação dos deslocamentos subjetivos que o processo de constituição formativa pode propiciar, isto é, o encontro com indagações e reflexões que criam abertura para novos caminhos.

Referências

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Fundação UNI/UNESP, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1996, 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: Ministério da saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 4ª ed., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out-dez, 1998.

GARCIA J.R; Severo, C.R. As relações entre apoio institucional e democratização institucional: um método para o trabalho do apoiador da Política Nacional de Humanização. **Revista Saúde & Transformação Social**, v.6, n.1, p.01-12, 2016.

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), Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500002>

HECKERT, A.L.C; NEVES, C.A.B. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.14-27.

PASCHE, D.F; PASSOS, E. Apresentação. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.6-10.

PAVAN, C. et al. Documento orientador da política de formação da PNH. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 74-93.

PINTO, H.A. Política nacional de educação permanente em saúde: aprender para transformar. In: GOMES, L. B., BARBOSA, M. G., FERLA, A. A. (Org.). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 23-65.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Sulina, 2006. 248p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Comissão Intergestores Bipartite. Diretoria de Educação Permanente em Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde – Santa Catarina – BRASIL, 2010-2013**. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=407&Itemid=82>. Acesso em: 05 de mai. 2017.



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E HUMANIZAÇÃO: CONEXÕES POSSÍVEIS PARA APRENDIZAGEM EM SERVIÇO

*Andria Carine Giehl
Gisele de Cássia Galvão Ruaro
Jane Juçara Proença Lima
Milena Mery da Silva
Patricia de Souza Campos Silva*

Introdução

O Sistema Único de Saúde foi criado em 1988, com a promulgação da Nova Constituição Federal. O Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que instituiu 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. Por isso a educação é um importante componente estratégico da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), por promover transformações reais e interferir na formação, buscando desta forma superar o modelo atual e aproximar o ensino e os serviços.

Neste contexto, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que orienta a criação de colegiados e núcleos para discussão da formação dos profissionais da saúde, dentro da lógica do ensino-serviço e no cotidiano do SUS. Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) também, em suas diretrizes de ação dedica especial atenção à formação intervenção, ou seja, à criação de espaços de aprendizagem nos serviços, reiterando a inseparabilidade entre atenção e gestão. Buscando a integração destas duas políticas criou-se no Médio Vale do Itajaí os Núcleos de Educação Permanente e Humanização (NEPSHU).

A criação das Políticas Nacionais de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de Humanização, junto com a criação dos NEPSHU, são importantes para melhora da qualidade dos serviços prestados pelo SUS à população. Em uma breve contextualização do Sistema, assinala-se

desde seu início que a educação e humanização auferiram destaque dentro do modelo esperado pelo sistema público de saúde brasileiro.

Na Região do Médio Vale do Itajaí – AMMVI, o processo iniciou-se através do Grupo do Núcleo da Região dos Vales - NURV. A Educação Permanente em Saúde, atendendo a Portaria n° 1996/2007, organiza suas instâncias representativas e de trabalho a partir dos trabalhos iniciados pelo NURV, seguindo as orientações constituídas por Pólos de Educação Permanente e das reuniões do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde. As CIES configuram-se a partir desse cenário como uma nova versão dos Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde, atendendo o artigo 2º, da Portaria 1996/2007, onde destaca que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde passa por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a Participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino – Serviço. (Plano Regional de Educação Permanente em Saúde Região AMMVI/SC 2012-2013).

Conectando Educação Permanente em Saúde e Humanização

A PNEPS prioriza a relação do ensino-aprendizagem, movida pelo debate crítico e discussões das exigências que fazem parte do dia a dia dos profissionais da saúde e dos serviços de saúde. Essa política promove a criação de colegiados e núcleos que são espaços onde os gestores do SUS podem discutir e analisar estratégias para consolidação da educação permanente de acordo com a proposta do Ministério da Saúde, por meio de suas leis e portarias. Com isso faz-se necessário planejar as ações coletivas que vão ao encontro do ideal de efetivação de regionalização da saúde, nos mais diversos campos de atuação (hospitalar, educacional, especializado, entre outros).

A educação é um componente estratégico da gestão do SUS, pois promove transformações reais no cotidiano da prática e intervém na formação, buscando superar o modelo fragmentado atual com vistas a aproximar o ensino e os serviços. Dessa forma é possível vincular as realidades do ensino e a do sistema de saúde. A PNEPS, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, ancora-se no conceito de que a saúde abarca os determinantes sociais e, a partir dessa compreensão, procura alcançar um nível de qualidade e de um atendimento mais humanizado (SARRETA, 2009).

Nesse breve relato histórico do SUS, vimos que, o sistema sempre esteve atrelado a um ideal de uma política de formação e qualificação de seus trabalhadores. A Lei 8.080/90, no seu artigo 27, inciso I, assegura que o SUS é responsável pela organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990).

Em 2003 o Ministério da Saúde torna pública a Política Nacional de Humanização, tendo como foco os princípios de inseparabilidade entre atenção e gestão, transversalidade de ações, e autonomia e protagonismo dos sujeitos no processo de saúde. Nessa direção, inclui em suas diretrizes a importância da formação e intervenção no espaço de serviço como qualificação dos processos de trabalho e respeito ao conhecimento empírico dos profissionais e usuários, gerado a partir do dia a dia.

Logo após, em 2004 é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que atualmente é regulada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, a qual estabelece as diretrizes para sua implantação e implementação.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), atendendo a Portaria nº 1.996/2007, em âmbito regional foi organizada por instâncias representativas e de trabalho denominadas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) seguindo, no Estado de Santa Catarina, as orientações constituídas pelos antigos Polos de Educação Permanente em Saúde e Colegiados de Secretários Municipais de Saúde (CIR, CIES, NEPSHU, 2014, p. 2).

Neste contexto, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A ação de EPS não trata de capacitação ou treinamento, mas da construção de conhecimentos em uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar. Prioriza a relação ensino-aprendizagem movida pelo debate crítico e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que o ponto de partida são os problemas ou a problematização da realidade concreta (SARRETA, 2009, p. 173).

Para entender o contexto no qual a Educação Permanente em Saúde se insere no SUS é preciso ampliar o olhar sobre as diferentes

formas de ensinar e aprender. Ao se trabalhar com o uso de metodologias ativas, como a metodologia da problematização, o profissional de saúde é convidado a refletir sobre seu dia a dia, incorporando a aprendizagem ao cotidiano do trabalho.

As ações da EPS vão ao encontro do que preconiza a Portaria 1.996/2007, e dessa forma, surgem as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), compostas por instâncias representativas do trabalho. Este modelo de colegiado, segue as orientações do proposto no artigo 2º, da Portaria 1.996/2007, o qual estabelece que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ocorre por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). É nesse cenário, que a política de Educação Permanente se inicia no Médio Vale do Itajaí.

História da Implantação da Comissão de Integração Ensino-Serviço do Médio Vale do Itajaí

Em 1998 é implantado o Núcleo de Região dos Vales (NURV – 1998-2003). Naquele momento teve início a formação em nível regional dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, seguindo as diretrizes do SUS (CIR, CIES, NEPSHU, 2014). No mesmo período histórico de implantação da PNEPS, em 2003, a Política Nacional de Humanização de Atenção e da Gestão do SUS (PNH) inicia suas ações, após a experiência do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) que atuou de 2000 a 2002 na área hospitalar da saúde brasileira. Esta política pública pretendia transversalizar a humanização cujo escopo era fortalecer o SUS e promover a inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de atenção e gestão da saúde.

A PNH “parte do SUS que dá certo” e dispõe de documentos orientadores que valorizam a experiência, favorecem a cogestão, troca de saberes e democratização das relações na atenção e gestão da saúde. Em 2004 a região da AMMVI inicia as discussões relacionadas a PNH e a partir de uma oficina disparadora forma-se o Comitê Regional de Humanização que está em atividade atualmente.

Em 2005, o Comitê de Humanização do Médio Vale do Itajaí continua suas atividades, desta vez, com abrangência regional incluindo representantes de cada um dos 14 municípios da região. O grupo inicia

estudos mais aprofundados sobre a Política Nacional de Humanização e estabelece um plano de ação para difundir a política na região. Gradativamente, o grupo vem desenvolvendo suas ações articuladas com as ações do CIES e mantém suas atividades até os dias atuais.

Em 2006 com o Pacto pela Saúde, as regiões de saúde compõem seus Colegiados de Gestão Regional (CGR). Em 2007, com a promulgação do decreto 7.508/2011 passaram a chamar-se Comissão Intergestores Regional (CIR). A CIR é uma instância de cogestão no espaço regional cujo objetivo é estabelecer um diálogo permanente e contínuo de negociação e decisão entre gestores municipais de saúde e o estado, que busca constituir uma rede regionalizada de serviços de saúde de forma integrada.

A Comissão Intergestores Regional deve elaborar o planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, definir prioridades, responsabilidades entre cada ente gestor e apoiar o planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes (BRASIL, 2006).

Em 2006 o Ministério da Saúde promoveu uma Formação de Apoiadores da PNH em nível nacional para o qual a região contou com duas participantes, o que fortaleceu as ações de humanização. Nesta mesma época, ocorreu o I Seminário Regional de Humanização em Blumenau, o que significou uma grande mobilização em favor desta política pública na região.

Em 2008 é instituída a CIES do Médio Vale do Itajaí, que altera o processo de organização e representação dos profissionais de saúde, gestores de saúde, Instituições de Ensino. No mesmo período foi constituído o Colegiado de Gestão Regional de Saúde denominado Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí (AMMVI), composta por 14 municípios. As reuniões da CIES da AMMVI contam com a participação dos representantes da saúde dos 14 municípios, Gerências Regionais de Saúde (GERSA), ensino profissional e superior, comitês regionais de saúde, membros da CIR, representantes dos usuários ou movimento sociais, secretaria de educação, hospitais, entre outros (CIR, CIES, NEPSHU, 2014).

Em 2009 o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde apostou na qualificação de apoiadores institucionais da PNH, a partir da qual, foram qualificados 60 profissionais para as diversas regiões. A região do Médio Vale do Itajaí contou com mais

quatro apoiadores. A partir de 2012, é realizada a avaliação e revisão do Plano de Ação Regional de Educação Permanente (PAREPS), em que se verifica que as ações de Educação Permanente são incipientes na maioria dos municípios que compõem a CIES do Médio Vale. Assim, para incentivar estas ações propõe-se a criação de Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde na CIES do Médio Vale, com representantes dos diferentes segmentos das áreas de ensino, serviço, gestão e controle social em âmbitos municipais.

Em 2014 o grupo do CIES do Médio Vale passou a construir a proposta de formação dos NEPSHU, em conjunto com o Comitê Regional de Humanização. Nesta parceria escrevem o documento base que estrutura os núcleos (NEPSHU).

A elaboração dos Planos de Ações Regionais de Educação Permanente (PAREPS) é de atribuição dos Colegiados Intergestores Regionais, com apoio das Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES), de acordo com a Portaria GM/MS 1.996/07 (BRASIL, 2007). É neste cenário, com foco na Educação Permanente e na Política Nacional de Humanização, que é pactuado na CIR a criação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde e Humanização nos municípios do Médio Vale do Itajaí.

A partir da construção conjunta do documento base orientador para formação dos NEPSHU, com posterior aprovação na instância de gestão de saúde regional, o CIES e o Comitê de Humanização formou um grupo de apoio para a formação dos núcleos nos municípios. Cada um dos 14 municípios recebeu a visita previamente agendada de uma dupla de apoiadores. Para este encontro foram convocados os/as Secretários/as municipais de saúde, articuladores/as do CIES, apoiadores /as de humanização do município e também representantes da Secretaria de Educação e Assistência social. Neste encontro foram esclarecidos os propósitos da formação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde e Humanização e promoveu-se a integração entre os setores saúde, educação e assistência social dos municípios.

O Núcleo é um espaço de diálogo entre os diferentes atores sociais (trabalhadores, ensino, gestão e usuários) e os diversos níveis de atenção, setores e coletivos (comitês, comissões, câmaras técnicas, grupos de trabalho, entre outros) das políticas de saúde e educação, instituído 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.

O núcleo configura-se como um colegiado, organizado com a participação de profissionais da Saúde dos diferentes níveis de atenção, gestores, usuários do SUS, da Educação (docentes e discentes), da Assistência Social, entre outras pessoas com interesse e afinidade com a temática. Deverá ser formalizado, por meio de Portaria Municipal, podendo ter caráter microrregional, estando diretamente vinculado ao secretário municipal de saúde, cumprindo sua atribuição de apoio a gestão dos diferentes níveis de atenção, com um caráter consultivo e propositivo (CIR, CIES, NEPSHU, 2014, p.7).

As estratégias do Núcleo devem seguir o Plano Municipal de Saúde, e o Plano deve prever as ações de EPS e Humanização. Essas diretrizes devem ser revistas e atualizadas conforme alterações no cenário locorregional e/ou nas PNEPS e PNH. Os Núcleos municipais/microrregionais podem fazer adaptações desde que não destoem das diretrizes básicas da presente proposição. Todas as ações de Educação Permanente dos municípios devem passar pela apreciação do grupo de trabalho dos núcleos. Como citado, este grupo é composto por profissionais de diversas áreas que fazem parte o quadrilátero além de outras secretarias municipais como Educação e a Assistência Social.

Os Núcleos de EPS e Humanização são importantes para que todas as ações desenvolvidas em torno da PNEPS estejam de acordo com o proposto pelo Ministério da Saúde. Ao trabalhar-se a Política Nacional de Educação Permanente e a Política Nacional de Humanização, duas características importantes do sistema local passam a serem contempladas e implantadas de forma conjunta. É impossível pensar em educação sem o aspecto de humanização, que se faz ainda mais importante e deve estar presente no acesso ao sistema público de saúde. A relação ensino serviço, mais uma vez reconecta as duas políticas públicas, uma vez que passa a ter a intervenção como foco de aprendizagem e o fazer diário como espaço de educação.

Nos últimos anos vários encontros foram realizados na região para apresentação, discussão e planejamento da Educação Permanente em Saúde. Dentre as várias questões levantadas aponta-se: dificuldade no entendimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), dificuldades na participação dos gestores, trabalhadores, usuários e ensino; predominância da cultura da educação continuada e tradicional; concepção de EPS pouco incorpora-

da às metodologias de formação, fragilidades na articulação intramunicipal da PNEPS (PAREPS 2009, 2010).

A integração entre a Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização foi potencializada pela representatividade tanto da CIES no Comitê Humaniza SUS e vice-versa, quanto na inclusão da PNH como uma temática nos processos de formação realizados com o apoio da CIES, bem como pelo processo de discussão à respeito das similaridades das duas políticas.

Nesse contexto histórico da PNEPS e da PNH na região Médio Vale do Itajaí considera-se importante a proposta de formação de Núcleos Municipais que agreguem e fortaleçam ambas as políticas no âmbito dos municípios ou microrregiões, visto que seus princípios e objetivos são similares. Acredita-se que a aproximação dessas duas Políticas na esfera regional promova o fortalecimento do SUS, por meio das mudanças do processo de trabalho, passando a ser um espaço de construção coletiva, na atenção e na gestão, superando a condição de somente promover cursos.

Segundo Ricardo Ceccim e Fabiana Ferraz, a PNEPS resulta em:

[...] a construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

A PNH traz, em seu escopo, a articulação de um conjunto de referenciais e instrumentos, operando com eles para disparar processos de mudança na realidade dos serviços, constituindo-se em um importante aspecto de convergência com os propósitos da PNEPS (Ferraz, et al, 2012, p. 486).

Neste sentido, o Ministério da Saúde entende a política de humanização como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; - Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; - Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva

no processo de gestão [...] (BRASIL, 2010, p. 18).

Considera-se que a aproximação dessas políticas proporciona o fortalecimento e expansão da articulação interna nos municípios, com as questões regionais relacionadas a EPS e humanização; possibilita a otimização de recursos financeiros destinados às ações de EPS em âmbito municipal e locorregional (Cofinanciamento da ABS, Portaria 1.996/07 – CIES e Educação Profissional, Convênios), para evitar processos de formação/educação sobrepostos, verticalizados; e, provoca uma análise dos processos de trabalho e de gestão, afim de estender essas ações aos municípios que ainda não as possui.

Outrossim a promoção do diálogo intersetorial tem a finalidade de articular as demandas, arranjos e necessidades da Educação Permanente em Saúde e Humanização na atenção e gestão da saúde e com isso contribuir para o desenvolvimento municipal e/ou microrregional a partir dos compromissos firmados nos Pactos pela Vida e de Gestão.

Dessa forma, avalia-se como positiva a recomendação da integração das diversas dimensões da educação permanente em saúde e da humanização no encontro com a regionalização, absorvendo as diretrizes do SUS, como a descentralização do sistema e a potencialização de capacidades em âmbito locorregional, de forma a viabilizar a construção contínua de tecnologias de gestão e organização da atenção que tenham possibilidade de utilizar o melhor das condições disponíveis em cada localidade e sua superação contínua (FERRAZ, et al, 2012).

Ainda, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), implementado em 2011, aponta a EPS como é uma das dimensões na fase do seu desenvolvimento e a PNH como eixo transversal do programa. Assim justifica-se a importância da constituição de Núcleos Municipais de EPS e Humanização (NEPSHU) a fim de mobilizar ações para promoção e qualificação dos serviços, que desencadeia a ampliação do acesso, a melhoria dos indicadores de saúde, valorização do trabalho e do trabalhador e a democratização da gestão.

Como contribuição do NEPSHU, estabeleceu-se objetivos, atribuições e diretrizes dos núcleos, apontados no material norteador, confeccionado pela CIES do Médio Vale do Itajaí.

Objetivos dos Núcleos municipais e/ou microrregionais de Educação Permanente em Saúde e Humanização

- Ampliar a articulação interna nos municípios em relação às questões regionais e municipais sobre a EPS e Humanização;
- Otimizar os recursos financeiros destinados as ações de EPS;
- Estimular a corresponsabilização entre os trabalhadores, gestores, ensino e usuários na qualificação dos serviços;
- Aproximar e fortalecer as políticas de EPS e Humanização em âmbito locorregional;
- Organizar processos cogерidos de avaliação das ações em saúde;
- Fortalecer as Redes Integradas de Atenção à Saúde;
- Contribuir para o desenvolvimento em âmbito municipal e/ou microrregional dos compromissos firmados nos Pactos da Saúde, envolvendo a EPS e Humanização como estratégias;
- Articular as demandas, arranjos e necessidades da Educação Permanente em Saúde e Humanização em todos os níveis de atenção e gestão da saúde;
- Apoiar a gestão, no sentido da qualificação dos processos de trabalho, promovendo a indissociabilidade entre a atenção e a gestão;
- Promover a aproximação entre atenção e a gestão do trabalho em defesa do SUS.

Atribuições dos Núcleos municipais e/ou microrregionais de Educação Permanente em Saúde e Humanização;

- Articular as instâncias e as ações de 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 as diretrizes da PNEPS, PNH, Programa de Saúde na Escola (PSE), PRO-PET Saúde, PET Vigilâncias, Ensino Profissional, Superior e Pós-graduação, Telessaúde, PROVAB, entre outras ações estratégicas do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado da Saúde (SES);
- Elaborar uma agenda anual de 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: PNEPS, PNH, PSE, PRO-PET Saúde, PET Vigilâncias, Ensino Profissional, Superior e pós-graduações, Telessaúde, cursos, eventos, PMAQ, entre outros;
- Identificar e dar visibilidade a ações de EPS que ocorrem na realidade dos serviços de saúde e comunidade;
- Promover a qualificação profissional inter e intrainstitucional 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;
- 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 EPS 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.

Diretrizes para implantação dos Núcleos municipais e/ou microrregionais de Educação Permanente em Saúde e Humanização

O Núcleo configura-se como um colegiado, e, não um setor ou cargo, organizado com a participação de profissionais da Saúde dos diferentes níveis de atenção, gestores, usuários do SUS, da Educação (docentes e discentes), da Assistência Social, entre outras pessoas com interesse e afinidade com a temática. Ao ser criado deverá ser formalizado, por meio de Portaria Municipal, podendo ter caráter microrregional. Está vinculado ao secretário municipal de saúde, cumprindo sua atribuição de apoio à gestão nos diferentes níveis de atenção, com um caráter consultivo e propositivo.

A coordenação do núcleo deverá ser definida pela gestão colegiada interna. O trabalhador que irá participar do Núcleo necessita de carga horária específica durante o horário de trabalho, prevista em portaria. As estratégias do Núcleo devem seguir o Plano Municipal de Saúde, bem como, o Plano deve prever as ações de EPS e Humanização.

A(s) pessoa(s) do(s) município(s) designada(s) para representar os diferentes segmentos do quadrilátero como integrante da CIES do Médio Vale do Itajaí e do Comitê Regional de Humanização devem ser membros do Núcleo Municipal de EPS e Humanização.

A Secretaria Municipal de Saúde deve prever e prover recursos, em suas leis orçamentárias, para execução de ações de educação permanente em saúde, tanto em âmbito municipal como regional. O Núcleo pode estruturar Grupos de Trabalhos e ou Comissões para desenvolver suas ações, bem como analisar quais ações serão realizadas de forma articulada com a CIES em âmbito regional. O local dos encontros do Núcleo deve ser pactuado em cada município, como

um espaço, que favoreça a integração dos membros e atenda as atribuições a serem desenvolvidas.

Essas diretrizes devem ser revistas e atualizadas conforme alterações no cenário locorregional e/ou nas PNEPS e PNH. Os Núcleos municipais/microrregionais, podem fazer adaptações desde que não destoem das diretrizes básicas da presente proposição.

Funcionamento dos núcleos de educação permanente em saúde e humanização do médio vale do Itajaí

No Médio Vale do Itajaí, após inúmeras abordagens territoriais para implementação dos núcleos, atualmente conta-se com cinco NEPSHU em pleno funcionamento. São eles: Blumenau, Pomerode, Timbó, Indaial e Gaspar. Cada município criou uma forma de funcionamento, que respeita as normativas previstas na Política Nacional de Educação permanente em Saúde.

No município de Pomerode/SC, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) foi criado em fevereiro de 2012, pela Coordenação da Atenção Básica, com apoio da Gestão, a partir do PMAQ-AB. O objetivo foi de promover a educação permanente para todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pomerode/SC.

Dessa forma, o NEPS de Pomerode passou a ser mais abrangente, contemplando também as questões da humanização, da educação popular, educação formal e gestão. Em 2015 foi publicado o decreto nº 2.968 que institui o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU) da SMS e o decreto nº 2.969 que aprova a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização no município. O NEPSHU é constituído por servidores/trabalhadores da SMS, de diferentes categorias, equipes e setores, por representantes das Secretarias Municipais de Educação e Formação Empreendedora e de Desenvolvimento Social e Habitação, do Hospital e Maternidade Rio do Teste e pelo Controle Social.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização de Blumenau iniciou em 2014, logo após a aprovação pela CIR, seguindo os propósitos propostas no documento orientador de promover a educação permanente e a humanização de modo articulado e efetivo. O NEPSHU de Blumenau é composto por representantes do Controle Social, da Secretaria de Assistência Social da Educação, do Comitê Re-

gional de Humanização e da área da saúde da FURB, além da ETSUS, com a coordenação geral e da área da Gestão da Educação desde o início de suas atividades.

O funcionamento deste Núcleo inicialmente ocorria quinzenalmente e atualmente para suas deliberações, passou se reunir mensalmente na ETSUS Blumenau. No processo inicial foi necessário remodelar as estruturas que envolviam a formação, qualificação e humanização uma vez que estas atividades se faziam de modo desarticulado e por iniciativa de cada área ou serviço envolvido. Nesta etapa o apoio da gestão foi fundamental, uma vez que toda mudança sempre gera resistências. Após o remodelamento dos fluxos iniciou-se uma pesquisa de demandas nas áreas e unidades de saúde em relação a educação em saúde e humanização.

O grupo criou critérios de estruturação e um plano de ação que contemplasse os temas propostos pelas equipes de trabalho. Este foi um período longo, dado ao volume de trabalho gerado. No novo fluxo de trabalho, nos projetos que envolviam educação em saúde e humanização foram remetidos ao NEPSHU e em seguida apresentados presencialmente na reunião ordinária, onde foram debatidos e readequados.

Diante da necessidade de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, o NEPSHU de Blumenau criou também um instrumento de avaliação de acordo com a da proposta da Educação Permanente e Humanização. O trabalho atual tem sido estruturado por temas que são sugeridos a partir das necessidades apresentadas pelas equipes ou pela gestão (equipe técnica) e controle social, bem como as demais áreas de atuação da saúde, assistência social e educação.

O município de Timbó/SC teve várias iniciativas ao longo dos anos. Mas foi no ano de 2014 que se instituiu o NEPSHU. Desde então, as ações de EPS são pensadas, planejadas e executadas como extensão da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). Este Núcleo repensa suas atividades constantemente para garantir espaços de escuta, discussão e reflexão. A sua configuração atual conta com a representação intersetorial e controle social. Os encontros são realizados mensalmente, no período vespertino, na sala de reuniões da Policlínica de referências de Timbó/SC, região central da cidade.

No município de Indaial/SC, as ações de Educação Permanente em Saúde vêm sendo desenvolvidas desde meados de 2015. No entan-

to, se instituiu oficialmente no ano de 2016, com a implementação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), ambas garantidas por Portarias da Secretaria Municipal de Saúde e homologadas em diário oficial.

A Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) opera de forma articulada e integrada com os 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.

Os eixos dos quais contemplam a PMEPS, são: o SUS como Escola, o Desenvolvimento Profissional e o Observatório em Saúde. Deste, o município de Indaial já instituiu o desenvolvimento profissional com a implementação atual da instrução normativa 001/17, com a qual objetivou organizar, divulgar e monitorar o calendário anual de qualificação e formação profissional. Também criou e mantém um banco de dados dos profissionais capacitados, ordenando a participação em eventos e formulando propostas e estratégias pedagógicas, conforme o PAMEPS.

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 devem 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, poderá ser complementado através de projetos específicos do SUS, CIES, entre outros.

O NEPSHU de Indaial/SC possui uma formação intersetorial, incluindo a participação do controle social. O grupo se reúne mensalmente no Espaço SUS, espaço de educação compartilhada em saúde instituída no município para efetivar as ações de Educação em Saúde. O Núcleo também possui autonomia para participar de todos os momentos de educativos constituídos no cotidiano dos serviços. Durante este período de funcionamento, o município alcançou mudanças significativas nos processos de trabalho, bem como na motivação dos profissionais envolvidos na formação de educação em saúde.

No município de Gaspar/SC, a Educação Permanente em Saúde foi implementada no ano de 2017, através da nomeação da coordena-

nação de Educação Permanente em Saúde (ESP). Desde o início dos trabalhos da EPS, o grande objetivo era instituir o NEPSHU, ainda que diante de algumas dificuldades no que se refere ao entendimento do que seria EPS por parte da gestão e dos trabalhadores. Nesse sentido, iniciou-se um trabalho de orientação, juntamente com a Coordenação da Atenção Básica para instituição desse processo de forma correta e eficiente, constituindo-se então, a formação do NEPSHU.

Este processo culmina com a troca da gestão no município, o que se caracterizou como um avanço para a Educação permanente em Saúde, haja visto o entendimento e sensibilização da gestão para o tema. Sendo assim, os atores envolvidos nessa construção se colocam como protagonistas na construção do NEPSHU. Com o apoio da Escola Técnica do SUS (ETSUS – Blumenau), Comitê de Humanização do Médio vale do Itajaí e NEPSHU de Indaial/SC, pode-se fazer um encontro onde as experiências exitosas foram apresentadas à rede de atendimento e dessa forma, contribuir para a construção da educação em saúde do município. Atualmente, o município de Gaspar vem se estruturando oficialmente por meio de normativas que constituem o trabalho da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente em Saúde faz-se presente no dia a dia dos municípios do Médio Vale do Itajaí, trazendo benefícios a curto e longo prazo. Encontramos profissionais preparados para o enfrentamento da realidade e para o planejamento de ações futuras, contribuindo com a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Referências

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

..... **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

..... Ministério da Saúde. **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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

..... Ministério da Saúde. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude>.

gov.br/bvs/publicacoes/ humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 10 setembro 2017.

..... Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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.** Portaria nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

..... Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

..... 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 B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

..... Ministério da Saúde. **SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde.** Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** – comunic, saúde, educ. (Botucatu/SP). 2005; 9(16): 161-177.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ. Comissão de Integração Ensino-Serviço do Médio Vale do Itajaí. Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização. **Documento Base de orientações para implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU).** Blumenau, 2014.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL. Comissão de Integração Ensino-Serviço. **PLANO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA REGIÃO AMMVI – SC.** Santa Catarina, 2012.

FERRAZ, F. et al. **Ações estruturantes interministeriais para reorien-**

tação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. O Mundo da Saúde, São Paulo, Artigo de Revisão. 2012, p. 486 Acessado em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/acoes_estruturantes_interministeriais_reorientacao_atencao.pdf>

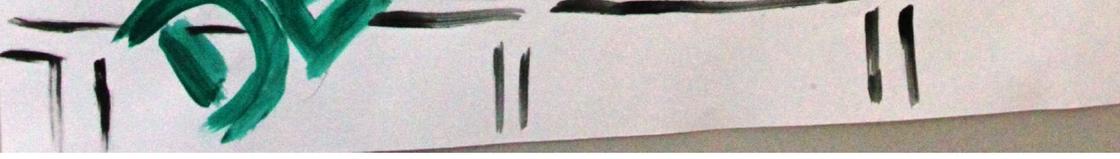
SARRETA, F.O. **Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

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.



NÚCLEOS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE INSTITUÍDOS COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO NO TRABALHO

*Fernando de Toledo Barros Wendhausen
Maria de Fátima de Souza Rovaris
Alessandra Dias da Silva
Teresinha Clarete Testoni Nogueira
Gabriela Chirst Ramos Nava
Gabriella Barbosa Nadas
Fabiane Ferraz*

Introdução

O estado de Santa Catarina (SC), desde 2004, engendra esforços para implementar as diretrizes apresentadas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), sendo que na primeira proposta da política lançada em 2004, implantou 12 Polos de Educação Permanente em Saúde, os quais atendiam todos os municípios de SC. Na reestruturação da PNEPS (BRASIL, 2009), realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2007, a Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina (CI-B-SC) aprovou um novo arranjo responsável pela PNEPS, o qual definiu desde 2009, 16 Comissões Intergestores Regionais (CIR) e 16 Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que abrangem todas as regiões de saúde e, conseqüentemente, os 295 Municípios do estado.

A gestão da PNEPS em SC é coordenada pela Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), da Secretaria de Estado da Saúde. A DEPS possui, entre outras divisões que buscam mobilizar a integração ensino-serviço, a Divisão de Educação Permanente (DEP), que tem como atribuição direta a articulação e condução da política em âmbito estadual.

No II Seminário Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que ocorreu em agosto de 2010, foi instituída a CIES Estadual, implantada com regimento próprio e com agenda de reuniões com

periodicidade mensal ou bimestral, a qual tem sua secretaria executiva junto a DEP-SC.

A CIES Estadual é um espaço de intercâmbio de experiências e decisões relativas às ações de EPS em nível estadual, que articula e orienta as 16 CIES regionais. Está estruturada como uma Câmara Técnica da CIB, relativa aos assuntos de Educação Permanente em Saúde (EPS). É composta pelos articuladores das 16 CIES regionais, técnicos da SES, dentre eles representantes da Escola de Saúde Pública, da Escola de Formação em Saúde (EFOS), assim como representantes: da Escola Técnica de Blumenau, das Universidades, do Conselho Estadual de Saúde, do Conselho Estadual de Educação e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Desde 2010, a CIES Estadual e a DEP-SC buscam mobilizar a análise, reflexão e implementação de Núcleos Municipais de EPS nas diferentes regiões de saúde. Essa mobilização passou a ocorrer em reuniões e oficinas organizadas pela CIES Estadual, ao compartilhar resultados parciais da pesquisa de Ferraz (2011), desenvolvida junto a duas CIES regionais, a qual buscou conhecer o contexto e processo de desenvolvimento das Comissões de Integração Ensino-Serviço. O referido estudo, entre as suas conclusões, expressou a importância da criação de núcleos municipais ou microrregionais de EPS, para fortalecimento das CIES regionais, pois a partir desses movimentos, os representantes dos municípios assumiriam sua função junto as CIES regionais com maior propriedade e exercendo efetivamente uma representatividade, visto que haveria possibilidade de compreender e/ou vivenciar os referenciais que norteiam a EPS antes de chegar à CIES.

Este trabalho relata a experiência do envolvimento da CIES Estadual e DEP-SC na estruturação de Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde, em diferentes CIES regionais no Estado de Santa Catarina, compreendendo que os mesmos auxiliam na instrumentalização da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

Precursores na estruturação de Núcleos Municipais de EPS em Santa Catarina

Como explicitado na introdução, a constatação de que os movimentos de EPS nas regiões e, por conseguinte, o fortalecimento das CIES regionais poderia ocorrer a partir da estruturação de núcleos mu-

nicipais de EPS, ocorreu em oficinas estaduais e em reuniões da CIES Estadual, por meio de comunicados (notas prévias) dos resultados do trabalho de Tese de Ferraz (2011), desenvolvido nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera.

Concomitante a esse movimento, em 2010, profissionais da saúde do município de Florianópolis, mobilizados pelo então secretário municipal de saúde Dr. João José Candido da Silva, compuseram um grupo de trabalho para estruturação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS), a qual propôs a composição de um Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NMEPS), com profissionais da saúde de diferentes espaços com carga horária definida em portaria para dedicar algumas horas semanais a essa atividade (FLORIANÓPOLIS/SMS, 2010; 2011).

Esse grupo trabalhou durante o ano de 2010 e conseguiu aprovar em âmbito municipal a PMEPS, a qual teve portaria específica para estruturação do NMEPS (FLORIANÓPOLIS/SMS, 2010; 2011). Essa experiência de Florianópolis foi premiada pelo Ministério da Saúde – Prêmio INOVA-SUS 2010. E, como alguns membros participantes, integravam a CIES Grande Florianópolis, a proposta foi levada para esse espaço, que mobilizou iniciativas na região.

Assim, em 2011, a CIES Grande Florianópolis, inspirada pela iniciativa desenvolvida em Florianópolis, estruturou uma proposta de composição de NMEPS para a região. Para tanto, os membros da CIES elaboraram um projeto e aprovaram o mesmo junto a CIR Grande Florianópolis. Para desenvolvimento da proposta, foi organizada uma oficina, em 2011, com a participação de representantes dos 22 municípios. Essa atividade teve por objetivo mostrar a importância da EPS como uma importante ferramenta para mudanças na gestão do trabalho em saúde, visto que cada profissional e gestor é conhecedor de sua realidade e pode fomentar movimentos de mudanças em seus processos de trabalho.

Como resultado da oficina foi criado um grupo condutor junto a CIES Grande Florianópolis para elaborar materiais e assessorar os municípios na criação dos NMEPS. Esse grupo definiu um cronograma de visitas que abrangeu todos municípios da região, sendo que as pessoas que recebiam esse grupo nos municípios foram os gestores e trabalhadores que participaram da oficina, bem como, pessoas convidadas por eles representantes dos trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino que pudessem se envolver na estruturação dos núcleos nos municípios visitados.

As visitas foram realizadas em 21 dos 22 municípios da região, todos receberam os representantes do grupo de trabalho que expressavam a importância de fortalecer as ações de EPS, visando favorecer a integração ensino-serviço, consolidando o desenvolvimento de ações descentralizadas de EPS, propiciando um espaço permanente de articulação da Rede de Atenção em Saúde em seus múltiplos eixos temáticos.

Nestas visitas foi apresentada a ideia de formação dos NMEPS, entregue uma pasta da CIES Grande Florianópolis com material de apoio e se fazia sugestões sobre algumas formas de implantação como: criação de uma portaria municipal designando o nome dos atores para participar deste processo, consolidação de recursos financeiros para garantir a continuidade do trabalho, determinação de espaço físico para o desenvolvimento das atividades, entre outros. Com o término das visitas verificou-se que todos os municípios visitados se sensibilizaram para a formação dos seus Núcleos mobilizando seus profissionais de saúde, gestores e o controle social para instituir este espaço de discussão permanente e buscar novas tecnologias para agregar o conhecimento a toda equipe de saúde.

Em 2012 a CIES Grande Florianópolis realizou a II Oficina de implantação dos NMEPS, para tanto foram convidados representantes dos 22 municípios da região, com a proposta de avaliar os resultados desta implantação. Cada município relatou a sua experiência, formas de construção, dificuldades, conquistas, inclusões dos atores, entre outros. Constatou-se que este movimento ocorreu de forma diferente em cada município, estando fortalecidos após 1 ano em 13 municípios, a partir das articulações possíveis, das várias formas de construção coletiva, em busca da diversidade de saberes, sendo que a partir dos materiais bibliográficos ofertados pelos membros da CIES nas visitas, houve uma troca de saberes e aprofundamento da compreensão da EPS.

Em virtude dos resultados alcançados, a CIES Grande Florianópolis, por consenso, resolveu expor esta proposta em uma das Oficinas Estaduais de EPS, promovidas pela DEP-SES e CIES Estadual em 2012, na qual foi sugerido que a CIES Estadual se organizasse para mobilizar as deferentes CIES regionais a implantar seus NMEPS.

A proposta de criar estes espaços de discussão com a implantação dos NMEPS, reforça o compartilhamento das ações de formação e gestão do trabalho onde um grupo de trabalhadores, gestores e usu-

ários estão interligados buscando soluções e inovações para as ações de saúde no seu município.

Experiência da CIES Médio Vale do Itajaí ao articular EPS e Humanização em Núcleos Municipais

Em 2012, motivados pela apresentação da criação dos NMEPS na Grande Florianópolis, a CIES do Médio Vale do Itajaí iniciou as discussões sobre como estruturar essa proposta para sua região. Os movimentos iniciais também ocorreram por meio de oficina de sensibilização para os membros da CIES e convidados dos municípios, com pessoas de referência no estado falando sobre esse tema.

No ano seguinte, a CIES Médio Vale do Itajaí decidiu começar a estruturação de uma proposta de implantação de núcleos. Para tanto, em 2013, foi realizado um encontro com todos os membros da CIES para apresentação dos pressupostos teórico-metodológicos EPS. Desse encontro, foi definido um Grupo de Trabalho para estruturação das normativas e diretrizes para estruturação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde e Humanização. A ampliação da proposta ao incorporar aspectos da Política de Humanização ocorreu, visto que, tal CIES apresenta como diferencial ter acento em sua composição para a Comitê de Humanização do Médio Vale do Itajaí.

O movimento desenvolvido pela CIES do Médio Vale do Itajaí, durou cerca de nove meses e envolveu diversos atores membros ativos da CIES. O grupo se inspirou nos documentos já construídos na região da Grande Florianópolis, contudo, ampliou a proposta e criou um documento base de orientações para implantação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), o qual foi aprovado oficialmente pela CIR Médio Vale do Itajaí em 2014 (CIR-MÉDIO VALE ITAJAÍ, 2014). A aprovação ocorreu em reunião ampliada da CIR realizada no auditório da Escola Técnica de Blumenau (ET-SUS), e contou com a presença de convidados externos da SMS de Florianópolis e da CIES da Grande Florianópolis que apresentaram como efetivamente os NMEPS estão trabalhando em suas realidades.

Esse documento base, aprovado pela CIR Médio Vale do Itajaí, expressa em detalhes o conceito/compreensão sobre o que se reconhecem como um núcleo, a justificativa sobre a importância desse espaço, os objetivos, as atribuições e as diretrizes de implantação de NEPSHU. Nesse

sentido, os membros da CIES Médio Vale do Itajaí, tiveram autorização formal para iniciar o movimento de implantação dos NEPSHU na região.

O grupo de trabalho, nos moldes da CIES Grande Florianópolis, dividiu-se e visitou todos os municípios da região. Também procurou-se reunir pessoas dos diferentes segmentos do quadrilátero da formação em saúde, bem como entregaram para os municípios uma pasta com todos os documentos teóricos necessários para a instalação dos NEPSHUs. Ao final de 2015, nove municípios da região estavam com NEPSHU consolidados e atuantes, aspecto que fortaleceu a CIES regional. Essa proposta foi amplamente divulgada, e teve seu reconhecimento maior ao ser premiada no edital do INOVA-SUS 2014-2015.

