

O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família

Gabriela dos Santos Buccini^I, Maria Cezira Fantini Nogueira Martins^{II}, Maria Teresa Cera Sanches^{III}

Introdução

Lançada em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)² tem buscado a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação dos profissionais de saúde. Trata-se de um processo educativo aplicado ao trabalho, apresentando, entre seus objetivos, o favorecimento de mudanças nas relações, nos processos de trabalho, nos atos de saúde e nas pessoas além de uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições⁶. A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como principal dispositivo as instâncias locais de interação ensino-serviço-gestão-control social^{10,8}.

A EPS extrapola a educação do domínio técnico-científico das profissões, focando também outros componentes importantes para a elevação da qualidade de saúde da população, tais como a consideração dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, a organização da gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde⁷. Para isso, é necessário *“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, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes”* (p. 46)⁷.

É importante que o processo de EPS seja estruturado de acordo com a realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, tornando-se um “lugar” onde se dê a introdução de mecanismos e temas que gerem auto-análise, auto-gestão e mudança institucional. As demandas para construção desse processo nas Equipes de Saúde da Família

(ESF) devem partir, prioritariamente, de problemas do cotidiano com a comunidade, garantindo aplicabilidade e relevância³. Uma das metas da EPS é a de provocar desacomodação e de favorecer a criatividade no que tange às práticas de saúde^{10,8}.

Estudos e pesquisas sobre como a EPS tem se concretizado nos vários contextos, contribuindo para o aprimoramento dessa política e trazendo subsídios tanto para uma discussão mais ampla sobre os processos educativos como para o desenvolvimento dos mesmos nos locais específicos.

Nesse sentido, este estudo visa fornecer um retrato sobre a forma como as equipes de saúde da família, pertencentes à Supervisão Técnica de Saúde de Pirituba/Perus (SP) têm percebido o processo de EPS.

Método

Este estudo constitui um desdobramento da pesquisa “Estudo dos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos de baixo peso ao nascer”, do Instituto de Saúde/SES-SP/FAPESP/SMS-SP^{IV}, realizado, em 2007, na área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus, situada na região norte do município de São Paulo, abrangendo os distritos administrativos de Anhangueira, Perus, Jaraguá, São Domingos e Pirituba.

O Programa de Saúde da Família dessa região era constituído, no momento da realização da pesquisa, por 58 equipes de Saúde da Família e 564 profissionais (52 médicos, 54 enfermeiros, 116 auxiliares de enfermagem e 341 agentes comunitários de saúde – ACS) distribuídos em 15 UBS, que atendem a 208.283 pessoas cadastradas (37,4% do total da população da região).

Como o estudo visava conhecer as percepções dos profissionais, foi utilizada a abordagem

^I Fonoaudióloga. NASF - São Miguel/SP - APS Santa Marcelina. Especialista em Saúde Coletiva pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e Aperfeiçoamento em Aleitamento Materno pela UNIFESP. Aprimoramento no Instituto de Saúde. E-mail: gabibuccini@yahoo.com.br

^{II} Psicóloga. Pesquisadora do Instituto de Saúde. Mestre e Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP. E-mail: mcezira@yahoo.com.br

^{III} Fonoaudióloga. Pesquisadora do Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde da SES-SP. Mestre e Doutora em Saúde Pública /USP. E-mail: mtsanches@isaude.sp.gov.br

^{IV} Sanches MTC, Rosa TEC, Buccini GS. Estudo dos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. Relatório final de projeto de pesquisa. Instituto de Saúde/SES/SP/FAPESP/SMS-SP/Supervisão de Saúde de Pirituba/Perus. São Paulo, 2008. 200p.

qualitativa de pesquisa^{11,14} através de grupos focais. O grupo focal, assim como a maior parte das técnicas qualitativas para a coleta de dados, requer uma amostra intencional (não aleatória) de seus participantes. Neste estudo, a amostra foi constituída por equipes, pois se buscou compreender não só as percepções e as práticas dos profissionais por categorias, isoladamente, mas também como esses aspectos se revelam nas equipes. Foram consideradas potenciais participantes todas as equipes completas de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS) há no mínimo seis meses. Ao final do processo de seleção da amostra, as sete ESF selecionadas foram divididas em dois grupos focais (quatro equipes no grupo A e três equipes no grupo B).

Para a análise do material, foi empregada a técnica da análise temática, que propõe a obtenção de núcleos de sentido/temas centrais apresentados pelos grupos^{11,12}.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Contou com a participação voluntária dos profissionais de saúde, mediante assinatura do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados:

A análise do material obtido nos grupos focais, no recorte correspondente ao tema do processo de EPS, deu origem a quatro categorias:

1. Formação dos profissionais de saúde
2. Gestão setorial
3. Participação popular e controle social
4. Práticas atuais de educação continuada

Formação dos profissionais da saúde

Os participantes dos grupos consideraram que a formação recebida durante a formação na graduação e/ou pós-graduação foi muito especializada, não favorecendo atitudes e habilidades ligadas à tarefa de "cuidar" da população de forma integral e singular.

