

NARRATIVAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM MANAUS SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE

NARRATIVAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD A DOMICILIO EN MANAUS SOBRE LA EDUCACIÓN PERMANENTE

NARRATIVES OF HOME HEALTHCARE PROFESSIONALS IN MANAUS IN REGARDS TO PERMANENT EDUCATION

Davi Araújo da Cunha
daraujocunha@hotmail.com

Iolete Ribeiro da Silva
Iolete.silva@gmail.com

Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Amazonas, AM, Brasil.

Resumo

O principal objetivo desse estudo foi descrever e analisar narrativas de profissionais de saúde sobre como se dá o processo de educação permanente em saúde no serviço de atenção domiciliar (SAD Manaus). A pesquisa concentrou-se em analisar as narrativas desses profissionais nos aspectos chaves de: entendimento da política de educação permanente em saúde (EPS); das participações destes em atividades educativas direcionadas ao serviço estudado; suas participações no planejamento de atividades educativas; suas propostas de temas a serem trabalhados sob a lógica da EPS; e principais desafios para que processos de trabalho ocorram no serviço tendo a EPS como princípio orientador. As narrativas produzidas durante as entrevistas individuais foram analisadas através da metodologia do discurso do sujeito coletivo de Lefèvre e apontam para uma apropriação conceitual e metodológica limitada da política oficial com consequente exercício profissional que privilegia o fazer em detrimento do saber, refletir ou criar.

PALAVRAS CHAVE: Educação permanente em saúde; Atenção domiciliar; Educação em saúde; Manaus.

Resumen

El objetivo principal de este estudio fue describir y analizar las narrativas de los profesionales de la salud sobre cómo se desarrolla el proceso de educación permanente en salud en el servicio de atención domiciliar (SAD Manaus). La investigación se centró en analizar las narrativas de estos profesionales en los aspectos clave de: comprender la política de educación permanente en salud (EPS); su participación en actividades educativas dirigidas al servicio estudiado; su

participación en la planificación de actividades educativas; sus propuestas de temas a trabajar bajo la lógica del EPS; y principales desafíos para que los procesos de trabajo ocurran en el servicio con EPS como principio rector. Las narrativas producidas durante las entrevistas individuales fueron analizadas utilizando la metodología del discurso de sujeto colectivo de Lefèvre y apuntan a una limitada apropiación conceptual y metodológica de la política oficial con la consecuente práctica profesional que privilegia el hacer a costa del conocimiento, la reflexión o la creación.

PALABRAS CLAVE: Educación permanente en salud; Cuidados en el hogar; Educación para la salud; Manaos.

Abstract

The main objective of this study was to describe and analyze the narratives of healthcare professionals about how to provide the permanent education in home healthcare service (known by the acronym SAD Manaus). The research was concentrated in analyzing the narratives of these professionals in these key aspects: understanding of the permanent healthcare education (known by the acronym EPS) policies; their participation in educational activities targeted to researched services; their participation in the planning of educational activities; proposals of themes to be developed under the EPS logic; and main challenges so that work processes can occur in the provision of services having the EPS as main guiding principle. The narratives produced during these interviews were analyzed under the methodology of the collective subject discourse of Lefevre and they indicate a conceptual appropriation and limited methodology of the official policy with consequential professional exercise that favors action in detriment to knowing, reflecting or creating.

KEYWORDS: Permanent healthcare education; home care; education in health; Manaus.

1 Introdução

A atenção domiciliar em saúde apresenta desafios advindos das condições de saúde das pessoas atendidas por esse programa oferecido pela Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. Sua potencialidade em ofertar cuidados a usuários com doenças crônicas não transmissíveis tem impulsionado a discussão sobre novos meios de atender às necessidades decorrentes do processo de envelhecimento da população. A constatação da transição demográfica e epidemiológica que ocorre de forma acelerada no Brasil impõe à usuários, profissionais e gestores da saúde o importante desafio em avançar na busca pela integralidade e na efetivação de novos modos de produção de cuidado. Tais necessidades e desafios com que cotidianamente esses atores experienciam essa realidade reclamam uma política de educação permanente em saúde que seja consistente e atenda às necessidades territoriais.

O processo de formação dos profissionais de saúde é regulado no Brasil pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Nessa política o trabalho é visto como princípio educativo e como desenvolvimento de uma pedagogia em ato na incorporação do aprender e ensinar no cotidiano do trabalho. Reconstruída como estratégia específica para o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1988, 2003, 2004), a educação permanente em saúde pretende favorecer mudanças nas práticas de trabalho e na formação em saúde, incidindo tanto na gestão do trabalho no interior da rede de serviços e sistemas, como também na gestão da educação junto às instituições formadoras. No entanto, a distância entre o prescrito e o executado, tanto entre instituições formadoras e instituições de práticas em saúde, como entre a diretriz política da educação permanente em saúde e o contexto de atuação dos profissionais indicam a importância do trabalho em compreender as narrativas dos profissionais de saúde da atenção domiciliar sobre a temática.

Como política de educação na saúde, termo inexistente até então, a educação permanente em saúde (EPS) projeta se constituir como estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que ele se converta num lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva e tecnicamente competente. Contudo, para alcançar tão ambiciosos objetivos, deve se tornar primeiramente numa ideia força com alto potencial de capilaridade. Ou seja, deve estar visível por dentro dos setores, isto é, entre as pessoas que trabalham na saúde e na educação, entre esses gestores e, também, entre a participação e o controle social em saúde. Outro diferencial dessa investitura, foi o de priorizar a educação como atividade finalística da política de saúde e não atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade da gestão e da atenção. Essa novidade configurada sob o conceito político-pedagógico ao mesmo tempo em que resume a política proposta, dá tradução concreta junto aos Conselhos de Saúde, instituições de ensino, movimentos sociais e representantes dos trabalhadores (CECCIM, 2005).

Se a lógica da EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, então ela é capaz de favorecer a democratização institucional. Sua permeabilidade deve contribuir para o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, fortalecimento e inovação da docência e para o enfrentamento criativo das situações cotidianas de saúde. Ainda mais, deve participar dos processos de transformações de práticas profissionais, sejam elas as mais antigas ou as mais recentes impostas por novas formas de organizar a atenção à saúde. Pelo menos duas razões justificam o surgimento de novos modos de aprender e trabalhar em saúde: a primeira razão diz respeito a necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações que promovam a integralidade da atenção. A segunda razão, pela necessidade de adotar modos mais eficientes de utilizar os recursos, superando a ênfase dada à atenção hospitalar hoje.

No SUS, a integralidade é um conceito chave. A história recente da crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro tem impulsionado o desenvolvimento de alternativas que contribuam para ofertar integralidade na rede de serviços de saúde. Desse modo, ainda que sem contar com uma política potente de desospitalização, inúmeras organizações vêm instituindo práticas baseadas na oferta de intervenções terapêuticas no interior do domicílio do usuário. O tema tem despertado interesse tanto no Brasil como internacionalmente, sendo identificados ao menos quatro campos que motivam o desenvolvimento da atenção domiciliar: a) desospitalização de internações desnecessárias, como as justificadas por situações de vulnerabilidade social; b) processos de alta precoce, para ampliar a rotatividade de leitos hospitalares; c) busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos; e, d) cuidados paliativos, em que o alívio da dor e o suporte aos familiares frente a iminente morte são o objeto de trabalho das equipes (FEUERWERKER; MEHRY, 2008).