Considerando esse contexto histórico da PNEPS e da PNH na região Médio Vale do Itajaí é importante que a proposta de formação de Núcleos Municipais agreguem e fortaleçam ambas as políticas em âmbito de municípios ou microrregiões, visto que os princípios, diretrizes e objetivos das referidas políticas são semelhantes. Corroborar-se com o exposto no documento base da proposta, pois acredita-se que

[...] a aproximação dessas duas Políticas em âmbito regional promova nos municípios o fortalecimento do SUS, por meio das mudanças do processo de trabalho, visando um espaço de construção coletiva, na atenção e na gestão, superando a condição de somente promover cursos e sim modificar processos de trabalho (CIR-MÉDIO VALE ITAJAÍ, 2014, p. 4).

A CIES Estadual reconhece o importante legado disseminado pela CIES Médio Vale do Itajaí, em relação a articulação dessas importantes políticas - EPS e Humanização, visto que mobilizam mudanças nos processos de trabalho com vistas a melhoria no SUS, por conseguinte, do atendimento à saúde da população.

Frente a isso é recomendado a integração das diversas dimensões da EPS e da humanização no encontro com a regionalização, a fim de aplicar as diretrizes do SUS, como a descentralização do sistema e a potencialização de capacidades em âmbito locorregional, de forma a viabilizar a construção contínua de tecnologias de gestão e organização da atenção que tenham possibilidade de utilizar o que há de melhor das condições disponíveis em cada localidade e sua superação contínua (FERRAZ, et al, 2012).

Envolvimento da DEP e CIES Estadual na mobilização de Núcleos de EPS e Humanização: as CIES regionais fazendo seus movimentos

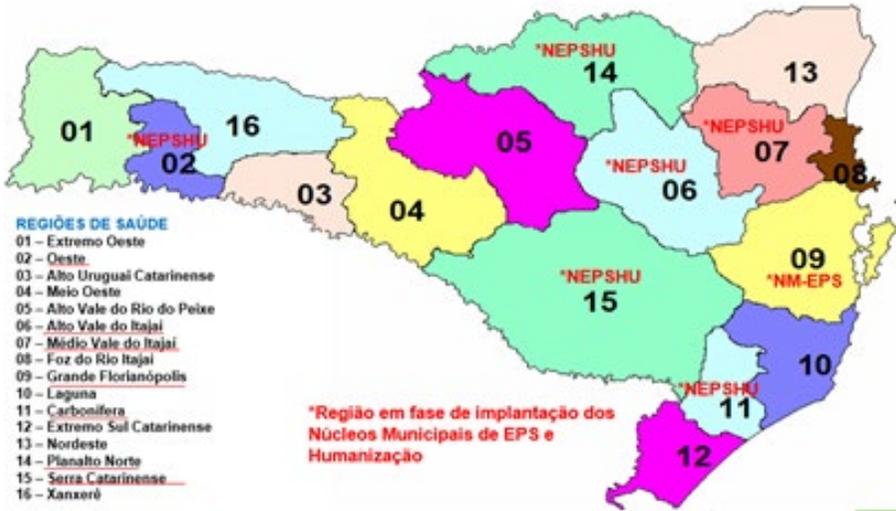
A partir das experiências relatadas das CIES Grande Florianópolis e Médio Vale do Itajaí de composição de documentos e estruturação de NMEPS e NEPSHU, verificou-se a necessidade da criação de um grupo condutor estadual com o objetivo de assessorar a implantação dos Núcleos Municipais de EPS e Humanização em diferentes regiões do Estado.

Nesse sentido, em 2015 e 2016, a CIES Estadual compôs um grupo de trabalho com o intuito de prestar assessoria para as diferentes regiões que queiram implantar NMEPS ou NEPSHU, com a perspectiva de mudança no processo de trabalho na atenção e gestão do SUS. O Grupo Condutor tem a finalidade de assessorar as regiões de saúde na implantação dos núcleos, através de oficinas regionais, onde são compartilhadas algumas experiências de outras regiões que já tenham instituído os seus os núcleos. Também é apresentado a importância a EPS e PNH na gestão municipal que fazem parte das CIR/CIES. Ainda, outra atividade que compõem as oficinas é uma simulação de como será a construção dos núcleos em sua região.

Outro ponto fundamental desse Grupo Condutor Estadual, é o apoio e assessoramento da CIES regionais para a implantação dos núcleos municipais, a fim de mobilizar ações para promoção e qualificação dos serviços, que acarreta a ampliação do acesso, a melhoria dos indicadores de saúde, valorização do trabalho e do trabalhador e democratização da gestão.

Acreditamos que as oficinas regionais estão servindo de alicerce para a estruturação dos núcleos, sendo que até o momento, sete CIES Regionais (**Figura 1**) buscaram orientações para estruturação de NMEPS ou NEPSHU. O grupo condutor estadual continua realizando estes encontros em parceria com as CIR/CIES, nas regiões para fomentar e disparar novos movimentos que ampliem o desenvolvimento do construto das políticas de EPS e Humanização na realidade dos serviços.

Figura 1: Mapa das Regiões com Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde e/ou associados a Política Nacional de Humanização



Fonte: Arquivos da CIES Estadual, 2017.

A proposta de implantar núcleos em todas as regiões de saúde de Santa Catarina, foi apresentada na premiação do INOVASUS 2014, Valorização de Boas Práticas e Inovação na Gestão do Trabalho na Saúde, sendo contemplado em 16º lugar entre trinta premiados e recebeu o valor de R\$ 50.000,00, com o objetivo de levar esta proposta de Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde e Humanização para as 16 Regiões de Saúde.

A intenção de implantar os Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde e Humanização, nas regiões de saúde é que sejam utilizados como instrumento de gestão no trabalho. Acredita-se que as oficinas regionais, promovidas pelo grupo condutor estadual, se caracterizam como um fomento a esta construção, sendo que a imagem objetivo da CIES Estadual é efetivar a implantação de NMEPS ou NEPSHU em todos os 295 municípios catarinenses até 2022, a fim de que os municípios e as regiões de saúde possam se articular de modo mais orgânico aos vários programas e políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que promovam a integração ensino-serviço, a fim de melhorar o atendimento prestado à população.

Relatos empíricos expressam que, nos locais que tem núcleos implantados e estão em funcionamento, vários processos de trabalho já sofreram modificações visíveis para a gestão e atenção da saúde co-

letiva. O trabalho realizado por estes Núcleos por meio de discussões dos diferentes atores em rodas de conversas, com horários específicos durante a semana garantida em portaria municipal, tem instrumentalizado a gestão na tomada de decisões e está permitindo as ações de EPS e PNH nos municípios sejam de caráter institucional.

Destaca-se que a participação ativa e o apoio do gestor nos NMEPS ou NEPSHU é de fundamental importância, pois, os núcleos devem ser vistos pela gestão como uma estrutura de apoio, que promove efetivamente movimentos de cogestão, mobilizando reflexões das ações desenvolvidas e proporcionando maior participação e co-responsabilização entre diferentes atores (CAMPOS, 2005).

Diante do exposto, a qualidade na assistência à saúde e a humanização dos serviços têm ocupado espaço na agenda da gestão como meta prioritária para a consolidação da gestão do SUS. Assim os NEPSHU podem assumir um papel fundamental na gestão, pois são agentes de transformação e originam ferramentas e auxiliam os gestores nas práticas diárias e propiciam a ponderação das críticas da gestão, sendo por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições.

Outro resultado importante deste movimento foi à fundação da Escola de Saúde na cidade de Palhoça, região da Grande Florianópolis, mobilizada a partir da criação do NMEPS. Pois, com a implantação do núcleo, foi detectada a necessidade de ter uma escola que atendesse a demanda de EPS do município, objetivando assim a melhoria na gestão e no cuidado em saúde.

Algumas Considerações

A proposta inicial de implantar Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde (NMEPS), posteriormente ampliada para fortalecer as políticas de EPS e Humanização, estruturando Núcleos Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), veio ao encontro das necessidades de aperfeiçoar a integração e efetivação da gestão. A estruturação serviu de mecanismo de mudança dos processos de trabalho, conciliando a formação dos profissionais de saúde, envolvidos com mudanças no processo de trabalho que promovam desenvolver atividades em parcerias e corresponsabilidades, ampliando ações e pactuando soluções dentro de uma lógica de cogestão.

A intensão da CIES Estadual é por meio dos núcleos municipais propiciar a participação de todos os profissionais respeitando seus conhecimentos e ampliando os espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho, além de qualificar e fortalecer a participação regional sobre os temas de EPS e Humanização. Um dos fatores importantes desta proposta é a reflexão crítica dos processos de gestão do trabalho, e o compartilhamento das ações de transformação, construindo soluções coletivas.

Salientamos que os primeiros núcleos criados na Região Grande Florianópolis e do Médio Vale do Itajaí provocaram ações positivas que foram vistas pelos demais municípios catarinenses, pois vem mobilizando a formação e conhecimento amplo das diversas ações do espaço de trabalho, bem como auxilia os gestores na tomada de decisão relativas as ações de intervenção. Nestes espaços, estrutura-se um local para o diálogo e o debate de ideias e opiniões, proporcionando uma visão multiprofissional, considerando o olhar do usuário dos serviços, com resultados voltados à melhoria da gestão do trabalho, sendo que os atores participantes devem chegar a consensos e se comprometem com o andamento das ações propostas no município. Diante do exposto acreditamos que os núcleos de EPS e Humanização são importante ferramentas de gestão do trabalho, para a efetivação e o fortalecimento do SUS.

É relevante destacar, enquanto CIES Estadual, o compromisso ético e solidário dos membros que compõe as CIES Grande Florianópolis e Médio Vale do Itajaí, em especial das pessoas que compuseram os Grupos de Trabalho que elaboraram os mais diversos documentos orientadores, tanto para estruturação de portarias, quanto normativas sobre a operacionalização dos NMEPS e NEPSHU. Destaca-se a lógica da EPS nessas pessoas, visto que sempre deixaram completamente a disposição todos os documentos, para que a CIES Estadual pudesse compartilhar com todas as CIES regionais, a fim de que sirvam de subsídio para estruturação de propostas dessa ordem nas mais diversas regiões.

Referências

BRASIL. **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: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia**

em instituições: o método da roda. 2ed. São Paulo: Huncitec; 2005. 236p.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ. Comissão de Integração Ensino-Serviço do Médio Vale do Itajaí. Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização. **Documento Base de orientações para implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU)**. Blumenau, 2014.

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.

FERRAZ, F.; VENDRUSCOLO, C.; KLEBA, M.E.; et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Estado de Santa Catarina. **Portaria 037/2010**, institui o Núcleo de Educação Permanente com a finalidade de estabelecer diretrizes e estratégias para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de 19 de agosto de 2010. Florianópolis, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Estado de Santa Catarina. **Portaria/SS/GAB/Nº041/2011**, Aprova a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. [Documento internet] 2011. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/23_01_2018_14.06.29.c0a18df455385ff8a5f538ca9f55ae71.pdf. Acesso em: 24 de ago. 2017

Agradecimentos

Agradecemos todas as pessoas que sempre se envolveram para fazer a EPS em Santa Catarina acontecer, em especial nesse momento as pessoas que se mobilizaram em prol dos núcleos de EPS e Humanização:

Aos profissionais da SMS de Florianópolis em 2010: Gerusa Machado, Maria Francisca dos Santos Daussy, Paulo Poli Neto, Marcelo Florentino, Melissa Costa Santos, Senen Dyba Hayff, Sandra Regina Sandri e Flávia

Henrique, Dr. João José Cândino da Silva (in memória), responsáveis pela criação da 1ª PMEPS no estado, e, por conseguinte do 1º NMEPS.

Aos membros da CIES Grande Florianópolis que compuseram o grupo de estruturação dos Núcleos de EPS na região: Wanusa Grasiela Amante de Souza, Isolene Bernadete Hoffmann, Maria de Fátima de Souza Rovaris, Maria Fraga, Karina Wolff, Gerusa Machado, Alessendra Dias da Silva e Karen Lloyd Alves Moreira.

Aos membros do GT que elaborou a proposta do NEPSHU da CIES do Médio Vale do Itajaí: Gisele de Cássia Galvão Ruaro, Jane Juçara Proença Lima; Patrícia de Souza Campos Silva; Ana Célia Schneider; Janete Kehl Longo; Maira Herzog; Teresinha Clarete Testoni Nogueira e Viviani Marques.

Somos gratos por serem exemplos vivos de ações de EPS em ato, pois todos sempre foram guiados pelo espírito da cooperação, visto que sempre compartilharam com a CIES Estadual todos os documentos que construíram de modo que pudéssemos divulgar para todas as regiões do Estado que desejassem estruturar NMEPS ou NEPSHU.



MOVIMENTOS DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE MAFRA/SANTA CATARINA NA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO

*Luciana Maria Mazon
Ariane Woehl
Alexandre Engel
Esvaldo Antunes
Francesli Pereira
Susanne Cassias*

Introdução

O Brasil vem passando por transformações nos campos de saúde e educação, tanto nos âmbitos institucionais, legais, políticos e de ideais. Com a expressão máxima na criação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, a área da saúde foi sendo representada por Conferências Nacionais e movimentos intensos com propostas de grandes mudanças, como por exemplo, a Reforma Sanitária Brasileira (PIZZINATO et. al, 2012).

O potencial desses movimentos reforçou a necessidade da aproximação dos campos saúde e educação. Na busca de melhorar as práticas de saúde a partir de capital humano conscientes do seu papel na consolidação do sistema e de acordo com as premissas do SUS. Estratégias vêm sendo elaboradas em busca dessa integração de serviços, as discussões sobre a concepção da Integração Docente Assistencial (IDA), articulação entre serviços de saúde e instituições de ensino, relações horizontais, processos de trabalho conjuntos, interesses em comum, entre outras, alinham o pensamento da necessidade da participação conjunta do binômio educação-saúde (FINKLER, CAETANO, RAMOS, 2011).

A transformação social por este processo apoia a relação entre o conteúdo e a realidade, analisando as condições reais dos sujeitos, no

seu contexto histórico, cultural e social. Essa perspectiva traz à tona a possibilidade da extensão do espaço pedagógico (além da sala de aula), com a vivência no mundo do trabalho, com suas distinções e práticas em priori, em um ambiente rico em experiências de aprendizagem interpostas pelo pensar crítico-criativo (ALMEIDA et al., 2012).

Entre os objetivos dos processos de mudança está o de promover a cidadania. Os espaços onde se processam a integração entre ensino e serviços de saúde são considerados democráticos, onde há expressões dos papéis sociais, dos saberes e dos modos de ver o mundo (ALMEIDA et al., 2012).

A mobilização bilateral dentro dos municípios facilita a distribuição de recursos capazes de suprir deficiências materiais e de pessoal, pois a necessidade da operacionalização do aluno no campo de práticas traz o viés da contemplação de ambientes favoráveis ao ensino. A pesquisa dentro dos campos de trabalho se torna aos poucos mais frequente com a presença das instituições de ensino, o que eleva a conscientização dos trabalhadores sobre os seus serviços, e possibilita a amostragem de contextos até então desconhecidos, ou pouco divulgados. Além de incitar dentre os serviços, a busca por mais pesquisas e atualização dos processos de trabalho. Pois é comum encontrar equipes sobrecarregadas com as demandas dos serviços sem possibilidades ou incentivos à pesquisa, e profissionais equivocados à respeito da concepção de pesquisa enquanto ofício acadêmico (FINKLER, CAETANO, RAMOS, 2011).

A academia tem um papel importante na participação dos trabalhadores dos serviços em suas discussões. Enquanto o docente contribui na identificação de problemas da assistência e propõe estratégias de superação, o profissional da assistência exerce importante papel no fornecimento de informações sobre a realidade em que atua (CARDOSO et al., 2017).

A construção de espaços pedagógicos em comum deve ser representada por ganho de ambas as instituições, com significados sinônimos. Além disso, deve prezar pelo respeito às limitações de cada serviço, solidariedade às dificuldades e reciprocidade. O estabelecimento de um diálogo esclarecedor, com a definição dos papéis, contribui para a mobilização e disposição das conversas entre ensino-serviço. Neste contexto, vê-se a importância dos gestores como elo de comunicação e criação de diálogos favoráveis (MASSOTE, BELISÁRIO, GONTIJO, 2011).

Neste universo complexo da saúde e educação a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde surge para adequar e operacionalizar as ações formais na educação em saúde, tendo como condutores do processo os Colegiados de Gestão Regional com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

O CIES além de sua expressiva representatividade invoca a articulação entre as instituições de forma coordenada, na busca de estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Incentiva também a adesão cooperativa e solidária das instituições, a ampliação da capacidade pedagógica da rede saúde-educação, além de acompanhar, monitorar e avaliar as ações de Educação Permanente em Saúde implementadas (BRASIL, 2007).

A concepção em âmbito municipal se expressa através de seus Núcleos de Educação Permanente, com o objetivo de planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde. O Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP) em Mafra fora instituído em julho de 2016, por meio da Secretaria Municipal de Saúde/Administração Municipal, sendo composto por equipe multidisciplinar, e tendo como atribuições: transformar as práticas institucionais através de qualificações e capacitações permanentes; melhorar a qualidade da atenção e da assistência em saúde; comprometer as equipes de saúde, com os processos de trabalho com a comunidade; melhorar as relações entre as equipes de trabalho; incentivar as linhas de pesquisas em nível local, motivando o olhar científico para a práxis em saúde pública; fomentar oficinas, capacitações, seminários, congressos, que primem atender as necessidades da educação permanente Municipal.

O cenário local do ensino e do serviço em saúde

O município de Mafra está localizado no planalto norte catarinense e apresenta 55.611 habitantes (IBGE, 2016) e alto Índice de Desenvolvimento Humano correspondente a 0,777 (PNUD, 2010). Em relação aos aspectos de ensino-serviço, conta com uma Universidade Multi Campi, tendo seu conjunto universitário distribuído em diversos municípios do planalto norte catarinense, incluindo além de Mafra, Canoinhas, Curitiba-banos, Porto União e Rio Negrinho. A região de abrangência geográfica desta Universidade corresponde a 0,70% do território estadual e congre-

ga 0,44% da população Catarinense (SILVA et al., 2015).

Os cursos da área da saúde ofertados semestralmente de modo presencial incluem Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem, Educação Física, Psicologia e mais recentemente Medicina. Duas outras Universidades possuem pólos localizados no município de Fronteira (Rio Negro/PR). Estas universidades ofertam cursos relacionados a saúde na modalidade a distância e semipresenciais, tais como educação física, Serviços Social, gestão de Saúde Pública e Hospitalar. O município de Mafra tem em seu território ainda duas escolas de nível técnico que oferecem cursos técnicos na Área de enfermagem.

Em relação aos serviços, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Mafra (2014-2017) há no município 19 equipes de Estratégia Saúde da Família, uma Policlínica municipal que integra consultas especializadas, setores de vigilância epidemiológica e sanitária, uma Equipe de Apoio de Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma maternidade com UTI neonatal de autarquia do estado, um Hospital filantrópico com serviços de Médica e alta complexidade que integra UTI adulto, terapia renal substitutiva, hemoterapia e Captação de Órgãos para transplantes. Mafra é considerado centro de referência para os municípios circunvizinhos em relação aos serviços de maior complexidade (MAFRA, 2014).

Os limites da Integração do Ensino Serviço em Saúde

A integração ensino-serviço caracteriza-se como um trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, visando à qualidade da formação profissional e da atenção à saúde individual e coletiva da população, bem como, a satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBULQUERQUE et al, 2008, p.357).

Uma vez que as práticas profissionais devem ser reguladas a partir das necessidades de saúde da população, faz-se necessário transformá-las por meio da aproximação entre o ensino e os serviços, considerando que, para efetivar as diretrizes do SUS, é necessário assegurar-las no cotidiano das unidades de saúde (KUABARA, 2014).

A Educação Permanente se configura como uma prática de ensino-aprendizagem, em que a produção de conhecimentos se dá a par-

tir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e as experiências como base de interrogação e mudança (FRANCA et al., 2017). A experiência da Educação Permanente na Integração do Ensino Serviço no município de Mafra teve sua origem na construção coletiva do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP).

O NEP foi instituído em julho de 2016, por meio da Secretaria Municipal de Saúde/Administração Municipal, sendo reconhecido administrativamente em julho de 2017 pela Portaria nº 706/17. O NEP, constituído por equipe multidisciplinar (Enfermeiros (03), farmacêutica (01), assistente social (01), fonoaudióloga (01), técnico administrativo (01)) dos setores de Gestão, Atenção Básica, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Núcleo de Assistência Social e representante dos cursos de formação na área da saúde, passaram a realizar reuniões periódicas mensais trazendo como tema a integração ensino serviço. A proposição central do NEP era buscar a aproximação serviços e ensino, alicerçada na relação de parceria entre a universidade, escolas técnicas e os serviços locais de saúde, ao reconhecer estes espaços de interseção como de relevância para a formação em saúde, aproximando os saberes científicos com a práxis desenvolvida nos espaços locais de saúde.

O NEP passou a vislumbrar conflitos decorrentes de problemas e dificuldades na interseção entre as escolas de formação na área da saúde e as equipes que compõe os serviços de saúde. As queixas dos profissionais do serviço formalizadas à gestão envolviam desde o distanciamento dos objetivos acadêmicos da rotina de atividades já instituída nos serviços, o desenvolvimento das atividades acadêmicas (estágio Curricular, aula práticas ou pesquisas acadêmicas) desconsiderando os trabalhadores que lá estão, bem como, o desconhecimento dos acadêmicos sobre a organização da rede local de saúde, o que se tornava um limitante no processo de orientação dos usuários dentro da rede. Já as dificuldades apresentadas pelas escolas de formação eram de que havia grande desinteresse dos profissionais de saúde pela presença de acadêmicos em seus espaços de trabalho, fazendo com que a equipe não se envolvesse com as atividades propostas. Estas informações foram oriundas das vivências do cotidiano nos espaços de saúde.

Outra grande limitação identificada pelos profissionais do NEP era de que os serviços de saúde e seus usuários serviam como fonte de dados para pesquisas acadêmicas, no entanto, nem os serviços,

nem os usuários recebiam retorno dos resultados obtidos com os estudos. A inquietude com o relativo distanciamento entre os atores (ensino/trabalho) e a expressiva desarticulação entre teoria e prática, suscitou reflexões no espaço coletivo do NEP.

A experiência do Núcleo de Educação Permanente na Integração Ensino Serviço em Saúde

A estratégia do NEP para a Integração Ensino Serviço foi criar mais espaços para a interlocução entre os atores, fomentando o diálogo permanente com vistas a interferir e modificar o processo de trabalho, na organização da assistência, e no processo formativo acadêmico. O espaço para a interlocução dos atores e a aproximação ensino serviço se deu inicialmente em duas etapas. O NEP mapeou dentro do território os serviços que desejavam tornar seus espaços campo de ensino/aprendizagem.

Após reunião e consulta dos profissionais responsáveis por cada setor, identificou-se surpreendentemente que 100% dos serviços sob gestão do município tinham interesse em receber acadêmicos e alunos das escolas de formação, desde que houvesse uma construção planejada e coletiva de quais seriam as propostas e atividade desenvolvidas por cada ator. Posteriormente reuniram-se o NEP, atores dos serviços, professores e/ou coordenadores dos cursos da saúde, com o intuito de estreitar metodologicamente como aconteceriam os espaços de diálogo entre ensino serviço para que os objetivos convergissem entre as partes. Deste encontro se definiu que os docentes antes de acessarem os campos de práticas, apresentariam aos responsáveis pela Unidade de Saúde sua proposta de ensino, a fim de ser discutida e alinhada aos propósitos do ensino e do serviço.

Em cada semestre a universidade e os cursos técnicos da área da saúde solicitam o espaço da secretaria municipal de saúde para executar as atividades curriculares. O NEP agenda o encontro entre os profissionais da rede de serviço e os docentes do ensino para discutirem coletivamente as atividades letivas que se darão em campo ao longo do semestre. Esta estratégia acontece de modo longitudinal e permanente sempre que os atores julgarem necessário ajustar a condução das atividades.

Outro desafio identificado consiste no distanciamento e desconhecimento dos estudantes sobre a complexa organização da rede de saúde.

Fez-se necessário contextualizar a organização local da rede de saúde os situando na realidade instalada dos serviços e programas desenvolvidos pelo município. Com isso, buscou-se acolher e aproximar os atores. Neste contexto, o NEP entende que os profissionais do serviço devem sentir-se co-responsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como, os docentes devem cooperar na construção dos serviços.

Assim, o NEP propôs realizar a cada semestre, antes dos acadêmicos acessarem os serviços de saúde o “Curso Introdutório de Integração Ensino Serviço”. O curso desenvolvido pelos serviços de saúde e conduzido por equipe multidisciplinar tem carga horária de quatro horas e se destina aos acadêmicos de graduação, estudantes dos cursos técnicos, professores e coordenadores dos cursos de saúde. A atividade é executada pelos profissionais da rede de saúde que recebem os alunos em serviço, permitindo assim uma aproximação inicial. O curso adota além de abordagem expositiva dialogada, metodologias ativas. As temáticas abordadas incluem, “Política de saúde Brasileira com Enfoque no Sistema Único de Saúde”, “Organização da rede local de Saúde” e “Diálogo, Comunicação e Ética. As inscrições são online, sendo emitidas certificações. A participação nesta atividade é essencial para que os alunos e professores acessem os serviços de saúde do município para desenvolver as atividades de ensino, tais como aulas práticas, estágios e/ou pesquisas.

Com um ano de implantação do “Curso Introdutório de Integração Ensino Serviço”, já foram capacitados 360 estudantes de diferentes cursos da saúde (Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem, Educação Física, Psicologia entre outros).

A fim de mitigar outra problemática resultante do distanciamento ensino-serviço, que se caracterizava pelo não compartilhamento dos resultados das pesquisas acadêmicas desenvolvidas no espaço dos serviços, foi proposto e criado pelo NEP um banco de dados, com registros das pesquisas a serem desenvolvidas no campo de práticas, com informações sobre local de realização, público alvo, início e término previsto. Ao final de cada estudo, o NEP convida os pesquisadores a apresentarem aos serviços os resultados obtidos, na perspectiva de que os serviços possam conhecer os principais resultados e discutir propostas que busquem minorar os problemas identificados e abreviar o hiato existente entre o conhecimento e a sua utilização em benefício da população promovendo maneiras melhores, e mais efetivas, de proteger e promover a saúde.

Conforme apontado por autores como Franca (2017) a proposta se alicerça na indução da participação ativa dos docentes, discentes e trabalhadores na construção de propostas consoantes com a atenção e a gestão em saúde com vistas a qualificar o sistema de saúde.

Considerações finais

A atuação do Núcleo de Educação Permanente na integração entre as escolas de ensino em saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Mafra é ainda um processo em construção. No entanto, as primeiras experiências já trouxeram evidências de que o diálogo, a troca de saberes e as ações compartilhadas entre alunos, docentes e profissionais são capazes de operar mudanças tanto no ensino como no serviço.

O NEP atua como mola propulsora no processo transformador e permite identificar sinais iniciais dos desafios e das potencialidades na formação para o SUS. O diálogo ensino serviço permitiu criar novas maneiras de realizar atividades, com maior aceitação e compartilhamento entre os coletivos de ensino e trabalho. Por fim, entendemos que a complexidade do processo de integração ensino serviço sinaliza que os resultados aqui apresentados são aproximações ainda iniciais que não esgotam o universo de questões que cercam o processo de formação em saúde.

Referências

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p: 356-362, 2008.

ALMEIDA, M.M; MORAIS, R.P; GUIMARÃES, D.F; MACHADO, M.F.A.S; DINIZ, R.C.M; NUTO, S.A.S. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: A experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de Graduação. **Rev. bras. educ. méd.** v.36, n1, p:119-26, 2012.

BRASIL. Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, 2007.

CARDOSO, M.L.M et al . A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática.

Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017 .

FRANCA, T. et al . Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017 .

FINKLER, M; CAETANO, J.C; RAMOS, F.R.S. Integração ensino serviço no processo de formação profissional. **Interface Comun. Saúde Educação**. v.15, n.39, p: 1053-67, 2011.

GONZÁLEZ, A.D; ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência Saúde Coletiva**. v.3, n.15, p:757-62, 2010.

KUABARA, C.T.M, SALES, P.R.S; MARIN, M.J.S. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.18, n.1, p: 95- 201, 2014.

IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em jul 2017.

MAFRA. **Plano Municipal de Saúde**, 2014-2017. Disponível em < <http://www.mafra.sc.gov.br>>. Acesso em nov 2017.

MASSOTE, A.W; BELISÁRIO, S.A; GONTIJO, E.D. Atenção Primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. med**.v.35, n.4, p: 445-53, 2011.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. 2012. **Rev. bras. educ. méd**. v.36, n.1, p:170-7, 2012.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2010.

SILVA, S.P. et. al. **Plano de desenvolvimento institucional**: 2015-2019. Universidade do Contestado, 2015.



TELESSAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

*Luise Lüdke Dolny
Josimari Telino de Lacerda
Luana Gabriele Nilson
Elis Roberta Monteiro
Marcos Aurélio Maeyama
Maria Cristina Marino Calvo*

Introdução

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) têm revolucionado a maneira como as pessoas se comunicam e interagem. Na área da saúde, o uso das TIC está relacionado à expectativa de melhoria no acesso, qualidade e redução de custos para os sistemas de saúde (WHO, 2010). Com a liberação da internet para fins comerciais na década de 1990, novas tecnologias digitais foram rapidamente criadas e integradas às práticas de saúde, substituindo suas formas analógicas. Nesse contexto, aplicativos de web passaram a ser utilizados, como e-mail, teleconsultas e teleconferências pela internet, transmissão digital de imagem e vídeo (WHO, 2010).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) conclui que em países desenvolvidos o uso de TIC em saúde está focado especialmente no diagnóstico, manejo clínico e monitoramento remoto de pacientes. Já nos países em desenvolvimento, os serviços estão focados em conectar profissionais de saúde com especialistas, hospitais de referência e serviços de alta complexidade para consultoria (WHO, 2010). Para além do apoio às práticas assistenciais, pesquisas em diversos países apresentam exemplos de aplicação das TIC também para apoio à qualificação dos profissionais de saúde por meio de ações educativas a distância (SILVA, 2014; SANTOS et al, 2006; BAGAYOKO et al, 2013; RUBIÓ, 2011; ENGLE et al, 2013; VARGAS et al 2016).

A incorporação das TIC para na assistência à saúde no Brasil foi alicerçada na evolução tecnológica nas áreas de eletrônica, telecomunicação e computação, e na aplicação de conceitos da telemedicina nas diversas áreas de saúde (WEN, 2008). Há registros na literatura de que o UniCor e o Hospital do Coração já aplicavam monitoração de eletrocardiograma dos quartos para Unidades Coronarianas na década de 1980, porém os primeiros relatos de telemedicina e telessaúde de forma mais estruturada no país são do início da década de 1990, nas áreas pública e privada e sem relação entre si. Nos anos 1990 realizavam-se ações de telecardiologia, videoconferências e os primeiros sites oficiais sobre saúde, de forma mais centralizada nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (EL-KHOURI, 2003).

O uso das TIC na saúde é traduzido e descrito por meio de diversos termos e definições como Telemedicina, Telessaúde, e-Saúde. Os conceitos e estratégias de desenvolvimento de atividades relacionadas a esses termos variam de país para país e de suas políticas de aplicação.

O Ministério da Saúde (MS) incorporou o termo Telessaúde para indicar o uso de TIC no Sistema Único de Saúde (SUS) e criou o Programa Nacional Telessaúde Brasil, em 2007, com financiamento inicial de nove Núcleos Piloto de Telessaúde nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, coordenados em parceria entre as Universidades Federais e as Secretarias Estaduais de Saúde. Posteriormente o Programa foi denominado Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011).

Os serviços ofertados pelos Núcleos de Telessaúde estão inseridos no contexto de implementação do SUS, e seus dois principais objetivos são dar apoio assistencial e apoio às ações de educação permanente em saúde (BRASIL, 2012). Trata-se de uma das estratégias do MS, por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), para transformação de práticas e alcance das competências necessárias às equipes para adoção do modelo de atenção que tem a Atenção Básica à Saúde (ABS) como coordenadora do cuidado.

O objetivo deste manuscrito é apresentar a experiência do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina no apoio à educação permanente em saúde dos profissionais que atuam na ABS, assim como discutir o papel do Telessaúde Brasil Redes como estratégia de Educação Permanente em Saúde a distância.

Serviços de Telessaúde: estratégia para Educação Permanente a Distância no SUS

A Educação a Distância (EaD) é uma modalidade de educação prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB nº 9.394/96). No artigo 80 da LDB é dada ao Poder Público a responsabilidade de incentivar o “desenvolvimento e a veiculação de programas de ensino a distância, em todos os níveis e modalidades de ensino, e de educação continuada” (BRASIL, 1996). A regulamentação do artigo 80 é feita por meio do Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005). Valente (2012) justifica a importância do investimento em Educação a Distância no Brasil, considerando suas dimensões geográficas e o tamanho da população a ser qualificada para atuação na sociedade. Dessa forma, a EaD é uma alternativa importante.

No contexto do SUS, onde se identifica uma demanda por profissionais qualificados com baixos custos e em curto prazo, essa modalidade tem ganhado força e espaço na promoção da Educação Permanente em Saúde (OLIVEIRA, 2007; FERRAZ, 2013).

A EaD facilita o ensino da educação permanente, devido a facilidade de acesso, menor custo e menor tempo com deslocamento, possibilitando de forma rápida e acessível a um grande número de pessoas os recursos educativos oferecidos (CARNEIRO; BRANT, 2013, p. 500).

No entanto, é necessário estar alerta para que processos de EPS a distância não sejam apenas uma máscara inovadora para processos educativos tradicionais, que não prezam pela dialogicidade, mas que antes tratam os alunos como depósitos de informação (COSTA, 2009; RANGEL-S; GUIMARÃES; PAIM, 2016; VARGAS et al, 2016). Costa et al (2012, p. 49) destacam a relevância da EaD e seu papel na consolidação da reforma sanitária “mediante a formação e a educação permanente da força de trabalho em saúde, que deve estar preparada para enfrentar mudanças e acompanhar o acelerado avanço científico e tecnológico da sociedade contemporânea”.

A Educação Permanente a Distância é considerada uma importante ferramenta para apoio aos profissionais de saúde na tomada de consciência dos avanços do conhecimento para a saúde, o que consequentemente torna seu trabalho mais efetivo e qualificado. Nesse sentido, otimiza e facilita a aprendizagem em serviço por meio de TIC, evitando

deslocamentos para grandes centros (OLIVEIRA, 2007).

Os autores dessa área demonstram a importância do papel da EaD no SUS, pois a aplicação dessa modalidade exige do profissional uma postura proativa, de busca pelo diálogo, pela troca de experiências e autonomia, preconizadas por processos legítimos de Educação Permanente (COSTA, 2009; RANGEL-S; GUIMARÃES; PAIM, 2016). Carneiro e Brant (2013) identificam vantagens e pontos frágeis da EPS mediada por TIC no âmbito da gestão de serviços. Como vantagens, destacam o aperfeiçoamento de mecanismos participativos (trocas entre profissionais de diversas áreas), a segurança para tomada de decisões e a diminuição do isolamento profissional em áreas distantes.

Os serviços de telessaúde se apresentam como uma possibilidade segura de conexão entre os serviços de saúde e as universidades, no sentido de apoiar os profissionais em seu próprio local de trabalho, sendo uma potente ferramenta de EPS (PINTO, 2016; CARNEIRO; BRANT, 2013; LUCENA; DINIZ JUNIOR; DINIZ, 2015).

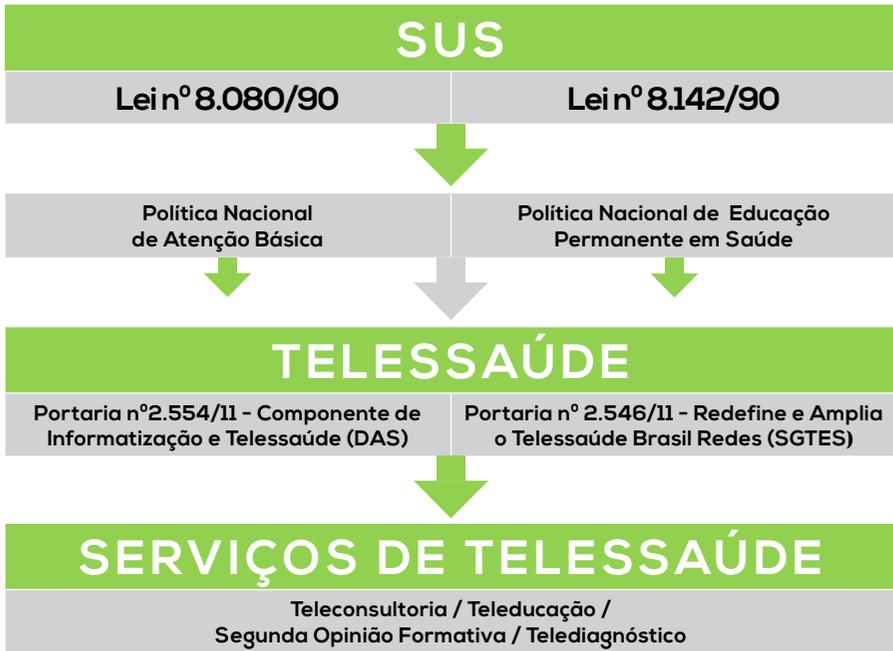
Podemos destacar alguns pontos frágeis: dificuldades com a conectividade no Brasil; dificuldade de aceitação das TIC pelos profissionais de saúde, por privilegiarem a aprendizagem coletiva com foco em mudança de paradigma; questões éticas e de segurança na transmissão de informações. Destacam ainda o desconhecimento e a falta de apoio dos gestores e coordenadores da saúde para a EPS, além do uso das TIC como uma forte barreira para o fomento e incentivo do uso dos serviços de Telessaúde como dispositivo de EPS (CARNEIRO; BRANT, 2013).

Os serviços de Telessaúde ofertados pelos Núcleos do Programa Telessaúde Brasil Redes são identificados como estratégicos para o apoio à Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica do SUS, por meio de TIC e modelos da EaD. O Manual de Telessaúde para a Atenção Básica/Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2012) resume os objetivos do Programa Nacional para os Núcleos de Telessaúde quando afirma que:

O Programa Telessaúde Brasil Redes objetiva não apenas fomentar as atividades de EPS, aproximando-as das equipes de APS localizadas em qualquer ponto do país, mas ofertar estratégias de apoio assistencial que fortaleçam a integração entre os serviços de saúde ampliando a resolutividade dos mesmos (p. 22, grifo meu).

A **Figura 1** apresenta o contexto de inserção do Programa Telessaúde Brasil Redes no SUS e é nesse sentido que os Núcleos de Telessaúde devem atuar, pensando na oferta dos serviços como estratégia de qualificação das práticas de saúde inseridas no contexto do nível de ABS por meio do uso de tecnologias de Educação Permanente e apoio clínico assistencial a distância, para problematização do processo de trabalho neste nível de atenção.

Figura 1 – O contexto do objeto de estudo no SUS.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Os serviços de Telessaúde estão descritos no Art. 2º da Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, e cada Núcleo de Telessaúde tem liberdade de planejar e organizar a oferta dos serviços precinizados, respeitando as demandas e necessidades locais (BRASIL, 2011). Os serviços são:

I - Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas

sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

- a) Síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência;
- b) Assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line;

II - Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal;

III - Segunda Opinião Formativa (SOF): resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS; e

IV - Tele-educação: webpalestras, aulas e cursos ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

Pinto, Souza e Ferla (2014), ao analisarem questões relativas a Educação Permanente no cotidiano das equipes de Atenção Básica, a partir de dados coletados na etapa de avaliação externa do primeiro ciclo PMAQ-AB, realizada em 2012, identificam os serviços de telessaúde como a atividade de EPS mais citada pelas equipes de ABS. As respostas positivas para o uso do Telessaúde como modalidade de Educação Permanente foram também detalhadas em tipo de serviço de Telessaúde utilizado com maior frequência, sendo a Teleconsultoria o serviço mais utilizado, seguida da Segunda Opinião Formativa, do Telediagnóstico e dos demais serviços (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

Destaca-se a potencialidade dos serviços de telessaúde para o aumento da resolubilidade na ABS, para a aprendizagem e promoção do diálogo entre ABS e Atenção Especializada (AE), para o desenvolvimento de atividades de matriciamento, para ampliação da capacidade de diálogo entre profissionais e entre serviços de saúde dentro do contexto das demandas locais, para fixar os profissionais de saúde nos locais de difícil acesso, para agilizar o atendimento aos usuários, para reduzir custos e para integrar ensino e serviço (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014; MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014).