"... eu acho que o que está faltando é... capacitação, porque senão como é que você vai saber se você não sabe, não tem o conhecimento teórico para isso, eu sou formada há muito tempo, mais sou formada em ginecologia... Lógico que quando

estou com algum problema, eu pego o pessoal lá no posto que fez pediatria e peço uma ajuda. Graças a Deus, lá tem um pediatra, um endócrino, tem eu de ginecologia e o outro que é homeopata..."

Este é um aspecto já ressaltado por Campos e Belisário⁵ quando apontam para o fato de que os profissionais atualmente em atividade foram formados a partir de uma visão tecnicista e especializada, que privilegia a atuação centrada no modelo médico-hospitalar, baseada, principalmente, nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência. Por isso, os profissionais vêm enfrentando dificuldades para lidar com questões amplas da atuação (prática) no SUS, como, por exemplo, trabalhar em equipe, atuar como equipes generalistas e desenvolver uma atuação conjunta com a família e com a comunidade.

Embora, na atualidade, tenhamos propostas inovadoras no tocante à formação dos profissionais de saúde, os que estão trabalhando há mais tempo nos serviços de saúde foram formados dentro de um modelo conservador, que não levou em conta vários aspectos relacionados ao tema da saúde, tais como: o SUS; a produção de subjetividade; a produção de habilidades técnicas e de pensamento⁷.

Gestão setorial

Embora a gestão setorial tenha sido considerada pelos participantes dos grupos como um dispositivo importante para mudar as práticas de saúde, alguns profissionais destacaram que os gestores privilegiam a cobrança de produção/metabolismo, revelando pouco interesse em estimular os profissionais a participar ou desenvolver algum projeto de educação permanente.

"É uma questão gerencial... é uma questão de coordenação de unidade. Eu acho que quando se forma uma equipe, aquele que vai coordenar é que vai definir como será feito isso; porque quem está na equipe está correndo o tempo todo... então quem vai coordenar e fazer uma programação é a gerência... se a gerência entender que isto é importante..."

"No PSF, eles só vêem número, eles só querem saber da situação em números, do que a gente faz, é o que eles falam: 'atingiu a meta, não atingiu a meta' Mas... se você está atendendo bem, o que você está fazendo... não estão nem aí."

Nesse contexto, a gestão para a Educação Permanente em Saúde torna-se um dispositivo im-

portante para promover mudanças nas práticas, estabelecendo espaços para diálogo, negociação, identificação das necessidades e construção de estratégias políticas.

Para isso, foram criados, no estado de São Paulo, os Pólos de Educação Permanente em Saúde², depois transformados em Comissões de Integração de Ensino-Serviço (CIES), que constituem o espaço de articulação, negociação e pactuação dos procedimentos recomendados para operacionalizar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo. Dentre os vários aspectos a serem trabalhados visando à integralidade da atenção em saúde, estão: acolhimento, resolutividade, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários.

Os CIES devem trabalhar com planos regionais de educação na saúde dos colegiados de sua área de abrangência. Busca-se, assim, uma nova inteligência de gestão capaz de produzir conhecimentos a partir das questões locais, de tal forma que o cotidiano do trabalho em saúde e da realidade da população esteja implicado nos processos de aprendizagem, absorvendo as diretrizes do SUS, como a descentralização do sistema e a construção de capacidades no âmbito locorregional⁸.

Participação popular e controle social

Os profissionais participantes dos grupos focais destacaram, no geral, a importância de continuar a se aprimorar, para realizar um atendimento com qualidade à população. No entanto, relataram que em suas unidades de origem não há um incentivo e nem reivindicações por parte da população para que isso aconteça. Segundo as ESF, os usuários se limitam a fazer reclamações e solicitar mais atendimentos médicos. Os profissionais das ESF alegam que não se sentem valorizados e estimulados para se aprimorarem e culpabilizam o excesso de cobrança pela produção (número de consultas, atendimentos e visitas domiciliares), não apenas pela gerência, mas, também, pela população/ comunidade adstrita.

Diante deste fato, tal como no estudo de Trad e Espiridião¹³ percebe-se que a participação popular e controle social são incipientes; assim, não se dá um espaço de reflexão, debate e reivindicação pelas reais necessidades sociais por saúde da comunidade. Nesse sentido, as ESF têm papel fundamental no incentivo e esclarecimentos a respeito da importância da participação popular para geração de mudanças.

“É um absurdo continuar cobrando a gente desse jeito. Cobrança permanente... Se fosse estabelecido um dia (por exemplo, sexta-feira) para ficarmos fazendo curso. Se falar isso para o paciente, ele também vai reclamar, então é muito difícil, é cobrança atrás de cobrança. Até quando a gente está na reunião, o paciente bate na porta, nós falamos que estamos em reunião, ele acha ruim ter que ficar esperando...”

