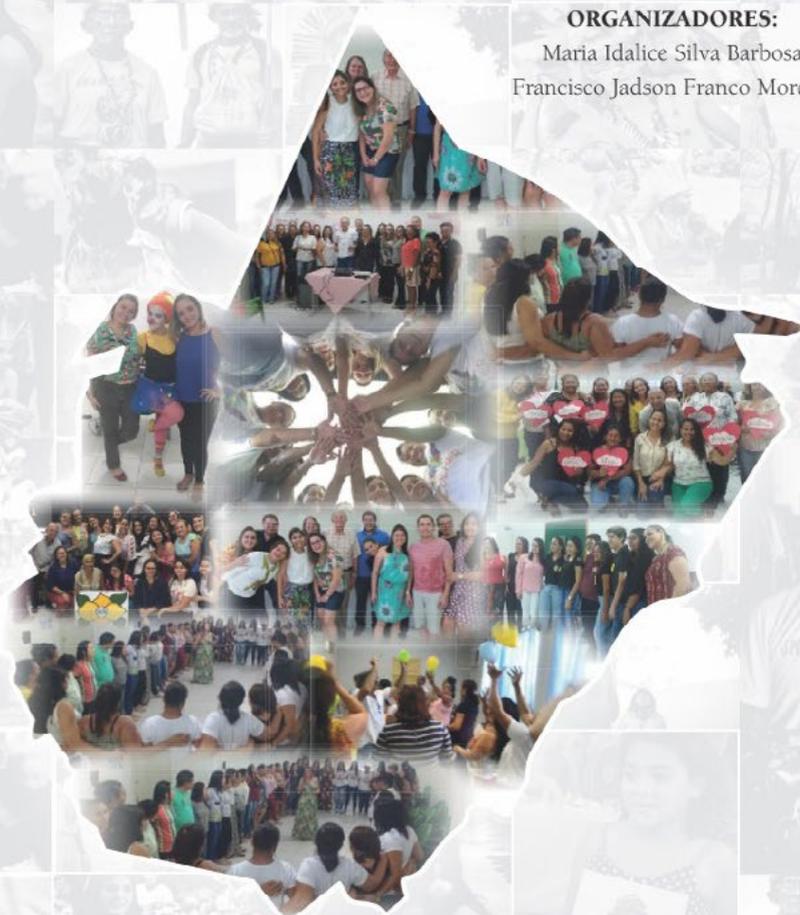


EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS

ORGANIZADORES:

Maria Idalice Silva Barbosa

Francisco Jadson Franco Morcira



A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA - CEARÁ

**Francisco Jadson
Franco Morcira**

É psicólogo, pesquisador do Centro de Investigação Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará, Doutorando em Educação - Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Especialista em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do grupo de pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva (CNPq). Autor/Idealizador do Observatório de Educação Permanente em Saúde do Ceará - OBSERVAEPS - Ce.



Maria Idalice Silva Barbosa

Cearense, psicóloga, mestre em Educação e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, sempre voltou sua atuação para área da psicologia comunitária, educação e saúde coletiva. Em seu trabalho acumula experiência de mais de 10 de anos atuação no SUS, sempre colocando como centro de suas ações e reflexões os processos formativos a partir de um olhar mais sensível para o fortalecimento dos vínculos entre os trabalhadores da saúde e a população, apostando no desenvolvimento da Inteligência Afetiva como alavanca para mobilização e transformações dos processos de trabalho na Atenção Primária em Saúde. Com sua formação como especialista em Educação Biocêntrica, facilitadora de Biodança e Consteladora Familiar Sistêmica tem agregado contribuições relevantes para os serviços de atenção primária em saúde do SUS. Este livro é fruto de uma grande aprendizagem coletiva e reúne as experiências de formação ofertadas pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Caucaia, o qual atuou como coordenadora trazendo contribuições para enriquecer a Política de Educação Permanente no município de Caucaia.



Maria Idalice Silva Barbosa
Francisco Jadson Franco Moreira
(Organizadores)

**Educação permanente em saúde como ferramenta de
gestão para a atenção primária do SUS: a experiência
do município de Caucaia - Ceará**

Ficha Catalográfica Elaborada Por:
João Araújo Santiago Martins e Maria Helena Carvalhede

E24 Educação permanente em saúde como ferramenta de gestão para a atenção primária do SUS: a experiência do município de Caucaia. / Organizadores, Maria Idalice Silva Barbosa, Francisco Jadson Franco Moreira. – Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2019.