Diante dos desafios apresentados, é preciso avançar nos procedimentos de reflexão e de qualificação dos processos de trabalho na atenção domiciliar, sob a perspectiva da educação permanente – no trabalho, a partir do trabalho e para o trabalho. Nesse sentido, este

artigo tem por objetivo analisar como se dá o processo de educação permanente em saúde no serviço de atenção domiciliar (SAD Manaus), na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam nele. A pesquisa concentrou-se em analisar as narrativas desses profissionais nos aspectos chaves de *a*) entendimento da política de EPS; *b*) das participações destes em atividades educativas direcionadas ao serviço estudado; *c*) suas participações no planejamento de atividades educativas; *d*) suas propostas de temas para ser trabalhado sob a lógica da EPS; e, *e*) sobre seus principais desafios para que processos de trabalho ocorram no serviço tendo a EPS como princípio orientador. Para orientar essa compreensão, buscou-se nos conceitos que sustentam a Política de Educação Permanente em Saúde, sob uma perspectiva crítica, elementos para a construção do referencial teórico.

2 Referencial teórico

2.1 Educação permanente e a perfectibilidade humana

A necessidade de uma educação contínua que atenda às situações de mudanças seja no âmbito sociopolítico ou maturacional trouxe como fruto não só a evolução histórica do pensamento educacional como a noção de que a educação é um processo permanente e que a aprendizagem perdura a vida inteira. Não se fala aqui somente de um ideal, mas de uma evidência prática que se impõe, uma necessidade socioeconômica, pedagógica e antropológica.

Neotti (1978) e Lemos (2016), afirmam que a primeira vez que se tem notícia de algum tipo de menção à educação permanente ocorreu em um informe do Comitê de Educação de Adultos do Reino Unido, em 1919. No Relatório preparado pela Comissão Governamental Britânica de Estudos Pedagógicos, a educação surge como uma necessidade permanente, ou um aspecto imprescindível da cidadania; descreviam a educação para adultos como uma necessidade. No entanto, não exerceu maior influência exceto entre especialistas da educação de adultos em alguns poucos países. Na França de 1955, o termo “educação permanente” aparece possivelmente pela primeira vez, sendo oficializado no ano seguinte em um documento do Ministro Educacional sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. Surge o que parece ser a primeira definição de Educação Permanente (EP) por Pierre Arents: conjunto de instrumentos postos à disposição dos homens, sem distinção de idade, sexo, de posição social e profissional, a fim de que não cessem, caso o desejem, de formar-se e informar-se tendo em vista o pleno desenvolvimento das próprias capacidades e, ao mesmo tempo, a mais eficaz participação no processo da sociedade.

Antevendo qualquer possibilidade de manipulação ou dirigismo, Arents arremata e afirma que educação permanente deve ser entendida não no sentido de que os homens do nosso tempo tem necessidades de serem conduzidos, mas no sentido de que têm necessidade de serem ajudados a atuar e a agir num mundo complexo e móvel. E, não menos, de serem ajudados a resistir à tentação de abandonar pura e simplesmente a própria vontade às correntes econômicas e sociais que ameaçam subjugar-los.

Os principais objetivos da educação permanente segundo Pierre Arents estão todos após o período escolar:

- Assegurar, após a escolaridade, a manutenção da instrução e da educação recebidas na Escola;
- Prolongar e completar, fora da formação e da atividade profissional, a educação física, intelectual e estética da juventude, até o exercício da cidadania;

- Permitir, aperfeiçoar, completar, renovar ou readaptar as capacidades (humanas) em qualquer idade;
- Facilitar a elaboração dos conhecimentos e a compreensão dos problemas nacionais e mundiais a todos os cidadãos sem distinção de títulos ou responsabilidades;
- Permitir a todos gozar do patrimônio cultural da civilização e de seu constante enriquecimento.

Com sua evolução, surgiram uma diversidade de definições do termo educação permanente, fazendo com que esse tema fosse a pauta do 1º Seminário Nacional sobre Educação Permanente, realizado em Buenos Aires nos dias 20 a 26 de junho de 1970 – em adesão ao ano internacional da educação instituído pela UNESCO. No documento final desse seminário os participantes reconheceram a dificuldade em encontrar consenso sobre a definição de educação permanente. Optaram pela seguinte: “educação permanente é o aperfeiçoamento integral e sem solução de continuidade da pessoa humana desde seu nascimento até a sua morte” (EDUCADORES, 1971).

Em 1971, o professor Rommiszowski, então diretor de Instrução Programada da *Enfield*, Inglaterra, ao participar das Jornadas Olivetti de Educação em Buenos Aires, deu a seguinte definição de educação permanente: “um sistema onde o oferecimento de toda a oportunidade está disponível através da vida do indivíduo, tanto à luz de suas necessidades vocacionais como de seus desejos, necessidades e interesse culturais” (EDUCADORES, 1972). No entanto, não se pode olvidar que a educação como processo permanente extensivo ao longo da vida e que incorpora todas as experiências e capacidades do indivíduo e da sociedade difundida pela UNESCO no final da década de 1960 e que vai se convertendo em um processo de alcance universal, encontra-se estruturada na qualificação do fator humano como um dos mais importantes meios para a produtividade econômica e desenvolvimento do estado, portanto a serviço do modelo econômico dominante.

Dos desenvolvimentos sobre as questões que se coloca à educação numa sociedade em permanente mudança, realça-se de forma insistente a necessidade de transformações radicais relativas ao ato educativo, ao espaço educativo e ao tempo da educação. A força motriz dessas transformações é a educação permanente com sua potência em criar um quadro de estratégias alternativo e que conduza a um processo de ensinar e aprender que não se restrinja as instituições convencionais de educar.

Outra grande contribuição das investigações em educação permanente que viria ter forte influência no setor saúde, foi dela favorecer a ampliação do conceito tradicional de educação. Para três direções apontaram essa ampliação: *a)* dinamização da atividade pedagógica. Educação passa a ser concebida não mais como um bem, mas como um processo e tendo a finalidade não apenas de informar ou transmitir conhecimento, mas criar condições para que a pessoa possa permanentemente autoformar-se e autocapacitar-se para ser agente de desenvolvimento; *b)* ampliação da atividade pedagógica. Significa dizer que deve se levar em conta não apenas os aspectos formais e sistematizados, mas também e igualmente importantes os informais e indiretos dos diferentes contextos em que vive a pessoa, considerando a educação como processo de desenvolvimento humano integral; e, *c)* integração de uma nova clientela, os adultos. A preparação via educação desse público, acredita-se, pode acelerar o ritmo e alcançar a modernização da sociedade a curto e médio prazo. Pelo menos dois desdobramentos básicos dessa nova interpretação teórica podem ser identificados: o primeiro é que a educação como processo engloba sem distinção educação e trabalho, induzindo a autorrealização em termos de crescimento pessoal, felicidade e rentabilidade econômica. A segunda dobra é que a educação é uma atividade que não pode desligar-se de uma autêntica participação política. Mais a conclusão mais lúcida que o processo de entendimento e definição da educação permanente formulou foi que uma estratégia genuína de educação permanente não pode ser concebida apenas pelos educadores. Implica uma metodologia

interdisciplinar, interinstitucional e uma atividade de cooperação desde a formulação dos problemas até a proposição e execução das soluções, e mais, durante todo processo de monitoramento e avaliação.

Por fim, a EP também recebe influência da antropologia moderna que insiste no fato de que o homem vive um processo de contínua maturação, reelaborando sua visão de mundo a cada nova fase de sua vida. Como consequência, sua educação é também tarefa contínua. A partir desse entendimento, deduz-se pelo estabelecimento de uma relação construtiva entre a busca profunda por equilíbrio e estabilidade inerentes de uma personalidade já amadurecida e a necessidade de inovação, renovação, busca permanente, imposta pelo desenvolvimento de uma personalidade sempre inacabada, portanto, perfectível.