O Núcleo Telessaúde de Santa Catarina

O início da história de Santa Catarina com ações de telemedicina e telessaúde foi em 1997, quando foi criado o Grupo Cyclops na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que trabalha desde então com a produção de tecnologias de software para uso de TIC em saúde (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013). A partir das demandas do grupo e da parceria firmada com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em 2005 foi criada a Rede Catarinense de Telemedicina (RCTM), conectando inicialmente cinco municípios do extremo oeste catarinense a Florianópolis para a realização de telediagnóstico via web em larga escala e usando tecnologia inteiramente nacional. Desde o início, os serviços ofertados foram pensados para a ampliação do acesso aos serviços de saúde pelas pessoas, com menor custo e tempo de espera, a laudos de exames e diagnósticos (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013).

O Estado Santa Catarina tinha experiência em Telemedicina desde 2005, com uma cobertura de rede em torno de 60 municípios. O estado foi um dos nove estados escolhidos para constituir um Núcleo de Telessaúde, por meio da Portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007 (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013).

As atividades do Projeto Nacional de Telessaúde aplicado à ABS começaram a ser desenvolvidas efetivamente em 2008, contando com a participação e articulação entre o Hospital Universitário, o Curso de Pós-graduação em Saúde Pública da UFSC, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), a Secretaria de Estado da Saúde e a Escola de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013). No princípio, foram distribuídos 100 computadores em Unidades Básicas de Saúde do interior do Estado que permitiram a estruturação de uma rede de serviços de educação permanente, a princípio com oferta de webpalestras e teleconsultorias.

Em 2010 a Telemedicina e o Telessaúde foram integrados, formando o Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT). Um único sistema passou a oferecer laudos a distância de diversas modalidades, acesso dos pacientes aos seus exames, Webpalestras, Teleconsultorias Síncronas e Assíncronas e também Cursos a Distância foram iniciados neste ano. Em 2015, de acordo com as novas diretrizes da Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho (SGTES) e do Departamento de Atenção Básica (DAB), o Núcleo Telessaúde SC passou a investir em ferramentas e recursos humanos para ampliar a oferta dos serviços de

Teleconsultoria Assíncrona e Síncrona, e também ampliou os tipos de atividades educacionais para o serviço de tele-educação, considerando também, além de cursos a distância e webpalestras, a oferta de webseminários, fóruns de discussão, reuniões de matriciamento.

O Telessaúde SC estabeleceu como missão o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS) e a promoção do protagonismo de suas equipes no Estado. Toda a sua história está alicerçada na articulação e trabalho interinstitucional envolvendo ensino (UFSC) e serviço (SES/SC), sempre orientados pelos fundamentos da EPS em busca da transformação da realidade e fortalecimento da ABS e do SUS (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017a).

Os serviços de Teleconsultoria e Telediagnóstico partem de uma demanda direta e local dos profissionais cadastrados no Núcleo. A partir de uma dúvida registrada ou da solicitação de um exame (lógica ascendente), os teleconsultores têm a possibilidade de problematizar com o profissional requerente as questões específicas de seu processo de trabalho ou de sua prática clínica, apoiando a busca pela melhor evidência científica e apoiando a tomada de decisão para transformação e qualificação do cuidado em saúde, estimulando o trabalho em equipe e a escuta qualificada da população atendida.

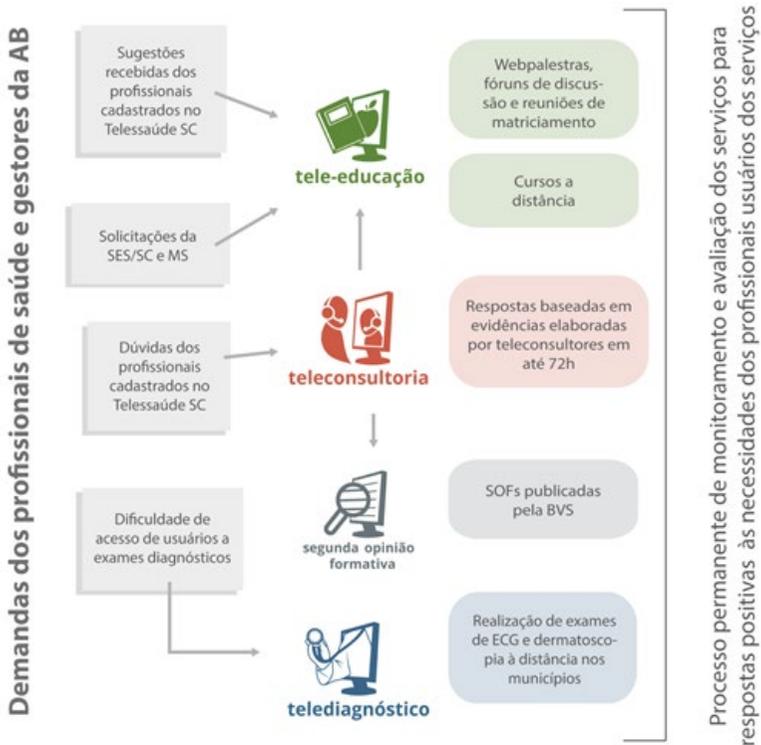
Ao analisarmos esse processo, é possível identificar as etapas da metodologia da problematização (identificação de problemas da realidade de trabalho, teorização e intervenção) dentro do fluxo desses serviços. As respostas de SOF, apesar de ser um banco de dados de uso direto do profissional, sem interação com um teleconsultor do Núcleo de Telessaúde, são também uma importante ferramenta de EPS. A busca do profissional no banco de SOF parte de uma dúvida gerada no trabalho e por uma necessidade de aprendizado. Manter o banco de SOF atualizado, com respostas bem elaboradas e embasadas na melhor evidência científica, é um importante trabalho do Telessaúde SC.

O serviço de Tele-educação tem um caráter transversal aos demais serviços do Núcleo, dando base para dúvidas mais comuns recebidas pelas teleconsultorias. Este serviço é responsável pela oferta de atividades educativas na modalidade a distância e tem como foco a contínua reflexão e avaliação dos processos e fluxos no cotidiano das equipes. Pinto (2016) pondera que ações educativas também podem ser propostas às equipes como uma demanda que vem “de fora para dentro” dessas equipes, como é nas atividades de tele-educação que são iniciativas do Núcleo Telessaúde SC a partir de sua leitura das de-

mandas de qualificação para as equipes de ABS. É muito importante que essas propostas sejam capazes de sensibilizar os profissionais para a problematização de seu processo de trabalho e que façam parte de uma agenda de mudança para consolidação do SUS.

A oferta de todos os serviços de telessaúde deve estar alinhada com as necessidades e demandas dos profissionais, produzindo objetos de aprendizagem sobre temas relacionados ao fortalecimento do processo de trabalho e da assistência em saúde, com foco na problematização e na potencialização da capacidade de reflexão dos profissionais. As demandas dos profissionais de saúde para oferta dos serviços de telessaúde e para composição dos objetos de aprendizagem elaborados são identificadas de três maneiras pelo Telessaúde SC.

Figura 2. Fluxo de identificação das demandas de qualificação para oferta dos serviços de telessaúde pelo Telessaúde SC.



Fonte: Elaborada pelos autores.

O contato direto com os usuários dos serviços do Telessaúde SC é realizado por meio de enquetes durante a transmissão das webpalestras e também em enquetes na página do Facebook do Telessaúde SC, onde os profissionais podem registrar sugestões de temas para os objetos de aprendizagem. A partir dessa lista de temas sugeridos é identificado o tipo de serviço que pode melhor atender a demanda e a atividade é realizada ao longo do ano.

As temáticas a serem abordadas são selecionadas durante a oferta dos serviços de Telessaúde que são comuns a outras equipes e municípios. A equipe avalia a magnitude do problema e qual a melhor atividade para a situação. No caso de webpalestras, seminários ou fóruns, buscam-se palestrantes que atuam na temática proposta. Para os minicursos, são elaboradas matrizes com os conteúdos e unidades necessárias, identificam-se os conteudistas, com os quais é acordada a metodologia de execução e o cronograma de atividades para desenvolvimento do minicurso. Também podem ser elaboradas respostas de Segunda Opinião Formativa onde os teleconsultores elaboram as respostas adequadas à resolução dos problemas, baseadas em evidências científicas.

O Telessaúde em Santa Catarina atua em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) para responder às demandas institucionais. MS e SES/SC demandam apoio para implantação de ações ou de programas estratégicos, como, por exemplo, nos casos de Dengue, Zika, na implantação da estratégia e-SUS AB ou do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Nesse caso, os técnicos da SES/SC ou do MS, ao identificarem necessidade de capacitação das equipes de ABS em uma temática específica, entram em contato com a equipe do Telessaúde SC e em conjunto são pensadas as possibilidades de ações para atender a demanda. Por meio dessas iniciativas, o Telessaúde SC pretende aproximar a oferta e produção dos serviços do que realmente é necessidade de aprendizagem das equipes de ABS, criando um canal de comunicação permanente entre teleconsultores e profissionais, caracterizando desta forma a educação permanente em saúde.

Os serviços de telessaúde têm grande potencial de, a partir do apoio clínico assistencial, auxiliar as equipes na redução de encaminhamentos desnecessários e na qualificação do cuidado prestado à população. Da mesma maneira que, a partir do apoio à educação permanente, pode auxiliar as equipes na transformação e qualificação dos processos de trabalho no sentido de um SUS mais forte e próximo da população.

O propósito é que os conteúdos trabalhados em todos os serviços de telessaúde no Núcleo SC sejam pensados com base na identificação dos problemas do contexto de trabalho, na ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local, no trabalho interdisciplinar e no protagonismo das equipes na tomada de decisão, dimensões fundamentais de uma ação de educação permanente em saúde (HADAAD et al, 1994; CECCIM; FERLA, 2008; DAVINI, 2009; FIGUEIREDO et al, 2014; MERHY; FEUERWEKER; 2014).

Os resultados desse investimento podem ser observados no aumento do número de participações em cada serviço ao longo dos anos. O Quadro 1 demonstra essa evolução histórica de cada serviço.

Quadro 1: Evolução histórica no número de participações em serviços de telessaúde pelo Telessaúde SC, de 2012 a 2016.

* Nos cursos a distância é apresentado o número de concluintes.

Serviços de Telessaúde	2012	2013	2014	2015	2016
SOF	0	7	59	72	71
Cursos a Distância*	206	385	720	1015	2062
Teleconsultorias	333	2.881	1.574	4.479	15.122
Webpalestras	16.449	17.688	13.090	15.591	24.907
Telediagnóstico	135.809	174.933	213.129	210.049	232.113

Fonte: NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017b.

O serviço com maior taxa de crescimento nos últimos cinco anos foi a Teleconsultoria, com 4.000% de crescimento. Em seguida vem a publicação de SOF no site da Biblioteca Virtual em Saúde, que nesse período cresceu 914%. Os cursos a distância vêm na sequência, com um aumento de 900% no número de alunos concluintes (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017b).

A SOF passou a ser desenvolvida com o formato atual (a partir de teleconsultorias) em 2013, sendo construídas e enviadas para a Bireme em média 42 respostas por ano (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017b). As webpalestras tiveram uma oscilação no número de participações ao longo dos anos. Isso pode ser explicado pelo número limitado de vagas na sala virtual utilizada para transmissão das webpalestras, que até

2014 era de 100 pontos conectados simultaneamente. A partir de 2015, com o uso de uma sala de 300 pontos conectados simultaneamente, foi possível atender um maior número de participantes. A taxa de crescimento na participação desse serviço foi de 51,4% nesses cinco anos (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017b).

Em 2016 o serviço de telediagnóstico emitiu 232.113 laudos de exames a distância e conquistou uma taxa de crescimento de 70,9% neste período (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017b). Esses resultados demonstram a grande procura por serviços de telessaúde em SC e que o Núcleo tem potencial para apoiar os profissionais da ABS por meio de seus serviços.

Avaliação dos serviços oferecidos

Todos os serviços ofertados pelo Telessaúde SC são avaliados pelos profissionais de saúde de acordo com os indicadores previstos na Nota Técnica nº 50/2015 (BRASIL, 2015). Após a participação em cada serviço, o profissional tem a oportunidade de dar sua opinião sobre a qualidade e pertinência das respostas de teleconsultoria, dos conteúdos e materiais dos cursos, dos palestrantes e temas das webpalestras. A partir dessas opiniões, a equipe do telessaúde tem subsídios para repensar a oferta, redirecionar as abordagens e metodologias utilizadas e ainda qualificar os profissionais selecionados para melhor atender às expectativas e necessidades das equipes de ABS.

O processo de revisão das teleconsultorias para formatação das SOF é realizado em reuniões periódicas com a participação do grupo multiprofissional de teleconsultores. As teleconsultorias selecionadas são discutidas, revisadas, anonimizadas e configuradas em formato padronizado para envio à Bireme, que faz uma nova revisão antes da publicação na página da Biblioteca Virtual em Saúde.

Um estudo exploratório do uso dos serviços ofertados pelo Telessaúde SC, realizado, em 2016, levantou a opinião de 65 profissionais de saúde de equipes selecionadas sobre a qualidade dos serviços ofertados, dentre outros aspectos (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017c). Sobre as modalidades do serviço de tele-educação, dentre os profissionais que afirmaram participar das webpalestras, 51% considerou os palestrantes sempre qualificados, 46% quase sempre qualificados e 3% às vezes qualificados. Dos profissionais que afirmaram participar dos cursos a distância, 90% consideraram os materiais didáticos de qualidade e 10% quase

sempre de qualidade. E ainda 80% considerou a metodologia utilizada (autoinstrucional) como adequada (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017c).

As respostas das teleconsultorias foram consideradas sempre qualificadas por 59% dos respondentes que afirmaram utilizar o serviço, e 41% considerou as respostas quase sempre qualificadas. Já entre os que afirmaram utilizar as SOF, 60% consideram as respostas das SOF sempre esclarecedoras e úteis, e 40% considera que quase sempre são esclarecedoras e úteis.

No serviço de Telediagnóstico, 56% dos respondentes que utilizam o serviço de telecardiologia afirmam que os laudos são sempre claros e úteis para a tomada de decisão clínica. Na modalidade de teledermatologia, 54% afirma que os laudos são sempre claros e úteis para a tomada de decisão clínica.

Além disso, a coordenação do Telessaúde SC também vem investindo no desenvolvimento de pesquisas de avaliação do Núcleo, apoiando e incentivando profissionais que atuam no Núcleo e também estudantes do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017c). Duas teses de doutorado estão em andamento, cujos objetivos são as proposições de modelos de avaliação de um Núcleo de Telessaúde como apoio às ações de Educação Permanente em Saúde e também como apoio à tomada de decisão clínica. Essas pesquisas estão contribuindo para a ampliação do conhecimento do uso dos serviços de telessaúde em Santa Catarina.

Conclusão

Em 10 anos de atuação, o Núcleo Telessaúde SC vem avançando na implementação e qualificação de seus serviços. O apoio à Educação Permanente por meio dos serviços de telessaúde é um dos objetivos do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Assim, cumprir com esse objetivo é uma preocupação dos profissionais e coordenação do Núcleo.

Os serviços de telessaúde são considerados ferramentas importantes no apoio à consolidação de ações de educação permanente em saúde para profissionais da Atenção Básica, no sentido de estimular e fomentar a autonomia destes no uso dos serviços e objetos de aprendizagem da forma que for mais conveniente para atender suas demandas específicas e locais.

Ser apoio à educação permanente dos profissionais da Atenção Básica em Santa Catarina é um desafio complexo para o Núcleo de Telessaúde. Estudos e pesquisas acadêmicas estão sendo desenvolvidas para apoiar a tomada de decisão da coordenação do Núcleo com o objetivo de aprimorar e qualificar os serviços para essa finalidade.

Referências

BAGAYOKO, C. O. et al. Continuing Distance Education: A Capacity-Building Tool for the De-isolation of Care Professionals and Researchers. **Journal of General Internal Medicine**, v. 28, n. 3, p. 666-670, 2013.

BRASIL. **Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005**. Regulamenta o art. 80 da Lei n o 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 2005.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546, de 27 de novembro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Manual de telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 123 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica nº50/2015-DEGES/SGTES/MS**: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

CARNEIRO, V. F.; BRANT, L. C. Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 2365-2387, 2013.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Educação permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. **Dicionário de educação permanente em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 162-168, 2008.

COSTA, M. A. **Educação a distância em saúde**: um exercício teó-

rico e epistemológico na aproximação destas áreas. Niterói, 2009. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2009/CD/trabalhos/1452009203611.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

COSTA, M. A. et al. **EAD e saúde**: aproximação entre as áreas a partir da experiência de um curso na Fundação Oswaldo Cruz. *EAD em Foco*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 48-118, 2012.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 39-58, 2009.

EL KHORI, S. G. Telemedicina: **Análise da sua evolução no Brasil**. 2004. 238 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. 247 p.

ENGLE, X. et al. Combining continuing education with expert consultation via telemedicine in Cambodia. **Tropical Doctor**, v. 44, n. 2, p. 62-68, 2013.

FERRAZ, L. L. A Educação a Distância na educação permanente dos profissionais da saúde: revisão. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Edição especial, p. 2118-2127, 2013.

FIGUEIREDO, M. C. B. de et al (orgs). **Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014. 320 p.

HADDAD Q, J; ROSCHKE, M. A. C; DAVINI, M. C. **EPS: Educacion Permanente de Personal de Salud**. Washington, D. C: Organizacion Panamericana de La Salud, 1994. 247 p.

LUCENA, B. E. B; DINIZ JÚNIOR, J; DINIZ, R. V. Z. Telessaúde como ferramenta de apoio à Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre as teleconsultorias em cardiologia. **Revista Brasileira de Inovação em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 13-25, 2015.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Saúde em Debate**, v. 1, n. 51, p. 14-29, 2014.

MERHY, E. E; FEUERWEKER, L. C. M. Educação permanente em Saúde:

educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. S.; GALLO, E.; GOMBERG, E. (org). **Informar e Educar em Saúde**: análises e experiências. Salvador: EDUFBA, Fiocruz, p. 9-26, 2014.

NÚCLEO TELESSAÚDE SC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Projeto do Núcleo Telessaúde Santa Catarina**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2017a.

NÚCLEO TELESSAÚDE SC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Relatórios de Monitoramento das participações de todos os serviços de Telessaúde de 2012 a julho de 2017**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2017b.

NÚCLEO TELESSAÚDE SC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Relatório final do Projeto 401211/2013-4 - Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina**. Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde. Relatório. Digitalizado. Florianópolis, 2017c.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação a Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

PINTO, H. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: GOMES, L. B; BARBOSA, M. G; FERLA, A. A. (Org). **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas**: Conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede Unida, p. 23-65, 2016.

PINTO, H. A; SOUZA, A. N. A; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 1, n. 51, p. 43-57, 2014.

RANGEL-S, M. L; GUIMARÃES, J. M; PAIM, M. C. Educação a Distância em Saúde Coletiva. In: RANGEL-S, M. L.; RICCIO, N. C. R.; GUIMARÃES, J. M. M. **Educação a distância em saúde coletiva**: interfaces na formação profissional. Salvador: Edufba, 2016.

RUBIÓ, F. S. Aprendizaje colaborativo en red: el caso del Laboratorio de Telemedicina. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 3, p. 254-256, 2011.

SANTOS, A. F. et al. **Telessaúde**: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006. 502

SILVA, A. B. **Telessaúde no Brasil**: Conceito e Aplicações. Rio de Janeiro: Doc Editora, 2014.

VALENTE, José Armando. **O papel da interação e as diferentes concepções de educação a Distância**. SENAC: Curso de Especialização em Educação a Distância, 2012. (Texto didático Curso de Especialização em Educação a Distância – SENAC/RS).

VARGAS, F. M. A. et al. A educação a distância na qualificação de profissionais para o Sistema Único De Saúde: metaestudo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 849-870, 2016.

VON WANGEHEIM, A; CAVALCANTE, C; WAGNER, H. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): Telemedicina e Telessaúde. In: MESSINA, L.A.; RIBEIRO FILHO, J.L. **Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota**: Fase I (2006-2009). 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. p. 158-171.

WEN, C. L. Telemedicina e Telessaúde – Um panorama no Brasil. **Informativa Pública**, ano 10, n. 2, p. 07-15, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Telemedicine: opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth 2009**. Genebra: World Health Organization, 2010. 93 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44497/1/9789241564144_eng.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.



INOVANDO EM TEMPOS DE CRISE: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DE UMA ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

*Andiara Sopelsa
Alessandra Dias da Silva
Ascendino Roberto dos Santos
Marcos A. Meira
Petrocelli Fabiano Marcelina*

Introdução

O estado de Santa Catarina apresente indicadores sociais e econômicos mais favoráveis do que vários Estados brasileiros, mesmo assim, é inegável que, ao longo dos últimos anos, a crise econômica tem dificultado o investimento público em ações imprescindíveis para a população catarinense nas áreas da educação e da saúde. Assim, desenvolver ações de formação torna-se um desafio, pois em tempos de crise econômica, o gestor, precisa estar alinhado com as tendências modernas da administração pública revelando assim sua capacidade inventiva, pois não basta um olhar crítico sobre a realidade, é preciso agir a fim de provocar mudanças nesse contexto.

Acreditando nisso, e a fim de não depender exclusivamente dos recursos oriundos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, a Escola de Formação em Saúde precisou se “reinventar” e “abraçar” todas as oportunidades oferecidas, produzindo novas ações que pudessem agregar novos valores e conceitos para continuar oferecendo cursos de qualidade na área da Saúde.

Neste trabalho relataremos as ideias inovadoras que surgiram e estão sendo colocadas em prática na Escola de Formação em Saúde, que visa aproximar a EFOS da comunidade catarinense, consolidando sua posição no cenário educacional como um centro de referência em educação permanente de profissionais em nível técnico na área da saúde no Estado de Santa Catarina.

História da Escola de Formação em Saúde

A Escola de Formação em Saúde (EFOS) foi fundada em 09 de julho de 1993, sob a Lei Complementar nº 091/93, através do Ato nº 873/93, publicado no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina (DOE) em 07/10/93, que criou o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CEDRHUS) e alterou a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde nessa área. (SANTA CATARINA, 2016).

Em 2005 a estrutura organizacional da já então denominada Escola de Formação em Saúde (EFOS), figurava como gerência subordinada à Diretoria de Recursos Humanos (DIRH) da Secretaria Estadual de Saúde (LC nº 284, de 28/02/2005). E no início do ano de 2007, a EFOS ficou vinculada à recém-criada Diretoria de Educação Permanente em Saúde – DEPS. (SANTA CATARINA, 2016).

A Escola de Formação em Saúde (EFOS) está subordinada à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - SES/SC, sendo uma entidade pública do setor da Saúde, que oferece cursos aos profissionais da saúde que são em sua maioria financiados pelo Ministério da Saúde. No entanto, há ocasiões em que os recursos vêm através de outras parcerias realizadas, incumbindo ao Estado a contrapartida de 30% do valor total dos recursos.

As diretrizes e orientações para a formação dos trabalhadores de nível técnico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estão descritas na Portaria GM/MS nº. 1.996, Anexo III, de 20/08/2007, salientam que:

A formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da Política Nacional de Saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

A referida legislação observa ainda que a formação desses trabalhadores deve ser executada preferencialmente pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS). Desse modo, as ETSUS precisam atuar como instâncias de articulação da Educação Permanente em Saúde (EPS), envolvendo os diversos atores na condução dessa Política. Em meio a muitos desafios, a EFOS se mantém ativa e inserida nas questões relacionadas à EPS nas treze Regiões de Saúde de sua abrangência: Extremo Oeste, Xanxerê, Oeste, Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste,

Alto Vale do Rio do Peixe, Grande Florianópolis, Laguna, Carbonífera, Extremo Sul, Nordeste, Planalto Norte e Serra Catarinense. As demais três Regiões de Saúde são abrangidas pela Escola Técnica do SUS vinculada ao município de Blumenau.

No momento atual, a Escola de Formação em Saúde possui três turmas do curso Técnico em Enfermagem em sua Sede, uma no município de Criciúma (Região Carbonífera) e outra no município de Joaçaba (Região Meio Oeste). Há, também, uma turma de Especialização Nível Médio em Urgência e Emergência em sua Sede, uma turma de Especialização Nível Médio em Saúde Mental no município de Concórdia (Região Alto Uruguai Catarinense) e uma turma de Especialização Nível Médio em Saúde do Idoso em Criciúma (Região Carbonífera).

Além dos cursos Técnicos e Especializações, a EFOS é responsável pela realização de diversos aperfeiçoamentos e capacitações nas 13 Regiões de Saúde de sua abrangência. Além disso, já iniciou o Projeto Itinerários do Saber, nova proposta de cursos nas modalidades presencial, semipresencial e/ou a distância, visando a qualificação dos profissionais do SUS. Conforme a demanda encaminhada pela EFOS à coordenação do Projeto, a Escola dispõe de 5.598 vagas previstas para cursos nos eixos de Acolhimento em Saúde; Saúde Mental; Segurança do Paciente e Vigilância em Saúde. (ITINERÁRIOS DO SABER, 2017).

Após a inauguração da nova Sede, em 2016, a EFOS conta com uma estrutura moderna de cinco andares, distribuída em quatro salas de aula, um auditório, sete salas administrativas, uma biblioteca, laboratórios (enfermagem, odontologia e de informática), além de refeitório para os alunos e outro para os funcionários. A nova Sede da Escola vem proporcionando uma maior qualidade de ensino aos alunos, permitindo à EFOS oferecer cursos de nível médio, especialização técnica nível médio e qualificações de acordo com as necessidades do SUS no Estado de Santa Catarina, a serem desenvolvidos, prioritariamente, em serviço, concretizando os objetivos específicos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

As novas instalações da EFOS estão a serviço de nossas aspirações em atender com mais efetividade as proposições da política voltada à Educação Permanente em Saúde (EPS). Nos mantemos constantemente empenhados em valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde, em valorizar práticas educacionais no espaço de trabalho, em promover a aprendizagem significativa, na adoção do ensino balizado pela

aquisição de competências. São alguns exemplos do nosso esforço em estarmos alinhado com as diretrizes dadas pela legislação instituinte da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No mesmo sentido, a EFOS valoriza os espaços colegiados de discussão da política a citar a Comissão de Integração de Ensino em Serviço (CIES), estadual e regional. Leva a discussão às Comissões Intergestores Regionais, se e quando necessário. Faz isso por meio de uma participação efetiva e propositiva voltada ao fortalecimento da EPS. Investimos muito nas ações regionalizadas, pois a entendemos como uma opção eficaz a dar capilaridade a formação e qualificação dos profissionais da assistência em saúde em todo o nosso estado, e, dessa forma, adquirir visibilidade.

Outro ponto é nossa preocupação com a identidade pedagógica pensada para a rede de escolas técnicas que está alinhada às diretrizes ministeriais. A portaria GM 278/2014, em seu artigo 2, inciso II, conceitua aprendizagem ativa da seguinte forma: “Aprendizagem significativa: processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho”. Com base nesse conceito, estabelecemos uma agenda permanente de discussão, voltada para obter a melhor prática possível fazendo uso da aprendizagem significativa e a necessária difusão de conteúdos imprescindíveis à formação. Isso é um enorme desafio dada uma situação real onde o quadro docente é rotativo. Enfrentamos tal desafio como algo a nos provocar o debate e o empenho.

A EFOS, para alcançar tal excelência no ensino de educação e saúde, somou esforços para que não falem recursos. No momento em que percebeu a dificuldade de novos investimentos, sejam por parte do Ministério da Saúde ou da própria Secretaria de Estado da Saúde, a gestão atual optou por reformular o seu campo de ação, dando ênfase na busca de alternativas que, além de aproximar a comunidade da Escola, oportunizassem a aplicabilidade prática da teorização construída em sala de aula.

Ora, uma escola, qualquer escola, não pode estar dissociada do lugar em que se insere, nem mesmo pode se afastar dos anseios da população que atende. E é essa, segundo Paulo Freire,

uma das condições necessárias para que nos tornemos um intelectual que não teme a mudança é a percepção e a

aceitação de que não há vida na imobilidade. De que não há progresso na estagnação. De que, se sou, na verdade, social e politicamente responsável, não posso me acomodar às estruturas injustas da sociedade. (FREIRE, 1993).

Fazendo isso a escola atende a orientação dos Parâmetros Curriculares Nacionais que assevera: “Para isso é preciso buscar formas de a escola estar mais presente no dia-a-dia da comunidade e também o inverso, isto é, a presença da comunidade no cotidiano da escola (pais, pessoas ligadas a associações e instituições, profissionais que possam demonstrar o trabalho que realizam etc). De modo que a escola, os estudantes e os professores possam se envolver em atividades voltadas para o bem-estar da sua comunidade, desenvolvendo projetos que repercutam dentro e fora da escola” (BRASIL, 1998, p.32). Assim, passamos a demonstrar as ações que foram efetivadas ao longo dos últimos anos, permitindo que a Escola, além de cumprir a sua função social, cumprisse o que preconiza o seu Projeto Político Pedagógico.

Projeto “EFOS - Portas Abertas”

Considerando que, no Brasil, como na maior parte dos países, o envelhecimento da população é uma preocupação coletiva, em que promover o bem-estar dos idosos é mais que uma tarefa do Estado (BRASIL, 2008).

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes (BRASIL, 2006, p.7).

Considerando, ainda, que se estima para o ano de 2050 a existência de cerca de dois bilhões de pessoas com mais de sessenta anos e, especificamente, no Brasil, estima-se, cerca de 17,6 milhões de idosos, conforme dados apresentados pelo IBGE.

A EFOS, no ano de 2008, percebeu a necessidade de atender este público, abrindo as portas da Escola para encontros, desenvolvimento de atividades e planejamento de ações que possibilitassem integração, lazer e, principalmente, o viver com limitações e restrições que a idade condiciona. No ano de 2009, então, a Escola ofereceu

à comunidade idosa a possibilidade de ter o primeiro contato com o conhecimento de informática. Servidores, imbuídos do sentimento altruísta, valeram-se de suas experiências em prol daquele grupo que aos poucos foi descobrindo o mágico e fantástico mundo virtual. E foi nesse ambiente de descoberta que novos conhecimentos foram sendo incorporados à experiência de vida dos alunos que, na busca permanente de qualidade de vida, permitiram a constante evolução da mente com novos conhecimentos.

Além disso, a Escola de Formação em Saúde buscou conhecer as principais necessidades e/ou dúvidas dos idosos, realizou atividades educativas por meio de palestras que proporcionaram ao grupo identificar sua realidade e conviver da melhor maneira possível com suas limitações. Assim, foi disponibilizada aos idosos a oportunidade de conhecerem o real benefício de se ter uma alimentação adequada e balanceada, apresentando na prática a riqueza nutricional que os alimentos podem lhes proporcionar e, principalmente, quais as melhores combinações alimentares que devem consumir para uma vida saudável e um envelhecimento tranquilo.

Dando continuidade a essas ações, em abril de 2017 criou-se uma comissão, nomeada “EFOS - Portas Abertas”, que ficou responsável pela elaboração e ação de projetos que trazem a comunidade para dentro da Escola, assumindo a responsabilidade social e contribuindo para uma sociedade melhor. O projeto piloto foi realizado, tendo como público-alvo os idosos do município de São José/SC. O objetivo do projeto centrou-se na promoção e na troca de informações entre a EFOS e os vários atores que permeiam o espaço geográfico da Escola. Os idosos continuaram a ser o público-alvo de nossas ações através de múltiplas atividades, que proporcionaram mais atenção às estratégias de prevenção de doenças, confirmando a responsabilidade social desta instituição.

Alinhado a este pensamento, promoveu-se uma tarde muito proveitosa no dia 16 de maio de 2017, juntamente com a Semana da Enfermagem, a fim de que os alunos colocassem em prática os saberes desenvolvidos em sala de aula, os quais foram expostos em stands, além disto foram realizadas outras atividades de integração com a comunidade, tais como: Educação Ambiental (doação de mudas de árvores), Nutrição, Saúde Bucal, Sexualidade, verificação da Pressão Arterial/Glicemia e Bingo Educativo, com prêmios doados pela comunidade e pelos próprios colaboradores da Escola.

As atividades propostas nesse projeto, além do cunho social já mencionado, vieram ao encontro das políticas públicas de saúde, a saber: promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania, seguindo o PPP da EFOS. O projeto foi desenvolvido com a ajuda de trabalhadores do SUS e também de trabalhadores autônomos, de forma 100% voluntária. Também foi servido um lanche durante o evento, proporcionando uma interação maior entre os participantes. Para isso, a Escola contou com a ajuda de padarias e supermercados da comunidade.

Na esteira desse projeto, foi criado o “EFOS – Portas Abertas para Crianças”. Marcada para o dia 07 de outubro de 2017 a ação foi realizada em um lar de acolhimento com crianças que estão institucionalizadas porque sofreram algum tipo de negligência ou foram abandonadas. Além dos benefícios sociais e pessoais dos envolvidos, este projeto envolve alunos e educadores da EFOS que poderão colocar em prática assuntos estudados em sala de aula, responsabilizando-se com discussões sobre um tema tão crucial nos dias de hoje – a infância.

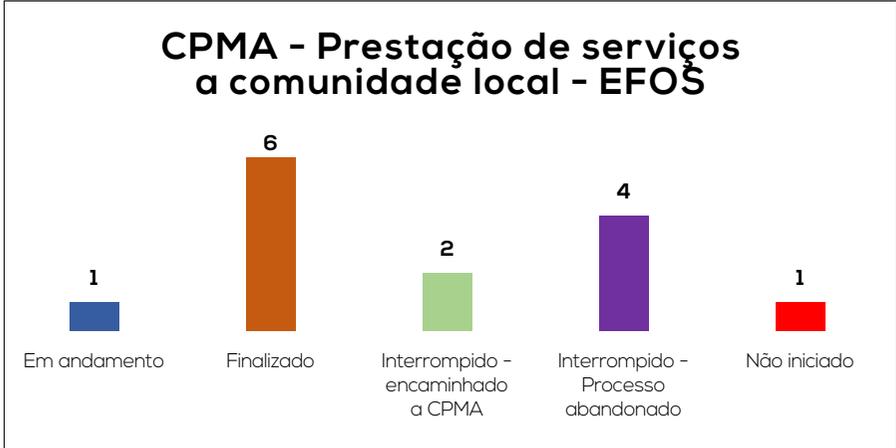
Projeto de Ressocialização em parceria com a Central de Penas e Medidas Alternativas

Por meio de convênio firmado entre o Poder Executivo Estadual e o Departamento Penitenciário Nacional, com o aval do Poder Judiciário Catarinense, foram criadas, em 2008, as Centrais de Penas e Medidas Alternativas (CPMA) de Florianópolis e de São José. O Programa, que tem como objetivo obter melhores resultados na fiscalização e aplicação das penas e medidas alternativas, fundamenta-se na ideia de que os beneficiários podem ter direitos restritos no meio em que vivem, ser punidos e, ao mesmo tempo, ressocializados, sem afastá-los da convivência social e familiar. (SANTA CATARINA, 2017).

Outra proposta que foi efetiva é a parceria com a Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania para a implantação do Programa Central de Penas e Medidas Alternativas (CPMA). E a EFOS, reconhecendo a sua responsabilidade social, tem envidado esforços para dar continuidade ao programa, além de, num futuro próximo, ampliar a parceria com a CPMA de São José. Em relação à Escola de Formação em Saúde,

especificamente, a CPMA de São José encaminhou à EFOS quatorze beneficiários, conforme descrito abaixo:

Gráfico 1: Relação de serviços prestados à EFOS



Fonte: elaborado pelos autores

Ressaltamos que a EFOS, amparada em seu Projeto Político Pedagógico, entende que a prestação de serviço à comunidade é uma modalidade de pena alternativa, que consiste na atribuição de tarefas gratuitas de acordo com os conhecimentos e habilidades do beneficiário, contribuindo, assim, para a prevenção da criminalidade e a ressocialização do infrator. (SANTA CATARINA, 2016).

Vislumbrando disponibilizar uma opção de recomeço para estes cidadãos, a EFOS tem buscado participar neste processo de emancipação e de acesso a cidadania de forma efetiva, facilitando a inserção deles na sociedade, proporcionando o estabelecimento de novos vínculos com a comunidade por meio da prestação de serviços. Percebemos que a realização de algumas demandas suscitadas na Escola, tem sua execução efetivada com o apoio dos beneficiários, que dentro de um ambiente amigável e de mútuo respeito sentem-se capazes de colaborar com afinco e eficiência.

Dentre as demandas atendidas citamos os serviços de construção civil, serviços administrativos, recepção e serviços gerais, conforme apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 2: Horas de serviços dos beneficiários

Horas de Serviços Prestados a Comunidade



Fonte: elaborado pelos autores

Projeto em Parceria com a Fundação do Meio Ambiente – FATMA

Um terceiro projeto introduzido foi a parceria com a Fundação do Meio Ambiente (FATMA) para a efetivação de duas capacitações em Resíduos de Serviços de Saúde para profissionais da saúde e para alunos de cursos na área da saúde. A proposta está amparada na Lei Complementar n. 140, de 08.12.2011, que, nos termos dos incisos III, VI e VII, do artigo 23 da Constituição Federal, sugere a cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas ações administrativas decorrentes do exercício da competência comum relativas à proteção das paisagens naturais notáveis, à proteção do meio ambiente, ao combate à poluição em qualquer de suas formas e à preservação das florestas, da fauna e da flora. (BRASIL, 2011).

A Fundação do Meio Ambiente financiará o projeto com recursos de multas ambientais. No momento, estão criando uma comissão para submissão dos projetos a serem aprovados. A preocupação com o meio ambiente impacta diretamente na proteção à saúde da população e está intimamente relacionada à qualidade de vida, sobretudo quando lembramos o conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde que é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. (BRASIL, 1948).

Projeto Itinerários do Saber: aproveitando as oportunidades oferecidas pelo Ministério da Saúde em tempos de crise

Por fim, a EFOS está realizando cursos de Educação a Distância, complementando a educação presencial com os recursos atuais de tecnologia. Uma importante parceria entre as Escolas Técnicas do SUS, Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde do Ministério da Saúde - DEGES/SEGETS/MS, Instituto de Comunicação e Informação Científica - ICT e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. (ITINERÁRIOS DO SABER, 2017). O objetivo desse projeto é promover o desenvolvimento de estratégias para a qualificação dos profissionais de saúde de nível médio/técnico, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. (ITINERÁRIOS DO SABER, 2017).

Destacamos, assim, o Curso de Atualização em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - CASMAD, que contempla todos os profissionais da equipe da Atenção Básica de Saúde, de modo a garantir informações homogêneas que poderão, durante o curso, serem aprofundadas de acordo com o grau de interesse, conhecimento e necessidade sentida por cada profissional. O curso é realizado na modalidade Educação a Distância (EAD), com carga horária de 60 horas. Os alunos têm o acompanhamento por um tutor, que atua como facilitador do processo de ensino e aprendizagem. Os objetivos do Curso são: desmistificar o cuidado em saúde mental, facilitando que os trabalhadores da ABS reconheçam e intervenham sobre quadros de sofrimento psíquico, aqui incluída a atenção a pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas, identificando competências de cuidado que já são utilizadas e construindo novas ferramentas que auxiliem nos desafios apresentados pelo campo. Outro objetivo é qualificar ao nível de atualização trabalhadores de nível médio e superior das Equipes da Estratégia da Família. (ITINERÁRIOS DO SABER, 2017).

Dessa forma, a EFOS mantém o seu papel educador de qualificar os profissionais inseridos no SUS, se dedicando ao fortalecimento da proposta de EPS nos seus aspectos éticos, políticos e pedagógicos e no seu valor estratégico como canal de fortalecimento do Sistema Único de Saúde. A Escola busca continuamente a articulação entre ensino, trabalhando com a política vigente e promovendo diferentes olhares, fazeres e conhecimentos sobre os espaços coletivos na perspectiva dos princípios da EPS.

O ensino e serviço são indissociáveis e, ao qualificar profissionais da área da saúde, é necessário valorizar o conhecimento apresentado por cada aluno no espaço escolar.

A formação em saúde é contínua, é permanente, é cotidiana e que sua potência pode emergir das próprias situações vivenciadas e experimentadas pelos trabalhadores[...] por isso o cotidiano do trabalho precisa ser construído como um potente espaço de ensino-aprendizagem coletivo em que se levem em consideração saberes, fazeres e problemas surgidos no próprio trabalho em saúde. (OBSERVATÓRIO CAMINHOS DO CUIDADO, 2016, p. 8).

Considerações Finais

O histórico relatado até aqui demonstra que para seu propósito de formar recursos humanos para a área da saúde de forma a contribuir para o fortalecimento do SUS na profissionalização dos trabalhadores do SUS, transformando a realidade com a responsabilidade que a universalidade, integralidade e a gratuidade do Sistema orientam.