No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS. Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde.

Porém, apesar do avanço Constitucional, desde a Reforma Sanitária, com a nova forma de reorganização do SUS e a correlação entre Atenção, Gestão, Participação e Controle Social e também com o Planejamento Estratégico Situacional, percebe-se que é ainda grande a distância entre a construção dos direitos e o seu efetivo exercício pela população, que está assim, distante da consolidação do exercício da cidadania. O mecanismo de controle social precisa ser aperfeiçoado e consolidado, a partir de um “empoderamento” da população que, assim, estará cada vez mais ciente de sua co-participação na direção da melhoria da qualidade de vida.

Práticas atuais de educação continuada

Na prática, a educação permanente resume-se, conforme os participantes dos grupos focais, à realização de reuniões para discussão e à troca de informações — sobre temas variados e pertinentes à realidade que os circunda — entre os membros das equipes.

“... e o que a gente deixa assim um pouquinho é a parte técnica, estudo de casos, este é um dos objetivos que a gente está deixando pra trás, a gente está muito atrás de ‘apagar incêndio’ ainda, e a gente deixa esta parte técnica do conhecimento, o meu conhecimento quanto enfermeiro, o conhecimento dele enquanto médico, do agente comunitário [ACS]... Então a gente não está conseguindo isso, confesso que a gente não consegue evoluir.”

Em relação à troca de experiências ou conhecimentos adquiridos após a participação em cursos por algum membro da equipe, os participantes dos grupos assinalaram que o profissional não consegue passar as informações para a equipe pelas dificuldades operacionais e institucionais já apontadas (questões gerenciais e de planejamento). E quando esse compartilhar acontece, é em um contexto verticalizado. Além disso, comentaram que a transmissão de informações, muitas vezes, parece não ser fidedigna e fica empobrecida já que dificilmente os profissionais tem os mesmos recursos pedagógicos e a mesma preparação ou domínio sobre o assunto, para transmiti-lo com a mesma qualidade.

Conforme os profissionais participantes dos grupos, alguns cursos oferecidos são distantes de seu exercício cotidiano, sendo, portanto, de difícil aplicação na prática. Assim, estão revelando que nem sempre a EP tem oferecido oportunidade para uma aprendizagem significativa, que é aquela que promove e produz sentidos e que ocorre quando há uma reflexão crítica sobre as práticas reais, concretas, efetivadas nos serviços de saúde⁹, bem como a implicação do processo de trabalho nesse contexto.

Na tentativa de buscar novos caminhos para viabilizar o processo de educação permanente para as Equipes de Saúde da Família (ESF), aos poucos, experiências vêm sendo divulgadas¹. Um exemplo é a realização das capacitações sequenciais, que podem ocorrer com toda equipe, tendo momentos específicos, nos quais se pode trabalhar a necessidade de cada categoria profissional separadamente. Além disso, a realização de encontros (mensais ou trimestrais) entre as ESF foi sugerida, como espaço importante de trocas de experiências e busca coletiva de soluções¹.

Conclusão

O estudo revela que há ainda uma grande distância entre o que é proposto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a realidade local pesquisada. As dificuldades encontradas vão desde questões institucionais e gerenciais até questões que envolvem os processos de trabalho e a participação popular. A partir do enfrentamento dessas dificuldades, poderão surgir possibilidades de ação e caminhos a serem trabalhados para o fortalecimento da PNEPS que, por meio de estratégias planejadas e estruturadas nas reais necessidades das ESF, das famílias e da comunidade podem gerar mudanças nas práticas de atenção à saúde.

Referências bibliográficas

1. Bernardino MTSM, Conversani DTN, Bógus CM, Feliciano AB. Consensos e divergências: a capacitação profissional das equipes de saúde da família no município de São Carlos. *Trab. Educ. Saúde* 2005; 3(1):75-89.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Brasília, 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM, 28 de Março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em URL: http://portal.saude.gov.br/portal/area.cmf?id_area=169. Acesso em: 27/03/2007.
4. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface Comunic. Saúde Educ.* 2001 5: 133-142.
5. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. *Saúde soc.* 2009; 18(supl.1):48-51.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14(1):41-65.
7. Ferla AA, Schaedler LI, Bilibio LFS, Ceccim RB, Rodrigues ET, Herrera HT, Santos L, Vanderléia LP, Daron VLP. Educação Permanente e a regionalização do sistema estadual de Saúde na Bahia. *Saúde soc.* 2009; 18(Supl.3):137.
8. Haddad JQ, Roschke MA, Davini MMC (ed.). Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS, 1994.
9. Hormanez S, Bassinelo GH. O território e o processo saúde e doença: articulando as bases de ação. *Saúde soc.* 2009; 18(Supl.3):135.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ªed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
11. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde soc.* 2004; 13(3):44-57.
12. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunic., Saude Educ.* 2009; 13(supl 1):557-70.
13. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3): 507-14.