2.2 Educação permanente em saúde – estratégia ética-política-pedagógica para o SUS

A preferência pela designação Educação Permanente em Saúde e não apenas educação permanente, justifica-se porque, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde e apenas aqui no Brasil. A Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS) contribuiu para essa difusão ao defender a proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organismos complexos em que a aprendizagem significativa seja capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudanças nos mais variados contextos (CECCIM, 2005).

Portanto, a Educação Permanente em Saúde, ou simplesmente EPS, foi a designação oficial à formação e desenvolvimento das pessoas que trabalham na saúde no SUS. A expressão Educação na Saúde foi formulada para abarcar os processos formativos de profissionais de saúde. Difere da Educação em Saúde, que se realiza como prática cuidadora na atenção integral realizada pelos serviços perante seus usuários. Difere também da “Educação Popular em Saúde”, que se realiza como prática de consciência e participação social, e da “Educação da Saúde”, que se refere aos objetos, termos e objetivos das práticas educativas no interesse da saúde. A criação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se coloca como resposta constitucional de ordenar a formação dos trabalhadores na área da saúde com vistas a consolidação do SUS. Nessa política o trabalho é visto como princípio educativo e como desenvolvimento de uma pedagogia em ato na incorporação do aprender e ensinar no cotidiano do trabalho (SCHWEICKARDT; LIMA; CECCIM; FERLA; CHAVES, 2015).

Para Rovere (1995), a educação permanente dos trabalhadores, das equipes e das redes de equipes desencadeiam profunda insatisfação com essa riqueza de conhecimento e inovação que fortalece a saúde mas que é utilizada como mercadoria a ser comercializada no mercado de serviços de saúde e leva a reagir à falta de preocupação em pensar na integridade dos problemas de saúde e nas respostas que os profissionais de saúde e a população precisam construir juntos para enfrentar a complexidade crescente dos problemas sociais e sanitários. Talvez as ambiciosas iniciativas de transformação marquem um campo de forças que deva ser constantemente mapeado para que a aprendizagem ao longo da vida não seja reabsorvida como uma metodologia moderna e eficiente para aprender o mesmo. Ele então insinua a necessária transformação na cultura da saúde na qual a EPS seja, ao mesmo tempo, método e conteúdo que carrega consigo novas formas de resolver os problemas de saúde.

Ao considerar a EPS como política pública do SUS, o Conselho Nacional de Saúde apostou em atividades educativas capazes de articular atenção, gestão, ensino e participação social à formação e desenvolvimento das pessoas que trabalham na saúde. É o que Ceccim e Feuerwerker (2004) designaram de quadrilátero da formação em saúde. Estes autores colocam

em debate os valores utilizados pelos profissionais e demais envolvidos no processo saúde-doença ao organizar as estratégias de atenção, os critérios usados pelo gestor ao regular e financiar o sistema de saúde, a inclusão dos usuários e dos movimentos sociais organizados para que seja possível elevar a capacidade de escuta e de resposta às necessidades sociais em saúde e a problematização das práticas de ensinar e aprender porque se quer quebrar instituídos e contrariar aprendizados contemporâneos.

Ao não representar mecanismo de transmissão ou simples repasse da informação, a EPS embasa-se no uso de metodologias ativas como construtoras de conhecimento. Com esse entendimento o aprendiz (trabalhador da saúde, usuário, acompanhante, gestor) não é aquele que apenas escuta, copia, decora e faz; é aquele que constrói para si um saber disparado pelas informações trazidas por um debate em que ele está incluído e do qual participa ativamente. Esse é o sentido das metodologias ativas: ativar o pensamento, exercitar as informações, debatê-las, ou seja, gerar conversações e confrontos reflexivos orientados pelas situações reais do cotidiano. Essa perspectiva coaduna com o posicionamento da psicologia histórico cultural capitaneada por Vigotski que defende a aprendizagem como forma de apropriação da herança cultural disponível e não apenas um processo individual de assimilação. Como dirigente da aprendizagem, a interação social torna-se muito importante para o desenvolvimento cognoscitivo. Nesse sentido, maior interação social permite maior aperfeiçoamento do processo mental.

Grupos de trabalho interagindo associam ideias, exploram informações em múltiplas bases de conhecimento e elaboram saberes coletivos. Um grupo que estuda em interação configura zonas de aprendizagem. Nessas zonas, estão os saberes formais (cognitivos) e os desenvolvimentos (aprendizagens). A zona de aprendizagem comporta zona de conhecimento atual e zona de conhecimento em construção, saberes formais e saberes em construção. Vigotski chamou o conhecimento em construção de zona de desenvolvimento proximal. Para Schweickardt *et al* (2015, p. 70), “em coletivos, estamos todos nas duas zonas, uma dando passagem à outra. Nessa nova ágora, a ideia de roda ou círculo de saberes supera o modelo e o lugar de aula e sala de aula tradicionais, onde o professor fica em pé e na frente de todos os aprendizes professando saberes memorizados por árdua leitura e restrito aos manuais guias. A proposta, por outro lado, é uma conversa com propósito em que parceiros dialogam sobre os saberes que possuem, os saberes acessados na literatura científica ou artísticos culturais e os saberes disponíveis em múltiplas fontes. O ato de conversar com todos em um mesmo plano, sem hierarquias restritivas, possibilita que saberes prévios no grupo ou na literatura se transformem em saberes novos porque foram desfeitos e refeitos discursivamente em grupo.

Contudo, apesar dos avanços na área de formação e desenvolvido que o SUS tem conseguido com essa política, e apesar de certa consistência da orientação teórica e metodológica sustentada pela Educação Permanente aplicado ao setor saúde, o SUS ainda não foi capaz de pensar e repensar em modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, com o objetivo de ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas. No que concerne à formação em saúde nos deparamos com duas realidades que estão em desigualdade de valorização. De um lado a atualização técnico-científica vista como aspecto central das qualificações das práticas em saúde, e, de outro lado, a valorização em escanteio em formação de produção de subjetividade, de produção de habilidades técnicas e cognitivas e o adequado conhecimento do SUS. A formação e o desenvolvimento para área da saúde devem privilegiar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Deve estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade (CAMPOS, 2003).

3 Métodos de pesquisa

São apresentadas neste artigo parte dos dados construídos em uma pesquisa maior, em que se realizou uma pesquisa-ação. Essa modalidade de pesquisa qualitativa (DEMO, 2004; MINAYO, 2008; VASCONCELOS, 2011) foi adotada porque permite distintas formas de coleta e análise de dados, e também, porque sua concepção e realização está em estreita associação com a resolução de dado problema coletivo e objetivo, envolvendo a dupla pesquisador-participante de modo participativo e cooperativo. No caso do ensino, especialmente no contexto da educação de adultos ou da educação permanente em saúde, a pesquisa-ação tem desempenhado um papel fundamental para elaborar os conteúdos e procedimentos do ensino em conformidade com a visão e as necessidades dos interessados (THIOLLENT, 2014).

A pesquisa aconteceu no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Programa Melhor em Casa, da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM), pertencente à rede pública da cidade de Manaus-AM, localizado na zona centro-sul, em área urbana. Serviço estruturado com prédio administrativo locado com cerca de 500 m² localizado próximo à sede administrativa do nível central da saúde no estado. O SAD está distribuído além de sua base administrativa em cinco estabelecimentos de saúde estrategicamente distribuídos nas quatro zonas da cidade de Manaus-AM. Nessas bases hospitalares estão localizadas um total de 09 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e 03 equipes multiprofissionais de apoio que se organizam para fazer as visitas/intervenções domiciliares. Serviço classificado de média complexidade com quadro de 101 profissionais de saúde na atenção, destaca-se nesse serviço sua função mediadora entre a atenção primária (atendimento nos domicílios) e a alta complexidade (suas bases estão localizadas em grandes hospitais e prontos socorros da cidade), o que por si só já impõe a necessidade de qualificada interação entre esses níveis de atenção.