A tarefa não é fácil, mas não é impossível. E a prova concreta está nas atividades inovadoras que a EFOS vêm desenvolvendo e que foram abraçadas por todos os colaboradores da Escola. No entanto, a Escola tem buscado na inspiração do confronto responsável de ideias, e na confiança de que podemos mudar uma “coisa” de cada vez, sem o indelével medo de acreditar que as consequências serão parte dos resultados que incansavelmente buscamos serão positivos. Percebemos que as transformações sempre ocorrerão independentemente do método que utilizamos.

Entendemos que somos cada vez mais o que nos dispomos a ser, e a certeza de nossa responsabilidade é o que torna a mudança um ato fácil de concretizar, no entanto, difícil é a coragem de continuar no caminho da mudança onde cada um de nós é parte indispensável neste mover permanente.

Por fim, a EFOS tem buscado interagir com as evoluções nos campos da educação, da saúde e do conhecimento em geral e a educação a distância (EAD) tem se mostrado uma forma dinâmica e eficiente que utiliza diferentes recursos tecnológicos, a partir de uma integração virtual entre o aluno e a escola. O ensino EAD tem provocado vá-

rias discussões no âmbito acadêmico, e a EFOS vem se inserindo neste contexto capacitando seus servidores e oferecendo cursos a nível de capacitação a distância. Além disso, as parcerias concretizadas e o trabalho social que vem sendo desenvolvido têm enriquecido a missão da escola, firmando assim, o seu papel também na comunidade.

A busca por uma gestão pública de qualidade que tenha excelência nos serviços prestados, especialmente quando se trata da área da saúde, é um desejo incansável de muitas pessoas que lutam por uma gestão participativa, que se concretize o que está estabelecido pela legislação e que se faz necessário o acompanhamento e avaliação contínua, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida aos cidadãos.

Ao abrir as suas portas, a EFOS não está apenas se aproximando da comunidade. Está, também, demonstrando que a educação e a saúde são conceitos amplos, e que implicam em assumir responsabilidades, sem a qual teremos uma sociedade menos participativa e mais suscetível às doenças.

Eis aí a nossa inovação!

Referências

BRASIL. Ministério da educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: terceiro e quarto ciclos. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab-cad19.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 278 de 7 de fevereiro de 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 1996, de 20 de agosto de 2007**: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 140, de 08 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp140.htm>. Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Rio de Janeiro, 1948**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 set. 2017.

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

FREIRE, P. **Política e Educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

ITINERÁRIOS DO SABER. **Sobre o Itinerários do Saber**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://itinerariosdosaber.org/sobre>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

OBSERVATÓRIO CAMINHOS DO CUIDADO, EDUCASAÚDE. **Eixo avaliação e práticas participativas na produção do cuidado em saúde**. Material Pedagógico do curso de Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva. Porto Alegre, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE lança perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SANTA CATARINA. ALESC. **Lei Complementar N. 91 de 20 de julho de 1993**. Florianópolis, 1993. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/1993/91_1993_lei_complementar.html>. Acesso em: 15 de ago. 2017.

SANTA CATARINA. ALESC. **Lei Complementar nº 284, de 28 de fevereiro de 2005**. Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2005/284_2005_lei_complementar.html>. Acesso em: 13 set. 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Educação Permanente em Saúde. Escola de Formação em Saúde. **Projeto**

Político Pedagógico. São José: EFOS, 2016.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania. Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina. **Centrais de Penas e Medidas Alternativas do Estado de Santa Catarina. Folder informativo.** Disponível em: <http://www.sjc.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=4&Itemid=499>. Acesso em: 15 set. 2017.



PROCESSOS FORMATIVOS NA ETSUS BLUMENAU COMO ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE

*Daniela Maysa de Souza
Gisele de Cássia Galvão Ruaro
Kellin Danielski
Teresinha Clarete Testoni Nogueira*

Introdução

A Escola Técnica do Sistema Único de Saúde Blumenau (ETSUS Blumenau) desenvolve Educação Profissional para os trabalhadores de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), e teve o início de suas atividades no ano de 1956, por sugestão do médico Affonso Balsini, que articulou junto à Prefeitura Municipal de Blumenau, para instituir a Escola de Auxiliar de Enfermagem (EAE) por meio da Lei Municipal nº 763/1956. A EAE se instalou anexa ao Hospital Santo Antônio e tinha por objetivo realizar a formação dos auxiliares de enfermagem. Teve sua autorização para funcionar, por meio da Portaria nº 124, de 13/04/1959, do Ministério da Educação e Cultura, regulamentado pelo Decreto Federal nº 651, de 08/03/62. E em 1997 passou de Escola Auxiliar de Enfermagem para Escola Técnica de Saúde (ETS), do Município de Blumenau e em 2011, como Escola Técnica do SUS de Blumenau (ETSUS Blumenau) (SOUZA et al., 2016).

A Escola compõe a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), desde 2001, por meio da Portaria Interministerial, nº 1.298 de 28/11/2000, atualizada posteriormente pela Portaria nº 2.970 de 25/11/2009, sendo esta, uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde (MS), como estratégia de articulação e trocas de experiências, com o objetivo de fortalecer a formação dos trabalhadores de nível médio que atuam na saúde. Dentre as especificidades das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), é comum a todas, devido à historicidade da sua construção, a organização e reorganização dos serviços de saúde, pautadas nas legislações e políticas do SUS e da educação (BRASIL, 2009).

A ETSUS Blumenau é uma escola pública vinculada ao organograma da Secretaria Municipal de Promoção da Saúde (SEMUS), interligada à Diretoria de Ações em Saúde dessa secretaria, como gerência. A Estrutura organizacional da ETSUS é subdividida em [a] secretaria escolar, com direção e equipe administrativa, biblioteca e serviços gerais; [b] equipe técnico-pedagógica, com corpo docente e discente e coordenações técnico-pedagógicas dos cursos ofertados e [c] gestão do trabalho e da educação.

Durante os 61 anos de história da ETSUS de Blumenau, vários movimentos aconteceram na conjuntura nacional, como a organização e implantação do SUS, a instituição da nova Lei de Diretrizes e Base da Educação (Lei nº 9.394/1996), que assume o modelo por competências no ensino profissional, a aprovação e a realização do Programa Larga Escala (1980), a construção coletiva do Projeto Político Pedagógico da Escola (1998), como documento norteador das atividades pedagógicas, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE, 1999), que viabilizou o fortalecimento institucional, com aquisição de equipamentos e formação dos profissionais da escola, repercutindo em mudanças nas práticas pedagógicas, atendendo as prerrogativas das legislações do SUS e da educação, e ainda, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS, 2009-2011), que ampliou a possibilidade de formação, incluindo especializações, atualizações e aperfeiçoamentos, com a participação de profissionais do nível médio e superior, considerando as especificidades regionais, sendo priorizadas para execução, as Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores.

Na década de 1990, registram-se dois movimentos que tiveram repercussões na educação profissional. A Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080, art. 27, inciso I) mencionando que as formações em saúde devem ser integradas e organizadas em todos os níveis de ensino e “programas permanentes de aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990). E a nova LDB (nº 9.394/96), que marcou mudanças na educação brasileira e que foi regulamentado pelo Decreto 2.208/1997, atualizado pelo Decreto 5.154/2004. Esses documentos que foram organizados a partir de concepções de ensino são os reguladores da formação dos trabalhadores quanto à educação profissional (BRASIL, 1996; BRASIL, 1997; BRASIL, 2004).

A ETSUS Blumenau, desde 2004, vem realizando suas atividades de formação profissional de forma descentralizada, a partir do Curso de Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde. Em 2007, a

Comissão Intergestora Bipartite (CIB), deliberou que as três regiões de abrangência da escola seriam as macrorregiões da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí (AMMVI), da Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí (AMFRI) e da Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí (AMAVI), totalizando 53 municípios (Deliberação 125/CIB/07) (CIB, 2007). As ações curriculares descentralizadas caminham paralelamente com a descentralização dos serviços previsto pela política de saúde, com a integração do ensino-serviço-comunidade-gestão, em busca de uma formação para a realidade do serviço e o fortalecimento do SUS.

Na retrospectiva do contexto histórico da ETSUS Blumenau, percebeu-se que vários movimentos foram feitos, os avanços micro decorrem de outros movimentos macro, envolvendo aspectos históricos nacionais, no campo da legislação, das ações e de concepção teórico-metodológico. Os aspectos ligados à gestão da política de saúde e as diversidades das políticas públicas também compõem as mudanças e os avanços da Escola, inclusive na sua finalidade.

Educação Permanente enquanto estratégia na formação para o SUS

O SUS surge na década de 1990, como forma de proteção social, afirmado na Constituição de 1988. Traz entre os princípios e diretrizes a descentralização, a participação social e a formação dos trabalhadores como estratégias para implementação e melhoria do perfil epidemiológico da população. Assim, a Política de Saúde tem realizado ações no sentido de orientar os modos de cuidar e acompanhar as situações de saúde das pessoas e também tem provocado novas estratégias de ensinar e aprender, com o objetivo de transformar a organização e o processo de trabalho dos serviços de saúde.

Em 2004 foi instituída a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), orientada no momento pela Portaria GM/MS 1.996/2007, com a perspectiva de incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações, modificando as estratégias educativas, a partir das ações concretas, sendo esta, espaço de conhecimento e de análise e, os trabalhadores, atores reflexivos da prática e sujeitos de mudanças. A equipe é a estrutura de intervenção, tendo como espaços educativos ações extraclasse, como atividades na comunidade, reuniões de equipe, apoio matricial, entre outros (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva podemos considerar o trabalho como princípio educativo, na medida em que aproximamos a vida cotidiana, dos seus afazeres. As prerrogativas do sistema capitalista pautam que a formação humana está relacionada com o mundo do trabalho, nas relações construídas tanto nos meios de produção como nos espaços da escola. Desta forma, a EPS é uma estratégia que prevê transformações das circunstâncias diárias do trabalho em aprendizagem, através de análise crítica dessa realidade. Importante valorar que esse processo não se limite a situações individuais, mas que seja um processo que inclua todos os profissionais da equipe e demais variantes que compõe o grupo (BRASIL, 2009).

A EPS, atendendo as prerrogativas do SUS, e as diretrizes e estratégias do Pacto pela Saúde e o Pacto de Gestão (Brasil, 2006), enfatiza entre suas ações a organização de instâncias de negociação e pactuação regional, com a finalidade de potencializar a regionalização. São instituídos então, os Colegiados de Gestão Regional (CGRs), atualmente denominado de Comissão Intergestores Regional (CIR), e os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família, hoje chamados de Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES), como instâncias de pactuação permanente regional, para formulação, organização e desenvolvimento da Política de Educação Permanente (BRASIL, 2009).

Embora a Política de EPS tenha sido instituída em 2004, a ETSUS Blumenau já participava desde 1998 de espaços de articulação entre o sistema de saúde e instituições de ensino, contribuindo nas discussões em relação à organização, bem como na elaboração das diretrizes e legislações, com objetivo de estimular e orientar as mudanças no modelo de formação dos trabalhadores da saúde, articulando o ensino com o serviço.

Inicialmente sua participação foi por meio do Núcleo Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Família dos Vales (NURV), que colaborou na discussão e organização da formação dos trabalhadores que atuavam no Programa Saúde da Família, denominada atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), com a finalidade nesse momento, de realizar mudanças no modelo de assistência à saúde e a consolidação do SUS (SILVA, 1999).

Esse processo de construção de estratégias educativas articulada com outras instâncias teve continuidade com a instituição da Política

de Educação Permanente em 2004 e a estruturação dos Pólos de Educação Permanente, nas regiões de saúde. Esta política foi reafirmada em 2007, com a Portaria GM/MS nº 1.996, quando esta traz novamente um desenho organizativo de articulação com a gestão (CIR) e trabalhadores, comunidade e instituições de ensino, via CIES (BRASIL, 2007).

A ETSUS Blumenau está inserida nas CIES das regiões da Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí, Associação dos Municípios do Foz do Rio Itajaí e Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí a qual se reúne mensalmente com esses atores para discutir entre outras situações, a questão da educação permanente em saúde e da educação profissional.

Pensar a educação permanente dessa forma é considerá-la, como um recurso estratégico de gestão do trabalho e educação na saúde, onde os interesses e necessidades se aproximam, e a partir das rodas de conversas, as demandas são organizadas, definindo conteúdo, metodologias, forma e responsáveis que irão desenvolver as ações, incorporando o princípio do ensino-serviço. A educação permanente vem contribuir no sentido de romper com a prática cartesiana e por isso é uma ferramenta significativa para a gestão de coletivos, sendo que a mesma “pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho” (VASCONCELOS et al., 2009, p. 20).

A ETSUS Blumenau participou desses espaços e buscou interagir com esses atores, seja do serviço, gestão, comunidade e ou outras instituições de ensino, colaborando com o desenvolvimento da Política de Educação Permanente. Segundo Ceccim, (2005), a EPS visa construir relações e processos que envolvem as equipes de saúde, as práticas das organizações intrasetorial e interinstitucional, articulando os agentes que produzem os atos em saúde.

Para trabalhar com a Educação Permanente em Saúde decorre-se em considerar que o trabalho em saúde perpassa pelas discussões e trabalho em equipe, com vistas a atender as necessidades da população. A educação nesse entremeio é um fator que influenciará no processo de reflexão das práticas e observações da realidade, com o objetivo de buscar soluções para os problemas de saúde, fortalecendo o trabalho em equipe, e, pela dinâmica do serviço é necessário que seja de maneira articulada.

O Serviço de Gestão da Educação na Saúde

A EPS tem como objetivo formar profissionais para atuar no sistema de saúde, trazendo a realidade e a prática do dia a dia de profissionais, dos estudantes, dos usuários e dos gestores, para qualificar o cuidado. A permanente necessidade de aproximar a formação dos profissionais de saúde às reais necessidades dos usuários e do sistema é um desafio constante. Pois a necessidade de formação e a qualificação do cuidado devem estar constantemente presentes nos processos educativos para a qualificação dos profissionais de saúde.

No contexto de formação, o Serviço de Gestão da Educação na Saúde é um setor estratégico para operacionalizar o processo de integração ensino ao serviço. Este Serviço (que se chamava Setor de Educação Permanente em Saúde, até 2013) teve sua oficialização no ano de 2008, na Secretaria Municipal de Promoção da Saúde de Blumenau, quando organizava as palestras e cursos para os trabalhadores da saúde e atuava de forma isolada, sem articulação com a ETSUS Blumenau (SOUZA et al., 2016b).

No ano de 2013, com a mudança de gestão municipal, o Setor de Educação Permanente em Saúde passa a fazer parte da ETSUS Blumenau e passou a se chamar Serviço de Gestão da Educação e ao se incorporar à estrutura física da Escola, adêqua-se assim, para atender a todos os trabalhadores do SUS de Blumenau. Após esta incorporação, o Setor de Educação Permanente em Saúde trabalha em parceria com a equipe de profissionais que compõem a coordenação técnica pedagógica dos cursos ofertados pela Escola, que utilizam em suas práticas, as metodologias ativas de aprendizagem, criando um diferencial nas suas formações, o que contribuiu para o aumento da adesão de novos participantes nas capacitações (SOUZA et al., 2016b).

Desse modo, o Serviço de Gestão da Educação passou a desenvolver suas atividades dentro do conceito de Educação Permanente, entendida por Ceccim (2005) como uma estratégia fundamental para as práticas de formação em saúde, ao estabelecer ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor de educação e ampla permeabilidade às necessidades e direitos de saúde da população, além da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

Neste mesmo ano de 2013, outro avanço importante, por meio da Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) do Médio Vale

do Itajaí foi quando ocorreu o início da discussão e criação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização (NEPSHU) na região do médio vale do Itajaí, sendo implementado em 2014 o NEPSHU em Blumenau, baseado no quadrilátero, com representação do ensino (com representante da Universidade e da ETSUS Blumenau), da gestão (com representantes da Saúde, da Educação e da Assistência Social) da atenção e do controle social.

Assim, o Serviço de Gestão da Educação, além de ser o responsável por atender as demandas deliberadas pelo NEPSHU, atua visando o aperfeiçoamento e qualificação das demandas de formação encaminhadas pelos usuários, trabalhadores e gestores com o uso de metodologias ativas de aprendizagem. Sempre buscando fortalecer seus processos de formação, pensando em uma educação permanente com foco nos processos interativos, que transformem os processos de trabalho e a realidade dos trabalhadores do SUS, tornando-os protagonistas de um processo coletivo de conhecimento e transformações nas relações entre ensino e serviço no seu dia a dia.

O Serviço de Gestão da Educação na Saúde realiza ainda, a organização do calendário anual de todas as capacitações da Secretaria Municipal de Promoção da Saúde, além de divulgar, avaliar e certificar todas as capacitações. E entende que para qualificar os profissionais faz-se necessário ouvir as necessidades e anseios dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores dos serviços de saúde, refletindo sobre as práticas que estão sendo desenvolvidas, proporcionando o avanço da Educação Permanente por meio de seus cursos e capacitações.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, ao organizar as ações e serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas nas formações, pensando no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, o que implica em trabalho intersetorial, capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, às ações e os serviços e à gestão local, à atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004).

A EPS ao priorizar a capacitação da equipe, considera que a mesma deve ser pensada a partir da observação das fragilidades do dia a dia, para que a solução dessa demanda possibilite avanços positivos nos processos de trabalho e no atendimento da população usuária do SUS. Dessa forma, as demandas para a capacitação não se definem so-

mente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (JAEGER; CECCIM, 2004).

Assim, pensamos e entendemos que a educação permanente em saúde é validada quando possibilita o envolvimento da gestão, dos trabalhadores, dos estudantes e usuários, pois, na prática diária, são eles que se ocupam em fazer o pensar e o educar em saúde nos diferentes territórios por meio da problematização. E entende-se que processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que proponham desafios a serem superados pelos participantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo (BRASIL, 2002).

Educação por competências com o uso de métodos ativos de aprendizagem

Na ETSUS Blumenau, a educação por competências é o modelo seguido para a educação profissional. Desde 1998, com o relatório Delors, o conceito de educação já estava associado ao desenvolvimento de competências para o mundo do trabalho, e, havia a recomendação de que ela ultrapassasse a educação formal, e permanecesse durante toda a vida. Além disso, diante do mundo em transformação, a escola ganhou destaque na atuação inovadora, para a necessidade constante de aprender a aprender (DELORS, 1998).

Dessa forma, as modificações esperadas no mundo do trabalho fizeram com que o aprender a conviver juntos, tivesse significado nas relações profissionais e pessoais, para que educandos pudessem compreender o mundo, a si e ao outro, passando a ser trabalhado no processo de ensino aprendizagem, valores como a compreensão mútua, solidariedade e harmonia. Além do aprender a conviver juntos, a educação constitui-se do aprender a conhecer, que representa o conhecimento a ser explorado e continuamente estudado além da educação profissional para a educação permanente, durante toda a vida (DELORS, 1998).

Considerando o primeiro pilar como o aprender a aprender e no segundo o aprender a conviver juntos, num terceiro está o aprender a fazer, em que se preparem os educandos para um fazer profissional, para uma aprendizagem voltada para o exercício da prática de uma profissão. E, para congregar os quatros pilares, constitui-se o quarto: aprender a ser, em que se desenvolve a compreensão do outro, a postura profissional, o ser ético, humano e cidadão. Pois, diante das transformações da sociedade a educação deverá ser constituída pelas aprendizagens: aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a conviver e aprender a ser (DELORS, 1998).

A competência, embora tenha diversas concepções, pode ser entendida como a “capacidade de utilizar e aplicar os conhecimentos e habilidades construídos e internalizados fora e dentro do processo formal, em qualquer situação incluindo o exercício profissional com flexibilidade, ética e autonomia” (ETSUS BLUMENAU, 2008; ETSUS BLUMENAU, 2010, p. 22). Além disso, a competência profissional se traduz nas aprendizagens descritas por Delors (1998), conhecidas também por saberes a serem desenvolvidos na educação por competências, como: o saber, o saber fazer, o saber ser e o saber conviver juntos.

De forma semelhante, a competência didaticamente é compreendida como os conhecimentos teóricos a serem estudados e trabalhados no processo de ensino aprendizagem, a prática, o fazer por meio das técnicas e procedimentos e habilidades inerentes a cada profissão, as atitudes esperadas para o profissional e como são mobilizados todos esses saberes e aprendizagens para o mercado de trabalho (ETSUS BLUMENAU, 2008; ETSUS BLUMENAU, 2010).

Politicamente, se estabeleceu em 1996, pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Brasil, 1996) que o processo formativo se desenvolvesse em todos os espaços de vida cotidiana, como por exemplo, no trabalho, nos movimentos sociais, na família, em manifestações culturais, além das instituições educativas formais. Dessa forma, com a LDB (1996) se iniciou um processo de mudança na concepção educativa em que o mercado e o trabalho contribuem para a formação profissional, num modelo por competências (BRASIL, 1997; BRASIL, 1999; BRASIL, 2001). A educação por competências pode ser conceituada como uma concepção voltada para a execução de uma prática profissional com o desenvolvimento de conhecimentos teóricos, habilidades, atitudes e valores (SOUZA et al., 2016a).

Os planos de curso elaborados pela ETSUS Blumenau partem do perfil do aluno e das competências esperadas para serem desenvolvidas de acordo com os municípios atendidos pela escola. As competências podem ser gerais e específicas dependendo da necessidade envolvida em cada região de saúde, podendo-se realizar cursos de formação profissional de acordo com o Catálogo Nacional de Educação Profissional (Brasil, 2016), ou cursos de aperfeiçoamento, de capacitação/educação permanente e de especialização técnica.

Dessa forma, para um curso ser elaborado, também são planejados instrumentos de avaliação, estratégias diversificadas de ensino aprendizagem, planos de aula coletivos, com integração dos conhecimentos e habilidades a serem trabalhadas pelos docentes. Para que as aulas tenham harmonia entre si e uma continuidade de forma a compor um caminho a ser percorrido pelo aluno em seu processo de ensino aprendizagem.

Na perspectiva de atuar sob e para o mercado de trabalho, a metodologia mais adequada para promover a reflexão discente e estimular sua atuação transformadora é a que mais se aproxima do serviço, e que denominamos de princípio de ensino-serviço, e o uso de metodologias ativas de aprendizagem, as mais apropriadas para essa finalidade, que partem da realidade do aluno inserido em seu contexto de trabalho (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 77).

A metodologia utilizada pela ETSUS Blumenau é a problematizadora (Berbel, 1999; Berbel, 2006; Berbel, 2012a; Berbel, 2012b; Freire, 2005; Freire, 2014) ou metodologias ativas de aprendizagem que estimulam a aprendizagem significativa do aluno. Para o uso dessa metodologia, os docentes envolvidos nos cursos de formação participam de uma capacitação técnica pedagógica, na qual são trabalhados temas da prática docente, dentre eles a metodologia problematizadora. A capacitação pedagógica antecede o início dos cursos, e também durante a realização dos mesmos, de forma a acompanhar o professor na mudança de prática da educação tradicional para uma prática de educação problematizadora.

Souza, Backes e Prado (2016, p. 232) consideram que há “a relevância da formação docente e como ela é valorizada entre os docentes, com o reconhecimento de que a postura didática pedagógica influencia os processos formativos dos egressos dos cursos de Técnico em Enfermagem”. Por isso, a capacitação pedagógica e o acompa-

nhamento realizado pela escola nos cursos oferecidos tornam-se importantes para o preparo pedagógico docente. Em revisão integrativa da literatura realizada pelas autoras (SOUZA; BACKES; PRADO, 2016), há lacunas na coordenação de curso e o acompanhamento realizado pela instituição educadora, demonstrando fragilidades na educação profissional, ao mesmo tempo em que se torna um campo de intervenção e pesquisa. O que torna significativo é a prática pedagógica e o acompanhamento feito pela ETSUS Blumenau aos seus docentes e alunos nos processos de ensino aprendizagem.

Os docentes são estimulados a refletirem sobre sua prática pedagógica, criticamente, para fortalecerem sua prática, e também, proporem alterações e sugestões de melhorias, desenvolvendo saberes e competências pessoais, como conhecimentos didáticos de conteúdo, manifestando-se como professores críticos, criativos e reflexivos (SOUZA; BACKES; PRADO, 2016).

Na metodologia problematizadora parte-se da observação da realidade do aluno trazida para o espaço da aula por meio de estratégias de ensino diversificadas, e, que a realidade possa ser contada ou experienciada/simulada. A partir da problematização da realidade discente, os momentos pedagógicos acontecem planejados de acordo com o arco de Maguerez (Bordenave; Pereira, 2008), seguindo para a teorização e a elaboração de hipóteses de soluções para ao final, refletir sobre sua realidade (discente) que, estimulado pela criticidade, construirá a mudança teórica e de sua prática profissional.

Estudo de Waterkemper e Prado (2011, p. 245), traz que estratégias de ensino aprendizagem ditas “inovadoras e ativas bem como a sua aplicação requerem muito mais do que a simples utilização. Isso significa que a implantação dessas tecnologias de ensino, não necessariamente transforme o aluno no protagonista do seu aprendizado”. Pois, é preciso que o professor seja o mediador no processo de ensino aprendizagem.

São algumas das estratégias de ensino e aprendizagem realizadas pelos docentes na prática pedagógica: Phillips 66, Díade, Tempestade Cerebral, Pergunta Circular, Painel Integrado, Simpósio, Ciclo de Estudos, Estudos Dirigidos, Filmes Dirigidos, Debate, Painel de Oposição, Juri, Estudo de Caso, Estudo orientado em Equipes, Gincana, Diálogos Sucessivos, Método de Projetos, Oficinas, Dramatização, Mapa Conceitual, Exposição Dialogada, Resenha, Portfólio, Visita Técnica, Atividade

Prática. As estratégias de ensino aprendizagem são utilizadas em todos os momentos da aula, podendo ser criativamente elaboradas aulas dinâmicas, que promovem a interação e a participação dos alunos.

O modelo de avaliação da ETSUS Blumenau acontece de forma processual e contínua, em todos os momentos da prática pedagógica, permitindo ao aluno sua reflexão e autoavaliação. A avaliação serve como subsídio para diagnosticar, intervir e redefinir os encaminhamentos mediante as necessidades. Sempre tendo por parâmetro as competências descritas em cada plano de curso aprovado, com a finalidade de avaliar “a capacidade do indivíduo de mobilizar e articular com autonomia, postura crítica e ética, seus recursos subjetivos, bem como os conhecimentos, habilidades, qualidades pessoais e valores – a que se recorre no enfrentamento de determinadas situações concretas” (ETSUS BLUMENAU, 2008; ETSUS BLUMENAU, 2010, p. 22).

Para que a avaliação alcance sua finalidade, ela precisa fazer parte de todo o processo de ensino e aprendizagem, com o acompanhamento pedagógico e docente dos alunos acerca de seu desempenho em relação às competências a serem desenvolvidas. Dessa maneira, a avaliação também é representada pelo conceito de inclusão, em que se busca a inclusão e a recuperação do aluno em todas as fases do processo de ensino e aprendizagem (ETSUS BLUMENAU, 2008; ETSUS BLUMENAU, 2010).

Os instrumentos para avaliação são os mais diversos possíveis, podendo ser estratégias de ensino e aprendizagem escolhidas para momentos avaliativos ao final de cada conhecimento planejado para o momento da aula, como por exemplo: estudo de caso; trabalhos individuais e coletivos; pesquisa de campo; aulas práticas; relatório; leituras dirigidas; autoavaliação; dramatização; dinâmicas; entre outros (ETSUS BLUMENAU, 2008; ETSUS BLUMENAU, 2010). A avaliação e certificação por competência objetivam o desenvolvimento dos alunos, e, ao mesmo tempo em que se incentiva a educação permanente, e a busca de conhecimentos e habilidades de forma contínua e por toda a vida.

Práticas de Educação Permanente em Saúde da ETSUS Blumenau

As práticas de formação da ETSUS Blumenau seguem os princípios da integração ensino-serviço-comunidade, com adequação do

currículo ao contexto regional, sendo estes os princípios norteadores dos planos de cursos (SOUZA et al., 2016b). Assim, entendemos que a integração entre ensino-serviço-comunidade, possibilita aprendizado ao alternar teorizações e discussões, promovendo um espaço de construção, produção e troca de conhecimento, permitindo ao estudante desenvolver um olhar crítico à saúde, com fortalecimento do perfil profissional para atuação no SUS, com consequente fortalecimento das políticas públicas (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

Priorizar as especificidades locais de formação possibilita uma qualificação que atenda as demandas locais, com resultados voltados às reais necessidades presentes nos diferentes contextos do SUS. Ao utilizar um currículo universal, este, contempla as questões relevantes, entretanto, a vivência dos alunos e docentes na realidade local é fundamental para a mudança que se pretende na formação em saúde condizente com as necessidades do SUS, ao enxergar e respeitar as especificidades locais, fortalecendo assim o processo de educação/formação em saúde (OLIVEIRA, 2014).

Para exemplificar as práticas de EPS da ETSUS Blumenau orientadas pela Portaria nº 2.970/2009, sobre as especificidades locais e a integração ensino-serviço-comunidade, apresentamos o caso de dois Cursos ofertados pela ETSUS Blumenau, o Curso de Aperfeiçoamento em Urgência e Emergência, de 32 horas, ofertado aos profissionais inseridos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) dos 14 municípios que compõem a Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí (AMMVI) e o Curso de Formação Inicial para Agente Comunitário de Saúde, de 400 horas, ofertado para os 53 municípios de abrangência da ETSUS Blumenau (regiões da AMMVI, AMAVI e AMFRI).

Curso de Aperfeiçoamento em Urgência e Emergência

O curso de aperfeiçoamento foi organizado para atender ao pedido dos gestores da saúde dos municípios de abrangência da ETSUS Blumenau cortados pela BR 470, englobando a atenção às principais situações de urgência e emergência no cotidiano destes municípios, para os profissionais inseridos nas unidades básicas de saúde (LANGE et al., 2016).

Seguindo os pressupostos da Educação Permanente em Saúde, identificando os problemas locais e pensando na solução dos problemas encontrados foi elaborado um plano de curso para atender a demanda de qualificação, com os temas de suporte básico de vida e su-

porte avançado às situações de urgência e emergência, comuns nestes municípios, utilizando para isto, a metodologia da problematização.

Respeitou-se a regionalização e individualidades de cada uma das cidades envolvidas na formação, na tentativa de solucionar os problemas e demandas geradas no cotidiano de cada unidade, melhorando o atendimento e a sobrevida aos usuários do SUS (LANGE et al., 2016).

Com uma carga horária total de 32 horas, divididas em dois módulos (básico e avançado) de 16 horas cada, ministradas em data e local definidos pelo município sede, o público alvo do curso foram todos os profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde e cada turma tinha em média 15 alunos (indicados pela gestão local). E partindo de um plano de curso universal, com atividades teóricas e práticas, o curso em alguns municípios foi efetuado na própria unidade de saúde, permitindo a observação da realidade de sua demanda local, possibilitando a reflexão de acordo com a capacidade das instalações de cada unidade e desempenho da própria equipe.

Seguindo as Bases Tecnológicas propostas para serem trabalhadas em cada encontro, a observação da realidade permitiu ao docente alinhar os conteúdos teóricos práticos para atender às necessidades locais.

Os participantes puderam refletir sobre suas práticas e aprimoraram seu processo de trabalho, com conhecimento da legislação vigente e padronização de condutas e de medicamentos e assim puderam junto aos gestores, reivindicar por materiais que possibilitem um atendimento adequado nos casos de urgência e emergência, garantindo uma assistência de qualidade aos usuários do SUS.

Em uma das unidades de saúde, após a aula de atendimento à parada cardiorrespiratória, teve-se como resultado final a readequação da estrutura física, sendo organizada uma sala de atendimento às urgências, com a implantação do carro de emergência, a partir das construções problematizadas no grande grupo, mediadas pelo professor.

Assim, a proposta da ETSUS com este curso, além de discutir as questões técnicas envolvidas nos atendimentos, é proporcionar subsídios para que haja uma melhor adequação das estruturas de saúde e das rotinas das unidades, a partir do conhecimento de protocolos de atendimento às situações prevalentes, dentro das suas capacidades instaladas [...] (LANGE et al., 2016, p. 196).

Com a experiência decorrente do processo de ensino e aprendizagem do Curso de Aperfeiçoamento em Urgência e Emergência ofertado à região da AMMVI, a equipe da ETSUS Blumenau pode organizar uma nova proposta de formação, desta vez para os servidores do próprio município, atuantes na Atenção Básica, seguindo a mesma lógica de formação: dentro das unidades de saúde, para observar e refletir criticamente sobre seu próprio processo de trabalho.

Curso de Formação Inicial para Agente Comunitário de Saúde

O curso de Técnico em Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi concebido com uma carga horária de 1200 horas, estruturado em três módulos curriculares e a Formação Inicial, ofertada pela ETSUS Blumenau desde 2005, contempla o módulo 1 e 2 (Promoção à Saúde e Perfil Social do ACS e o Processo de Trabalho em Saúde), com carga horária de 400 horas, em 15 encontros presenciais em sala de aula, sendo desenvolvido seguindo os princípios da integração ensino-serviço-comunidade.

Para efetivar esta proposta, o curso alterna momentos de concentração (alunos reunidos em sala de aula), com uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem e momentos de dispersão (alunos em seus locais de trabalho/comunidade). Para as atividades de dispersão, ao término de cada encontro de concentração são propostas atividades que estimulem a reflexão do aluno, a pesquisa e observação de sua própria realidade, com sugestão de melhorias de seu processo de trabalho. O aluno realiza a atividade proposta (entrevista à usuários, pesquisa de legislações, acesso à sites para informação de dados epidemiológicos, resenhas, etc.) e apresenta e discute com o enfermeiro da ESF e equipe, para que juntos, possam refletir sobre suas práticas de trabalho e criar novas estratégias de enfrentamento e melhorias. No retorno à sala de aula, o aluno, mediado pelo professor, apresenta os achados e reflete coletivamente com os demais colegas de sala. Por meio destas atividades disparadoras, o aluno acaba por conhecer as especificidades da sua realidade de trabalho e algumas das atividades propostas estão apresentadas no quadro 1.

Pode-se pontuar que a ETSUS Blumenau possibilita a construção de novos saberes e ampliação do olhar crítico à realidade, pois um dos seus objetivos é desenvolver no processo de ensino aprendiza-

gem os quatro pilares da educação de Jacques Delors (aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver juntos e aprender a ser), além da transversalidade (PINTARELLI et al., 2016).

Quadro 1: Atividades de Dispersão

Aula	Conteúdos Trabalhados na Concentração	Atividade Sugerida para Dispersão
Aula 1 - Processo saúde-doença	<ul style="list-style-type: none"> - Processo saúde doença - Áreas de risco - Saneamento básico - Principais problemas de saúde/ agravos da área da ESF - Doenças transmissíveis e não transmissíveis 	<p>Escute e registre as opiniões de um profissional que trabalha com você e de um usuário da ESF, sobre as seguintes questões:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O que significa, para você, ter saúde? 2. O que contribui para que as pessoas tenham saúde? 3. O que significa estar doente? 4. O que faz com que as pessoas adoçam? 5. Como os serviços /trabalhadores de saúde interferem no processo saúde-doença? <p>Agora compare e registre as opiniões levantadas sobre o processo saúde-doença, e reflita sobre o tema, apontando semelhanças e diferenças nas diversas formas de copreendê-lo</p>
Aula 2 - Processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de trabalho - Relações Humanas - Trabalho em equipe - Ética na vida e no trabalho - Saúde, trabalho e a saúde do trabalhador 	<p>Pensando em seu ambiente de trabalho, resgate algum momento de conflito que você observou ou vivenciou (seja entre a equipe, com gestores ou com usuários). Considerando o processo de trabalho, reflita e registre suas opiniões sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como foi a conduta ética neste contexto? 2. Como a equipe contribuiu para resolução do conflito? 3. Como o processo de trabalho e as relações humanas auxiliaram na resolução do conflito? <p>Aponte outras estratégias de enfrentamento e resolução (se você acredita existir) relacionadas à ética e o trabalho em equipe (relações humanas), para resolução do conflito apresentado.</p>
Aula 14 - Atenção Integral Idoso	<ul style="list-style-type: none"> - Imunização - Ambiente seguro - Cuidados com medicamentos - AVD e AVDI 	<p>Propomos para esta aula 03 atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trazer o quantitativo de idosos por faixa etária da sua microárea. - Trazer os principais problemas de saúde apresentados e então propor ações par um desses problemas de saúde, que você considera prioritário. - Pensando na aula de territorialização, quais atividades são overtadas para idoso (lazer/clube de mães/ ginástica/grupo caminhada e outros).

Fonte: ETSUS BLUMENAU, 2015.

As atividades de dispersão ocorre no sentido de uma valorização do conhecimento prévio do aluno, com estímulo à reflexão a partir de sua prática, onde em sala de aula, o aluno fortalece e amplia seus saberes, com o (re) conhecimento teórico, potencializado pelas trocas com os demais colegas e retorna assim à prática, fortalecido, empoderado e reflexivo, atuando nas especificidades encontradas em seu processo de trabalho (dentro de suas competências) exercendo assim a ação-reflexão-ação.

A integração intra e extra escola é essencial para intensificar as articulações no sentido da integração ensino, serviços de saúde e comunidade, refletindo positivamente na formação de profissionais de saúde com ênfase na integralidade da saúde, exercendo influências na educação e preparação dos profissionais na área da saúde (OLIVEIRA, 2014).

A ETSUS Blumenau desta forma participa dos processos de formação e educação permanente, consolidando a força de trabalho dos profissionais da atenção básica, por acreditar que a educação, como estratégia de transformação das práticas de trabalho é uma premissa da ETSUS Blumenau para o fortalecimento da atenção básica e do SUS (LANGE et al., 2016).

Práticas de formação que estimulem a criticidade do aluno e que possibilitem a melhoria dos processos de trabalho refletem diretamente na qualidade da assistência ofertada à população. E neste sentido, a ETSUS Blumenau busca se qualificar e também aperfeiçoar seus processos de trabalho, para que nesta caminhada de fortalecimento do SUS, todos os envolvidos engajados nesta luta, sejam contemplados e fortalecidos.

Referências

BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Revista Diálogo, Educação**, Curitiba, v.12, n.35, 2012b, p. 103-120. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1891/189123706006.pdf>>. Acesso em 10 jul. 2017.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes temas ou diferentes caminhos? **Interface-Comunic., Saúde, Educação**, v. 15, n. 2, 2006, p. 139-54. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>>. Acesso em 22 jul. 2017.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, 2012a. Disponível em: <<http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/>>

documentos/berbel_2011.pdf>. Acesso em 23 jul. 2017.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: Ed. da UEL: COMPED: INEP, 1999.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 573-577, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n4/a13v37n4.pdf>>. Acesso em 03 ago. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Catálogo Nacional de Educação Profissional**. 3ed. Brasília: Ministério da Educação, 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Educação profissional. Legislação básica**. 5ed. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Perma-

nente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

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**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, jun. 2002. Disponível em: <http://lagarto.ufs.br/uploads/content_attach/path/11344/uma_nova_escola_medica_0.pdf>. Acesso em 10 ago. 2017.

BRASIL. **Parecer CNE/CEB nº 16/1999**. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Médio. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/1999/pceb016_99.pdf. Acesso em 20 ago. 2016.

BRASIL. **Parecer CNE/CEB nº 17/1997**. Diretrizes operacionais para a educação profissional em nível nacional. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/1997/pceb017_97.pdf>. Acesso em 20 ago. 2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2970/09, de 25 de novembro de 2009**. Institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS). [Documento internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31696> Acesso em 04 ago. 2017.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v.09, n.16, p.161-8, 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

CIB. COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Secretaria de Estado da Saúde. Governo de Santa Catarina (SES-SC). **Deliberação 125/CIB/de 04 de out. 2007**. Estabelece a EFOS e ETSUS como instituição executora da formação profissional. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?searchword=cib&ordering=&searchphrase=all&Itemid=293&option=com_search>. Acesso em 21 ago. 2017.

DELORS, J. et al. Educação um tesouro a descobrir. **Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. São Paulo: Cortez, UNESCO, 1998.

ETSUS BLUMENAU. **Habilidades e competências para Dispersão do ACS**. 2015.

ETSUS BLUMENAU. **Projeto Político Pedagógico**. Blumenau: ETSUS Blumenau, 2008.

ETSUS BLUMENAU. **Projeto Político Pedagógico**. Blumenau: ETSUS Blumenau, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LANGE, C.V.S. et al. Formação do SUS para o SUS: uma contínua caminhada. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016.

OLIVEIRA, N. A. **Integração ensino e serviço, comunidade e gestão**. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. BVS Biblioteca Virtual em Saúde. 2014. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2014/05/06/o-sus-e-a-integracao-ensino-servicos-de-sau-de-e-comunidade/>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PINTARELLI, K.L.B et al. Formação do Agente Comunitário de Saúde. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016.