447 p.

ISBN: 978-85-88124-32-5 (E-Book) 978 85 88 124 31 8

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Atenção Primária em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Educação Bio-cêntrica. 5. Caucaia - CE. I. Título.

CDD: 3 62.1 20. ed.

SUPERINTENDENTE DA ESP/CE

Marcelo Alcantara Holanda

REVISÃO

Liandro Brito Souza – Jornalista

Márcia Antônia Dias Catunda

COMISSÃO EDITORIAL

Andréia do Nascimento Serpa Rodrigues

Francivânia Brito de Matos

João Araújo Santiago Martins

José Osmar Vasconcelos Filho

Katherine Alves Silva

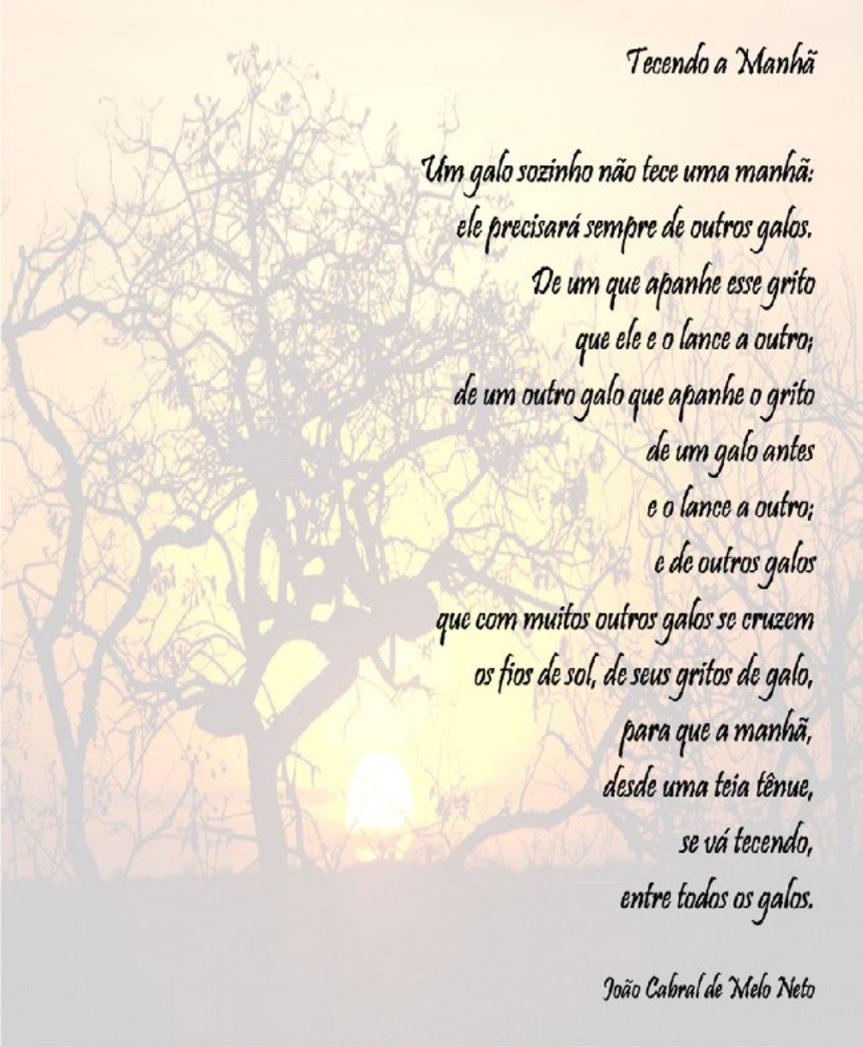
CAPA

Francisco Charles Silva – Desinger

DIAGRAMAÇÃO

Deborah Araújo Muniz – Designer

Projeto desenvolvido em parceria com OBSERVATÓRIO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO CEARÁ, do Centro de Investigação Científica da ESP/CE, cujo objetivo é implantar e implementar o Observatório de Educação Permanente em Saúde do Estado do Ceará, para ensino, pesquisa, extensão, monitoramento e avaliação da política, planos, programas, projetos e ações de EPS no Ceará. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ESP/CE, obtendo o parecer 3.435.756 de 2019.