Neste trabalho são apresentadas as informações obtidas nos documentos oficiais que constituem o SAD, nas notas de observações de campo e notas reflexivas do primeiro autor e nas entrevistas semiestruturadas realizadas com 6 profissionais de saúde atuantes a mais de seis meses no programa. O termo PS significa profissional de saúde, seguido de um nome próprio arbitrado. As entrevistas semiestruturadas consistiram em compreender apropriação dos profissionais de saúde sobre EPS e a participação em atividades educativas e foram estruturadas com as seguintes questões norteadoras:

1. O que você entende por educação permanente em saúde?
2. Quais atividades educativas voltadas para sua área de atuação você participou?
3. Houve sua participação no planejamento de ações educativas para o PMC?
4. Que temas/assuntos do seu fazer diário você gostaria que fosse trabalhado pela EPS?
5. Quais os principais desafios você acredita que precisa ser enfrentado para que ocorra a EPS no seu local de atuação?

Tendo sido atendidas as premissas éticas, a pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, CAEE sob o número de Parecer 2.914.062, de 24 de setembro de 2018.

As entrevistas gravadas e transcritas, foram submetidas à análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), processo metodológico que procura explicitar representações coletivas, bem como um conjunto das representações que compreendem um imaginário específico. Nessa análise é possível uma coletividade falar como se fosse apenas um indivíduo, uma vez que se entende que seu conhecimento expressado foi construído também a

partir dessa coletividade, resultando assim, em uma síntese que reconstituiu a representação social discursivamente (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

O objetivo é que os participantes se envolvam em conversações, evitando que suas expressões sejam apenas respostas isoladas a estímulos apresentados pelo pesquisador. Desse modo, pode-se alcançar interessantes reflexões e construções articuladas durante as interações. Com a participação ativa do pesquisador nesse processo, em contraposição às pesquisas que se apoiam em questionários fechados, o que se espera é superar as respostas intencionais e racionais dos envolvidos e gerar uma rede dialógica complexa e por isso mesmo com capacidade para fazer brotar a espontaneidade, o envolvimento afetivo e a refletividade.

Quando nos referimos a rede dialógica complexa temos em mente um conjunto de informações em pesquisa científica que foram tecidas a partir da participação ativa do pesquisador, do diálogo como ágora, do envolvimento racional e emocional dos participantes, da potência da realidade investigada e que foram relacionadas entre si através das construções, interpretações e experiência do pesquisador. Objetiva-se assim, produzir mobilização conjunta capaz de gerar hipóteses que se aproximem de fato das questões que são relevantes para a compreensão de certa realidade com vistas a sua transformação.

4 Apresentação e discussão dos resultados

As narrativas coletadas e submetidas à análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a partir dos pressupostos teóricos e objetivos propostos serão apresentadas a seguir e discutidas primeiramente identificando-se as ideias centrais dos cinco tópicos orientadores, seguido das expressões-chaves, DSC e síntese crítica. Relacionamos a seguir a descrição dos tópicos bem como seu uso:

- Entendimento sobre educação permanente em saúde. O entendimento aqui referido trata-se do ato de conhecer pela experiência ou pela informação recebida; daquilo que é sabido por alguém e da informação organizada a respeito da realidade dos acontecimentos.

- Participação em atividades educativas voltadas para a área de atuação. Participação aqui entendida como passiva ou ativa durante certa atividade ou operação.

- Participação no planejamento de ações educativas para o atendimento na Atenção Domiciliar. Participar no sentido de tomar parte em algo; compartilhar. No caso, envolver-se ativamente na preparação de um trabalho ou tarefa com estabelecimento de métodos convenientes relacionados ao cotidiano do trabalho domiciliar em saúde executado diariamente.

- Temas/assuntos do fazer diário que gostaria que fosse trabalhado pela EPS. O tema aqui referido trata-se de qualquer ideia ou sugestão citada com possibilidade de resolução de dado problema.

- Principais desafios que precisa ser enfrentado para que ocorra a EPS no seu local de atuação. O enfrentamento aqui referido trata-se de colocar numa posição de combate e de superação dos desafios propostos sob a ótica do diálogo, da consciência crítica e da práxis.

Sobre a apropriação da educação permanente em saúde, segue a ideia central.

Ideia central 1: compreensão limitada do conceito de Educação Permanente em Saúde

Eu entendo que a questão da educação em saúde é de estar se atualizando, sempre buscando o melhor para o dia a dia de nosso paciente. O que eu

entendo disso, sempre tá buscando, como eu posso dizer, manobras, exercícios, até chegar ao objetivo que eu quero. Sempre está inovando (PS Bianca).

A promoção de cuidados num contexto de respeito, aprimoração de técnicas, buscar cursos... são fatores assim para aprimorar o serviço de parte técnica tanto de capacitação como de pessoas (PS Karla).

Então assim, se você não fizer uma educação permanente você trabalha, você vai começar ficando pra trás e as atualizações você vai perdendo, então pra mim a educação permanente acredito que deveria ser o carro chefe de qualquer equipe, de qualquer unidade básica de saúde de qualquer programa, a educação permanente que é atualizar o aprendizado de todo funcionário (PS Paula).

DSC: Não conheço o conceito de Educação Permanente em Saúde, mas acredito que esteja voltado para o desenvolvimento de habilidades técnicas adquiridas por meio de capacitações e/ou cursos.

Referente ao primeiro tópico, observa-se conhecimento mínimo, marginal e consequente apropriação limitada do conceito de EPS na atenção domiciliar. Como a palavra política não aparece em nenhuma das narrativas, pode-se supor que haja total desconhecimento de que se trata de uma política pública oficial nacional. A utilidade da EPS restrita a treinamentos e capacitações se destaca nas falas e tem sido objeto de sucessivas tentativas de superação desse entendimento. A OPAS cria diferenciação entre os termos educação permanente e educação continuada, considerando a última como contida na primeira. Embora tenha pouca relevância tal distinção, o termo educação permanente alcançou no Brasil força de política pública e pretende superar a formação em saúde baseada em cursos e capacitações tão associadas ao que ficou conhecido como educação continuada. Em outras palavras, a educação permanente é estratégia global e sistemática e como tal pode abranger em seu processo ações específicas de capacitação e não o inverso (DAVINI, 2009), mas qualquer separação entre ambas representa fragmentação do processo de educação em saúde (CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2008).

Embora a capacitação (educação continuada com foco no indivíduo) esteja contida no processo de educação permanente em saúde (foco no indivíduo e no serviço), e ainda que seja uma das estratégias educativas mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde, definitivamente, a EPS tem maior amplitude e alcance e não pode ser a ela reduzida. E isso por diversas razões. A primeira delas é a constatação de que a capacitação se desenvolve invariavelmente sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais antecipando e delimitando o espaço do qual a capacitação pode operar suas possibilidades e limites (DAVINI, 2009). Não se espera aqui vencer esse desafio, mas ao menos reconhecê-lo. O educador em saúde ingenuamente orientado pela ênfase em capacitação está simplificando e consequentemente reduzindo dado problema da educação de pessoal a uma mera questão de aplicação de técnicas pedagógicas, sem a substancial compreensão do contexto político institucional de sua realização. Outra razão para a superação da crença de que a capacitação é a salvação à educação em saúde consiste no fato de que os processos educativos assim desenvolvidos geralmente possuem alcance apenas pontual, sem força para gerar mudança institucional.