SILVA, C. R. L. D. (Org.). **Relatório Anual do Núcleo Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Família – 2º Núcleo – NURV 1998**. FURB. Universidade Regional de Blumenau. Pró – Reitoria de Extensão Universitária. Departamento de Saúde Co-

munitária. Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação, 1999.

SOUZA, D. M. et al. Enfermagem na ETSUS Blumenau. In: SOUZA, D. M.; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016a.

SOUZA, D. M. et al. ETSUS Blumenau: Processo de Trabalho e Sua Relação com a Educação Permanente em Saúde. In: SOUZA, D. M.; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016b.

SOUZA, D. M.; BACKES, V. M. S.; PRADO, M. L. Formação docente na educação profissional de nível técnico: uma revisão integrativa da literatura. **Interfaces da Educação**, Paranaíba, v.7, n.20, p.211-235, 2016.

VASCONCELOS, M., et al. **Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG-Nescon /UFMG, 2009.

WATERKEMPER, R; PRADO, M. L. Estratégias de ensino – aprendizagem em cursos de graduação em Enfermagem. **Avances em Enfermeria**, v. 29, n.2, 2011, p. 234-246. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a03.pdf>>. Acesso em 03 ago. 2017.



EXPERIÊNCIAS COM DANÇA PARA PENSAR OS PROCESSOS DE CUIDADO: PROPONDO OUTROS MODOS DE FAZER EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Neusa Dendena Kleinubing
Altamir Trevisan Dutra*

Introdução

As experiências no campo da dança e da educação em saúde levaram-nos a refletir sobre a dança como uma “potência para o devir que desejamos” e a estreita relação entre arte, saúde e educação na qual podemos conceber lugares de “fuga” para a produção da vida. Nesse sentido, neste texto objetivamos refletir sobre como a arte pode se articular à saúde e à educação, buscando evidenciar a necessidade de uma formação na perspectiva ético-estética para os profissionais da área da saúde.

Nesse sentido, o que apresentamos na sequência do texto são nossas reflexões enquanto formadores da área da saúde a partir de duas experiências específicas: uma intervenção de dança realizada no setor de internação de um hospital público localizado na região de Chapecó-SC (2014)⁵. E outra que consistiu na realização de uma oficina de dança, desenvolvida em julho de 2015⁶, com professores-formadores da área da saúde, na Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó.

As duas experiências têm a dança e, portanto, a arte, como dispositivo deflagrador para refletir sobre o cuidado e a educação permanente em saúde (EPS), o que significa dizer que este texto se revela como uma possibilidade, entre outras, de trilhar caminhos para pensar na relação

⁵ Ação realizada pelo projeto de extensão Grupo Universitário de Dança Essência da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó. Este grupo é composto por estudantes e docentes de diferentes cursos da instituição dentre eles os cursos de: Educação Física, Fisioterapia e Odontologia pertencentes à área da saúde.

⁶ Prática colaborativa de ensino-aprendizagem em saúde desenvolvida no Curso de Especialização e Aperfeiçoamento Educação Permanente em Saúde (EPS) em Movimento (2015).

entre educação e trabalho, saúde e doença, dança (arte) e cuidado.

Experiência I: de início, a cena...

Placas solicitando silêncio pelos corredores do hospital e aos poucos a música e o movimento tomando conta daquele espaço... timidamente as pessoas foram saindo de seus quartos e se postando em frente às portas. Acompanharam todo o movimento pelo corredor, estranhamento à vista: música e dança dentro de um hospital!? Muitos foram convidados a dançar e aceitaram o convite! Aos poucos, a dança foi aparecendo no rosto, no braço que recebia a medicação, no tronco, nas pernas, enfim no corpo...Dançar para e com aquelas pessoas foi uma experiência enriquecedora e lançar-se ao encontro do outro, que não estava à espera da música e do movimento, constituiu-se em possibilidade de produzir novas formas de ressignificação do tempo-espaço do cuidado e da vida.

O sentir, o escutar, o perceber: sensibilizar para o cuidado

A cena descrita acima aconteceu em dezembro de 2014, quando o Grupo Universitário de Dança Essência, projeto de extensão da Unochapecó, realizou a intervenção com dança naquele espaço. Foi um momento especial e singular para todos os integrantes do grupo, bem como para os sujeitos-pacientes internados no hospital naquela manhã, seus acompanhantes e profissionais da saúde que ali estavam.

Essa primeira ação foi realizada a partir de uma conversa com a equipe gestora daquele espaço: uma assistente social, uma nutricionista e uma enfermeira. Ao final desse encontro, refletimos sobre a importância de o espaço hospitalar oferecer experiências nas quais as pessoas que ali estão, ou para cuidarem de si, ou para acompanhar o cuidado de outras, possam perceber-se de modo diferente. Como a dança poderia transformar o espaço do cuidado? Como a dança poderia transformar os sujeitos que ali estão (nem que seja por poucos minutos)?

Merhy nos propõe a pensar sobre os modos como produzimos cuidados e todos os dispositivos de investimentos da sociedade/economia capitalista sobre o corpo e a relação saúde-doença. Ao refletir sobre a tensão entre as modalidades hegemônicas e as novas intervenções na produção do cuidado, o autor argumenta que “em lugar

de normalizar a vida, os trabalhadores de saúde podem participar da produção da vida, ali onde cada um pode gerar um cuidado de si, não para constituir um jeito protocolar de viver, mas para construir seu modo original de viver” (MERHY, 2011, p. 22).

Essa forma de pensar o cuidado contrapõe-se ao modelo hegemônico que se enraíza na ideia do agir de um profissional que “se legitima por ser o portador do saber em saúde que o outro deve adotar ou incorporar e vê o acontecimento do encontro, mesmo que o diga como cada caso é um caso, como momento particular, para qual já tem tudo preparado” (MERHY, 2011, p. 6).

Merhy leva a cabo discussão referente a essas diferentes formas de pensar e fazer as ações de cuidado e as implicações na produção política dos seres. Visualiza a dimensão micropolítica como espaço-tempo de resistência, pois aí “atua – reside – uma ordem do encontro ou as condições da interação” (MERHY, 2011, p. 4). Ainda, segundo o autor, o que marca o território das micropolíticas são os co-engendramentos de si e de mundos.

São atores em relação que constituem os territórios, territórios que dão ou não passagem aos devires ou para *campos de possíveis [...] São os encontros de atores com atores, a partir dos seus planos de existência que dão substancialidade para o campo da política em qualquer cotidiano. É pela dimensão micropolítica, portanto, que detectamos – na prestação do cuidado – uma produção política dos Seres, não apenas o registro de assistência* (MERHY, 2011, p. 5).

A partir destas reflexões fomos instigados a pensar a intervenção com a dança naquele espaço hospitalar como uma ação micropolítica direcionada ao pensar e fazer no campo da prestação do cuidado. Ao “fugirmos do protocolo”, ao subverter as placas de silêncio a partir da música e do movimento, ressignificamos o momento do cuidado, seja pela “desordem” instituída pelo som e pelo movimento, seja pela reação dos sujeitos – pacientes e profissionais da saúde – que, ao perceberem o que estava acontecendo, se lançaram à experiência.

Podemos situar essa ação também no território das tecnologias leves, ou seja, as tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a gestão como forma de orientar processos. Isso leva à outra questão importante: a atuação no território das tecnologias leves requer a ampliação da “escuta”, do “olhar” e da percepção dos profissionais da saúde. Estudiosos do cuidado argumentam

sobre a importância da “aquisição de outros saberes e recursos tecnológicos que podem ser obtidos a partir das contribuições de campos de conhecimento como sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise, educação, saúde pública, saber popular, entre outros” (EPS EM MOVIMENTO, 2014, p. 4).

Acreditamos que as reflexões e saberes advindos da arte podem contribuir significativamente para a potencialização da sensibilidade, ampliando a visibilidade de potência dos encontros, que acontecem no âmbito do cuidado. É o que nos propomos a discutir na sequência deste texto.

A experiência do/com o cuidado: pensando o trabalho vivo em ato como arte

Partimos do pressuposto de que os elementos da arte, principalmente, os da arte contemporânea, podem contribuir para ampliar nossa visão de mundo e também para ressignificar as formas de relações que estabelecemos com os outros e com o entorno, já que uma das características dessa arte é a experimentação de sensações. Pasquali (2013) discute a arte contemporânea nesses aspectos, deslocando-a da ideia da arte como representação. Para a autora, arte “é o que pode nos tirar das repetições cotidianas e nos fazer ver e sentir de outra maneira que não a propagada” nos movendo a “perceber e entender o mundo ao redor, descobrir uma outra dimensão das coisas que, por outros meios, seria impossível porque é um modo de pensar por meio de imagens, de sons, de palavras, de movimentos” (p. 13).

Esse modo de pensar e fazer a arte a afasta do modelo de representação, pois aqui

A arte é algo real e que produz, em nós, sensações reais e não meras ilusões pois é fruto de uma vontade poderosa capaz de produzir uma modificação real na vida, que não só ultrapassa em muito a imaginação, como é de fato uma outra coisa completamente diferente (...) é um acontecimento que carrega em si afetos, porque há um laço profundo entre os signos da arte e o mundo (PASQUALI, 2013, p. 14).

Estes elementos levam a pensar a arte como experiência, aquela ligada aos sentidos, à sensível “envolvendo todo o sujeito e uma profunda inserção na totalidade da vida” (HERMANN, 2010, p. 32) e pode ser entendida como um processo no qual se forma e se articu-

la sentido, revelando a possibilidade de apreender a realidade pelos canais da sensibilidade “naquilo que é percebido no acontecimento do mundo, num momento único de seu acontecer” (p.34). Segundo Hermann, a experiência “não se trata de um fluxo de percepções, mas de um acontecimento, de um encontro, um processo revelador que descobre a realidade como um acontecer” (p.115).

No âmbito da saúde, o cuidado acontece sempre que os cuidadores “[...] se interrogam acerca de como e quanto assumem responsabilidades na busca de projetos de felicidades daqueles cuja saúde cuidam” (AYRES, 2009, p. 138) e, assim, se afastam da repetição, da forma hegemônica e protocolar das práticas, apostando que no encontro de quem cuida com quem demanda o cuidado, é preciso abrir espaços para olhar a produção de novos acontecimentos, de novas formas de perceber e, conseqüentemente, de fazer.

Segundo Merhy, o cuidado pode ser compreendido como “lugares onde se encontram ou relacionam-se territórios sujeitos, em acontecimentos e aconteceres” (MERHY, 2007, p 26). O cuidado como acontecimento apresenta a ideia de que o “centro” do campo da saúde é a “relação mútua de intervenção em ato” entre atores, sujeitos sociais. De um lado a parte como expressão e portador de necessidade de saúde sob a figura de qualquer tipo de demanda e, de outro, a parte identificada como portadora de certo saber-fazer tecnológico, produtor de cuidado em saúde para o outro. Esse encontro entre sujeitos-pacientes e profissionais da saúde pode (deve) ser visto como um momento singular, diferente de qualquer outro no processo de produção do cuidado quando perspectivado a partir do lugar relacional profissional-sujeito-paciente.

Nesse espaço, a verdadeira escuta, o olhar e a percepção são elementos fundamentais para que o cuidado ultrapasse a dimensão dos saberes técnicos, mas que, sem perder estes de vista, possa perceber aquele que necessita de cuidado como um “sujeito complexo”, emaranhado em cotidianidades também complexas e únicas.

Nessa perspectiva, o cuidado passa a ser vivenciado como acontecimento e, de um acontecimento, ninguém sai ileso, sem transformações, inquietações ou estranhamentos. A partir de Pasquali (2013), podemos pensar o encontro, pela dimensão da arte, como acontecimento que “gera um efeito em que cada um se torna outra coisa que não está nem em um nem em outro, que não é comum a nenhum dos

dois termos que se encontram (...)” (p. 20); ou ainda, o acontecimento como a busca de microdiferenças que se dão entre as coisas: “devir outra coisa que nos arrasta o tempo todo, que deixa suas marcas nas coisas, no mundo, em nós” (p. 44).

Essas questões todas possibilitam pensar o campo do cuidado para além do hegemônico e institucionalizado. Com o auxílio das lentes da arte, o cuidado pode ser visto como uma experimentação. Por isso, a arte (e, aqui incluímos o cuidado)

[...] está sempre em metamorfose, constituindo-se como linha de fuga dos poderes, apontando a doença que nos está atacando, que foi inoculada desde a infância, ao mesmo tempo que nos coloca em conexão com outras forças, as forças do fora. A arte é uma produção de saúde (PAS-QUALI, 2013, p. 37).

Visualizamos a arte e o cuidado como possibilidade de rupturas, de emergência de novas formas de relações que se constituem em espaços e tempos nos quais sujeitos se encontram para, juntos, produzirem processos de cuidados. Ainda, a partir das reflexões dos autores, podemos identificar a arte na sua relação com o cuidado como acontecimento político, porque os sentidos se escapam dos poderes e das codificações de quem experimenta essa relação.

A arte é criadora de novos modos de sentir, de viver e de pensar. O cuidado também pode (deve) ser pensado nessa perspectiva: são necessárias novas maneiras de sentir, viver e pensar para que o cuidado se constitua num acontecimento capaz de mobilizar as sensibilidades dos sujeitos atores envolvidos neste processo, para que assim, o processo de cuidado se constitua, como indica Merhy (s/d, p. 8), “em um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro”, em um processo no qual fugas, brechas, diferenças possam aparecer e sejam reconhecidas como válidas, necessárias e imprescindíveis.

Nisso, visualizamos um modo de ser e estar no mundo que se aproxima da ideia da própria existência como obra de arte, ou seja, poderíamos pensar a existência na perspectiva da experiência ético-estética. Segundo Pagni (2014, p. 152), o que promoveria a relação entre estética e ética seria, talvez,

[...] um sentimento comum, experimentado diversamente, como um entusiasmo, capaz de mobilizar certa atitude crítica e certa eticidade diante da

vida, produzindo efeitos no mundo. Mais próxima de um ethos, isto é, como uma atitude diante da vida sobre a qual se esculpem os modos de existência, em tal atitude o sujeito singular experimenta não propriamente um conflito das faculdades que pode gerar subjetivamente um sentimento do sublime, mas as forças mesmas da vida, a fortuna que lhe é reservada pelo mundo e, com isso, as incertezas que deve enfrentar cotidianamente, como se vivesse em uma experiência trágica, para aludir aos gregos⁷.

Nessa passagem identificamos relações entre a saúde e, de modo especial, o cuidado com a arte. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde, contribuiu para pensarmos a dança no contexto da saúde, como uma atuação capaz de “produzir efeitos no mundo”. A PNEPS propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações de saúde orientadas pelo diálogo e pela amorosidade, dentre outros (BRASIL, 2013). A elaboração da proposta de intervenção com a dança considerou as dimensões estéticas do diálogo e da amorosidade. O diálogo como o encontro de conhecimentos que coopera com os processos de transformação e de humanização e a amorosidade como a “[...] ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas” (BRASIL, 2013). É no momento em que os sujeitos demandam cuidados, que os profissionais da saúde, em trabalho vivo em ato podem, a partir de uma atitude ético-estética, oportunizar uma experiência dialógica e amorosa que, embora enfrentando as incertezas cotidianas, os sujeitos possam atuar no mundo com “as forças mesmas da vida”.

A dança, enquanto trabalho artístico “supõe a afirmação da estética como uma forma de vida, ou seja, os valores estéticos passam a constituir-se como a forma, a configuração e a transformação possível da vida” e a ética assenta no trabalho que o indivíduo realiza sobre si mesmo “a partir de um conjunto de práticas através das quais se delineiam as suas regras de comportamento, a possibilidade de modificar-se e de transformar seu modo de ser, isto é, de fazer da vida de cada um uma obra de arte” (VILELA apud PAGNI, 2014, p. 152).

Essas reflexões instigam a pensar que o contexto da saúde é rico em termos de experiências, confrontos e encontros com diferentes

⁷ Segundo Bittencourt (2010, p. 68) a vivência do trágico entre os antigos gregos “era uma genuína disposição ética de valorização da alteridade, onde se diluía a separação social e política entre os indivíduos, e assim a coletividade pública grega se beneficiava dessa fusão orgânica promovida pela confluência dos elementos religiosos e estéticos que perpassavam a Tragédia Ática nas suas origens”.

formas de ser e estar na (com) a vida. Impregnados desses entendimentos, os profissionais de saúde podem ressignificar o tempo-espaço do cuidado, transformando-o em experiência significativa de trocas, de vivência consigo mesmo e com o (s) outro (s), no caso, com quem demanda do cuidado e quem cuida, enfim, podem pensar e fazer o trabalho vivo em ato como arte.

Nesse caminho encontramos a dança como uma experiência capaz de produzir aquele sentimento comum, expresso por Pagni, experimentado diversamente, mobilizador da atitude crítica e certa eticidade diante da vida, “produzindo efeitos no mundo”, ou talvez como lugar de fuga, nos quais os sujeitos possam experimentar-se.

Experiência II: a “dança de si”: para pensar os processos de cuidado

A dança como via para pensar os processos de cuidado é aquela capaz de oferecer espaços de fuga para produção de um viver que aceita o experimentar-se. A dança, a qual nos referimos quando pensamos nas questões de cuidado, é aquela que permite a qualquer corpo se expressar e construir relações singulares com as coisas ao seu redor: espaços, pessoas e objetos, construindo um entendimento de comunidade através do movimento, ou seja, construindo um sentimento de dependência um do outro no sentido de sermos sujeitos de relações.

Não há como pensar a dança sem um corpo, sem um “corpo-sujeito que dança”. E podemos pensar o corpo como “superfície de inscrição dos acontecimentos”, conforme aponta Foucault (2007), ou podemos pensar o corpo como o lugar de onde nos afetamos e de onde vemos, lemos e entendemos o mundo, afinal, somos o que somos por conta das experiências que vivemos, ou como disse Merleau-Ponty (1999, p. 315), “o corpo é o lugar, ou antes a própria atualidade do fenômeno de expressão (...) meu corpo é a textura comum de todos os objetos e é, pelo menos em relação ao mundo percebido, o instrumento geral de minha ‘compreensão’”. Nesse mesmo caminho, Galeffi (2007, p. 98) argumenta que “sem corpo não há sensibilidade, sem sensibilidade não há corpo. Toda sensibilidade, assim, é corpo vivente: modo de ser do que é em seu acontecimento anímico. A sensibilidade é o sentido do corpo. Tudo o que vive é sensível de múltiplas maneiras”.

Aqui parece fácil apresentar a arte como potência para produzir

uma forma de viver voltada para dimensão estética. Podemos identificar essa ideia no argumento de Gonçalves (2013, p. 6), para a qual a “a arte, e, portanto, a dança, diz respeito a um universo habitado pela criação de outras formas de sentir o mundo. Nesse aspecto, um corpo é potencializado para a vida em suas zonas de abertura que permitem o trânsito a outros universos referenciais e existenciais”.

Em julho de 2015 realizamos uma oficina de dança na Unochapecó com docentes-formadores do curso de Enfermagem desta instituição. Esta atividade estava inserida na proposta do XII Ciclo de Estudos: Docência no Ensino Superior*. O trabalho nessa oficina representa a forma de pensar e fazer dançar como possibilidades de pensar o cuidado no contexto da saúde. Nomeamos a oficina de “a dança de si”, partindo do entendimento de que ao dançar, o sujeito expressa um universo que é habitado por ele, entrelaçado com suas experiências, com as formas de pensar e viver o (no) mundo.

Na dinâmica/jogo proposta pela oficina aconteceram encontros, desencontros, tomadas de iniciativa, espera. Nesses momentos, diferentes relações se construíram e se revelaram de diferentes formas. No dançar, revelou-se a necessidade de ouvir, sentir e olhar o outro-corpo. Em vários momentos fomos provocados a pensar a dança pelo viés das tecnologias leves, pois nessa prática constroem-se encontros efetivos de produção de cuidados, e sobre a importância de ampliar nosso olhar e nossa escuta para as necessidades e as experiências cotidianas (em especial as da relação saúde-doença) e, de forma muito especial, a forma como participamos da produção da vida (aquela de jeito “não protocolar”). Aqui lembramos as reflexões de Saraiva (2003), “a dança é outra forma de ser e estar no mundo!”. Pela dança e dançando somos capazes de aproximar e de ampliar nossa percepção sobre/com o outro, o espaço, as coisas, as relações.

Nesse grupo, duas professoras do curso de Enfermagem deixaram suas impressões e falaram sobre o valor do encontro e da importância de nos deixar tocar/sensibilizar pelo outro, pelo encontro e pelas relações advindas destes. Essas falas nos levam a pensar o processo de cuidado na dimensão do encontro e na dimensão do acontecimento, e isso se dá quando nos desarmamos das técnicas institucionalizadas e deixamos “acontecer” outra forma de escutar, dialogar e cuidar.

* Este momento de formação é ofertado a cada início de semestre (fevereiro e julho), a fim de oportunizar espaços de trocas e compartilhamentos de saberes entre os docentes da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapecó.

As “docentes-dançantes” falaram sobre a importância de construirmos possibilidades de reconhecer o “verdadeiro outro”, pleno de necessidades, desejos, medos. Também argumentaram sobre a importância de o profissional da saúde ter, em sua formação inicial e continuada, momentos que possam encontrar-se consigo mesmo e com o corpo-outro, ampliando suas experiências com saberes-fazeres sensíveis. Mehry e Ceccim relatam a experiência que tiveram ao ver um grupo de senhoras invadirem um espaço de trabalho em um serviço de saúde, cantando e dançando, convidando as senhoras iguais a se juntarem para fazer parte daquela atividade. Os autores falam da experiência do “dançar para fugir da normalização do modo de existência na velhice” (MEHRY; CECCIM, s.d., p. 25). Diríamos “dançar para fugir da normalização do modo de viver contemporâneo”: apressado, estressado, com relações e contatos rápidos, sem demorar-se, sem escutar e olhar o corpo-outro. Desse modo, entendemos que a arte e, de modo especial a “dança de si”, pode trazer a possibilidade de reinventar e de ressignificar formas de viver! Dançar para sensibilizar o corpo, dançar para respeitar e compreender o outro e a si mesmo.

A arte entrecruzando caminhos da formação dos profissionais da saúde: construindo espaços de fuga para a produção da vida

As duas experiências aqui relatadas, a dança com os pacientes de um hospital e com os docentes-formadores em contexto acadêmico nos provocou a pensar a arte como uma das possibilidades pelas quais os sujeitos podem melhor entender e viver o (no) mundo. Entendimentos como a necessidade de novos olhares sobre as tecnologias em saúde, descentrando do poder as tecnologias duras e leve-duras, possibilitando que “novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central” (MEHRY; FEUERWERKER, s/d, p. 8) e a de que é necessário “repensar o processo de formação dos profissionais ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado”, surgem como forma de provocar outro movimento, outro modo de pensar e fazer no âmbito do cuidado, fazendo com que o “exercício da crítica, criatividade e sensibilidade”, conforme afirmam Goulart e Chiari (2010, p. 264), não sejam tentativas isoladas, e sim se constituam como novas estratégias produtivas de cuidado.

Nesse caminho, nos apegamos à ideia apresentada por Pillotto

(2008), de que o ato de compreender e apre(e)nder arte é como um processo de simbolização e reorganização dos signos que interpretamos, sendo “desta forma que criamos idéias e para tê-las devemos ser instigados a criar” (p. 39). Essa afirmação ajuda a pensar como simbolizamos os processos de cuidados e que, para podermos ressignificá-los, devemos ser instigados, provocados. Segundo a autora, “é possível aprender e conhecer os códigos subjetivos da arte e relacioná-los às nossas experiências, dando forma e sentidos diferenciados e únicos a partir da forma como os vemos e como internalizamos” (p. 39). Como significamos nossa experiência com o cuidado? Como os profissionais da saúde, ainda no processo de formação, são levados a apre(e)nder esta experiência? Será que são provocados a enxergar para além do institucionalizado, protocolado? São capazes de pensar os processos de cuidados como encontros, acontecimentos, como propõem Mehry e outros?

Pasquali reflete sobre a percepção empobrecedora, a qual estamos confinados, que recorta o real para extrair dele o que precisamos para sobreviver. Para ela, o que a arte faz “é nos arrancar desse comum e nos lançar por inteiro num outro plano, nos forçando a sentir, perceber e pensar de modo diferente” (Pasquali, 2013, p. 17). Aqui, podemos pensar o lugar comum da produção de cuidado, demandado numa Unidade Básica de Saúde ou em um leito de hospital, como espaço-tempo para olhar, escutar, perceber e pensar esse momento de forma diferente, deixando-nos afetar por esse encontro, por esse acontecimento, que poderá ser uma experiência única para aquele que necessita de cuidado, bem como para aquele que cuida. Nesse caso, nossa postura seria o da experiência estética, a qual a arte nos apresenta, qual seja, estar aberto ao mundo de forma sensível, crítica e transformadora.

Nesse sentido, a dança enquanto linguagem artística pode promover encontros, acontecimentos e reflexões no contexto da saúde e pode nos ensinar, seja pela experimentação seja pela apreciação, a olhar o corpo-outro como potência do dever. Ao pensar, como lembrou Gonçalves (2013), que o corpo é potencializado para a vida em suas zonas de abertura e que permitem o trânsito a outros universos existenciais e referenciais, temos a dança como um caminho no qual o ritmo, as sensações, o contato com o corpo-outro e com o lugar, possibilita a produção de novas formas de existir e de pensar a vida.

Por isso, vislumbramos que elementos da dança (como os citados acima) são possibilidades para que os profissionais da saúde ressigni-

fiquem o entendimento sobre tudo o que envolve o trabalho, os processos de cuidar e de ensino-aprendizagem. Elementos como a escuta, o olhar demorado, a sensibilidade, a criatividade, entre outros, pode contribuir para ressignificar a dor, a ansiedade, a urgência e a relação saúde-doença, tanto para quem cuida quanto para quem necessita de cuidado. Aqui, a dança/arte e o processo de cuidado parecem se entrecruzar criando espaços de fuga para a produção da vida.

O processo de EPS, entendido como troca de saberes entre sujeitos-pacientes e profissionais de saúde, requer que consideremos a importância deste encontro para que possamos vivenciar e reconhecer práticas e saberes existentes no cotidiano, já que se trata do trabalho vivo em ato. Nesse encontro, os atores incentivam o cultivo de novos sentidos para os modos de produção de saúde. A dança, como proposta de intervenção e transformação das práticas profissionais, foi compreendida como um convite aos profissionais de saúde para destacar ações que podem ser integradas ao cotidiano do trabalho.

Reflexões (não) finais

Esse relato reflexivo se construiu a partir dos encontros que travamos com sujeitos que estavam em situação de necessidade de cuidados, com sujeitos que produzem o processo de cuidados e com docentes que se preocupam em formar os futuros profissionais da área da saúde, que terão o cuidado como objetivo do seu trabalho vivo em ato. Em todos esses encontros, que se tornaram em (para) nós acontecimentos, a dança esteve presente.

Essa experiência nos provocou a pensar inúmeras vezes e de diferentes formas como transformar o tempo-espço do cuidado em uma experiência que fuja “desse comum” e se constitua como encontros efetivos de produção de cuidado, privilegiando e produzindo, criando tecnologias leves. Essas reflexões foram se construindo a partir dos encontros dos saberes e fazeres da arte da dança com o campo da educação permanente em saúde. Na articulação desses saberes percebemos que as ideias do campo da arte se entrecruzam, ventilam e auxiliam a produzir caminhos do processo de cuidado.

Por isso, desde o momento em que dançamos nos corredores do hospital e percebemos como os sujeitos estranharam, se espantaram, mas acolheram a dança e os corpos-dançantes que por lá passavam e pouco a pouco ocupavam o corredor, mudando aquela paisagem,

aquele cenário, sentimos a necessidade de pensar de forma mais calma e profunda tudo o que essa cena revelou. Pois, mais do que acolher e apreciar, os sujeitos entraram na dança e deixaram-se tomar por aquela experiência, por aquele movimento. Esperamos que, assim como nós, esse momento possa ter se transformado em acontecimento, experiência que marca e faz sentir-se outro.

As falas dos docentes-formadores do curso de Enfermagem, durante a oficina “dança de si”, nos impulsionaram a pensar nas relações entre arte e saúde, dança e cuidado. Os encontros com profissionais da saúde e os sujeitos-pacientes possibilitaram construir novas ideias, novas formas de olhar para os espaços, para os profissionais e o trabalho vivo em ato, inspirando-nos a tentar sair das repetições cotidianas.

Por fim, acreditamos que essas experiências provocaram formas singulares de perceber o outro e o momento vivido, desejando mais encontros, mais experiências e acontecimentos. Para isso é importante reconhecer, no âmbito da EPS, a atitude ético-estética da arte integrada à vida, ou seja, abrir-se para o mundo, deixar-se afetar pelo que nos acontece, para assim construir espaços de fuga para a produção da vida.

Referências

AYRES, J.R.C.M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2009.

BITTENCOURT, R.N. Nietzsche e a jubilosa experiência trágica dos gregos. **Rev. Espaço Acadêmico**. N^o 113. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/9941/6147>> Acesso em 16 out. 2015.

BRASIL. **Portaria n^o 2.761, de 19 de novembro de 2013**.

EPS EM MOVIMENTO. Trabalho e os diversos formatos da produção do cuidado. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/trabalho-e-os-diversos-formatos-da-producao-do-cuidado>>. Acesso em 15 jan. 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

GALEFFI, D.A. Educação estética como atitude sensível transdisciplinar: o aprender a ser o que se é propriamente. **Rev. Em Aberto**, Brasília, v. 21, n. 77, p. 97-111, jun. 2007.

GONÇALVES, T. Histórias a dançar: percepções de si a configurar uma estética da existência. **Anais do III Encontro Científico Nacional de Pesquisadores em Dança**, 2013. Disponível em: <<http://www.portalanda.org.br/anaisarquivos/1-2013-14.pdf>> Acesso em 02 de jul. 2015

GOULART, B.N; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, nº 15 v. 1, 2010.

HERMANN, N. **Autocriação e horizonte comum: ensaios sobre educação ético-estética**. Ijuí: Unijuí, 2010.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. (s/d). Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/novo-olhar-sobre-as-tecnologias-de-saude-uma-necessidade-contemporanea/view>> . Acesso em 11 de ago.2015.

MERHY, E.E.; CECCIM, R.B. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. (s/d). Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/a-clinica-o-corpo-o-cuidado-e-a-humanizacao-entre-lacos/view>> . Acesso em 06 de jul. de 2015.

MERHY, E.E. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: a educação da saúde nas práticas profissionais e a política nacional de humanização. (2011). Disponível em:<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> Acesso em: 29 abril 2014

MERHY, E.E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**. (s/d). Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/o-cuidado-e-acontecimento-e-nao-um-ato/view>> . Acesso em 09 de out. de 2015.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

PAGNI, P.A. **Experiência estética, formação humana e arte de viver**: desafios filosóficos à educação escolar. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

PILLOTTO, S.S.D. A arte e seu ensino na contemporaneidade. In: MAKOWIECKY, Sandra; OLIVERIA, Sandra Ramalho (orgs). **Ensaaios em torno da arte**. Chapecó: Argos, 2008.

PASQUALI, L. (org.). **A arte contemporânea e o pensamento da diferença: aos que estão em fuga**. Bahia: Blade, 2013.

SARAIVA, M.C. **Dança e gênero na escola: formas de ser e viver mediadas pela educação estética**. Tese de Doutorado. Universidade Técnica de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana 2003. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Arte/teses/danca_genero.pdf> Acesso em : 04 de mai. 2008.



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA TRANSFORMADORA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

*Ariane Woehl
Debora Popadiuk*

Introdução

Falar da morte, sendo esta uma condição natural da vida, nos leva a refletir sobre as circunstâncias que envolvem o suicídio, nos motiva a debruçarmos nosso olhar, diante a este fenômeno histórico, social e absolutamente individual. Abordar a temática do suicídio, por si só, já caracteriza a complexidade que é para os trabalhadores de saúde em pensar, planejar, acolher e criar estratégias de ações em saúde, para combater a finitude da vida, feita de maneira tão danosa e autoviolenta. Os reflexos dos cenários de violência são conhecidos em muitos níveis de Atenção em Saúde. Porém, não são notórios como estas Violências externas, impactam a vida diária de uma sociedade.

Estima-se que 815.000 pessoas em todo mundo cometeram suicídio ao longo do ano 2000, o que representa uma morte a cada 40 segundos (WELANG, 2004). Esta informação nos causa impacto, e nos alerta que precisamos atuar tecnicamente em rede para diminuir os indicadores desse fenômeno tão espinhoso.

Os indicadores de saúde, de morbimortalidade, traduzem em tela, a importância de refletir sobre esta violência autoprovocada, nos municípios, que apesar de prevenção de muitos casos, ainda há uma distância em ações em saúde na prevenção e no acolhimento. Portanto, propomos com este artigo, compartilhar a experiência do município de Mafra, localizado na região norte do estado de Santa Catarina, que a partir de um olhar próximo da realidade social instalada, construiu de maneira sistemática estratégias de educação permanente para a prevenção ao suicídio, em âmbito municipal, para os Profissionais de Saúde, Segurança Pública, Assistência Social e Educação. Tais estratégias foram implementadas, em diferentes níveis de formação, e ancorados

na preocupação de construir transversal e coletivamente dispositivos, os quais, possam emitir sinais de alerta e promovam o acolhimento e acompanhamento das pessoas que sofrem a violência autoprovocada, bem como os sobreviventes de um suicídio exitoso.

Olhando a Violência

A humanidade traz na sua história sinais de um povo violento. No Brasil, a violência extrapola os sinais de guerra, de disputas coloniais e de livre expressão de poder. Assim como outros aspectos sociais, testemunhamos a violência também ser multiplicada de maneira cultural. Como ocorre em todos os fenômenos humanos, a violência – em toda sua expressão-, apresenta-se de diferentes maneiras na historicidade na evolução social. As respostas a essa “violência”, se explica, a partir das mudanças também do ser humano, que evolui e se transforma e transforma o mundo a sua volta cotidianamente.

Imaginar uma população que tem acesso a tecnologias de últimas gerações, avanços na medicina e na indústria farmacológica, gerando o aumento da perspectiva de vida, e observar o contraponto de uma população que morre e/ou adocece por causas de acidentes e violências, é alarmante. Segundo Minayo, “A maior parte de conceituar a violência, vem do fato de ela ser um fenômeno de ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia” (MINAYO, 2010, p.14). Portanto dar tela, ao fenômeno da violência e dos acidentes, que na sua maioria, deixam marcas, sequelas e lesões permanentes, é função das políticas públicas.

A saúde/doença, seguindo este raciocínio, também evoluiu, com as transformações sociais, dos modelos de medicina: científico-hospitalar, biomédico e saúde coletiva. O pensamento social na saúde/violência/doença, torna-se evidente, como cada fenômeno na sociedade, que é pelas necessidades decorridas da multiplicação destes. Temos então, “a violência”, sendo objeto de análises de outras ciências sociais, além das preocupações, da esfera jurídica, policial, antropológica, histórica, política e da medicina.

Os impactos desse fenômeno vêm resultando muito sofrimento para população, seja de ordem física, social ou emocional, bem como os intermináveis gastos públicos de recursos financeiros na atenção às vítimas, seja nos primeiros cuidados ou na reabilitação. Os atos de violência são

observados no Sistema de Saúde, não só nos pronto-socorros e hospitais, mas também nos ambulatórios e muitas vezes de forma indireta, através de queixas psíquicas e sociais (SERRANO apud CHEREN, 2008).

Como relata Minayo (2010) o reconhecimento da violência pela área na saúde no Brasil vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva. Diante disso, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências oficializada em 16 de maio de 2001, por meio da Portaria Ministerial MS/GM, nº. 737 de 16/05/2001, expressa as necessidades da sociedade brasileira frente às dificuldades do enfrentamento aos diversos tipos de violência e os acidentes evitáveis. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, estabelece serviços em redes de cuidados, tratamentos, encaminhamentos, reabilitação e prevenção, entre diversos segmentos, sendo eles governamentais e não governamentais.

Olhando o Suicídio

Ao pensar na complexidade de todos os tipos de violências, e buscando respostas sociais e históricas a esses fenômenos, nos deparamos com o suicídio. Suicídio é um ato de extrema expressão da violência autodestrutiva. A palavra suicídio tem origem no latim sui: “próprio” e caedere: “matar”, significa a ação de matar a si mesmo. O suicídio, e tão antigo quanto à história da humanidade. Para Meleiro (2004) o suicídio é uma trágica e intempestiva perda de vida humana. O mais devastador e perplexo de tudo é que é resultante de um ato voluntário.

O suicídio é uma decisão de terminar com a própria vida, de dizer não à continuação de uma história, descartando qualquer possibilidade de esperança. É um ato revestido de muita violência (WERLANG, 2004). Segundo Durkheim de 1887 “toda morte que resulta mediata ou imediatamente e um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima. Tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado (DURKHEIN apud FEIJÓ, 1998)”. Para Minayo (2010), o suicídio é um ato humano de infligir a si próprio o fim da vida. Em toda a variedade de definições existentes sobre o fenômeno, a intenção de morrer é o elemento-chave. No entanto, é muito difícil reconstituir com precisão o pensamento e o desígnio das pessoas que se auto eliminam, mesmo quando elas fazem declarações claras sobre suas intenções antes de morrer.

A Organização Mundial da Saúde, traduz a categorização utilizada para esta distinção (KRUG, 2002, et al apud MINAYO, 2010), descrita a seguir:

- Suicídio fatal se constitui no ato humano de tirar a própria vida;
- Tentativa de suicídio diz respeito ao ato de buscar a própria morte, sem que a intenção se consuma;
- Ideação suicida é um termo sinônimo de pensamento suicida. Pensar em se matar é comum entre os seres humanos quando enfrentam situações difíceis, conflituosas e dolorosas. Mas há vários graus de ideação, e ela é particularmente problemática quando a pessoa imagina que sua vida perdeu o sentido;
- Comportamento autopunitivo diz respeito ao procedimento de se infligir danos voluntariamente, como se ferir de propósito, causar lesão a seu corpo, ficar sem se alimentar, entre outros.

No Manual de Prevenção ao Suicídio para Médicos, observamos que de acordo com estimativas da OMS do ano 2000, naquele ano, aproximadamente 1 milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio. O suicídio é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países, e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos.

O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média, um único suicídio, afeta pelo menos outras seis pessoas (BERTOLOTE, 2.000). Se um suicídio ocorre em uma escola ou em algum local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas.

Botega (2006), afirma que o suicídio, está entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias, ocupando o terceiro lugar no grupo com idade entre 15 a 34 anos. Essas taxas variam entre países e em função do contexto social, gênero, meios utilizados e faixa etária.

A OMS alerta para o aumento de até 60% no número de suicídios nos últimos 45 anos em todo o mundo, representando a terceira maior causa de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos em ambos os sexos (WHO, 2001, p. 5). Para cada suicídio, cinco a dez pessoas próximas sofrem graves consequências psicológicas, econômicas e sociais, são os chamados “sobreviventes” (WHO, 2008, p. 6).

A cada ano há cerca de um milhão de mortes por suicídio no mundo, o que representa uma morte a cada 40 segundos (WHO, s/d). Em geral nos países onde as mortes por violência autoprovocada, consti-

tuem fonte de preocupação a notificação de óbitos é feita com maior seriedade e regularidade. Muitos países registram os dados sobre a mortalidade por esta violência desde 1950. As primeiras informações brasileiras fornecidas a OMS datam de 1980.

Violência autoprovocada no Brasil

As estatísticas sobre mortes são registradas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Este sistema está disponível no Banco de Dados do Sistema único de Saúde (DATASUS). No Brasil, há variações de uma região a outra. Enquanto a Bahia e o Nordeste têm taxas pequenas, os estados do Sul têm altas taxas (SERRANO, 2008). O coeficiente brasileiro gira em torno de 4,5 (7,5 em homens; 02 em mulheres). Esse índice pode ser considerado baixo, quando comparado aos de outros países.

Se, em vez de coeficiente de mortalidade, for considerado o número total de mortes por suicídio, o Brasil atingirá o nono lugar, numa escala mundial. Isso se dá por sermos um país populoso. Foram 8.639 suicídios oficialmente registrados em 2006, o que representa, em média, 24 mortes por dia (BOTEGA, 2006). É uma triste realidade, muitas vezes encoberta pelos índices elevados de homicídio e de acidentes de trânsito, campeões entre as chamadas causas externas de mortalidade.