Tecendo a Manhã

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito
que ele e o lance a outro;
de um outro galo que apanhe o grito
de um galo antes
e o lance a outro;
e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol, de seus gritos de galo,
para que a manhã,
desde uma teia tênue,
se vá tecendo,
entre todos os galos.*

João Cabral de Melo Neto

SOBRE OS AUTORES

ALEXANDRA SILVA THÉ LESSA

Nutricionista. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e integra a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Caucaia.

ANA CAROLINA BEZERRA MOREIRA

Enfermeira. Mestre em Tecnologia e Inovação em enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Auditoria em Saúde Pública e Privada. Enfermeira de saúde da Família de Planalto Caucaia. Caucaia.

ANA LÍGIA GONÇALVES COSTA

Terapeuta Ocupacional. Aluna da Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

BEATRIZ DE SOUSA VIEIRA ALMEIDA

Educadora Física. Especialista em: Treinamento Desportivo; Tecnologias Educacionais em Saúde na Escola; Residente de Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará, em Caucaia.

BRUNA ARAÚJO ROCHA

Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Gerente das UAPS Ednir Carneiro (Parque Potira I) e Maria de Lourdes Gomes Dantas (Parque Albano) de Caucaia.

CAMILA MASCARENHAS MOREIRA

Enfermeira, Especialista em Gestão, Auditoria e Perícias em Sistemas de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Integra a equipe técnica do Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Caucaia de 2017 a 2019.

ELVIRA CLENSE BRAGA RÊGO

Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Gerente da UAPS Francisca Carlota de Matos e do Centro Integrado de Desenvolvimento Infantil.

EMANUEL RODRIGUES MORAIS

Cirurgião Dentista. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Práticas Clínicas voltadas para Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Coordenador da Educação Permanente em Saúde de Caucaia.

EVELINE PEROTE DE PAULA LINHARES

Assistente Social. Aperfeiçoamento em Serviço Social, Políticas Públicas e Diretos Sociais. Assistente Social da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) do Distrito 1 de Caucaia.

FRANCISCO DE SOUSA PIRES

Pedagogo. Graduado em Administração Pública. Coordenador do Programa de Controle de Endemias e Zoonoses de Caucaia. Secretário Executivo do Conselho Municipal de saúde de Caucaia.

JOÃO CARLOS BARBOSA CAVALCANTE

Farmacêutico. Especialista em Acupuntura pela Associação Brasileira de Acupuntura (ABA). Especialista em Manipulação Magistral pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

KERLEY MENEZES SILVA PRATA

Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Metropolitana de Fortaleza (FAMETRO). Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará, RENASF/UECE. Preceptora de campo da Residência Integrada em Saúde e gerente da UAPS Clara Castro de Miranda no Parque Soledade II de Caucaia.

KISSIA DOLORES ALMEIDA PINHEIRO

Enfermeira, Especialista em Obstetrícia, Cardiologia e Saúde da Família e aluna do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem. Atual como enfermeira da Unidade de Atenção Primária Joaquim Braga de Caucaia.

LUIZ DA SILVA MOURA JUNIOR

Enfermeiro, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão, Piauí. Coordenador da Imunização de Caucaia.

MARIA IRACEMA ROCHA ANDRADE

Farmacêutica, Mestre em Ensino na Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica; em Vigilância Sanitária e Farmácia Hospitalar. Farmacêutica da DIASF de Caucaia, responsável pelo Componente Especializado e Atenção Secundária (CEAS).

MARIA TERESA QUEIROS DOS SANTOS

Psicóloga e Assistente Social. Mestre em Educação pela Universidade de Havana, Cuba. Especialista em Educação Biocêntrica.

SARAH LIMA VERDE DA SILVA

Assistente Social, Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Especialista em Políticas Públicas pela UECE. Coordenadora de Saúde Mental de Caucaia, Ceará.

SERGEANA DE SOUSA BEZERRA

Assistente Social. Mestre em Sociologia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Serviço Social, Política Social e Seguridade Social. Aluna da Residência Integral em Saúde com ênfase em Saúde Mental Coletiva, pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

SIMARA MOREIRA DE MACÊDO

Enfermeira, Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará UECE; Mestre em Cuidados Clínicos em enfermagem pela UECE; Especialista em Enfermagem do Trabalho; Saúde da Família; Linhas de cuidado em Enfermagem na área de atenção psicossocial.