Tem-se observado, ainda, a crença de que grandes e imediatos efeitos de uma atividade educativa em saúde podem ser alcançados com capacitação. Nessa lógica, capacitar é sinônimo de mudar, o que nem sempre ocorre. Outra razão observada para a limitação da capacitação é que muitas das vezes são capacitações encomendadas e alheias à realidade a ser enfrentada. Em outras palavras, treinamentos herméticos e monologicamente impostos. Dessa

forma, fica problemático o diálogo entre o tema da capacitação e sua diluição permanente ao longo do tempo laboral. Nesse item particular, Rey (2011) destaca que não se pode definir aquilo que é melhor para uma população a partir de decisões e medidas centralizadoras e que não implicam em formas sociais cooperativas. Fazer parte do processo inclusive político das ações que envolvem as populações é condição para haver sentido íntimo e, daí, envolvimento pessoal efetivo. Por fim, destacamos o reconhecimento, em geral, da inexistência de um programa efetivo de acompanhamento de resultados de treinamentos e capacitações. Referimo-nos a um programa que avalie os capacitadores e os que foram alvo da capacitação. Uma memória de longo prazo institucionalmente instaurada pode permitir a assimilação de experiências, análise de seus efeitos e adequações futuras.

Com relação ao tópico *participação em atividades voltadas para a área de atuação*, a ideia central que emergiu foi a seguinte:

Ideia central 2. Participação limitada em atividades educativas em saúde e voltadas mais para a dimensão (re)cognitiva

Sim, sim, já tivemos várias vezes. Já tivemos palestras, já tivemos cursos, já estivemos assembleias. No meu caso, tivemos no ano de 2017 se não me engano em março, uma equipe foi para São Paulo lá para o HAOC, Hospital Osvaldo Cruz, a gente fez uma capacitação lá muito boa, várias outras pessoas do melhor em casa dos outros estados, entendeu? Ele tratou de ventilação mecânica, as terapias nutricionais, tratou sobre feridas, ele falou sobre o programa em si, sobre a portaria, sobre o que é o AD1, o AD2 (PS Bianca).

Foi um congresso que participei em Curitiba, e nesse congresso me chamou muito a atenção pelo fato de que são coisas simples, mas eu não sabia que surtia tanto efeito pro serviço (PS Karla).

Sim. Além do curso que a gente teve, assim eu sou terceirizado, a empresa nossa contratante ela está ofertando pra gente curso de gestão em atenção domiciliar, tem sido assim modular presencial, mensal e são momentos bons que a gente tá tendo lá pra conhecer bastante e aprender mais e enfim...é um momento de educação que a gente tá tendo (PS Maycon).

Não, ah sim, não sei se antes houve, mas no período que eu estive lá teve mas assim... só pra alguns profissionais, para a fisioterapia que eu lembro que elas iam participar, pra nutrição, pra mim não. Nutri e fisio participaram mais...era assim... empresas que convidavam para capacitar (PS Karol).

DSC: Considero que existam ofertas de cursos e treinamentos promovidos tanto por instituições públicas como privadas que ocorrem em momentos pontuais e sem a participação de todos ou organizados para que todos participem.

Nossa sociedade está diante da necessidade de compreender seus problemas emergentes de forma complexamente contextualizada. Delineada assim, a ordenação da formação e atuação em saúde precisam sofrer algumas mudanças, como estimular cada vez mais a participação, a curiosidade e a criatividade dos aprendizes. Os educadores em saúde são chamados para coordenar o processo de construção de conhecimento e colaborar ativamente para a transformação da informação em conhecimento e do conhecimento em saber-fazer. Sem participação efetiva do público alvo, não será criado um clima favorável e que estimule a mudança e muito menos o estabelecimento da autonomia e da disposição para

a partilha. A perspectiva da EPS defende uma formação docente e uma atividade educativa que não seja superficialmente feita ou que não se esgota no tratamento apenas do objeto ou do conteúdo, mas que “se alonga à produção das condições em que aprender criticamente é possível. Essas condições implicam ou exigem a presença de educadores e educandos criadores, investigadores, inquietos e rigorosamente curiosos” (FREIRE, 1998, p. 29).

Distanciados do valor atribuído ao diálogo problematizador e da educação permanente em saúde, é fácil o surgimento de propostas educativas em saúde planejadas à distância, restritas às capacitações importadas e sem regularidade. Sem espaços propícios para a autoanálise e para o autoquestionamento, a autogestão dos coletivos fica abafada pela modelagem de serviços centrados em procedimentos e o sujeito restrito a descrever, quando muito, o que sente.

Referente à pergunta *participou do planejamento de ações educativas para o Programa Melhor em Casa?* Seguem as ideias centrais:

Ideia central 3. Planejamento realizado sem participação do público-alvo

Durante esse tempo não. A Assistente Social não sei do município ou do estado, passava para dizer que tinha um determinado número de vagas para curso de cuidadores. Na base do y tinha 50 convites e aí nós saímos convidando principalmente aqueles que tinham paciente mais críticos, era a prioridade e aí eu acho que nesse período...acho que foi só mesmo. Não participei do curso, fazíamos somente as inscrições. Quem mais ficava a frente era a assistente social, a psicóloga e a enfermeira que palestrou inclusive (PS Karla)

Não. De forma ativa não (PS Maycon).

Na verdade eu sempre quis fazer uma equipe até pra gente tá renovando com os técnicos de enfermagem que a gente tem muita dificuldade de trabalhar... outra coisa...e, sim voltando ao que você tava perguntando eu sempre tava treinando eu nunca participei da equipe de planejamento de tá lá ajudando não, eu sempre fui como a aluna, a participante (PS Paula).

DSC: Embora tenha até vontade de me envolver no planejamento de atividades educativas em saúde no meu local de trabalho, quando os poucos cursos são ofertados já vem prontos e quando participo é de forma passiva.

A imposição de uma receita de cursos e treinamentos decididos de forma verticalizada e sem a discussão do coletivo impede o envolvimento face a face e todo íntimo necessário para um melhor reconhecimento dessas ações como importantes a certo contexto de saúde. Vício antigo da centralização explícita ou velada, tanto nos programas ditos verticais como nas práticas de planejamento e execução dirigidas pelo nível central, que ocorrem sem a participação dos executores das ações finalísticas. Subjacente a essa postura, está o não reconhecimento de ideias inovadoras e que orientam a nova educação brasileira em saúde norteadas pela democratização do conhecimento, da utilização de pessoas não especializadas e de tecnologia simplificada, e da participação da comunidade na definição dos problemas de saúde e das prioridades estratégicas que precisam ser implementadas. Redes de cuidados como as propostas no setor saúde (MENDES, 2011; 2012) significam dizer que a ideia de que um tem o conhecimento (profissional de saúde) e outro não tem o conhecimento (paciente, comunidade) precisa ser superada para a noção de conhecimento transmitido por muitos para muitos, de forma massiva, cooperativa e interdependente.

Leis, decretos, portarias, sistemas informatizados não constroem redes. Pessoas constroem redes. O nível de fortalecimento do sistema único de saúde é proporcional a sua capacidade de gerar encontros mobilizadores. O terreno que circunda o SUS deve ser plano. Sem desnível provocado, qualquer pessoa que esteja utilizando esse solo é reconhecida como portadora de conhecimento fundamental para seu aprimoramento. Aqui está um grande desafio para a EPS, para a ideia de redes e para o SUS: se esse é o cenário alvo, sua concretização é difícil. Essa dificuldade reside no fato de não conhecermos o trabalho do outro e termos até preconceito do trabalho do outro. Se a EPS fala da legitimidade de diferentes interlocutores, então precisa haver conversas entre gestores, trabalhadores e usuários para se descobrir o saber produzido no cotidiano. É preciso instituir espaço legítimo de discussão, análise e reflexão cotidiana da prática com força para gerar mudança institucional, ainda que a longo prazo, uma vez que estamos falando aqui também da intenção em modificar aspectos socioculturais.