Apesar do Brasil, de acordo com autores se situar entre os países que representam as menores taxas de morte por suicídio (BARROS, apud WERLANG, 2004), este fenômeno é considerado pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde pública, tirando a vida de uma pessoa por hora no Brasil, mesmo período no qual, outras três tentaram se matar sem sucesso (BERTOLOTE, 2.000). No Brasil, há cerca de três suicídios masculinos para cada suicídio feminino. (SERRANO, 2008). Os homens apresentam maior risco de suicídio do que a mulheres, como aponta a literatura especializada (BARROS et al apud BOTEGA, 2004).

Em relação ao Brasil, em 1998-2000, o total de óbitos por razão da violência autoprovocada, foi de 0,95% das mortes masculinas e 0,33% das mortes femininas. Entretanto apesar dos números retratarem a maioria de suicídio em homens, estes números oscilam dependendo da faixa etária. Há diferenças quanto às faixas etárias. A população em que há maior número bruto de suicídios é a dos homens adultos, entre 20 e 59 anos. Para esta população, o coeficiente foi de 09 para cem mil homens dentro a faixa. Contudo é entre os homens de mais de 60 anos de idade que estão as maiores taxas, chegam a 13 para cada cem mil (SERRANO, 2008).

Quanto aos meios usados para perpetrar o suicídio no Brasil, Minayo (2010), demonstra que em 2008 se destacaram os enforcamentos, estrangulamentos e sufocações, tanto para os homens (59,2%), cuja proporção é maior nos municípios de pequeno porte. Em sequência, destacam-se as intoxicações por outras substâncias que não analgésicos, antipiréticos e outros (12,2%), os decorrentes do uso de armas de fogo (12%) e as precipitações de altura (3,6%). No entanto, esse último meio chega a 11,8% nos municípios acima de um milhão de habitantes.

No sistema brasileiro os casos de suicídio são registrados na seção das Causas Externas da Classificação Internacional de Doenças-décima edição (CID10). As informações de mortalidade por causas externas registram eventos letais não decorrentes de doenças biológicas, monitorando, sobretudo as mortes resultantes de acidentes fatais e violências autoprovocadas.

Serrano (2008), afirma que, é bem possível, portanto que haja muitos suicídios escondidos entre as estatísticas de mortes por causas mal definidas. Nos cenários brasileiros, são números expressivos das mortes por causas externas, mas são silenciosos, onde ocorre a violência autoprovocada.

O suicídio tem sido apontado como uma das formas de morte em acelerado aumento em países desenvolvidos da Europa e Estados Unidos (CF.LESTER, 1997, apud SERRANO, 2008). O incremento de suas taxas parece ser uma característica da transição epidemiológica. Algumas medidas importantes têm sido registradas no Brasil para a mudança desse cenário, como a elaboração pelo Ministério da Saúde, em 2005, de uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio e o estabelecimento das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Portaria GM/MS nº. 1.876, de 14/08/2006).

Alguns itens que balizaram a Portaria GM/MS nº. 1.876 de 14/08/2006, citados por Minayo (2010) como a formação e sensibilização da sociedade; capacitação dos profissionais de saúde, assistência social, educação, segurança pública; ampliação do acesso da população de maior risco; estímulo a estudos e pesquisas; aprimoramento da notificação sobre mortalidade e tentativas; fomento e apoio a programas de prevenção em nível local regional com foco na prevenção secundária; desenvolvimento de ações de promoção; redução do acesso a meios letais e a métodos autodestrutivos e o controle e uso adequado de agrotóxicos.

Ministério da Saúde, por meio de uma parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Universidade de Campinas (Uni-

camp), também elaborou o manual *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental* (BRASIL, 2006b), que apresenta, de forma clara e objetiva, os principais fatores de risco para o suicídio, os de proteção, os sintomas de transtornos mentais mais relacionados (depressão, transtorno do humor bipolar, esquizofrenia) e suas formas de tratamento. Orienta ainda sobre como lidar em situações de risco, formas de encaminhamento, entre outras informações. O Ministério da Saúde também vem apoiando iniciativas da sociedade civil que realizam ações de proteção e prevenção do suicídio, como as desenvolvidas pelo Centro de Valorização da Vida (CVV).

Violência autoprovoçada em Santa Catarina e Mafra/SC

Em Santa Catarina (SC), apresentam-se indicadores significativos frente à violência autoprovoçada. Tendo em vista, o estado se posicionar na região sul do Brasil, e sua colonização ser basicamente alemã e italiana, estando muito enraizada na população, a virtude da preservação da honra e da dignidade. Portanto aspectos culturais, como a vergonha de possuírem dívidas, ou outros problemas, como dependência química, doenças mentais, bem como os fatores ligados ao clima, nesse caso o frio, marcam a violência autoprovoçada em SC. A média das taxas de suicídio no conjunto do Estado de SC, para os anos de 1996 a 2005, foi de 7,65 suicídios para cada cem mil habitantes, cerca de duas vezes o valor da taxa de suicídio que o Brasil apresentou no ano de 1999 (SERRANO, 2008). Na tabela 1, estão apresentados os números absolutos de óbitos e notificações por lesão autoprovoçadas no município de Mafra e no estado de Santa Catarina no período de 2008 a 2015, tendo como causa as violências autoprovoçadas. Observou-se um aumento de 30% em SC no número de óbitos de 2008 a 2015, com uma média de 549,6 casos anuais. No município de Mafra a média de casos no período foi de 4,7 casos/ano.

As notificações das violências autoprovoçadas também assumem posição ascendente tanto no estado de SC como no município de Mafra, o que pode pressupor tanto o aumento no número de casos como a ampliação das estratégias de identificação e registro (notificação) dos casos pelos serviços de saúde.

Em relação ao perfil das pessoas que cometeram suicídio no Município de Mafra no período de 2008 a 2015, identifica-se que 49,9% dos casos eram de pessoas na faixa etária de 30 a 49 anos de idade, 73% do

sexo masculino, 92% de raça branca e 55,3% em situação conjugal estável (Tabela 2). As estatísticas locais assemelham-se ao cenário nacional, exceto em relação à raça, em que no Sul há um maior predomínio da branca, por sua própria caracterização étnica.

Tabela 1. Número absoluto de óbitos e notificações por violência autoprovocada (CID. X 60-X84) no município de Mafra e Santa Catarina, 2008 a 2015.

Variáveis	Santa Catarina		Mafra	
	Notificações	Óbitos	Notificações	Óbitos
Ano	n	n	n	n
2008	-	488	-	06
2009	139	519	-	01
2010	544	530	08	04
2011	1057	520	06	08
2012	1473	548	20	04
2013	218	568	32	04
2014	2081	587	40	05
2015	-	637	-	06

*(-) Dados indisponíveis ou não informados.

Fonte: Banco de dados dos autores.

Tabela 2. Perfil das pessoas que cometeram suicídio em Mafra, período 2008 a 2015.

Variáveis	Mafra	Percentual
Sexo	n	%
Masculino	28	73,7
Feminino	10	26,3
Raça	-----	-----
Branca	35	92,1
Preta	01	2,6
Parda	01	2,6

Ignorado	01	2,6
Situação Conjugal	-----	-----
Solteiro	10	26,3
Casado	21	55,3
Separado	06	15,8
Outro	01	2,6
Faixa Etária	-----	-----
10-14	01	2,6
15-19	03	7,9
20-29	02	5,3
30-39	10	26,3
40-49	09	23,6
50-59	05	13,1
60-69	05	13,1
70-79	03	7,9

Fonte: Banco de dados dos autores.

De acordo com registros do Ministério da Saúde as causas externas de mortalidade estiveram entre a terceira e quarta causa de morte no município de Mafra entre os anos de 2008 a 2015. É evidente que de cada pessoa que tentou ou cometeu a violência autoprovocada, temos 05 a 06 pessoas, envolvidas neste fenômeno, de maneira cultural, social, emocionalmente e/ou economicamente (BOTEGA, apud WERLANG, 2004).

Esses indicadores epidemiológicos traduzem o impacto na saúde das pessoas. Porém reconhecemos limitações na alimentação sistemáticas destes Sistemas de Informações em Saúde, tendo intrinsecamente outros aspectos não apontados, como o fator do uso de drogas, pobreza, perda de pessoas queridas, desentendimentos de familiares e amigos, problemas legais ou laboratoriais, ruptura de relacionamento e outras motivações emocionais, como fator causador dos suicídios e tentativas de suicídio. Com a população com aproximadamente 55 mil habitantes, Mafra-SC reflete pausadamente danos irreversíveis e permanentes, sem falar na fatalidade desta população atingida.

As doenças e agravos não transmissíveis respondem pelas maiores

taxas de morbimortalidade e por cerca de mais 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil. Portanto, precisamos urgentemente, olhar as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS), como gargalo de investimento, planejamento e cuidado na Política Pública Municipal.

Metodologia para Enfrentamento ao Suicídio através da Educação Permanente

Postas as características epidemiológicas do território, com predomínio DCNT nasce à necessidade de se estabelecer em Mafra-SC, uma Rede de Vigilância, Prevenção e Controle das violências autoprovocadas, onde os profissionais de saúde possam compartilhar informações referentes a abordagens, acolhimento e tratamento das pessoas em situação de vulnerabilidade as violências autoprovocada.

Para se gerar prevenção do suicídio, não basta apenas atuar sobre os fatores de risco mais conhecidos. É necessário agir sobre os três níveis interconectados. Lembramos que a prevenção, classicamente, na trilha de Leawell e Clark, é circular e envolvem os três níveis interconectados a seguir descritos (GRUENBERG, SANDERS, 1978 apud SERRANO 2008).

O nível primário, teoricamente se realiza antes que o risco aconteça, evitando ou reduzindo-o. O secundário acontece durante a experiência do comportamento de risco: é a intervenção precoce, capaz de evitar sequelas e sofrimentos maiores, feitas antes ou durante a crise que gerou a tentativa. O terciário intervém sobre o risco já estabelecido. Foca as pessoas que já foram afetadas por um comportamento suicida: sobreviventes, pacientes em risco de repetir tentativas, familiares afetados, pessoas vinculadas que possam imitar o ato, profissionais traumatizados por experiências negativas (GRUENBERG, SANDERS, 1978 apud SERRANO 2008, p.75,2008).

Acreditamos que a violência autoprovocada, é uma preocupação de todos os serviços e programas de uma rede de atenção e cuidados. Portanto organizar os serviços seja de ordem de urgência e emergência, bem como ambulatoriais, se faz necessário, para estruturarmos uma rede permanente de cuidados, prevenção à violência autoprovocada.

As capacitações são fundamentais, para balizar tanto o aspecto sócio-cultural, quando os manejos técnicos, distribuídos frente às funções

de cada segmento profissional, como policiais, bombeiros, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e agentes comunitários de saúde. A capacitação das Unidades Básicas de Saúde, com relação à Violência Autoprovocada, esta ancorada no Manual de Prevenção do Suicídio um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária (2000) do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, onde vislumbramos alguns fatores que são inerentes a Atenção Básica:

- A equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local.
- A equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde.
- Em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde.
- O seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações.
- Esse profissional está em posição de oferecer cuidado continuado.
- É também a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitam.

Em resumo, os profissionais de saúde da atenção primária seriam os profissionais mais disponíveis, acessíveis, e detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde. Neste sentido, o diagnóstico precoce e a detecção de áreas de risco impõem-se aos serviços de atenção básica, em especial ao Programa de Saúde da Família (SERRANO, 2008).

Estima-se que no mundo, metade das pessoas que cometeram suicídio, tenha consultado, por algum motivo, um médico no mês anterior ao fato (OMS, 2000 apud Serrano 2008). Ou seja, as pessoas procuram as Unidades Básicas de Saúde, que são as portas de entrada, nos serviços públicos, dificilmente elas procurarão os serviços especializados, como CAPS, ou os especialistas como os psiquiatras.

Portanto, dando luz aos indicadores de Mafra/SC, a Secretaria Municipal de Saúde, através do Serviço Social, Ambulatório de Psiquiatria

e Vigilância Epidemiológica, debruçaram seus esforços para planejar Educação Permanente, voltada a temática de Prevenção ao Suicídio, em todos os níveis de Atenção à Saúde.

A partir dos Estudos específicos de Mafra/SC, com a identificação desse cenário dos elevados números de suicídio no município, elaborou-se um projeto de intervenção, para explorarmos este fenômeno, onde ao findar de 2013, fora apresentada para a Gestão Municipal de Saúde a necessidade de iniciarmos uma discussão/capacitação permanente.

Em tela, balizando esta aprovação incluímos no Plano Municipal de Saúde vigência 2014-2017, como Diretriz de Trabalho, com suas metas e objetivos a serem alcançados. O Conselho Municipal de Saúde, em reunião Ordinária 18 de dezembro de 2013, aprovou o Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

A metodologia adotada fora capacitar de maneira permanente todos os níveis de Atenção e Cuidado à Saúde, de maneira gradativa e específica, envolvendo toda a Rede de Trabalhadores Municipais: Pronto Atendimento, Especialidades, Hospitalar, Atenção Básica, CAPS, Clínica de Reabilitação. Assim, estabelecemos que Mafra/SC implantaria: Seminários Anuais de Prevenção ao Suicídio, estabelecendo um constante olhar diante aos cenários sociais, bem como assegurando a continuidade dos estudos e abordagens. Sempre que possível, os seminários acontecem no mês de setembro, por ser o mês, que utiliza a cor amarela, sinalizando ao mundo a importância de quebrar o silêncio frente ao suicídio.

Ficando assim definidos:

I Seminário Municipal de Prevenção ao Suicídio: 2014-Voltados a Profissionais de Saúde de nível superior, com a participação do Dr. Neury José Botega, renomado profissional médico psiquiatra atuante na área de prevenção do suicídio.

II Seminário Municipal de Prevenção ao Suicídio: 2015- Voltados a profissionais de saúde de nível superior/técnicos, bem como atores sociais da comunidade, interessados pela temática do suicídio, (polícia militar, bombeiros, igrejas, educação, clubes de serviços, universidade, comunidade terapêuticas, hospital, maternidade, grupos de apoio, etc....) com a participação do Dr. Neury José Botega.

III Seminário Municipal de Prevenção ao Suicídio: 2016- Voltados a Profissionais de Saúde de nível médio, bem como Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

IV Seminário Municipal de Prevenção ao Suicídio: 2017- Voltados a Profissionais de Saúde de nível superior e técnicos, com o enfoque ao público juvenil.

Na saúde, é fundamental que todas as práticas sejam permeadas pelo espírito cuidador (MERHY apud SERRANO 2008). Os conceitos de acolhimento e humanização, como são usados no SUS, se colocam como instrumentos de trabalho, em forma de tecnologia leve, usada pelas equipes a sua relação com os usuários.

Resultados e conquistas

Não podemos fechar nossos olhos frente ao fenômeno silencioso do suicídio que ocorre em nossa sociedade e, sobretudo, não nos preocuparmos em de que forma, como profissionais de saúde poderemos identificar sinais de alerta, acolhimento, encaminhamento as pessoas que tentaram o Suicídio, bem como os sobreviventes. Ancoramos nosso entendimento, de que há uma necessidade significativa de sensibilização ao assunto dentro dos serviços de saúde, como um recurso inicial de discussão, para fomentarmos um acolhimento diferenciado, dentro das instituições públicas.

A partir dos seminários anuais, entendemos que os profissionais de saúde, estão a cada ano, mais qualificados e seguros para identificarem sinais de alerta, atenderem os casos e darem os devidos encaminhamentos. Os pacientes com históricos de tentativas de suicídio podem ser monitorados pela equipe de atenção básica.

Tecemos também, ações pontuais dentro da Rede de Saúde Mental, nas rotinas de trabalho, onde definimos de maneira significativa, o acolhimento, a atenção aos sinais de alerta frente a um risco para o suicídio, bem como, a inserção destes casos de maneira abreviada aos serviços de apoio, especializados e de monitoramento.

Efetivamos também, um estreitamento entre os serviços Pronto Atendimento Municipal, Serviço Social, CAPS, NASF, Vigilância Epidemiológica, Ambulatório de Psiquiatria, Atenção básica, a partir das no-

tificações de tentativas de suicídios, e demandas livres, que são resgatadas nos serviços de saúde, propiciando diálogo, troca de experiências e ampliação do conhecimento sobre o suicídio, tentativas de suicídios e suas consequências.

Implantamos no início de 2016, o Grupo de Amparo a Vida-GAV, que tem como mentoras assistente social da Policlínica Municipal de Saúde, bem como psicóloga do NASF, que desenvolvem de maneira permanente reuniões técnicas de trabalho, a cada semestre, sinalizando pontos a serem ajustados na rede Municipal de Saúde, frente à Prevenção ao Suicídio.

Outra proposta do GAV é acolher de maneira espontânea, os usuários (que tentaram suicídio) que estão sendo atendidos por diferentes serviços municipais, e que, a partir de um contato telefônico dos profissionais do GAV, convidam estes a participarem mensalmente de um grupo de apoio, onde a finalidade é o acolhimento coletivo, assegurando um espaço de escuta qualificada e o despertar para um espaço de pertencimento, diante do seu sofrimento mental. Este grupo, em outro horário também é voltado aos sobreviventes de um suicídio exitoso, que são os familiares que perderam seus entes, por suicídio.

Através da Secretaria Municipal de Saúde, foram construídos materiais de apoio aos profissionais de saúde, sendo o Manual de Bolso, que apresenta fundamentos essenciais na prevenção ao suicídio. Dispomos também do Manual de Prevenção ao Suicídio voltado à comunidade, alertando os riscos para as tentativas de suicídio, sinais de alerta, assim como quebrando mitos e tabus que balizam o Suicídio.

Difundir o fenômeno do suicídio, nos Serviços de Saúde, através da Educação Permanente, com os Seminários Municipais de Prevenção do Suicídio, foi o início de um trabalho exitoso na rede pública de Saúde de Mafra/SC. Desta forma estaremos enfrentando este fenômeno embaraçoso e certamente espinhoso para muitas pessoas, deixando de ser silencioso e passando a ser efetivamente evitável.

Refletir sobre os acidentes e as violências, se torna uma tarefa para todos os profissionais de saúde. Buscar se enquadrar neste contexto, inserindo-se como ator de ações modificadoras de enfrentamento as causas e cuidado das vítimas, primando à promoção à saúde, deve ser nossa bandeira. Os trabalhadores de Saúde, capacitados e atentos aos cenários explorados, com suas práticas diárias, estão contribuindo sig-

nificativamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas, estando estas doentes, moribundas e/ou em sofrimento mental. Assim, com os Seminários Municipais de Prevenção ao Suicídio, despertamos a atenção dos Trabalhadores da Saúde, quebrando o silêncio que marca o suicídio em Mafra, bem como sensibilizando e qualificando a cada ano o acolhimento das pessoas em sofrimento mental.

Utilizamos para encerrar nossas reflexões poesia da música Travessia (1967) de Milton Nascimento e Fernando Brant, para concluirmos este artigo.

*Quando você foi embora fez-se noite em meu viver
Forte eu sou mas não tem jeito, hoje eu tenho que chorar
Minha casa não é minha, e nem é meu este lugar
Estou só e não resisto, muito tenho prá falar
Solto a voz nas estradas, já não quero parar
Meu caminho é de pedras, como posso sonhar
Sonho feito de brisa, vento vem terminar
Vou fechar o meu canto, vou querer me matar
Vou seguindo pela vida me esquecendo de você
Eu não quero mais a morte, tenho muito que viver
Vou querer amar de novo e se não der não vou sofrer
Já não sonho, hoje faço com meu braço o meu viver
Solto a voz nas estradas, já não quero parar
Meu caminho é de pedras, como posso sonhar
Sonho feito de brisa, vento vem terminar
Vou fechar o meu canto, vou querer me matar*

Referências

BOTEGA, N.J. et al. **Comissão de prevenção de suicídio da associação brasileira de psiquiatria**. Rio de Janeiro. ABP EDITORA, 2009. 32p.

Njaine, K; Constantino, P; ASSIS, S.G. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 2ª edição. Rio de Janeiro.RJ. Editora Fiocruz. 2009. 384p.

BARRERO, S.P. CORREA, H. **Suicídio uma morte evitável**. Editora Atheneu.2006.1ª edição.SP.São Paulo.

BERTOLETE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo, SP: Ed. Unesp, 2012.

BOTEGA, N.J. et al. **Prevenção do comportamento suicida**. Psico, Porto

Alegre, v. 37, n. 3, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio-manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: 2^a. Ed. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: 2^a. Ed. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. MS/GM nº. 737 de 16/05/2001.Brásilia.2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. MS/GM nº. 737 de 16/05/2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações DATASUS**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Indicadores de mortalidade por grupos de causas**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106972-4217.html>. Acesso em: 28/03/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007**.Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>. Acesso em: 28/03/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**, 3ª ed, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações DATASUS**. Disponível em: www.datasus.gov.br e <http://tabnet.datasus.gov.br> 21 de abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM Indicadores de Mortalidade por Grupos de Causas. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/> Acesso em 22 de abril. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos** – SINASC. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/>. Acesso em 20 abril. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. SVS/DASIS - **Sistema de Informações sobre Mortalidade** – SIM (2012).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos** (SINASC), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: jul. 2017.

DURKHEIM. E. **O suicídio**.(1897) 1ª.Reimpresão 2008.

FEIJÓ, E. Suicídio. **Entre a razão e a loucura**. Lemos Editorial. São Paulo. SP. 1998.

MAFRA. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017**. Disponível em: <http://www.mafra.sc.gov.br/home/index.php>. Acesso em: 02 jul. 2017.

MELEIRO, A.S; TENG, C.T; WANG, Y.P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MOURA, A.T.M.S. et al. **Prevenção do suicídio no nível local**: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011.

NASCIMENTO, M. **Travessia**. Compositores Milton Nascimento e Fernando Brant. 1969. In: LETRA E MÚSICA. Disponível em: <<http://letras.terra.com.br/milton-nascimento/47456/>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

OMS. **Manual de prevenção do suicídio um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Tradução: SOUZA, Juliano dos Santos; Botega, Neury José. Universidade Estadual de Campinas. Genebra, 2000a.

OMS. **Manual de prevenção do suicídio**: manual para professores e educadores. Tradução de Stefanello, Sabrina; Botega, Neury José. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Genebra, 2000.

OMS. **Manual de prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais organização mundial da saúde. Tradução de SOUZA, Juliano dos Santos; Botega, Neury José, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Genebra, 2000b.

SERRANO, A.I. **Chaves do óbito autoprovocado**. Florianópolis: Insular, 2008. 312p.

WERLANG, B.S.G; BOTECA, N.J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.



INDICADORES DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPLICAÇÕES PARA AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Caroline Frillich Bringham
Vivian dos Santos Capelari
Francieli Maria Gabiati
Leticia de Lima Trindade
Simone Coelho Amestoy
Carine Vendruscolo
Otília Cristina Rodrigues*

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída no Brasil por meio da Portaria GM/MS nº. 198 de 13 de fevereiro de 2004 e alterada pela Portaria GM/MS nº. 1996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta proposta educacional surgiu com intuito de transformar as práticas pedagógicas na área da saúde e contribuir para o desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais atuantes na área, desenvolvendo-se por meio de um cenário multidisciplinar e multiprofissional, a partir de situações/problemas rotineiros na perspectiva de possibilitar reflexões críticas e a articulação de estratégias para resolvê-los, coletivamente (BRASIL, 2007). Assim, a EPS caracteriza-se como um processo de ensino- aprendizagem que visa a transformação das práticas no trabalho, partindo das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007).

Entende-se que a EPS oferece elementos valiosos para o processo de formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais da área. Fundamenta-se na concepção de educação transformadora das metodologias de formação, contribuindo para articulação entre os serviços de gestão e instituições. Nesse sentido, pode-se afirmar que a EPS deve, portanto, instigar os profissionais à atuarem de forma crítica e reflexiva nos processos

de formação dos trabalhadores (DOS SANTOS BOMFIM, et. al., 2016).

Ao analisar o trabalho dos profissionais da saúde, destaca-se que a EPS possui íntima relação com o processo de trabalho da Enfermagem, o qual reúne uma ampla rede de sub-processos denominados por cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar ou ensinar, instrumentos técnicos de gerência (KURCGANT, 2010).

Pensando na potencialização da gestão dos serviços de saúde, pode-se considerar a educação permanente como um relevante instrumento na construção da competência profissional dos profissionais de enfermagem, contribuindo para a organização do trabalho. Destaca-se que as competências são ações que envolvem conhecimentos (o saber), habilidades (o fazer), valores (o ser) e atitudes (o conviver), elaborados de maneira articulada aos serviços de saúde (SALUM; PRADO, 2014).

A prática gerencial realizada com enfoque na problematização dentro de um serviço possibilita a compreensão e busca por estratégias para o crescimento do setor por meio de uma atuação reflexiva. Esse engajamento no intuito de repensar a situação existente dentro do serviço e dialogar à respeito dele, é fundamental no processo de EPS. Atualmente, destaca-se a necessidade de uma gerência participativa e organizada no sentido de realizar atividades de EPS com toda equipe de saúde na busca de novos modos de ensinar, aprender, assistir e cuidar. (LOPES, et. al., 2016).

Em um estudo cujo objetivo era conhecer a visão de enfermeiros de um hospital escola sobre a EPS, identificou-se que se trata de uma estratégia vinculada a atualização contínua do conhecimento. No entanto, vislumbra-se a existência de um grande nó crítico da operacionalização da EPS, que se relaciona a dificuldade de compreensão de sua metodologia inovadora de ensino. O profissional enfermeiro, em sua formação, ainda é condicionado a desenvolver instrumentos muito fechados, como por exemplo: protocolos, manuais, normas e rotinas, porém estas ferramentas pouco se aplicam na proposta da EPS, pois a dinâmica pressupõe a criatividade e o protagonismo dos envolvidos, mediante o diálogo, através de rodas de conversa, inter consultas, reuniões para discussões de casos, entre outras (PUGGINA et.al., 2015).

Para que as estratégias de EPS tornem-se consolidadas é necessário construí-las de acordo com a realidade local, discutindo, refletindo e analisando as incongruências do cotidiano, utilizando da integração en-

tre realidade, problematização e educação no trabalho, abstendo-se dos lócus de aprendizagem individual e tecnicista, tornando-a assim multidisciplinar (BARTH, et al., 2014).

No cenário da APS também reconhecida como Atenção Básica (AB) no Brasil, a educação permanente também possui espaço consolidado, através do uso de ferramentas que instigam a busca por estratégias para fortalecimento do setor por meio do reconhecimento do território de atuação. Em 2008, a Portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril, criou a Lista Brasileira de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (ICSAPS), definindo-a como instrumento de avaliação da AB e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008).

As ICSAPS são consideradas morbidades que se manejadas em momento oportuno e de forma eficaz na AB, minimizam a necessidade de hospitalização. Trata-se de eventos que podem ser prevenidos, por meio de intervenções oportunas nesse nível de atenção, evitando agravos clínico e internações hospitalares. Além disso, esses indicadores podem ser utilizados como uma forma de avaliar o acesso aos serviços de saúde, a cobertura de qualidade e o desempenho das equipes de AB (CARDOSO et al, 2013).

O presente capítulo se propõe a relatar a experiência de realização de uma prática assistencial que objetiva identificar os indicadores de ICSAPS entre os municípios que compõe a Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) de Chapecó, a partir destes indicadores realizar ações de EPS junto aos municípios que apresentaram os achados mais frágeis.

O caminho percorrido na prática assistencial

Trata-se de uma prática assistencial construída como trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem, durante realização do Estágio Supervisionado II. A prática foi orientada pela análise dos indicadores de ICSAPS entre os municípios que compõe a SDR de Chapecó/SC com a realização de ações de EPS junto aos municípios que apresentaram os indicadores mais frágeis. Desenvolveu-se na Gerência de Saúde (GERSA), no Setor de Atenção Básica em articulação com os nove municípios que compõe o Plano de Desenvolvimento Regional da Regional, sendo eles: Águas Frias; Caxambu do Sul; Chapecó; Cordilheira Alta; Coronel Freitas; Guatambu, Nova Erechim; Nova Itaberaba; Planalto Alegre.

A Região conta com um contingente populacional de mais de 240 mil habitantes, perfazendo quase 4% da população do Estado, onde aproximadamente 60% da população está na faixa etária dos 20 aos 59 anos. Os municípios possuem uma disparidade considerável com relação ao contingente populacional que varia em menos de 2.500 habitantes no município de Águas Frias até mais de 180.000 habitantes no município de referência que é Chapecó.

A economia da região gira em torno do agronegócio, com forte participação da agricultura familiar, sendo considerado o “celeiro” de Santa Catarina, de onde escoam grande parte da produção brasileira de grãos, aves e suínos. Frigoríficos de grande e médio porte estão associados aos produtores rurais em um modelo bem-sucedido de integração: as empresas fornecem insumos e tecnologia e compram a produção de animais.

Excetuando-se o município de Chapecó, em que a cobertura de estratégia de saúde da família gira em torno de 60% da população com equipes de referência, nos demais municípios tem-se 100% de cobertura populacional com equipes de estratégia de saúde da família (Brasil, DAB/2016).

Os indicadores de ICSAPS foram buscados junto ao Sistema de Informação do TABNET no período de 2009 a 2014 e caracterizados conforme a Ficha de Qualificação/Características dos Indicadores da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), utilizou-se como critério para classificação a taxa de internação hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) por causas selecionadas. Este representa o número de casos de internações hospitalares pagas pelo SUS, por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2012). Para fins dessa prática, o cálculo foi readequado à realidade dos municípios convertendo a constante de 10 mil habitantes para 1 mil habitantes.

Na sequência, a partir dos dados coletados elaboraram-se gráficos contendo os índices de doenças por ICSAPS de cada município, posteriormente realizou-se uma análise das doenças prevalentes, utilizando-se da estatística descrita, observando medidas como média, amplitude, frequência relativa, frequência absoluta, moda e mediada dos valores. Em seguida extraíram-se os resultados obtidos e estes foram analisados para realizar a seleção das cinco doenças que prevaleceram nos nove municípios.

Após a classificação dos municípios que apresentaram os indicadores mais frágeis realizou-se a escolha de três para realização de ações

de EPS, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: selecionar os três municípios com os indicadores mais elevados; em caso de empate selecionar os municípios com maior proximidade geográfica; e se proximidades muito semelhantes realizar os sorteios dos municípios.

Utilizamos como critério de exclusão a não aceitação ou baixa receptividade da proposta elaborada no contato com o município. Obedecendo aos critérios citados acima, selecionaram-se três municípios sendo eles: Águas Frias, Caxambu do Sul e Planalto Alegre. A partir da classificação dos municípios traçaram-se intervenções de EPS apresentadas nos resultados deste estudo.

O uso dos ICSAPS para as ações de Educação Permanente em Saúde

Conforme os critérios metodológicos estabelecidos, foram analisados os índices de ICSAPS realizando a classificação dos nove municípios que apresentaram os indicadores mais frágeis. Os mesmos foram subdivididos entre as ordens de classificação, conforme frequência absoluta dos indicadores, em 1º, 2º e 3º lugar, e classificados em ordem crescente de acordo com os municípios que obtiveram os índices mais frágeis de doenças, conforme se pode observar no quadro a seguir:

QUADRO 1: Classificação dos Municípios Conforme os Indicadores mais Frágeis.

1º lugar	Caxambu do Sul e Águas Frias.
2º lugar	Planalto Alegre, Nova Erechim, Guatambu e Coronel Freitas.
3º lugar	Nova Itaberaba.

Fonte: As Autoras (2015).

Utilizando-se os demais critérios de inclusão e exclusão selecionou-se municípios de Caxambu do Sul, Águas Frias e Planalto Alegre. As doenças mais prevalentes foram pneumonia, bronquite; enfisema, outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), gastroenterites, insuficiência cardíaca e diabetes mellitus. Os dados das doenças prevalentes nos três municípios podem ser observados conforme nas figuras abaixo, sendo distribuídos em ordem de classificação por município que apresentou os indicadores mais frágeis.

FIGURA 1: Dados de ICSAPS do município de Caxambu do Sul.



Fonte: As Autoras (2015).

FIGURA 2: Dados de ICSAPS do município de Aguas Frias.



Fonte: As Autoras (2015).

FIGURA 3: Dados de ICSAPS do município de Planalto Alegre.



Fonte: As Autoras (2015).

As doenças que resultaram em mais ICSAPS foram as que acometem o trato respiratório, com destaque para pneumonia, bronquite, enfisema e outras DPOC, seguidas por uma doença que comumente acomete o trato gástrico, as gastroenterites, das doenças cardiovasculares e diabetes mellitus. As doenças respiratórias fazem mais de quatro milhões de vítimas anualmente e afetam milhares de pessoas em todo mundo. Seu impacto apresenta efeitos adversos graves na qualidade de vida e na deficiência dos indivíduos afetados (BRASIL, 2010).

Ainda, destaca-se que entre o grupo de doenças crônicas que mais acometem a população mundial, a diabetes mellitus configura-se como epidemia mundial, tornando-se um grande desafio para os sistemas de saúde de todo mundo. Isso pode ser relacionado ao envelhecimento da população, urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, que são grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência de diabetes mellitus em todo mundo (BRASIL, 2006).

O acesso ao cuidado e a resolubilidade da AB podem ser alcançados mediante o investimento na formação de profissionais generalistas, na graduação e nas residências multiprofissionais, assim como em movimentos de EPS. “Profissionais qualificados atuando em equipes na APS são essenciais para construir acesso, resolubilidade, função filtro, coordenação e abordagens comunitárias e empoderadoras” (TESSER; NORMAN, 2014, p.880).

Assim, os achados nortearam ações de enfrentamento destas doenças por meio da adoção de atividades de educação permanente, que representa um importante facilitador para a qualificação de gestores e profissionais da ESF. Assim, as estratégias emergentes foram orientadas pela PNEPS que visa um processo contínuo e norteador para a transformação do processo de trabalho, por meio da identificação dos problemas de saúde do cotidiano que levam a uma reflexão crítica, contribuindo para uma forma de prevenção do adoecimento e promoção da saúde (DA SILVA, et al, 2015).

Neste sentido, como forma de redução dos indicadores, teceram-se ações em busca da qualificação da assistência entre as equipes de ESF dos três municípios trabalhados, por meio da criação de uma cartilha informativa com dos dados de ICSAPS específica para cada cenário, contendo informações específicas como seus indicadores de ICSAPS, população dos últimos seis anos, número de caso das cinco doenças em

comparação com indicadores do município sede (Chapecó), juntamente com uma proposta de intervenção.

As cartilhas, consideradas uma produção técnica para os serviços, foram construídas pelos estudantes, docente e gerente da Atenção Básica da Regional, com base nos indicadores e manuais do Ministério da saúde, na sequência apresentadas aos gestores dos três municípios trabalhados durante visita pré-agendada. Estas se configuraram como ferramenta importante para a sensibilização dos gestores, e foram de fundamental importância para a elaboração de um segundo material informativo contendo as atribuições e competências dos profissionais que compõem as equipes de ESF frente às doenças que prevaleceram entre os indicadores de ICSAPS.

O material foi elaborado individualmente para cada município, contendo em sua estrutura uma página introdutória apresentando informações sobre o que são as ICSAPS e os indicadores do município em comparação com o município sede, sendo que na sequência, foram apresentadas as atribuições do gestor e profissionais da ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) frente a cada grupo de doença prevalente. Os gestores participaram dessas atividades juntamente com os profissionais.

Configuraram-se durante este percurso ações que foram voltadas para o fortalecimento e estruturação da AB, como pilar do sistema de saúde. Este nível assistencial necessita que seus profissionais e gestores tenham conhecimento necessário para realizar intervenções conforme demanda apresentada em seu município e/ou território. É por meio do conhecimento e da avaliação de indicadores de internações hospitalares evitáveis que se avalia a qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados neste nível de atenção (FERREIRA, et al, 2014).

O indicador de ICSAPS é

[...] uma tradução livre para Ambulatory Care Sensitive Conditions, se constitui em um indicador de atividades hospitalares como medida de efetividade da AB e foi trabalhado por Billings et al. na década de 1990. É usado na atualidade como representativo de problemas de saúde para os quais a ação da AB diminuiria o risco de internações. Representa, portanto um conjunto de agravos de saúde que não deveriam chegar em grande quantidade à atenção terciária, posto que uma efetiva ação da atenção primária solucionaria parte dessas patologias. (PEREIRA, et al, 2014)

A partir da análise de indicadores de ICSAPS é necessária à abordagem de métodos que se configuram como EPS, a fim de buscar a transformação das práticas pedagógicas, contribuindo para o desenvolvimento individual e coletivo de profissionais atuantes na área da saúde. Assim como a identificação de situações/problemas rotineiros e reflexão crítica, buscando a criação e articulação de estratégias que visem à melhoria da qualidade da assistência (BRASIL, 2007).

De acordo com Lemos (2016) a concepção da EPS na Política vai além de seu significado pedagógico, em resposta a um processo de reestruturação dos serviços frente as novas demandas do modelo. O Ministério da Saúde apresenta um discurso sobre uma gestão inovadora, dando centralidade à questão da EPS, logo no momento em que o trabalho se encontra ainda mais instável e precarizado. A autora alerta para a ideia de gerenciamento permanente e não de educação permanente, por considerar que ao contrário de um instrumento de transformação radical, a EPS converte-se em uma ideologia que envolve pela sua aparência de novidade pedagógica.

A EPS incute a responsabilização dos profissionais de saúde a necessidade de implementação de práticas conscientes e transformadoras na AB, com vistas a promover mudanças construtivas no ambiente de trabalho, envolvendo gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde. Para tanto, os profissionais precisam aproximar-se de metodologias condizentes com a proposta embrionária da PNEPS, que busquem envolver as pessoas numa atmosfera dialógica e horizontalizada, passível de construção coletiva e envolvimento social.

Considerações finais

A EPS está evidenciada no entendimento da prática da construção do conhecimento a partir da problematização. Dessa forma, proporciona o processo de crescimento e desenvolvimento de potencialidades, bem como o desembaraço de rigores diários vivenciados no setor da saúde, tornando-se uma prática efetiva a partir de ações voltadas a realidade do serviço.

Assim, na perspectiva de desenvolver iniciativas para fortalecer a AB a partir de demandas de EPS exercitou-se, mediante essa prática, o processo de reconhecimento do território para, com base em condições sensíveis, pensar e realizar ações consonantes com a situação. Evidenciou-se que a partir do indicador das ICSAPS pode-se aproximar

da realidade do marcador de qualidade da assistência prestada pelas equipes de saúde, sendo as ações de EPS um caminho para melhor contextualizar e se aproximar da realidade dos municípios, e ainda elaborar atividades coletivas de enfrentamento dos problemas de saúde de cada território. Os ICSAPS contribuem para o diagnóstico de saúde da população dos municípios, implicando na capacidade de mapear ações necessárias para qualificação da assistência, permitindo a (co)gestão dos problemas por gestores e profissionais, uma vez que ambos são responsabilizados pela construção desses indicadores.

Essa experiência permitiu compreender a enfermagem como importante profissão no âmbito do desenvolvimento de estratégias que contribuem à resolubilidade e acessibilidade na AB. Nessa direção, a formação, sobretudo no âmbito da EPS é uma das suas principais ferramentas de trabalho.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. 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 e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008: **Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família [online]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em: 03/11/2016.

BARTH, P.O. et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 604-11, 2014.

BOMFIM, E.S. et al. Educação permanente em saúde: discussão das práticas educativas na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife. V. 10, n. 8, p. 2833-2837, 2016.

CARDOSO, C.S. et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev. Panam Salud Publica**. Washington. EUA, v.34, n.4, p. 227-234, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n4/227-234/pt>. Acessado em: 14 de abr. 2018.

FERREIRA, J.B.B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 45-56. 2014. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679=49742014000100005-&lng=pt&nrm=iso. acessos em 19 jul. 2017.

KURCGANT, P. et al.(orgs). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ed. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan, 2010. 208p.

LEMOS, C.LS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso. Acessado em 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>.

LOPES, AG. et al. O desafio da educação permanente no trabalho da enfermagem. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 13-23, 2016.

MUNFORD, V; RACZ, M.L. **Gastroenterites em crianças de quatro regiões do Brasil**: Estudo baseado na vigilância em hospitais. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.rotateq.com.br/images/pdf/>

MC_342_08.pdf . Acesso em: 10 de maio de 2015.

OLIVEIRA, F.E.L. et al. A gerência do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**. Fortaleza. v. 13, n. 4, p. 384-844. 2012.

PEREIRA, F.J.R; DA SILVA, C.C.; NETO, E.A.L. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 331-342, 2014.

PUGGINA, C.C. et al. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Rev Espaço para saúde**. Curitiba. v.16, n.3, p.05-13, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/22580> Acessado em 14 de abr. 2018.

RIPSA. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/>. Acesso em: 22 de abril de 2015.