Ideia central 3.1 Sinais de melhoria quanto a participação durante o planejamento de atividades educativas em saúde na Atenção Domiciliar em Manaus

Teve. Quando a gente voltou de São Paulo a gente teve que fazer uma apresentação para passar todo o conhecimento que a gente adquiriu, todas as ideias de lá para a gente passar para o restante da equipe.

... gente sentou e montou uma palestra que até foi apresentada aqui mesmo na SUSAM a gente montou uma palestra dos conteúdos que foi passado e o que a gente poderia é implementar aqui em Manaus, foi feito isso sim.

... Teve, teve agora uma recente, que foi a criação do POP que todos nós, todos os fisioterapeutas participamos e todos os profissionais em sua área.

... e teve uma recente agora que foi para a implementação de um programa como se fosse uma ação que vocês estão querendo fazer aqui da gente reutilizar os aparelhos respiratórios que nós temos CPAP, BIPAP, aí eu fui chamada novamente pra gente conversar pra gente tentar montar um esboço desse projeto.

... eu tô vendo que essa nova gestão depois que reformulou tudo... vocês estão muito mais interessados em qualificar os profissionais muito mais interessados em saber as dificuldades e as particularidades de cada um, pra quê? Pra gente fazer um bom serviço ao paciente final que a pessoa que está dentro de casa que mais precisa (PS Bianca).

DSC: Ultimamente tenho observado a intenção de incluir um maior número de participantes durante o planejamento de atividades educativas em saúde no Programa Melhor em Casa com o objetivo de melhorar o cuidado.

Ainda incipiente, um envolvimento maior de toda equipe no planejamento de atividades educativas e de gestão voltadas para a própria equipe da atenção domiciliar é destacado nas narrativas de uma participante. Sobre os fragmentos narrativos que insinuam alguma melhoria no envolvimento de outros atores no processo de planejamento de atividades no serviço justifica-se, em parte, a pesquisa apontou como ponto inicial dessa nova percepção a realização de uma marcante oficina em outubro de 2018 com toda a equipe da atenção domiciliar em que se buscou divulgar a apropriação do conceito e método em EPS para o serviço de atenção domiciliar pesquisado.

Outra justificativa possível para essa sensação de maior envolvimento de quem trabalha “na ponta” com a gestão do SAD tem a ver com a própria pesquisa que teve como um de seus produtos o presente artigo. Como o primeiro autor era da gestão do SAD e suas pesquisas de campo envolviam, entre outros elementos, entrevistas individuais e encontros no

grupo de discussão com profissionais da assistência, gerou de forma não intencional um “fortalecimento” do elo gestão-atenção. Em outras palavras: o diálogo que se estabeleceu por exigência acadêmica pode ser utilizado como mediador entre a gestão e a atenção, potencializando ambas e conseqüentemente o serviço como um todo. Tal constatação se torna positiva no ponto exato em que essa é também uma das propostas da pesquisa-ação, do referencial da psicologia histórico cultural e da EPS. Para fazer EPS precisa admitir que o encontro, o diálogo aprofundado, fazem parte do trabalho em saúde, mas que não acontecem de forma natural ou espontânea. Há de existir mediação para que aconteça o processo esperado. A EPS favorece a criação de conversas, de perguntas, de interrogação e auto interrogação, e, por isso mesmo, dá trabalho.

O quarto tópico abordou sobre temas e fazer diários que gostaria que fosse trabalhado pela EPS na Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa. A seguir, as ideias centrais:

Ideia central 4. Necessidade de desenvolvimento técnico profissional

Ventilação mecânica. Foi uma realidade que eu me deparei aqui no melhor em casa, muitas e muitas vezes eu saia do melhor em casa eu ia estudar porque eu não tinha segurança digamos assim de responder ao que me era pedido (PS Bianca).

DSC: Para que meu desenvolvimento profissional permaneça, preciso de capacitação técnico-científica aliado à investigação e interesse pessoais.

A informação recebida na academia e a aproximação prática curricular constituem-se em ações insuficientes para atender os vários cenários de atividades das pessoas que trabalham na saúde. Como já reconhecido, o ensino em saúde direcionado para o aprimoramento profissional é fundamental e, por isso mesmo, não pode ser realizado de forma assistemática. Na realidade de Manaus, não foi identificado nos espaços formais de ensino, tanto na graduação como na pós graduação, temáticas específicas voltadas para a atenção domiciliar. Assim como também foi observado que o SAD não dispõe de plano próprio de capacitação inicial e que anteceda o envio desses profissionais à realidade e as rotinas da rua e da casa durante atendimento domiciliar. Além disso, os profissionais admitidos vêm geralmente com a visão de atendimento hospitalocêntrica, supervalorização do saber científico e, às vezes, com total desconhecimento da existência desse serviço.

Definido a importância da capacitação, precisa agora definir sua forma e conteúdo para execução. Mantendo-se firme ao referencial desse tema, qualquer programa de capacitação ou treinamentos deve privilegiar mais os processos do que os resultados e devem estar focados em promover mudanças na organização dos serviços. A menor falta de atenção aqui reduz as iniciativas de capacitações à recongnição, atualização de conhecimentos ou de competências técnicas específicas. Capacitações na lógica defendida aqui requerem que sejam realizadas no contexto real do trabalho, em número reduzido de participantes, com incentivo à interação de todos e não no modelo escolar em que um fala e o outro ouve. Seu objetivo não é transmitir conhecimento e nem transformar o ouvinte em multiplicador, mas gerar reflexões e a possibilidade de problematizar o que está aprendendo com o que ele já sabe e confrontar tudo isso com a dureza de sua prática.

É impressionante notar que há mais de trinta anos a capacitação emprega os mesmos conceitos e tecnologias e, ainda assim, pouca discussão sobre sua efetividade é empreendida (DAVINI, 2009). Mudanças nos enfoques educativos e das práticas de saúde são chamados a dá sua contribuição e a estratégia da educação interprofissional e do trabalho multidisciplinar são desafios a serem enfrentados presentemente.

Ideia central 4.1 Desafios para se alcançar a multidisciplinaridade na atenção domiciliar

Sim. Como profissional olhando pro meu lado, porque assim, antigamente tinha mais...alguns médicos até não sabiam que o fonoaudiólogo atuava. Isso me deixava meio que surpresa porque não imaginava que numa equipe multidisciplinar não sabia o que o colega era capaz e aí as vezes acabava deixando a desejar a pecar num ponto aonde eu poderia ter tido atuação e não houve. E aí eu levantava essa bandeira da importância do fono (PS Karla).

DSC: Acredito assim: somos uma equipe multiprofissional atuando de forma uniprofissional.

Conhecer as várias atribuições das profissões atende ao projeto de formação e desenvolvimento profissional e tende superar a delimitação fantasiosa de exclusividade sobre certas áreas de atuação. A profissionalização não deve representar delimitação precisa de *locus* de atuação, mas sim ser agente de conectividade com demandas que solicitam saberes profissionais. Distintos profissionais com suas distintas profissões poderiam, durante o necessário trabalho em equipe, enriquecerem-se mutuamente tal como ocorre na confluência entre dois ou mais biomas, para utilizar aqui a metáfora do efeito de borda, caracterizado pelo aumento da biodiversidade encontrada como resultado da interação de ecossistemas fronteiros (SAMPAIO, 2016). O confronto interprofissional deve maximizar recursos e enriquecer ideias e práticas. Contudo, lamentavelmente, não é o mais comum de acontecer nas equipes multiprofissionais de saúde. O mais comum é o silêncio, o desconhecimento e até o preconceito sobre a profissão do outro.

Como ser multi se desde a formação se é doutrinado a ser uni? Dito de outro modo: Apostar acriticamente numa formação instrumentalista e objetivista centrada no saber do especialista atende as mudanças que precisam ser operadas no setor saúde? ancorada no paradigma da ciência moderna, a formação oficial em saúde com sua consequente prática, submetem os processos educativos num determinismo tanto ao nível da construção de conhecimento como nas diferentes relações e atividades profissionais em saúde. Esse modelo, autossuficiente, fechado em racionalidade e organizado de forma linear e objetivista por especialistas, suplantou a emoção do sujeito e desconsiderou a complexa trama social, econômica, política e cultural que o processo saúde-doença participa e do qual a formação em saúde e o educador em saúde não podem ignorar.

É extemporânea uma formação que busca apenas as evidências do diagnóstico, do cuidado, tratamento, etiologia, prognóstico e profilaxia dos agravos e das doenças. Deve buscar, também, desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde, alargando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência efetiva na formulação de políticas públicas do cuidado. Este ainda é um nó crítico com poucas chances para ser desatado em um horizonte curto. Não é possível tecer críticas ao tipo de formação para a saúde no serviço público que tem sido feito no Brasil sem antes expor a necessária e urgente mudança que deve acontecer no setor do ensino, uma reforma da educação que seja a materialização do atendimento dos anseios públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional. Tem-se acompanhado lentidão cronificada no processo de mudança na educação, e o SUS, através de gestores, usuários e sociedade tem a obrigação de exercer função provocadora e inovadora tanto para o campo das práticas de saúde como para o campo da formação profissional.

A Educação Permanente em Saúde deve estar voltada para os serviços de saúde, mas também reconhecer seus efeitos no docente e nas instituições formadoras. Ao considerar que significativo contingente de estudantes exercerão suas atividades profissionais no SUS, quais

mobilizações estão sendo produzidas nesses estudantes? Quais aproximações efetivas estão acontecendo entre os ainda distantes campos de ensino e campo de práticas em saúde? A EPS pode ser o agente que causará a interação profícua entre esses saberes que trabalham de forma isolada. Uma pedagogia da escuta é exigida aqui, uma reflexão sobre como podemos formar estudantes e profissionais com melhor capacidade de trabalhar em equipes interprofissionais, heterogêneas, e que respeitem as diferenças e as singularidades envolvidas no processo interativo. No entanto, apesar do SUS e da EPS terem assumido papel relativamente importante na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, e ainda que tenha sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender, não foi capaz, ainda, de gerar uma forte potência aos modos de fazer formação. As iniciativas de formação em saúde que têm contribuído tanto para um certo pensamento crítico nessa área como para o estímulo a se pensar formas alternativas ao processo de formação e desenvolvimento, ainda são iniciativas rasas quando se pensa em sua capacidade de promover mudanças efetivas nas práticas dominantes de formação no sistema saúde.

Ideia central 4.2. Barreiras diárias que impedem a integralidade do cuidado

Foi feito uma dinâmica que eu achei interessante partiu da emap; escolhia um dia da semana para fazer um estudo de caso, escolhesse um paciente e conversasse entre si, só que eu comecei a perceber que não tinha tanta necessidade, a necessidade maior seria como equipe e aí a gente pensou vamos mudar um pouquinho a pauta e esquecer o paciente e colocar a equipe, porque não adianta ter esse elo quebrado entre a equipe; foi quando a gente começou a fazer as reuniões de forma mais dinâmica entre a equipe (PS Karla).

Deixo eu pensar: como é que no dia a dia a educação em saúde pode ser inserida, eu que no dia a dia aqui no melhor em casa na atividade domiciliar eu acho que assim é que eu acho muito necessário é a reunião do grupo para que todos cheguem no paciente com o mesmo comportamento ou com uma sincronia no comportamento. É que eu percebo que nas atividades as vezes a gente não tem esse momento de fazer de todos se reunirem, fazer um estudo em conjunto e a partir desse estudo fazer a prática, cada um já traz a sua experiência pessoal, conversam entre si eu diria de forma tangencial e se harmonizam para trabalhar mas não existe uma forma que a gente se inclui em algum documento em alguma base de estudo (PS Maycon).

DSC: Para que eu possa ajudar de forma efetiva o usuário e sua família, preciso primeiramente transformar minha equipe numa equipe coesa, dialógica e integrada.

Graças a investigações como essa, é possível citar na mesma frase a fala de “elo quebrado” da PS Karla com a “forma tangencial” de comunicação intraequipe denunciada pelo PS Maycon, constatando uma comunicação prejudicada. É significativo que o processo dialógico apareça comprometido aqui. Como refletir sobre a dimensão crítica de sua atividade e definir finalidades que antecipem idealmente sua transformação sem diálogo? defendemos o diálogo como mediador entre a atividade e a reflexão sobre a dimensão crítica dessa atividade, para que seja possível esse programa ou qualquer outro seja capaz de auto interrogar.

É possível existir equipes que sejam muito falantes, mas ainda assim silenciosas. Somente falas e ações que privilegiem os sujeitos, as pessoas, são capazes de construir partilha e espaço solidário. Em outras palavras, a noção de linguagem aceita como prática

social e a conversa contínua são reputadas como condição para o entendimento do sentido. A ideia da roda de conversa é proposta aqui, e o diálogo como recurso didático e instrumento real para fazer brotar opiniões divergentes. A roda é o momento de problematizar a realidade para que a conscientização aconteça e se abandone a cultura de seguidismo. É claro que o arranjo pedagógico da roda não é o único capaz de resolver o problema da ausência de pensamento crítico, mas como temos pretensão de gerar mudanças nas rotinas, a instituição da Roda de Conversa com o objetivo de gerar reflexão aprofundada e criativa e fugir da uniformização acrítica, é proposta de alternativa promissora.

Há a necessidade da institucionalização do tempo protegido. O tempo protegido é caracterizado por um período de tempo, dentro da jornada de trabalho, acordado entre gestores, trabalhadores e usuários, destinado a problematização, ao diálogo aprofundado e a interação com propósito. O tempo protegido é momento de refletir de modo alternativo individual ou conjuntamente, tempo de imaginar criativamente e recordar livremente. Claro que um mínimo de planejamento precisa ser feito e que em cada tempo protegido estejam bem claro seus objetivos, não para cerceamentos, mas apenas no sentido de não dispersar ou não se saber o porquê se está reunido. Este é um espaço formalmente instituído em que se valoriza o diálogo e a reflexão sobre os processos de trabalho, a problematização das questões e a busca coletiva para solução dos problemas nas rotinas dos serviços, tendo como foco a melhoria dos processos e consequente melhoria ao atendimento da população. Todas as pessoas do serviço devem participar e ter bem definido o objetivo dessa participação que não pode se restringir a condutas técnicas e discussão de casos clínicos, mas de envolvimento e comprometimento da equipe.

O último tópico norteador tratou sobre os desafios para que ocorra EPS no local de atuação. As ideias centrais que surgiram foram as seguintes:

Ideia central 5. Desafio: adequação de recursos humanos, preparo profissional e coragem para mudar a forma de trabalho

Porque hoje em dia o que eu percebo agora trabalhando em outra base também é que as pessoas tem medo do fazer, sabem, conhecem a teoria mas na hora da prática pensa muito no que pode dá errado no suporte que a gente não tem, o que de fato é real, a gente não tem um suporte acho assim amplo, entendeu? (PS Bianca)

Acho que poderia ter um olhar mais humanizado. Acho que a humanização ela é primordial, principalmente quando se trata com saúde né? Com pessoas fragilizadas...é um serviço totalmente diferente o que você executa, porque você adentra a casa do paciente, tem que pedir licença que você entre ou não, senão, não tem muito o que fazer (PS Karla).