RODRIGUES, A.C.S; VIEIRA, G.L.C; TORRES, H.C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200041&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200041>.

SALUM, N.C; PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 301-308. 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>.

SILVA, D.S.J.R; DUARTE, L.R. Educação permanente em saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 2, p. 104-105. 2015. ISSN 1984-4840. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/23470> . Acesso em: 14 abr. 2018.

TESSER, C; NORMAN, A. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. Rio de Janeiro. V. 23 n. 3, p. 869-883, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869.pdf>. Acesso em: 14 de abr. 2018.



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: UMA PARCERIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ENTRE ESCOLA TÉCNICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BLUMENAU/SECRETARIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU

*Daniela Maysa de Souza
Karla Rodrigues
Kátia Lúcia Brasil Pintarelli
Kellin Danielski*

Introdução

A implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no sistema de saúde no Brasil, com suas primeiras tentativas de normatização se deram por meio de resoluções internas da Comissão interministerial de planejamento e coordenação em 1988, e em 1999 foram incluídos no SUS as consultas médicas em acupuntura e homeopatia (GONTIJO; NUNES, 2017).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi regulamentada em 2006, prevendo a inserção das práticas de Medicina Tradicional Chinesa (MTC), acupuntura, plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia e termalismo/crenoterapia, introduzindo novas perspectivas, com uma visão diferente do modelo biomédico hegemônico, tendo como sua proponente a autora Madel T. Luz, que relacionou as PICs como um tratamento dentro de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, com base teórica sólida, que valoriza dimensões relacionadas a valores, crenças, e representações na sociedade e ainda enfatizam a escuta acolhedora, desenvolvimento de vínculo terapêutico e integração do ser humano com o meio ambiente e sociedade (BRASIL, 2015).

Em 2004 foi realizado pelo Departamento de Atenção Básica um diagnóstico nacional sobre as PICs, onde as práticas estavam presentes em quase

todos os estados, predominando a MTC, seguida de fitoterapia, homeopatia e acupuntura, destacando-se o Reiki e o Liangong, sem legislação regulatória estadual ou municipal. As ações estavam inseridas em equipes de saúde da família na atenção básica e sua formação/capacitação foi feita em centros educadores externos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015).

O saber popular, complementar, integrativo, antes chamado alternativo, proporciona ao paciente a busca do autocuidado e cuidar de si, ampliando sua autonomia. As PICs são práticas mais simples, determinam menor custo e podem estar acessíveis a toda as populações dentro do SUS. A Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva a busca das características locais e a aplicação das PICs de acordo com cada realidade, já estando comprovado que elas apresentam um impacto econômico no sistema público de saúde, trazendo benefícios à população, favorecendo a ampliação da humanização na atenção em saúde no Brasil (BRASIL, 2015).

Ao possibilitar a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizado, centrado na integralidade e no saber popular dos indivíduos e coletividade, a PNPIC contribuiu para a implantação e fortalecimento do SUS, ao considerar o indivíduo em sua dimensão global, ajudando na construção da integralidade como princípio a ser aplicado individual, coletivamente e na organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria n° 849/2017 incluiu na PNPIC as práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

Núcleo de Estudos e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NEPICS)

O Programa Liga de Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau (FURB) acompanhou o processo de extensão universitária por dez anos, por meio de editais da FURB entre 2006 e 2016. O programa se deu na experiência de alunos no VER-SUS em 2004. O contato desses alunos com outra realidade despertou o interesse em participar de experiências de extensão, voltadas para a comunidade e para o SUS, levando à organização de um grupo interdisciplinar integrado por alunos e docentes da área da saúde e serviço social que culminou com o envio e aprovação de uma proposta no edital interno de extensão da FURB em 2006.

A aproximação da Liga de Saúde Coletiva com a Extensão Popular concretizou-se no III CBEU - Congresso Brasileiro de Extensão Universitária em Florianópolis, em 2006, quando os bolsistas e docentes do programa participaram da Tenda Paulo Freire, onde entenderam uma forma diferenciada de definir Extensão Universitária com a qual se identificaram e procuraram alinhar as suas discussões e práticas na concepção de “um espaço privilegiado para cumprir o papel social da Universidade, produzindo conhecimentos e formando profissionais conscientes e comprometidos com a realidade” (SILVA et al., 2006, p. 02).

Os princípios e as práticas da Educação Popular, na Liga de Saúde Coletiva concretizaram-se na forma da Extensão Popular, numa busca constante pela via da interdisciplinaridade e na perspectiva da transdisciplinaridade, que coloca em um mesmo nível hierárquico diferentes tipos de conhecimento, recusando-se a subjugar uns saberes em detrimento de outros, hegemonicamente concebidos na Universidade como únicos critérios.

Os projetos pertencentes ao programa de extensão universitária objetivaram ampliar a compreensão sobre os determinantes sociais da saúde-doença, promover a interação dos acadêmicos de diferentes cursos entre si, com os usuários do SUS e movimentos sociais, buscando principalmente o empoderamento comunitário. Como defendido por Vasconcelos (2006), promover uma nova visão no cuidado em saúde proporcionando aos discentes e docentes vivenciar junto à comunidade e serviços de saúde, o desenvolvimento de suas atividades rotineiras, os desafios e propostas locais de superação dos mesmos, buscando respostas e possíveis soluções.

Os cenários de prática no SUS constituem campo para a formação pessoal e acadêmica através da produção científica na área da Saúde Coletiva e da participação social. Apresenta como metodologia a realização de grupos de discussão, oficinas, seminários e fóruns de mediação com o serviço, a comunidade e a Universidade (SILVEIRA, 2008).

A partir de 2012, as práticas comunitárias de extensão aproximaram dois projetos de extensão da universidade, o de formação de cuidadores ambientais e o PROFISC – Fitoterapia na Sociedade Contemporânea, e a partir de 2014 o grupo ampliou com as práticas de Reiki e utilização da arte na terapêutica e desenvolvimento sustentável das comunidades.

Com o desenvolver de novas metodologias em seu percurso, rodas de conversas, encontros de partilhas, escrita e leitura de cordéis, oficinas

de danças circulares, oficina de formação de cuidadores ambientais, entradas e saídas de atores vários na FURB e na comunidade, pouco a pouco foi direcionando para práticas e cuidados em terapêuticas integrativas e complementares. Sendo atualmente um grupo de discentes (nutrição, odontologia, medicina veterinária, psicologia, biomedicina), docentes (medicina, ciências farmacêuticas, odontologia, nutrição e ciências naturais) e serviço (farmacêutica e assistente social do Ambulatório Geral da Velha (AG)) organização e planejamento das atividades, além da contribuição pontual das equipes de saúde onde atuam (Estratégia Saúde da Família (ESF) Tania Leite, ESF Velha grande, AG Velha e Fortaleza). Culminando assim, em 2015/2016 na criação do Núcleo de Estudos e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NEPICS).

O NEPICS FURB (SIPEX n. 1043/2016) atualmente é um projeto de extensão aprovado pelo Edital Interno da Universidade Regional de Blumenau para o ano de 2017. Este grupo originou-se da experiência acumulada no Programa de Extensão Liga de Saúde Coletiva, iniciado em 2006, que teve como disparadores, os temas educação popular em saúde e participação e controle social. É um grupo composto de docentes e discentes da universidade, em parceria com o serviço público de saúde, Secretaria de Promoção da Saúde de Blumenau e com a iniciativa privada, SESC Blumenau. Tem como objetivo principal desenvolver práticas e estratégias integrativas e complementares em saúde e meio ambiente junto aos trabalhadores da saúde, na comunidade e na FURB com uma abordagem holística e ecológica de promoção do cuidado.

A abordagem metodológica tem a intencionalidade de ser ativa no contato com o serviço e com a comunidade, incluindo a organização e desenvolvimento de rodas de conversa interdisciplinares e temáticas; palestras junto à sociedade organizada, seminários e oficinas sobre as PICS; THERASHOP - Workshop de Práticas Integrativas; encontros de partilha; curso de práticas integrativas; ciclos de práticas de Yoga e Fitoterapia; prestação de atendimentos individuais de PICS; proposição de constituição de um grupo para formação de articuladores de práticas integrativas entre profissionais, comunidade e Instituições de nível superior e médio em Blumenau e organização de Fórum Interinstitucional de Saúde.

Dentre as atividades previstas destacam-se aquelas voltadas para a construção de uma Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e as atividades ofertadas pelo NEPICS na comunidade visam à experimentação da Medicina Holística. Paralelamente, é feito um trabalho de conscientização sobre o acesso da população às PICS no SUS.

Desta forma, ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) são mecanismos capazes de mudar o perfil profissional e motivar o trabalhador dentro da lógica da interdisciplinaridade, da integralidade e da clínica ampliada. A partir de 2006, o Pacto pela Saúde junto à Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) instituiu a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) respondendo diretamente a Comissão Intergestores Regional (CIR), que na região, conta com 14 municípios pertencentes à Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí (AMMVI), com exigência descentralizada dos planejamentos de formação permanente, no caso o Plano Regional de Educação Permanente (PAREPS, 2012).

No PAREPS de 2012/13 que foi indicado como problema a “medicalização exagerada sem base técnica; falta de estratégias de desmedicalização nos serviços de saúde” os quais geraram os objetivos “discutir o projeto de modelo terapêutico, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” e as metas “realizar oficinas para conhecer e disseminar o modelo Projetos Terapêuticos, PNPIC (ex. Projeto Tarja Verde, desenvolvido em São Paulo com distribuição de mudas de plantas medicinais)” (PAREPS, 2012, p.06; BRASIL, 2006).

No caso de Blumenau, a FURB, a Secretaria de Promoção da Saúde de Blumenau e a Escola Técnica do SUS de Blumenau (ETSUS Blumenau) estiveram presentes em toda a caminhada da Educação Permanente (EP) da região, desde o seu início. Hoje, Blumenau conta com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), comissão municipal que está à frente dos planejamentos e determinação da política local de EP em consonância com o PAREPS, sendo uma das preocupações as Práticas Integrativas para um uso racional de medicamentos.

Assim, este grupo de trabalhadores da saúde coletiva da FURB, sempre esteve à frente da discussão e implantação de políticas de saúde junto ao município de Blumenau e pensando na formação dos profissionais inseridos na Atenção Básica de Blumenau, os integrantes do NEPICS procuraram estabelecer parceria com a ETSUS Blumenau, para a construção de um plano de curso, que atendesse a demanda de formação local, de acordo com as possibilidades de oferta de formação do NEPICS.

ETSUS Blumenau

A ETSUS Blumenau nos seus 61 anos (1956-2017) busca acompanhar as mudanças no processo de trabalho, estar em consonância com as políticas públicas implementadas e discutidas no Brasil, e também se

mantém vigilante às necessidades de formação para qualificar o trabalhador, e assim, contribuir com a promoção, proteção e recuperação da saúde da comunidade dos 53 Municípios de sua área de abrangência (LANGE et al., 2016a; PINTARELLI; CAMPOS; GUIMARÃES, 2016).

Os 53 municípios de abrangência da ETSUS Blumenau compreendem os 14 municípios da AMMVI, as 11 cidades pertencentes à Associação dos Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí (AMFRI) e as 28 cidades da Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí (AMAVI). Com isso, a equipe da Escola procura dar continuidade à caminhada de luta e conquistas brasileiras, como também ir ao encontro do que está dito na Constituição de 1988, que estabelece a criação do SUS onde está expresso que é de sua responsabilidade a ordenação da formação profissional para a saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

O cenário nacional de formação de recursos humanos para a área da saúde foi fortalecido com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); com o Departamento de Gestão e da Educação na Saúde (DEGES); com a Portaria da PNEP, pois manteve a responsabilidade de formação de recursos humanos para a atuação no SUS e para o SUS (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; SOUZA et al., 2016b; PINTARELLI; CAMPOS; GUIMARÃES, 2016).

A ETSUS Blumenau manteve a estratégia de fortalecer e contribuir com a formação de recursos humanos para o SUS, pois possui a missão de oferecer Formação Inicial e Continuada, e Educação Profissional Técnica de Nível Médio para os Trabalhadores do SUS de 53 Municípios, correspondentes à sua área de abrangência. É uma Escola especializada em Educação Profissional, conforme prevê a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB nº 9.394/96 no seu artigo 36, inciso 4 e artigo 40; e no artigo 2 do Decreto 2.208/97 do Conselho Federal de Educação – CFE (SOUZA et al., 2016b; PINTARELLI; CAMPOS; GUIMARÃES, 2016).

A Escola pertence à Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), sendo essa atualmente composta por 40 Escolas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS. Ao fazer parte dessa rede, a equipe da ETSUS Blumenau tem a oportunidade de trocar experiência e participar dos debates coletivos com as equipes de profissionais da RET-SUS, e com isso construir conhecimento, refletir e planejar sobre Educação Profissional para a Saúde (BRASIL, 2015; BRASIL, 2000; ETSUS BLUMENAU, 2016; RET-SUS, 2015; MACHADO, 2016; SOUZA et al., 2016a; PINTARELLI; CAMPOS; GUIMARÃES, 2016).

A equipe da Escola de Blumenau também participa das CIES das três regiões de sua abrangência (Médio Vale, Foz do Rio Itajaí e Alto Vale) e da estadual (Santa Catarina), sendo esses contextos para discutir, pactuar e planejar sobre demanda de cursos a serem ofertados para os trabalhadores da área da saúde, ou seja, são nesses espaços que é possível realizar pactuações e fortalecer parcerias de construção, planejamento e oferta de cursos, de maneira a garantir a interrelação serviço, ensino, comunidade e gestão (SOUZA et al., 2016b; PINTARELLI; CAMPOS; GUIMARÃES, 2016).

Os cursos atualmente oferecidos pela ETSUS Blumenau em 2017 são autorizados pelo Conselho Estadual de Educação (CEE) e estão de acordo com os Conselhos Profissionais, sendo: Aperfeiçoamento em Biossegurança; Aperfeiçoamento em Estratégia Saúde da Família; Aperfeiçoamento em Imunização; Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso; Aperfeiçoamento em Saúde Mental; Atualização em Saúde Bucal; Capacitação Pedagógica para Docentes; Capacitação Escuta Ativa na Saúde; Urgência e Emergência no Ambiente Escolar; Capacitação Permanente ao Cuidador Domíliciar; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Especialização em Gestão da Vigilância em Saúde; Especialização em Nefrologia; Especialização em Saúde da Família; Especialização em Urgência e Emergência; Especialização Técnica em Atenção Básica; Especialização Técnica em Enfermagem em Centro Cirúrgico; Especialização Técnica em Enfermagem do Trabalho; Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde; Formação Inicial de Agente Comunitário de Saúde; Qualificação Cuidador de Pessoas Idosas; Qualificação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal; Técnico em Enfermagem; Técnico em Saúde Bucal; Técnico em Vigilância em Saúde (PINTARELLI; CAMPOS; GUIMARÃES, 2016).

Os cursos desenvolvidos pela Escola de Blumenau são realizados de maneira centralizada e descentralizada. Quando o curso é centralizado as aulas presenciais ocorrem no espaço físico da ETSUS Blumenau; e quando descentralizado, as aulas presenciais são desenvolvidas em espaços físicos de outros municípios, passando a ser sede para a instituição, sendo essa organização acordada nas três CIES regionais e apresentada nas reuniões da CIR (SOUZA et al., 2016b; LANGE et al., 2016b; PINTARELLI; CAMPOS; GUIMARÃES, 2016).

A Escola utiliza metodologias ativas de ensino aprendizagem nos cursos e na capacitação técnica pedagógica ofertada para os docentes, procura estimular os alunos, trabalhadores e profissionais a participarem ativamente das aulas, pois acredita no processo de ensino aprendizagem em que o papel do professor seja o de mediar experiências e

vivências dos educandos, para serem discutidas e problematizadas, e desta maneira, o aluno, tem a possibilidade de propor mudanças para e no processo de trabalho, e com isso minimizar e transformar o contexto real, produzindo significado para a sua aprendizagem (DANIELSKI; GUIMARÃES, 2016; SOUZA et al., 2016a; ROSSINI; BENVENUTTI; PINTARELLI; 2016; PINTARELLI et al., 2016).

A equipe da Escola de Blumenau prioriza a aplicação de metodologias ativas e reforça o papel da instituição como agente de transformação e de mobilização social, pois procura oportunizar ao discente e docente refletir sobre ser e estar no contexto do trabalho, e com isso empoderar o sujeito para agir e ser mobilizador e articulador no seu espaço de atuação. Com seu empoderamento, torna-se multiplicador dando continuidade no processo de trabalho de ser ator e autor, mas que considere, respeite e interaja com a comunidade e com a gestão, ou seja, em permanente e constante diálogo com comunidade, ensino, serviço e gestão, para uma construção coletiva no cuidado, no autocuidado e no cuidar de si e principalmente de fortalecimento das políticas públicas do Brasil.

Assim, de acordo com as necessidades de atenção e assistência à saúde, como também de proteção e promoção, e principalmente trabalhando vinculada a lógica de integração ensino, serviço, comunidade e gestão, a equipe da ETSUS Blumenau estabeleceu a parceria com a discussão, planejamento e execução da oferta do curso de PICS para o SUS, reafirmando seu compromisso com a população dos 53 municípios de sua área de abrangência, e assim formar trabalhadores do SUS para o SUS, indo ao encontro de sua missão e da PNEP.

Reunião da Equipe e Construção das Oficinas

Considerando a expertise da equipe da ETSUS Blumenau em formação docente, com o uso de metodologias ativas, os membros do NEPICS procuraram a equipe solicitando auxílio para a construção do plano de curso, visando a formação de profissionais de nível médio, atuantes na Secretaria Municipal de Promoção da Saúde de Blumenau (SEMUS). Nesta primeira aproximação às PICS, a equipe da ETSUS Blumenau apresentou seu processo de trabalho de forma sucinta e a proposta de produzir coletivamente o plano de curso (em oficinas), sendo necessário para isso, a formação de Grupos de Trabalho (GT), o conhecimento da legislação específica e a definição da oferta da formação: para nível médio somente ou profissionais de nível superior também?

Depois de estabelecida a parceria entre NEPICS e ETSUS Blumenau, estes questionamentos foram a pauta da reunião seguinte, que contou com a presença da Coordenação Municipal das Práticas Integrativas e Complementares (recém instituída no município) da SEMUS, para que fosse possível conhecer a proposta de oferta do curso e atuação do serviço no município⁹.

Após o retorno favorável da Coordenação Municipal das PICS, a equipe da ETSUS Blumenau propôs que, para iniciar o processo de trabalho, seria necessário o (re) conhecimento da legislação e o posicionamento dos Conselhos Profissionais envolvidos na oferta das PICS. Assim, foi organizado na sede da ETSUS Blumenau em parceria com o NEPICS, o I Encontro de Formação em PICS para o SUS, que ocorreu em 06/06/2017.

Para o Encontro foram convidados profissionais de saúde que apresentavam aproximação às PICS, sendo do nível médio, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Técnico em Saúde Bucal (TSB), Técnico em Enfermagem (TE) e profissionais de nível superior de todas as áreas, além de usuários das unidades de saúde, membros representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS), os integrantes do NEPICS, a equipe da ETSUS Blumenau e a Coordenação Municipal das PICS.

Neste encontro foi apresentada a PNPIC e os representantes dos Conselhos Profissionais das áreas de Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Farmácia e Fisioterapia foram convidados a exporem as áreas de atuação, legislação atinente e deliberações dos respectivos conselhos (estando presentes os representantes de: Enfermagem, Farmácia e Psicologia). Tendo acordado que as PICS são de domínio de todas as profissões, podendo ser ofertadas pelos profissionais de nível médio e superior, que ao desejarem incluir as PICS em seus processos de trabalho, poderiam realizar as qualificações e formações necessárias requeridas para cada prática específica.

Após esse esclarecimento, que norteou a possibilidade de formação para oferta das PICS, a equipe da ETSUS Blumenau apresentou sua história e trajetória, com ênfase na formação docente e uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem que balizam suas práticas e apresentou os itens que compõem um plano de curso, compartilhando suas experiências prévias, com construções coletivas de planos de curso, a utilização de oficinas, como forma de condução e produção nos encontros.

⁹ Sugere-se a leitura de outros estudos sobre a formação em PICS na saúde: AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab. educ. saúde**, p. 361-378, 2011.

Foi realizado o convite para que os participantes do evento manifestassem o desejo para compor o GT para construção coletiva do plano de curso. Desta forma, aos profissionais do NEPICS (professores e bolsistas da graduação) e à equipe da ETSUS Blumenau, se juntaram profissionais de nível médio e superior, atuantes na atenção básica, um membro do CMS (representante dos usuários) e a coordenação municipal das PICS da SEMUS.

Com o GT formado, foi organizado o cronograma de trabalho para 04 oficinas (com 04 horas de duração cada), totalizando 16 horas para a produção do plano de curso (que ocorreu no mês de junho e julho/2017). Além do cronograma de trabalho, foram definidas dentre as 22 PICS, as práticas que seriam ofertadas nesta formação (de acordo com a disponibilidade das práticas ofertadas pelo NEPICS e docentes das áreas específicas), sendo definida a oferta de: Plantas Medicinais na Atenção Básica; Reiki; Automassagem; Do-in; Auriculoterapia; Meditação e Shantala. E ao término da construção do plano de curso, a equipe da ETSUS Blumenau se colocou à disposição, para realizar capacitação pedagógica aos docentes envolvidos na formação, com ênfase no uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem.

Após estas definições, para condução das atividades visando a construção coletiva, a equipe de profissionais da ETSUS Blumenau, que compõem a coordenação técnico pedagógica se reuniu para construir coletivamente a proposta de condução dos encontros para a construção do plano de curso Para Formação em PICS para o SUS. Assim, foram definidas as temáticas para os encontros:

- 1ª Oficina: Perfil e Introdução à Competências e Habilidades;
- 2ª Oficina: Competências e Habilidades;
- 3ª Oficina: Bases Tecnológicas e Unidade Didática;
- 4ª Oficina: Dispersão, Carga Horária e Cronograma.

A equipe se dividiu por temáticas das oficinas e assim, formou sub-grupos para a construção da proposta pedagógica de trabalho para cada oficina. Posteriormente, apresentou as propostas de trabalho dos encontros, que foram alinhadas coletivamente, para posterior condução dos encontros pela equipe de coordenação técnico pedagógica da ETSUS Blumenau.

Oficinas Pedagógicas

O estímulo ao diálogo e valorização dos distintos saberes permitiu a discussão coletiva e aprendizado mútuo em todos os encontros e foram produzidos no grupo, alguns dos itens que compõem um plano de curso, a saber: perfil de conclusão, público alvo, organização modular com suas competências e bases tecnológicas e as atividades de concentração e dispersão que constituem a proposta de avaliação (por portfólio). Entre os participantes foram definidos por sorteio, pequenos grupos de trabalho, para que a partir das 'diferenças' (de classe profissional, área de atuação, entre outros) fossem produzidas as chamadas encomendas dos encontros.

A disposição das carteiras da sala de aula em meia lua, os trabalhos em grupo, a exposição das produções coletivas no mural e o estímulo ao diálogo reflexivo, mediado pela equipe da ETSUS Blumenau causou o estranhamento inicial (esperado), presente em práticas distintas das ditas tradicionais de ensino. Sabe-se que a sensibilização às metodologias ativas de ensino aprendizagem constitui um dos desafios da formação docente e neste processo ela também esteve presente.

O estranhamento inicial deu lugar ao conforto e aproximação às práticas de condução do processo de trabalho, observado, por exemplo, no último encontro, quando propositalmente, as carteiras foram deixadas enfileiradas uma atrás da outra (como no método tradicional de ensino) e o grupo sozinho sentiu a necessidade de modificar a disposição das carteiras em sala de aula, para que pudessem se olhar e produzir coletivamente em igualdade.

A sensibilização aos métodos ativos ocorreu naturalmente no decorrer dos encontros, ao perceberem a riqueza da produção das atividades, com os produtos decorrentes dos encontros, identificando assim na prática, que os saberes individuais, quando socializados e discutidos, são muito mais potentes na coletividade. E das avaliações finais dos encontros, solicitadas com a representação em uma palavra, houve a demonstração do sentimento dos envolvidos, tendo como exemplo: Aprendizado; Troca; Produtivo; Construtivo; Incentivador; Rico; Desafiador; Alegria; Gratidão; Esperança; Amor; Desejo; Empolgação; Comprometimento; Satisfação; Curiosidade; Abertura; Movimento; Confiança; Caminho; Reflexão; Contagante; Missão Cumprida e Satisfação.

Inicialmente houve a necessidade de definição da oferta do curso, sendo consenso a oferta para profissionais de nível superior e médio,

atuantes na atenção básica, por acreditar que ambos podem ofertá-la e que nos processos de trabalho, hierarquicamente, o profissional de nível médio responde ao profissional de nível superior, sendo este o supervisor desta classe de profissionais, com ênfase na compreensão de que a interdisciplinaridade é um dos elementos que possibilita aproximações de uma prática de atenção integral em saúde.

A partir desta definição, excluindo-se a formação e titulação do profissional, partiu-se do pressuposto de que quem oferta esta prática, antes de ser um profissional é um ser humano, tendo assim, como perfil profissional de conclusão do curso: “Pessoa com visão holística e integral do ser, sensível à necessidade do outro, com atuação interdisciplinar, integralizador, articulador, dinâmico, mobilizador, acolhedor, disponível e sensibilizado às práticas integrativas e complementares com ações coletivas ou individuais, que promova o autocuidado e o cuidar de si”.

Posteriormente foram produzidas as competências comuns, com o disparador: “Que competências são necessárias para o profissional desenvolver as PICS no SUS”? Já para a construção das Bases Tecnológicas (conteúdos que serão trabalhados) foi necessário primeiro organizar a estrutura de oferta do curso, tendo como produto três módulos, expressos no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1: Módulos do Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares para o SUS

Módulo	CH total	CH concentração	CH dispersão
I Práticas Integrativas e complementares e a integralidade do ser holístico	40horas	28horas	12horas
II Aproximação com as práticas integrativas e complementares	40horas	28horas	12horas
III Vivenciando as práticas integrativas e complementares	40 horas	28horas	12horas
Total	120horas	84horas	36horas

Fonte: Elaborado para o projeto (2017).

Todos os alunos farão o módulo I e II, contendo os conceitos gerais e aproximação às PICS, para posteriormente, quando ingressar no módulo III, escolher de acordo com as vivências no curso, duas trilhas específicas, de acordo com a sua área de interesse, dentre as práticas ofertadas no curso.

As Bases Tecnológicas foram produzidas de acordo com as especificidades de cada prática ofertada e contam com atividades de concentração (quando os alunos estão juntos/concentrados em sala de aula) e de dispersão (quando os alunos estão em seu local de trabalho), que irão compor as atividades de avaliação por portfólio.

Depois da construção coletiva dos itens do plano de curso, considerados essenciais para discussão coletiva em grande grupo, houve um novo momento entre equipe da ETSUS Blumenau, coordenação do NEPICS e da Coordenação Municipal das PICS, para definição e construção dos itens relacionados à gestão, coordenação pedagógica e coordenação geral do curso como: introdução e justificativa; objetivo geral e específico; critérios para seleção e requisitos de acesso ao curso; número de vagas; aspectos pedagógicos; local de realização do curso; organização geral do curso; cronograma; docentes envolvidos na formação; certificados expedidos aos concluintes do curso e materiais e recursos necessários.

Ao final desse processo, equipe da ETSUS Blumenau organizou a oferta de um novo momento de formação, sendo proposto ao grupo de docentes, um cronograma para capacitação pedagógica e formação docente, para o mês de agosto/17, tendo sua programação e temáticas também elaboradas coletivamente pela equipe da coordenação técnica pedagógica da ETSUS Blumenau. A formação é composta por 04 encontros (com duração de 04 horas cada, totalizando 16 horas de formação docente), com as seguintes temáticas (Quadro 2 anexo):

1º Encontro: Educação, educação tradicional x problematizadora, competências;

2º Encontro: Estratégias de Ensino e Aprendizagem, Avaliação, portfólio e registro de fatos;

3º Encontro: Planejamento Docente e Planos de aula;

4º Encontro: Planos de aula.

Formação Pedagógica para Docentes do Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares para o SUS

Uma vez elaborado o plano de curso, e, dando continuidade ao objetivo de sua execução, o próximo passo confluirá para a organização do trabalho pedagógico docente. Entretanto, para que isso aconteça a ETSUS Blumenau oferecerá um preparo, uma formação para que os profissionais de saúde e/ou docentes exerçam uma educação problematizadora, ou próximo disso, que represente sua concepção educativa e formativa. Dessa forma, a capacitação pedagógica, também entendida por formação pedagógica, ou ainda, educação permanente para a docência foi planejada com a proposta de que os participantes vivenciassem ainda mais, a metodologia problematizadora e elaborassem a construção coletiva dos planos de aula.

A formação pedagógica se constituirá em momentos temáticos e reflexivos sobre a tarefa do professor, seu lecionamento. E, tem como objetivo estimular “o professor na mudança de uma prática da educação tradicional para uma prática de educação problematizadora”. Além disso, a escola promove a reflexão e avaliação docente sobre sua prática, e assim possibilitando um constante aperfeiçoamento (DANIELSKI; GUIMARÃES, 2016, p. 19).

A escola oferece a todos os profissionais de saúde que são docentes dos cursos (cursos de formações, aperfeiçoamentos, capacitações ou especializações técnicas), a formação pedagógica que se constitui na vivência da educação problematizadora sobre temas como: a concepção de educação, o planejamento docente, a avaliação por competências, entre outros pertinentes ao perfil de educadores e demandados por esse grupo. Também são apresentados conhecimentos relacionados à escola, seu Projeto Político Pedagógico (PPP), a legislação vigente da Educação Profissional e a Política de Educação Permanente em Saúde. O professor precisa conhecer não só o conhecimento teórico de sua aula, que são saberes técnicos, profissionais, teóricos, mas também o contexto educativo de seus alunos, como seu perfil, e cotidiano de trabalho; além dos saberes pedagógicos que envolvem a docência (JUNGES; BEHRENS, 2016, p. 217). Na prática pedagógica, quando o professor está mediando uma aula está articulando todos esses saberes.

Estudo de Junges e Behrens (2016, p. 226) mostra que a participação do professor universitário em uma formação pedagógica que o estimule

a pensar, a refletir, a ter consciência de sua ação como educador “amplia sua percepção e conceitos sobre a docência, que proporciona a percepção da viabilidade de melhoria em seu ensino, e possibilita a construção de saberes que podem gerar mudanças significativas em sua prática docente em sala de aula”. Como por exemplo, quando o professor muda uma estratégia de ensino aprendizagem que não compatibiliza ao perfil de alunos ou aperfeiçoa uma metodologia de aula para que se configure uma educação problematizadora. Dessa forma, a reflexão na ação e sobre a ação podem trazer benefícios na prática docente.

Schön traz uma proposta educativa que consiste e se baseia na experiência e na reflexão durante e após a ação, constituindo três momentos: a reflexão na ação (quando o profissional pensa e reflete durante a ação); a reflexão sobre a ação (que é quando o profissional pensa logo após ter feito a ação) e a reflexão sobre a reflexão na ação (LOPES; SILVA; NOBREGA-THERRIEN, 2015). Por isso, a formação pedagógica antes do início do curso proposto para a docência e, durante, sob a forma de acompanhamento, torna-se importante para o professor refletir sobre a sua prática.

Dessa forma o primeiro encontro de formação trata-se da temática: educação tradicional x educação problematizadora, e educação por competências. Nesse encontro pretende-se discutir e refletir sobre metodologias ativas e suas principais características e abordar aspectos de desenvolvimento e aquisição do aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a conviver; e aprender a ser.

Para que se alcance o objetivo de formação (como por exemplo, o exercício de uma prática integrativa e complementar no SUS), torna-se necessário um cuidadoso planejamento do docente sobre sua metodologia, para que, por meio dela, haja o estímulo e empoderamento discente para a transformação de sua realidade. Por isso, deve ser apoiada no diálogo, na troca, numa perspectiva dialética e inovadora. Com: “uma prática pedagógica que compreenda uma visão complexa, desafiando os professores a romperem com metodologias repetitivas e acriticas e que apostem em metodologias críticas e problematizadoras” (NASCI-MENTO; BEHRENS; TORRES, 2016, p. 532).

O segundo encontro será trabalhado as estratégias de ensino aprendizagem como: Phillips 66; Brainstorming; Mapa conceitual; Estudo dirigido; Estudo de caso; Resolução de um problema; Fórum; Pergunta circular; Painel integrado entre outros; e refletir sobre a avaliação. O terceiro encontro serão trabalhados o planejamento docente e os planos

de aula como instrumento de gestão, de organização, e como uma atividade para autoavaliação do trabalho docente. E no quarto encontro o grupo apresentará a dispersão que, tinha como tarefa a produção dos planos de ensino do terceiro módulo.

Além do objetivo de sensibilizar e estimular os docentes para uma prática educativa problematizadora, a equipe técnica pedagógica da ETSUS Blumenau pretende proporcionar o encontro coletivo de todos os docentes para que elaborem coletivamente os planos de aula. Estudo de Nicola e Behrens (2017, p. 383) traz como resultado que a formação pedagógica com professores ocasiona a possibilidade de desenvolverem o “constructo da interdisciplinaridade por meio da visão integradora do planejamento, um passo essencial para a compreensão da complexidade do fato educativo”. Pois, a postura do professor é que faz com que a integração dos conhecimentos aconteça entre as disciplinas e recortes da ciência. E, entre seus pares, o trabalho colaborativo os “desafiam a negociarem experiências e expectativas, para mudar temas e enfoques”.

A busca e a aproximação da ETSUS Blumenau com a FURB possibilitaram um espaço de discussão e construção coletiva de duas instituições educativas com propósitos semelhantes, a de formação para atuação no SUS, mas com métodos de trabalho diferentes, e contribuiu para a troca de conhecimentos e experiências vivenciadas no período que envolveu a construção coletiva do plano do curso, bem como se pretende dar continuidade com a formação pedagógica. Assim, os “professores precisam abandonar as metodologias conservadoras que se restringem a decorar e fazer provas com memorização de conteúdo, para produzir conhecimento com autonomia” (NASCIMENTO; BEHRENS; TORRES, 2016, p. 532).

Considerações Finais

A procura da FURB pelo auxílio da ETSUS Blumenau e a proposta de trabalho realizada para o estabelecimento de intercâmbio técnico-científico, vai ao encontro do preconizado por Brasil (2006), quando esta parceria visa o conhecimento e troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, possibilitando a formação e a educação permanente, além de pesquisa nos locais onde as PICS estejam integradas ao serviço público de saúde, possibilitando o desenvolvimento integral das ações e o fortalecimento da participação social, ou seja, da integração entre ensino e serviço; comunidade e gestão.

Em suas diretrizes, o ministério da saúde (BRASIL, 2006) orienta que há necessidade de estruturação e fortalecimento da atenção em PICS no SUS, sendo necessário incentivo à inserção em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; em caráter multiprofissional, com a implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes, com o estabelecimento de mecanismos de financiamento e elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS, sendo estas orientações, as norteadoras de todo o processo de trabalho.

Realizar a construção coletiva do plano de curso e ofertar a formação aos profissionais da atenção básica, observa-se a EPS se efetivando na prática. Pois, desenvolvendo estratégias de qualificação, divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PICS para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional, observa-se um alinhamento da condução das atividades em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente (BRASIL, 2006).

Envolver usuários, gestores, e trabalhadores, permite a efetivação das políticas de saúde, contribuindo para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às PICS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso. E ao possibilitar a formação dos profissionais inseridos na atenção básica, há a perspectiva da prevenção de agravos, além da promoção e recuperação da saúde, com o olhar voltado ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2006). Destaca-se, ainda, como pontos positivos a indicação de um profissional da Prefeitura Municipal de Blumenau (PMB)/SEMUS para estar à frente da elaboração da Política Municipal em conjunto com o NEPICS e a integração com outros grupos de PICS e adeptos em nossa cidade.

Por fim, entendemos que a ETSUS Blumenau consolida suas ações de EPS ao prover apoio como Brasil (2006) orienta, para o desenvolvimento de programas de formação que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento dos profissionais do SUS em PICS, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoantes com os princípios da PNEP. E este trabalho é apenas o início de um longo caminho para estabelecer as Políticas em PICS na cidade de Blumenau e em toda a área de abrangência da ETSUS Blumenau no estado de Santa Catarina (53 municípios).

Referências

AZEVEDO, E; PELICIONI, M.C.F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab. educ. saúde**, p. 361-378, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em:< <http://www.amperj.org.br/store/legislacao/constituicao/crffb.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. **Lei Número 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Disponível em:< <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4726-9-junho-2003-496874-norma-pe.html>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1298 de 28 de novembro de 2000**. Disponível em:<http://www.retsus.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/arquivos/portaria_1298_de_2000_criacao_retsus.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.: il.

BRASIL. Órgão Oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. **Revista RET-SUS**. Manguinhos. Rio de Janeiro (RJ). Pagina 31. Ano II, número 70, janeiro/fevereiro, 2015. Disponível em:< <http://www.retsus.fiocruz.br/revista/2015/revista-numero-70>>. Acesso em 26 jul. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004**. 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. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em 19 jul. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Natu-

ropatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf> Acesso em 21 ago. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em 19 jul. 2017.

DANIELSKI, K; GUIMARÃES, N.S. Capacitação Pedagógica e Formação Docente. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos.** Blumenau: 3 de maio, 2016. Disponível em:< <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

ETSUS BLUMENAU. **Projeto Político Pedagógico.** Blumenau: ETSUS Blumenau, 2010.

GONTIJO, M. B. A; NUNES, M.F. Práticas Integrativas e Complementares: Conhecimento e Credibilidade de Profissionais do Serviço Público de Saúde. In: Trab. **Educ. Saúde.** Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 301-320, jan. / abr. 2017.

JUNGES, K. S; BEHRENS, M. A. Uma formação pedagógica inovadora como caminho para a construção de saberes docentes no Ensino Superior. **Educar em Revista,** Curitiba, v. 39, 2016, p. 211-229.

LANGE, C.V.S. et al. Caminhos Percorridos na Escola, Parcerias e Formações. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos.** Blumenau: 3 de maio, 2016a. Disponível em:< <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

LANGE, C.V.S. et al. Formação do SUS para o SUS: Uma Contínua Caminhada. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos.** Blumenau: 3 de maio, 2016b. Disponível em:< <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

LOPES, R. E; SILVA, A. C; NOBREGA-THERRIEN, Silvia Maria. Formação reflexiva no ensino da enfermagem: discussão à luz de Schön. **Cad. Pes.,** São Luís, v. 22, n. 1, 2015, p. 47-58.

MACHADO, K. RET-SUS: Uma História de Luta e Dedicção. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016. Disponível em:< <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

NASCIMENTO, E. C; BEHRENS, M. A; TORRES, P. L. A metodologia de projetos e o desafio na elaboração de novas possibilidades de propostas. **Revista Contrapontos**, v. 16, n. 03, 2016, p. 518-533.

NICOLA, R. M; BEHRENS, M. A. Contribuições da teoria da complexidade para a inovação no planejamento pedagógico no ensino superior. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 17, n. 52, p. 357-386, 2017.

PAREPS. **Plano Regional de Educação Permanente em Saúde da Região AMMVI, SC, 2012**. Disponível em: < encurtador.com.br/einQY> Acesso em: 21 ago 2017.

PINTARELLI, K.L.B. et al. Formação do Agente Comunitário de Saúde. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016. Disponível em:< <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

PINTARELLI, K.L.B; CAMPOS, M. F; GUIMARÃES, N.S. História da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde Blumenau - ETSUS Blumenau. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016. Disponível em:< <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

RETSUS. Órgão Oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. **Revista RET-SUS**, Rio de Janeiro, n.70, a.2, 2015.

ROSSINI, C.M.R; BENVENUTTI, E. PINTARELLI, K.L.B. Saúde Bucal e a Trajetória da Formação Técnica na ETSUS Blumenau. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016. Disponível em:< <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SILVA, A. S. et al. **Feira de Educação Popular em Saúde como estratégia de promover a intersetorialidade**. III CBEU, Florianópolis, 2006. Disponível em:< encurtador.com.br/bcwJP> Acesso em 21 ago 2017.

SILVEIRA, J. L. G. C [org.]. **Liga de Saúde Coletiva**: extensão popular em

busca da integralidade. Blumenau: Edifurb, 2008.

SOUZA, D. M. et al. Enfermagem na ETSUS Blumenau. In: SOUZA, D. M.; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016a. Disponível em: < <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SOUZA, D. M. et al. ETSUS Blumenau: Processo de Trabalho e Sua Relação com a Educação Permanente em Saúde. In: SOUZA, D. M.; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de maio, 2016b. Disponível em: < <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

Anexos

QUADRO 2 – Competências, bases tecnológicas e dispersão da Formação em Práticas Integrativas e Complementares para o SUS

Módulo 1: Práticas Integrativas e Complementares e a integralidade do ser holístico		
Competências gerais	Bases Tecnológicas	Explicação da base tecnológica (o que abordar em aula)
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer no território as potencialidades/Redes para o desenvolvimento das PICs no SUS Compreender a interdisciplinaridade como um dos elementos que possibilita aproximações de uma prática de atenção integral em saúde • Compreender a importância da PNPI-Cs, suas implicações e possibilidades dentro da realidade do serviço de saúde e comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de Atenção à Saúde (8h) 	<p>Abordar o aspecto histórico, modelo integral de saúde, conceito ampliado de saúde, rede de atenção à saúde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Correlacionar as possibilidades de cuidado por meio das PICs e das práticas alopáticas • Sensibilizar para a importância da mobilização e difusão de conhecimentos sobre as PICs, a partir de novas experiências/vivências, com ética, humanização, integralidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas Nacionais de Saúde (4h) 	<p>Abordar as políticas: humanização, com ênfase na ambiência, práticas integrativas e complementares.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender as PICS na perspectiva holística do ser e como parte integrante do SUS • Desenvolver a percepção do cuidado ao meio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado na Integralidade do ser (4h) 	<p>Abordar o conceito holístico, Ecosuáude e a sustentabilidade</p>

<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver atividades de educação em saúde no SUS para divulgação das PICs Articular e desenvolver ações de PICs no SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde (4h) 	Abordar o planejamento, metodologias ativas, educação popular em saúde
<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer nas PICs o autocuidado e o cuidar de si 	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado e cuidar de si (4h) 	Abordar o conceito de cuidado e autocuidado.
	Presenciais: 28horas Dispersão: 12horas	
<p>Sugestão para dispersão: Realizar um portfólio, com reflexões dos alunos. O portfólio deverá conter as atividades da dispersão alicerçadas em conhecimentos científicos além da reflexão do aluno por meio de questões norteadoras quando pertinente (em observações da prática). 1) Assistir filme: Um golpe do destino ou Uma Lição de Vida. (Questão norteadora: Refletir sobre o atendimento em seu local de trabalho. O que faria diferente, ou proporia mudança? E você, o que você mudaria?). O objetivo é fazer o aluno refletir sobre a humanização, modelos de atenção à saúde. Produzir um texto para o portfólio. 2) Assistir filme: O jardineiro fiel (Questão norteadora: Refletir sobre os determinantes sociais de saúde representadas no filme, então pense sobre o meio em que está inserido). Produzir um texto para o portfólio. 3) Identificar as potencialidades das PICs na sua região e mapear a necessidade em grupo.</p>		
	Total módulo 1: 40horas	
Módulo 2: Aproximação com as práticas integrativas e complementares		
Competências gerais	Bases Tecnológicas	Explicação da base tecnológica (o que abordar em aula)
<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer as PICs como terapia no SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Práticas Comunitárias: musicoterapia; arteterapia; dança circular; Medicina Tradicional Chinesa: Tai-Chi; auriculoterapia; acupuntura; Do-in Práticas Naturais: termalismo; fitoterapia; naturopatia; homeopatia; florais; aromaterapia; cremoterapia; medicina antroposófica Ayurveda: shantala; ioga; meditação Práticas Corporais: Reiki; reflexoterapia; automassagem; quiroterapia; osteopatia 	Abordar os aspectos históricos e o conceito de cada prática integrativa, seu objetivo, ambiência, recursos humanos, abordagem com as pessoas, benefícios
	Presenciais: 28horas Dispersão: 12 horas	

Sugestão para dispersão: 1) fazer uma observação de uma PICs com o objetivo de se aproximar com uma prática integrativa e complementar. Fazer um relatório que irá para o portfólio, já indicando o que gostaria de praticar.		
	Total módulo 2: 40 horas	
Módulo 3: Vivenciando as práticas integrativas e complementares		
Competências específicas	Bases tecnológicas	Explicação da base tecnológica (o que abordar em aula)
• Realizar as práticas integrativas e complementares	Plantas Mediciniais na Atenção Básica: conceito, benefícios e indicações e contra-indicações (28h)	Conceitos: princípios ativos, plantas medicinais; identificação das plantas, cultivo, coleta e procedimento, forma de preparo, uso na atenção básica, indicações, contra-indicações, toxicologia
	Reiki e meditação: conceito, benefícios e indicações e contra-indicações (28h)	Conceitos; princípios do Reiki e meditação; níveis; preparação e meditação, vivência.
	Automassagem e Do In: conceito, benefícios e indicações e contra-indicações (28h)	Conceito; anatomia humana; técnicas de automassagem; mapas (sinésio/meridiano); tipos de toques terapêuticos; sequências da automassagem.
	Auriculoterapia: conceito, benefícios e indicações e contra-indicações (28h)	Conceito; anatomia e morfologia humana; identificação dos pontos da orelha; interpretação mapas e correlações de pontos e meridianos em auriculoterapia e reflexoterapia; protocolos.
	Shantala: conceito, benefícios e indicações e contra-indicações (28h)	Conceito; tradição védica; Shantala no ocidente; técnicas; anatomia e morfologia humana; desenvolvimento neuro psico motor; aromaterapia.
	Presenciais: 28 horas Dispersão: 12 horas	
Sugestão para dispersão: 1) Realizar a prática		
	Total módulo 3: 40 horas	
	Total do curso: 120 horas	

Fonte: : produção das oficinas realizadas em junho e julho de 2017 na ETSUS Blumenau



TERMALISMO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SANTA CATARINA: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, SENSIBILIZAÇÃO E AÇÃO

*Fernando Hellmann
Daniel Maurício de Oliveira Rodrigues
Maria de Fátima de Souza Rovaris
Fernando de Toledo Barros Wendhausen
Livia Crespo Drag*

Neste capítulo, pretendemos descrever sobre a pesquisa realizada no estado de Santa Catarina, que tem o intuito de fortalecer o termalismo social, no âmbito do SUS. Assim, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, por meio de sua Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS/SES-SC), em parceria com o curso de Naturologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e o Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) criaram o projeto “Termalismo Social na Atenção Básica Catarinense: Realidade, Sensibilização e Ação”.

Esse projeto teve como objetivo fomentar ações e serviços de Termalismo Social, bem como sensibilizar os gestores e os profissionais da área da saúde para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica no Estado, visando ampliar o acesso à população. Conhecedores da abundância de águas minerais/termais no Brasil, em particular no Estado de Santa Catarina, salientamos que o Termalismo e a Crenoterapia são práticas de valor terapêutico pouco exploradas no país na atualidade. Enquanto a Crenoterapia refere-se ao uso de águas minerais para o tratamento em saúde, o Termalismo utiliza-se das águas termais, assim como peloides, lamas, gases naturais e outros recursos associados, tal como a educação terapêutica geralmente feita nas termas francesas, que integram o Termalismo/Balneologia.

Ainda que se possa retratar um longo histórico sobre o Termalismo no Brasil, o uso das águas minerais e termais para o tratamento em saúde, como um direito do cidadão, é recente, sendo que o Termalismo

Social diz respeito ao acesso dos usuários a um sistema de saúde com o direito de usufruir dos benefícios terapêuticos existentes. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) objetiva, dentre outras, incorporar práticas promotoras de saúde, enfatizando a Atenção Básica, com vistas ao cuidado continuado, humanizado, singularizado e integral em saúde. Dentre as dezenove Práticas Integrativas e Complementares aprovadas na PNPIC, encontra-se o Termalismo Social.

Contudo, a única diretriz de tal política, quanto ao Termalismo, é o incentivo à criação de Observatórios de Saúde, segundo a qual deverão ser desenvolvidas experiências em Termalismo Social, no âmbito do SUS. Dessa forma, buscou-se a parceria da SES, UNISUL e UFSC para o desenvolvimento desta pesquisa sobre o termalismo social na atenção básica de Santa Catarina, com o enfoque da promoção da saúde.

Diante do exposto, construímos um trabalho colaborativo que integrasse o Estado, Universidades, o Controle Social e os Profissionais da Atenção Básica. Esse projeto foi gestado para pensar a educação permanente em saúde, na mudança do processo de trabalho, por meio das potencialidades do Termalismo Social, conforme descrito na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na Atenção Básica. Sendo assim, a idealização do projeto foi motivada pelo fato de que o uso das águas termominerais como elemento terapêutico pudesse abarcar a complexidade em saúde e o alinhamento aos princípios do SUS. Por conseguinte, a promoção da saúde, no que tange ao Termalismo Social, ultrapassa o aspecto técnico da aplicação terapêutica da água e seus benefícios orgânicos para envolver a saúde em sua determinação social, demandando uma abordagem intersetorial e interdisciplinar. Considera-se que “[...] o Termalismo Social, para além dos benefícios biológicos, provenientes do uso terapêutico das águas termominerais, é problematizado, ainda, em suas dimensões ecológica, social, cultural, política, econômica, lúdica, subjetiva e psicológica” (HELLMANN, 2014, p.5).

O projeto busca contribuir com a resolubilidade do SUS e a ampliação do acesso equitativo, a prática do Termalismo Social/Crenoterapia com qualidade, eficácia, eficiência e uso multiprofissional seguro. O objetivo geral é de fomentar ações e serviços de Termalismo Social na atenção primária à saúde no Estado de Santa Catarina. O referido projeto possui recursos aprovados pelo Ministério da Saúde, convênio nº 795180/2013, publicado no Diário Oficial da União em 09/01/2014. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e teve parecer

favorável pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina regido pelo CAAE 25344414.4.0000.0115.

Os recursos recebidos foram distribuídos em três etapas: diagnóstico situacional da realidade, instalada em cada município catarinense, com água termal; sensibilização dos profissionais da Atenção Básica dessas cidades e das regiões próximas; além de produzir conhecimento científico e material informativo, concernente ao Termalismo Social – Crenoterapia. Portanto, trata-se de uma pesquisa que se pautou no caráter interdisciplinar e interprofissional, nas tecnologias de avaliação em saúde, na integração entre ensino-serviço e metodologias ativas de educação permanente, com o intuito de garantir o acesso democrático e fortalecer o termalismo social, no âmbito do SUS, como prática promotora de Saúde.

O projeto foi realizado no período de 2014 a 2017 e sua metodologia consistiu em: (A) caracterização acerca do conhecimento, aceitação e utilização da prática do Termalismo Social junto aos gestores e profissionais de saúde da atenção básica; (B) sensibilização dos gestores municipais, profissionais de saúde, sobre o Termalismo Social e Crenoterapia; (C) identificação, junto aos usuários, dos o conhecimento popular referente às águas termais; (D) levantamento da capacidade instalada das termas dos 14 municípios com estâncias hidrotermais: (1) Santo Amaro da Imperatriz; (2) Águas Mornas; (3) Gravatal; (4) Tubarão; (5) Santa Rosa de Lima; (6) Itá; (7) Treze Tílias; (8) Piratuba; (9) Caibi; (10) Águas de Chapecó; (11) São Carlos; (12) Palmitos; (13) Quilombo; (14) São João do Oeste. (B) Realização de três oficinas de capacitação sobre termalismo para profissionais de saúde e gestores desses municípios; (E) Publicação de livro, revista científica e informativo a respeito do Termalismo Social e Crenoterapia.

Práticas Integrativas e Educação Permanente

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada em 2006 para a institucionalização de tais práticas no SUS, é considerada um avanço em Santa Catarina. A referida política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de municípios e estados, entre as quais se destacavam aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica, e do Termalismo Social/Crenoterapia (BRASIL, 2006).

Em 2017, a Portaria 849 incorpora quatorze novas práticas na PNPIC: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) demonstram que 7.700 estabelecimentos ofertam alguma PIC, estando presentes em 1.708 municípios brasileiros, contemplando todos os vinte e sete estados e o Distrito Federal, e, também, em todas as capitais. Na rede de serviços, eles estão, na grande maioria, na atenção básica (78%). De acordo com dados do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), 5.600 equipes de saúde da família, das 30 mil avaliadas, ofertam serviços de PIC, e o termalismo é ofertado em 71 equipes, sendo uma das PIC menos ofertadas, no âmbito do SUS. Em 2016, segundo os dados do e-SUS, foram registrados mais de dois milhões de atendimentos em PIC nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, nas últimas décadas, aumentou consideravelmente a utilização de PIC no mundo. O aumento na procura pelas PIC vem ganhando destaque na área da saúde por seu enfoque diferenciado de compreender o indivíduo com uma visão multidimensional, amplificada e singular do processo vida-saúde-doença, com o propósito de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar, através de ações que visam promover, recuperar e manter a saúde da população (BRASIL, 2006; SABBAG et al, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Outros aspectos incentivam a procura por tais práticas, como a escuta acolhedora, o estabelecimento do vínculo terapêutico, a utilização de recursos naturais, a corresponsabilização do indivíduo frente a sua saúde e o despertar da autonomia e o empoderamento. (SABBAG, et al, 2012).

Além dos aspectos citados, inúmeros estudos sinalizam sua eficácia, efetividade, segurança e seus mecanismos de ação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A Cochrane, organização internacional independente sem fins lucrativos que objetiva reunir as melhores evidências para favorecer a tomada de decisão, possui um centro de referência em PIC na Universidade de Maryland desde 1996, produzindo as melhores evidências através de revisões sistemáticas e metanálises. No campo do Termalismo, existem diversos estudos sobre os mecanismos de ação, eficácia, efetividade e segurança em diversas situações de saúde, além dos aspectos históricos, filosóficos, sociológicos e antropológicos, publicados em periódicos indexados. Em uma busca na base de dados Pubmed, em setembro de 2017, com o termo “balneotherapy”, sinônimo de Termalismo internacionalmente, foram encontrados 12.289 artigos publicados.

Por sua vez, a Política de Educação Permanente em Saúde nasceu da necessidade de se constituir um caminho para incorporar as transformações no cotidiano da saúde. Essa política foi instituída pela Portaria GM/MS 198/04 como estratégia para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores, baseada nas necessidades dos usuários do SUS/população, a fim de transformar as práticas profissionais e a organização institucional, estruturadas desde a problematização das situações diárias do trabalho, proporcionando maior autonomia aos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2004a).

Sob esse enfoque, a educação permanente é concebida como um processo que estimula a transformação das organizações, permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional a partir de uma visão crítica e reflexiva e proporcionando a constituição de saberes imprescindíveis para a instituição e a população, enfim, para a sociedade como um todo (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2016). Reforça-se, então, a ideia de que a educação, valioso meio de articulação e mobilização de ideologias e políticas, tanto internas como externas às pessoas envolvidas, favorece atos de mudanças da realidade (FERRAZ, 2011). Dessa forma, a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) atua como estratégia de gerência da educação permanente, reorientando o SUS para uma melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde (LOPES et al., 2007).

Os princípios da educação permanente em saúde se referem ao elo entre educação e trabalho, ao levantamento das necessidades locais, à participação de todos os atores envolvidos, à problematização do cotidiano dos profissionais de saúde, que impregna significados a essa reflexão, e à modificação dos processos de trabalho que resultará na melhoria contínua da assistência à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; BRASIL, 2012d). Acredita-se no resultado da EPS no estado de Santa Catarina, que tem desenvolvido metodologias para agregar novas tecnologias no âmbito estadual, melhorando, assim, a qualidade de vida do cidadão e o incremento de ações educativas para buscar aprimorar a saúde pública estadual.

Resultados parciais

Pautado nessas políticas, o projeto realizou visitas aos municípios com potencialidade para o Termalismo Social. O primeiro município visitado foi em 2014, Santo Amaro da Imperatriz. Após a aplicação da pesquisa com profissionais de saúde e gestores, estabeleceu-se uma

parceria entre as entidades envolvidas para o fortalecimento do Termalismo Social no município de Santo Amaro da Imperatriz. No âmbito da integração ensino-serviço, iniciou-se uma parceria de estágio supervisionado do curso de Naturologia da Unisul. Desde então, os estudantes do curso desenvolvem atividades clínicas e educativas. Para os atendimentos individuais, os usuários eram encaminhados pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município. As atividades de educação em saúde foram realizadas na UBS, na estância Hidrotermal e nos hotéis próximos às termas. Todas as atividades desenvolvidas pelos estudantes foram supervisionadas por docentes da Unisul e da UFSC. Com isso, houve a implantação do Termalismo por meio dos banhos gratuitos para usuários do SUS, garantindo o acesso a esta PIC no município.

Tal iniciativa, no primeiro município visitado, rendeu muita visibilidade na mídia para o projeto. Foram publicadas matérias em diversos canais de comunicação, das quais destacam-se três reportagens televisivas sobre os benefícios da água termal de Santo Amaro da Imperatriz para dores e problemas de saúde mental. Além das reportagens, houve diversas entrevistas para rádios, jornais impressos e online.

Entre 2014 e 2016, ocorreram as demais visitas para a coleta de dados visando o diagnóstico situacional do termalismo no estado de Santa Catarina. Observou-se que apenas os municípios de Santa Rosa de Lima, Piratuba e Quilombo desenvolviam alguma atividade vinculada às águas termais para benefícios da saúde dos usuários do sistema municipal. Em todos os municípios citados, era realizada a hidrogeniástica em piscinas termais. Verificaram-se, também, alguns depoimentos de usuários do SUS, que estavam em tratamento com as águas termais, com melhoras significativas da sua condição de doença.

Destaca-se que grande parte dos serviços de termalismo nos municípios visitados está vinculada ao turismo, focada no lazer e na recreação, e não aos benefícios para a saúde integral do indivíduo. Tais serviços são gerenciados, na maioria dos municípios, pelo setor privado. Nos públicos, existe um interesse da gestão municipal de repassar os serviços para a iniciativa privada.

Em relação às modalidades de termalismo, notou-se que a maioria dos municípios possui parque aquático com piscinas infantis e de adultos, alguns municípios possuem um balneário para banhos de imersão em banheiras individuais ou coletivas e poucos municípios

envasam a água mineral para consumo interno da população. Não foram encontradas outras modalidades de termalismo praticadas em centros de tratamento termal, como estruturas para banhos parciais, jatos e duchas direcionadas, vaporização, inalação e compressas. Também é muito incipiente a utilização de outros recursos termominerais como argilas, lamas, peloides, gases naturais, dentre outros.

Apesar do pouco uso das águas termais no âmbito da atenção básica nos municípios visitados, quase todos os profissionais de saúde e gestores municipais conhecem a prática de termalismo social e crenoterapia, aceitam a implantação de serviços de termalismo no município e acreditam nos benefícios da prática para a saúde da população. Poucos profissionais e gestores conheciam a PNPIC e as modalidades, os benefícios e as propriedades físicas, químicas e biológicas das águas termais.

Após a etapa do diagnóstico situacional, alguns municípios procuraram os idealizadores da pesquisa para o desenvolvimento de ações, visando o fortalecimento do Termalismo. Citam-se os municípios de Quilombo, Santa Rosa de Lima, Santo Amaro da Imperatriz e Tubarão, com a ampliação de serviços para a população. As demais ações do projeto de pesquisa referem-se às duas etapas seguintes do projeto: sensibilização, capacitações nas quais foram realizadas três oficinas regionais e a divulgação de materiais informativos e acadêmicos.

Em 2014 foi publicada uma edição especial da Revista Científica, indexada nos “Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares”, sobre a temática. Nessa edição, foram expostos manuscritos de diversos países, dentre eles artigos originais, artigos de revisão, comunicações breves, resumos de teses e dissertações e entrevista (CADERNOS, 2014).

Em 2016 houve a tradução para o português do “Guide de Bonnes Pratiques thermales” (Guia de Boas Práticas Termais), do Sindicato Nacional das Estações Termais, Marinas e Climáticas da França. O guia será publicado e, posteriormente, distribuído pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Ocorreu, em 2017, a qualificação de trabalhadores e gestores da saúde em três cidades catarinenses: Chapecó (no Centro de Cultura e Eventos Plínio Arlindo de Nes, em 09 de maio de 2017), Tubarão (na UNISUL, em 11 de maio de 2017) e Palhoça (na UNISUL, em 12 de maio de 2017). Os profissionais de saúde e gestores dos municípios catarinenses com águas termais foram convidados, com os atores da CIES com a EPS, para fazerem parte das oficinas de capacitação. Os idealizadores do

projeto, ainda, convidaram profissionais e gestores de outros municípios interessados na temática para os eventos. No total, participaram, aproximadamente, 60 pessoas em Chapecó, 15 em Tubarão e 150 em Palhoça.

Nas formações deu-se a participação de uma representante do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para abordar os aspectos importantes sobre a PNPIC e o termalismo no Brasil; do médico argentino, especialista em Termalismo e Crenoterapia, atual presidente da Associação Latino-Americana de Termalismo, Dr. Hugo Ficosseco, que tratou dos aspectos históricos, culturais, filosóficos, biológicos e químicos das águas termais, bem como aprofundou os mecanismos de ação, indicações, contraindicações e modalidades terapêuticas; e dos idealizadores do projeto que explanaram acerca do termalismo em Santa Catarina, destacando os cenários encontrados.

Nesses eventos de formação, ocorreu o lançamento do livro “Termalismo e Crenoterapia no Brasil e no mundo”, organizado pelos professores e pesquisadores Dr. Fernando Hellmann e MSc. Daniel Mauricio de Oliveira Rodrigues. O livro traz os aspectos históricos do Termalismo, apresenta o termalismo em países como França, Alemanha, Polônia, Romênia e Brasil, trata do uso na reumatologia e pediatria e expõe conteúdo referente à geoterapia e talassoterapia, que são terapias correlatas. O livro foi distribuído gratuitamente para todos os participantes do evento, além de exemplares para os municípios participantes do projeto e universidades.

Fora a publicação do livro e da revista científica, os idealizadores do projeto construíram um folder informativo, em linguagem acessível, para ser disponibilizado à população dos quatorze municípios com águas termais. Foram impressos trinta mil folders para distribuição. O folder traz informações históricas, aspectos gerais do termalismo, cidades catarinenses com águas termais, propriedades químicas e físicas, benefícios para a saúde, modalidades de tratamento e curiosidades.

Por fim, esse projeto possibilitou o desenvolvimento de trabalhos de conclusão dos cursos de Naturologia/UNISUL e de Farmácia/UFSC: “Tratamento de dores através do termalismo: percepções dos usuários do sistema único de saúde de Santo Amaro da Imperatriz (SC)”, da aluna Mariana André, sob a orientação da Professora MSc Livia Crespo Drago e coorientação do Professor Dr. Fernando Hellmann, e “Termalismo Social e Crenoterapia na Atenção Básica Catarinense, segundo a percepção dos gestores”, do aluno Jefferson Westarb Mota, sob a orientação do Professor Dr. Fernando Hellmann, respectivamente.

Considerações finais

Santa Catarina é considerado o estado com o maior número de estâncias hidrotermais do país, espalhadas por mais de quatorze cidades. Considera-se a potencialidade do estado para o desenvolvimento do termalismo social através de parcerias entre Estado, Universidades e municípios, para contribuir com novas práticas em saúde, no âmbito do SUS. Desse modo, o projeto “Termalismo Social na Atenção Básica Catarinense”, também em seu caráter educativo, inova ao realizar uma proposta sustentável e aplicável, que responde às necessidades de saúde no território, integrando a participação dos trabalhadores, usuários e pesquisadores a fim de contribuir com a Política de Educação Permanente em saúde no âmbito estadual, para garantir os princípios do SUS.

Pretendeu-se expandir e consolidar a proposta no cenário de educação permanente, capaz de assegurar a educação sobre o Termalismo Social na Atenção básica para acadêmicos, profissionais e gestores de saúde a partir das realidades locais e de modelos de inserção que garantam a participação multiprofissional e do controle social. Pretendeu-se, ainda, interagir e dialogar com os profissionais de saúde da Atenção Básica Catarinense, lotados em municípios com estâncias hidrotermais, procurando fomentar, por meio da educação permanente, os conhecimentos científicos acerca do Termalismo Social e da Crenoterapia (que se referem ao tratamento feito pela ingestão e banho de águas minerais), todo este trabalho baseado na lógica da Atenção Básica, na perspectiva da prevenção de agravos e doenças e promoção e recuperação da saúde. Objetiva-se inserir a participação popular em saúde através do controle social para que ela acompanhe e compartilhe das ações nos serviços de saúde, aqui e, especialmente, nos de Termalismo Social.

Dessa maneira, o Projeto que responde à missão da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, o qual se resume em “assegurar aos catarinenses o acesso aos serviços de saúde, coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de saúde no Estado, tem como referência a resolutividade dos serviços, estímulo a parcerias, regionalização da saúde e o controle social, visando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população”.

Assim, como lembram Tesser e Barros (2008), as práticas integrativas e complementares inovam ao considerarem o sujeito como centro do cuidado e focarem na relação cuidador-paciente, na busca de terapêuticas menos invasivas, menos dependentes da tecnologia

e com igual ou maior eficácia nas situações mais gerais e comuns de adoecimento. Assim, as práticas promovem um modelo de saúde que incentiva a autonomia do paciente e que tem como categoria central a saúde e não a doença. Os mesmos autores defendem a oferta de práticas integrativas no SUS, como “[...] cultivo de democracia e ecologia epistemológicas sustentáveis e estratégia de manejo da medicalização na construção da universalidade, equidade e integralidade [...]” (Tesser; Barros, 2008 p.920).

Almejamos ampliar os olhares para a complexidade em saúde através da educação permanente, pois se acredita que o Termalismo Social “[...] se configura como prática promotora de saúde, sobretudo quando pensada em termos de proteção ambiental, geração de emprego, renda, turismo e lazer, e resgate de saberes e práticas populares em saúde. Mais do que uma prática terapêutica, o Termalismo Social é um modelo de atenção à saúde sistêmico e complexo, multiprofissional, “pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e condizente com os eixos fundamentais da perspectiva clínica ampliada e compartilhada” (HELLMANN, 2014, p.5), podendo, portanto, transformar práticas de saúde no SUS.

Referências

BRASIL. 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, 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em 07 set, 2017.

..... Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006b. Disponível em: <http://www.apa-da.pt/20-%2000/frames/lei_brasileira.htm> Acesso em: 07 set, 2017.

..... Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**: Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2007.

..... Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

..... **Portaria amplia oferta de PICS.** Departamento de Atenção Básica. 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2297. Acesso e: 31 de julho de 2017.

CADERNOS DE NATUROLOGIA E TERAPIAS COMPLEMENTARES. v3, n.4 (abr.2014/set.2014). Palhoça: Ed. Unisul, 2014. ISSN 2316-915X (on-line).

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino-serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire.** [Tese]. Florianópolis: UFSC/PEN, 2011.

HELLMANN, F. Termalismo Social no Sistema Único de Saúde: ampliando ações e olhares quanto ao uso terapêutico da água. **Cad. Natur Therap Comp**, 2014, v.7, n,1, p.5-8. 2014.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Com. **Ciências Saúde**. 2007; 18(2):147-155.

PERES, H.H.C; LEITE, M.M.J; GONÇALVES, V.L. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In.: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SABBAG, S.H.F. et al. A Naturologia no Brasil: avanços e desafios. **Cad. Naturol. Therap. Complem**; v. 2, n.2, p. 11-32, jan. /jun. 2013.

TESSER, C. D; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** 2008;42(5):914-20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional.** 2002-2005. Genebra: WHO. 2002.

..... **Atlas de Medicina Complementares e Tradicional.** 2014. Genebra: OMS.

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

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.

Altamir Trevisan Dutra

Doutor em Saúde Coletiva; Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

Andiara Sopelsa

Psicóloga. Mestre em Psicologia Escolar e da Educação e Especialista em Neuropsicologia Clínica. Gestora na Escola de Formação em Saúde do Estado de Santa Catarina - EFOS.

Andria Carine Giehl

Pós Graduada em Urgência e Emergência hospitalares. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do município de Pomerode/SC.

Araci Gelbeck Wielewski

Pedagoga e Psicóloga. Especialista em práticas pedagógicas Interdisciplinares e Gestão de Saúde Pública. Superintendente de Saúde do Município de Itaiópolis. Integrante NMEPSH/Itaiópolis.

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. ale_engel@outlook.com

Ascendino Roberto dos Santos

Pedagogo com habilitação em Supervisão Escolar pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Especialista em Saúde Pública pela ESP/SC e em Regulação em saúde no SUS pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo.

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Doutor em Ciências Humanas (UFSC). Docente Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Caroline Frillich Bringhenti

Enfermeira.

Cristiane Aparecida Hoffmann Lechinheski

Enfermeira. Especialista em ESF. Enfermeira da ESF município de Três Barras. Coordenadora do NMEPSH /Três Barras.

Daniel Maurício de Oliveira Rodrigues

Naturólogo. Coordenador do Curso de Naturologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutorando em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Daniela Maysa de Souza

Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem UFSC. Coordenação Técnica Pedagógica ETSUS Blumenau.

Daniele Ennes Brey

Assistente Social. Especialista em Gestão da Clínica nas Redes de Saúde. Especialista em Gestão Pública e Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde. Servidora Pública da ADR/GERSA/Canoinhas. Membro CIES Planalto Norte e NMEPSH/Canoinhas.

Debora Popadiuk

Psicóloga. Especialista em saúde coletiva. Psicóloga integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de Mafra

Diego Floriano de Souza

Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Membro do grupo de pesquisa GECIES/PPGSCol/UNESC.

Elis Roberta Monteiro

Mestre em Saúde Coletiva (UFSC). Doutoranda em Saúde Coletiva (UFSC). Apoiadora do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.

Esvaldo Antunes

Enfermeiro. Mestre em Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas/UnC. Coordenador do curso de Enfermagem e Docente da Universidade do Contestado campus Mafra. Integrante NEP/MAFRA.

Fabiana da Luz

Enfermeira. Especialista em Administração de Saúde Pública; Especialista em Educação em Saúde. Coordenadora da Atenção Primária em Saúde de Rio Negrinho. Integrante do NMEPSH /Rio Negrinho-SC.

Felipe Pedroso

Psicólogo. Especialista em psicologia clínica e gestão clínica. Coordenador do CAPSI do município do Morro da Fumaça. Coordenador da CIES Carbonífera. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional (PPGSCol).

Fernando Hellmann

Naturólogo. Doutor em Saúde Pública. Professor no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina.

Francesli Pereira

Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Colaboradora da Secretaria Municipal de Saúde no Setor de Vigilância em Saúde. Integrante NEP/MAFRA.

Francieli Maria Gabiati

Enfermeira.

Francisco Javier Marcado-Martinez

Médico. Doutor em Ciências Sociais. Professor Titular C do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Guadalajara - México. Coordenador do Programa de Investigación y Evaluación Cualitativa en Salud. Pesquisador do CONACYT/México.

Gabriela Chirst Ramos Nava

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Membro do grupo de pesquisa GECIES/PPGSCol/UNESC.

Gabriella Barbosa Nadas

Administradora pela Universidade do Estado de Santa Catarina(2013) e Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Catarina(2010).

Gisele Becker

Enfermeira. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção básica/ Saúde da Família Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, Brasil.

Gisele de Cássia Galvão Ruaro

Mestre em Políticas Públicas. Assistente Social da Escola Técnica do SUS de Blumenau/SC.

Grasielly Cristina Alves Maia

Enfermeira. Especialista em Gestão em saúde pública. Integrante CIES/ NMEPSH/Canoinhas.

Jane Juçara Proença Lima

Especialista em Preceptoría no SUS. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do município de Gaspar/SC.

José Francisco Gontan Albiero-

Fisioterapeuta. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC / SC (2016). Professor titular da Universidade Regional de Blumenau e Docente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC/FURB.

Josimari Telino de Lacerda-

Doutora em Ciências da Saúde (USP). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora de Tele-educação do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.

Karla Rodrigues

Mestre em Saúde e Meio Ambiente. Docente da Universidade Regional de Blumenau (FURB).

Karoline Gava

Acadêmica de Enfermagem Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, Brasil.

Kátia Lúcia Brasil Pintarelli

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Coordenação Técnica Pedagógica ETSUS Blumenau.

Kellin Danielski

Mestre em Educação. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem UFSC. Coordenação Técnica Pedagógica ETSUS Blumenau.

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.

Lívia Crespo Drago

Naturóloga. Enfermeira. Mestra e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora no Curso de Naturologia e Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Luana Gabriele Nilson

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestra em Saúde Coletiva e Especialista em Saúde da Família pela UFSC. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS-UFSC). Bolsista CAPES. Membro do Núcleo Telessaúde 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.

Luciane Bisognin Ceretta

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional (PPGSCol). Coordenadora da Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Líder do grupo de pesquisa GECIES/PPGSCol/UNESC.

Luise Lüdke Dolny

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Doutoranda em Saúde Coletiva (UFSC). Apoiadora do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.

Marcia Bagio Caus

Assistente Social. Especialista em Metodologia em Serviço Social. Coordenadora da Atenção Básica do município de Porto União. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu- Uniguaçu.

Marcos A. Meira

Pedagogo. Especialista em Serviço Social no Trabalho. Servidor da Secretaria de Estado da Saúde/SC. Setor de Comunicação da Escola de Formação em Saúde – EFOS/SES/SC.

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor em Saúde Coletiva (UFSC). Coordenador de Integração com a Regulação Regional do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.

Maria Claudia Souza Matias

Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva (UFSC). Apoiadora Institucional junto ao Programa Mais Médicos (Ministério da Educação).

Maria Cristina Marino Calvo

Doutora em Engenharia de Produção (UFSC). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora Geral do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.

Maria Elisabeth Kleba

Enfermeira. Doutora em Filosofia pela Universitat Bremen (Alemanha). Especialista em Ativação de Mudanças na Formação Profissional em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ. Professora na área de Ciências da Saúde e dos Programas de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais (Mestrado Profissional) e em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Coordena o Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Participação Social. Membro da International Collaboration on Participatory Health Research desde 2012.

Milena Mery da Silva

Mestra Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Terapeuta ocupacional na Secretaria Municipal de Saúde do município de Indaial/SC.

Neci Maria Lemos Pereira de Sousa Nagano

Fisioterapeuta. Especialização em andamento em Gestão em Saúde. Integrante do NASF/CIES e coordenadora do NMEPSH/Três Barras.

Neusa Dendena Kleinubing

Mestre em Educação Física; Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

Otília Cristina Rodrigues

Mestre, Enfermeira da Secretaria de Desenvolvimento Regional de Chapecó e docente do MPEAPS da UDESC.

Patrícia de Souza Campos Silva

Mestre em Literatura Brasileira, Especialista em Gestão Hospitalar. Nutricionista da Gerência Regional de Saúde de Blumenau/SC.

Petrocelli Fabiano Marcelina

Bibliotecário. Profissional da área de documentação e arquivo na região grande Florianópolis e funcionário público estadual de Santa Catarina.

Rafaela Ciupka Valim

Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde Pública. Coordenadora do NMEPSH e integrante da CIES/Canoinhas.

Rafaella Rebello

Enfermeira. Especialização em Gestão em Saúde e Controle de Infecção. Itajaí/SC

Ricardo Larroyed de Oliveira

Médico. Mestre em Saúde Coletiva, Integrante do NMEPSH São Bento do Sul.

Rosilei Terezeinha Weiss Baade

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, Integrante do NMEPSH São Bento do Sul.

Sérgio Fernando Torres de Freitas

Doutor em Odontologia (Odontologia Social) pela Universidade Federal Fluminense, Brasil e Professor Titular da Universidade Federal de Santa Catarina.

Simone Coelho Amestoy

Doutora, Docente da Universidade Federal de Pelotas em cedência para Universidade Federal da Bahia.

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.

Teresinha Clarete Testoni Nogueira

Mestranda em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Coordenação Técnica Pedagógica ETSUS Blumenau.

Thaynara Lech Wendt

Psicóloga. Coordenadora do NASF e Integrante do NMEPSH/Bela Vista do Toldo.

Valdemira Santana Dagostin

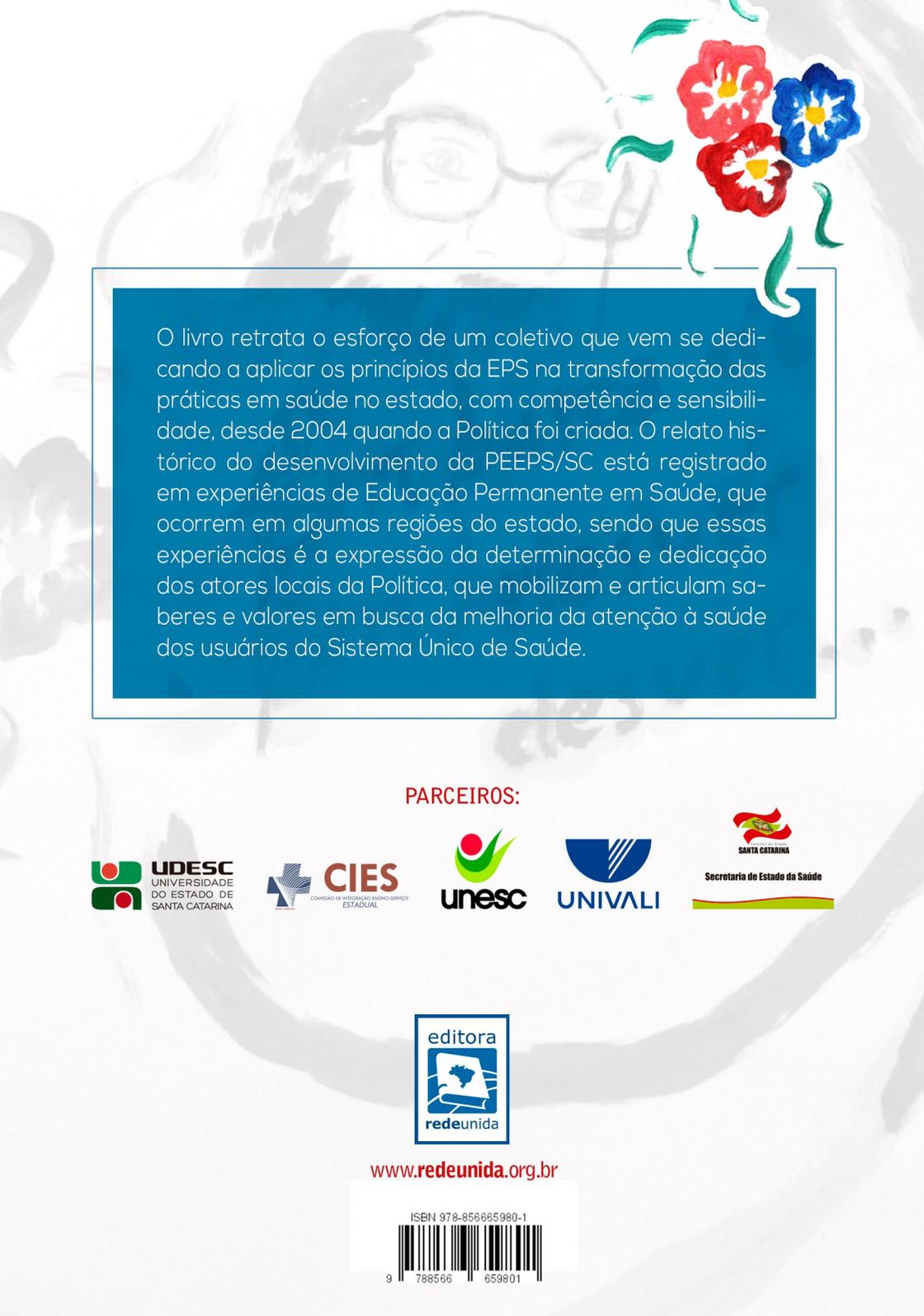
Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESC.

Vânia Marli Schubert Backes

Enfermeira. Doutora em enfermagem. Membro do Grupo de Investigação em Formação Docente e Inovação Pedagógica - FODIP. Professora Titular do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde - EDEN. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Projeto de ensino e de extensão Qualificação dos Profissionais da Saúde para a Rede Integrada do SUS (QUALISUS) pela UFSC

Vivian dos Santos Capelari

Enfermeira. Prefeitura de Chapecó/SC



O livro retrata o esforço de um coletivo que vem se dedicando a aplicar os princípios da EPS na transformação das práticas em saúde no estado, com competência e sensibilidade, desde 2004 quando a Política foi criada. O relato histórico do desenvolvimento da PEEPS/SC está registrado em experiências de Educação Permanente em Saúde, que ocorrem em algumas regiões do estado, sendo que essas experiências é a expressão da determinação e dedicação dos atores locais da Política, que mobilizam e articulam saberes e valores em busca da melhoria da atenção à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde.

PARCEIROS:



www.redeunida.org.br

ISBN 978-856665980-1



9 788566 659801