Muitos, muitos desafios. Primeiro. Primeiro não, não vou elencar prioridades, mas os desafios é o desafio dos recursos humanos né, fazer com que as pessoas entendam a importância da educação uma coisa que eu percebo que é difícil que as pessoas é mudar a forma de trabalho isso é bem explícito (PS Maycon).

DSC: Sei que possuo bom aporte teórico, mas o receio de colocar em prática devido a falta de cooperação me induz a não inovar e em fazer somente o habitual.

Qual o resultado de uma conduta quando esta é guiada por uma sensação de medo e não cooperação? A reprodução. Para romper com essa prática a EPS se constitui como estratégia de construção social da saúde. Dito de outra forma: se não for colocado em

desenvolvimento outras interações como as informais, constituída pelos indivíduos e grupos de referência como a família, a comunidade, pouca ou nenhuma modificação ocorrerá na atenção ao usuário atendido em domicílio. Programas como o Melhor em Casa com possibilidade forte de obtenção de êxito em atividades orientadas pela EPS, devem propor intervenções nos níveis que vão da educação individual, educação grupal até a educação massiva, e, ademais, devem chegar aos níveis interprofissionais e interinstitucionais.

Sem o diálogo como mediador chave e a interação como forma de sua expressão, a educação atua como instrumento privilegiado de conservação. Portanto, num mundo que se transforma velozmente, ela é ineficiente. Nem os sistemas escolares, nem os sistemas de saúde, estão suficientemente preparados para o contexto atual que exige da educação e da saúde múltiplas tarefas em território nômade. Sem auscultar as provocações cotidianas que impulsionam para o desapego da prescrição biomédica e medicamentosa da vida, e sem abrir mão das representações estanques de uma clínica configurada pela modernidade (FERLA, 2002, 2004), perde-se o compromisso de atender em qualidade e intensidade a vida e o viver das pessoas em atendimento à saúde.

5 Considerações finais

Com sete anos de funcionamento em Manaus e com possibilidade para expansão, o SAD Manaus requer consistente programa de educação permanente em saúde. Tendo como ponto central a percepção dos profissionais de saúde que trabalham no território da atenção domiciliar no município de Manaus, constatamos que a Educação Permanente em Saúde é prática desconhecida, conceitualmente confusa, limitada ao que se convencionou chamar de educação continuada, mas com potência em se constituir em tema norteador da atual gestão e da assistência local. Essa potência identificada como incipiente reside no esforço da gestão do momento estabelecer espaço formal de reconhecimento da política, e situá-la como construtora de espaços individuais e coletivos para a reflexão e avaliação dos sentidos produzidos durante os agires cotidianos.

O tema da comunicação prejudicada identificado como ponto problemático central se confrontou com o cenário todo construído e orientado pelo pressuposto da EPS, da conversação, da escuta, próprios dos referenciais que orientaram esse artigo. O fato deste tema ter sido identificado e trabalhado ainda que brevemente, é indicativo de um movimento inicial de desconforto com a constatação da existência de equipes contidas, sob o risco de serem passivamente moldadas pelo meio, e que devem superar seu fazer centrado na técnica e nos especialismos e se expor a se verem primeiramente como educadores em saúde em interatividade.

É possível inferir, com cautela, que a partir da comunicação prejudicada no campo específico da atenção domiciliar, das observações feitas pelo primeiro autor ao longo de mais de um ano como servidor e pesquisador, que a dificuldade encontrada na atenção domiciliar é herdeira das monótonas mensagens que são transmitidas no nível administrativo central. A não comunicação é também comunicação, pois é impossível para a pessoa não comunicar. Atividade ou inatividade, palavra ou silêncio, tudo possui valor de mensagem. A gestão silenciosa instalada, os processos de trabalho mais poderosos do que seus criadores, as magnas convulsões ocasionadas pela frequente alternância de gestores, impõem uma postura radical para seu enfrentamento tal como propõe as práticas problematizadoras e a pedagogia da implicação. Tais alternativas estão ocultas para sujeitos que não conseguem espaço para a auto interrogação individual e coletiva. Sem novos pactos de convivência e sem recomposição das práticas, o eterno recomeçar é o que se divisa mais claramente. Os desconfortos até agora

gerados por essa constatação não foram suficientemente problematizados, conformando, portanto, às pessoas aos processos de trabalho.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 1988. Diário Oficial da União; 05 de outubro, 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 330**, 04 de novembro de 2003. Aplica “Os princípios e diretrizes para a norma operacional básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)” como política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Executivo, Brasília-DF, de 04 de dezembro de 2003.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 335**, de 27 de novembro de 2003. Afirma a aprovação da política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília-DF, de 5 fev. Seção 1, p. 62. 2004.

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho mágico**, v. 10, n.2, p. 7-14. 2003.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, num. 4, outubro/dezembro, pp. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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.

DEMO, P. **Pesquisa participante**: saber pensar e intervir juntos. Brasília: Liber Livro Editora, Brasília, 2004.

EDUCADORES - Relatório. Documento Final dei Primer Seminario Nacional sobre Educación Permanente. In: EDUCADORES. **Revista Latino-Americana de Educación**, La Plata. Ano XIV. n. 15 jan/fev. p. 62, 1971.

EDUCADORES – Relatório. La Educación Permanente en las Jornadas Olivetti de Educación. In: EDUCADORES. **Revista Latino-Americana de Educación**, La Plata, ano XV. nP 93, mayo/junio, p. 247, 1972.

FERLA, A. A. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografias de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul-RS. Faculdade de Educação. Programa de Pós Graduação em Educação, Porto Alegre, 2002.

- FERLA, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da educação em saúde. **PHISYS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (1):85-108, 2004.
- FEUERWERKER, L. C. M. MEHRY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica** (Pan Am) Public Health 24(3), 2008.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- LEFEVRE, F. LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. Abri-Jun; 23 (2): pp. 502-7, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf>. Acesso em maio de 2020.
- LEMONS, C. L. S. Educação permanente em saúde: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, 21 (3):913-922, 2016.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- _____, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da estratégia saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- NEOTTI, A. **Perspectivas da Educação Permanente**. Dissertação. Fundação Getúlio Vargas. Instituto de Estudos Avançados em Educação: Rio de Janeiro, 1978.
- REY, F. G. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.
- ROVERE, M. Gestión estratégica de la Educación Permanente. In: HADDAD, J.; ROSCHE, M. DAVINI, C. (Orgs.) **Educación permanente en salud**. pp. 63-109 Washington: OPAS, 1995.
- SAMPAIO, P. C. A. **Efeito de borda e maximização de recursos em projetos artísticos junto a adolescentes: a perspectiva dos profissionais**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Amazonas. Faculdade de Psicologia. Manaus-AM. 2016.
- SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S.; CECCIM, R. B.; FERLA, A.; CHAVES, S. E. **Educação Permanente em gestão regionalizada da saúde: Saberes e fazeres no território do Amazonas**. Editora Rede Unida. 1ª edição. Porto Alegre, 2015.
- THIOLLENT, M. Pesquisa-ação e pesquisa participante: uma visão de conjunto. In: STRECK, D. R., SOBOTTKA, E. A., EGGERT, E. **Conhecer e transformar: pesquisa-ação e pesquisa participante em diálogo internacional**. 1. Ed. – Curitiba, PR: CRV, 2014.
- VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. 5ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2011.

Recebido em: 28 de novembro de 2020

Aceito em: 13 de abril de 2021

Endereço para correspondência:

Davi Araújo da Cunha

darajocunha@hotmail.com



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)