RAFAELA YASMINE DE SOUSA FERREIRA

Médica de Família e Comunidade com atuação na Unidade Básica de Saúde Antônio Jander Pereira Machado, no município de Caucaia; Preceptora do Programa de Residência Integrado em Medicina de Família e Comunidade Universidade Federal do Ceará – Escola de Saúde Pública do Ceará – Secretaria Municipal de Saúde; Mestranda em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz.

ROZANE DE FREITAS ALENCAR

Psicóloga, mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará, especialista em Educação Biocêntrica, facilitadora de Biodança e consultora para formação dos Conselhos Locais de Saúde de Caucaia.

TATIANY COUTINHO CAJAZEIRAS BEZERRA

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde da Família com caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia de Sobral. Integrante da Equipe do NASF do Distrito 1 de Caucaia.

VILALBA CARLOS LIMA MARTINS BEZERRA

Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Coordenadora da Atenção Primária em Saúde de Caucaia.

Agradecimentos

Gratidão é um sentimento que nos vincula de modo fraternal. É neste e, por este, vínculo fraterno que foi sendo fortalecido a cada encontro entre os profissionais que fazem a Atenção Primária no município de Caucaia que foi possível tecer este livro. É com este espírito fraterno e solidário que agradecemos a todos que, direta e indiretamente, contribuíram para realização deste Sonho, e registrar os passos que avançamos juntos neste belo caminho de aprendizagem ao longo desse tempo.

Agradecemos a Escola de Saúde Pública do Ceará, pelo total apoio e incentivo a esta ideia.

Agradecemos ao prefeito de Caucaia Naomi Amorim, pelo seu compromisso com a saúde dos caucaieiros que vem sendo honrado ao longo deste tempo.

Agradecemos ao secretário de saúde Dr. Moacir Soares, pela abertura e coragem, que são marcas de sua gestão que alça os melhores voos em direção de um SUS melhor e de mais qualidade.

Agradecemos a todos os facilitadores de Educação Permanente em Saúde pela abertura do coração e da mente para conduzir os processos de aprendizagem com compromisso, dedicação e esmero.

Agradecemos a direção da Faculdade Terra Nordeste, a FATENE, por sua disponibilidade em nos oferecer sempre seu espaço e as melhores condições para todos os encontros de nossos cursos.

Agradecemos a todos os profissionais do NASF e Residentes que colaboraram conosco nesta construção coletiva, atuando como facilitadores em seus territórios e fazendo a diferença na construção na saúde de Caucaia.

Agradecemos a todos os enfermeiros e enfermeiras, por sua dedicação e colaboração em tornar cada encontro um aprendizado comprometido com uma Atenção Primária em Saúde mais resolutiva e humanizada.

Agradecemos a todos os profissionais do SAME, por sua dedicação em oferecer o melhor para tornar o atendimento mais resolutivo e humanizado, se empenhando em atuar com empatia e gentileza.

Agradecemos a todos os profissionais Atendentes de Farmácia, por sua dedicação além da medida do esperado em oferecer o seu melhor, demonstrando que o SUS conta com pessoas solidárias e competentes.

Agradecemos aos profissionais que cuidam da Higiene e Limpeza de nossas Unidades de Atenção Primária em Saúde, que agora são chamados em Caucaia de Profissionais do Bem-estar porque assumiram como profissionais da saúde, a promoção do bem-estar para todos que chegam aos serviços.

Agradecemos a todos os Agentes Comunitários de Saúde dispostos a aprender mais sobre seu ofício, tão caro aos serviços de Atenção Primária em Saúde do SUS.

Agradecemos a todos os Técnicos de Enfermagem, por sua dedicação incansável em prestar um serviço de qualidade, nos tornando orgulhosos de nossos resultados na imunização em Caucaia.

Agradecemos a todos os profissionais que, generosamente, contribuíram compartilhando seus conhecimentos na construção de cada proposta curricular. Coordenador da Imunização: Luiz

Júnior; Profissionais da Assistência Farmacêutica - DIASF: João Cavalcante, Camila Aguiar, Iracema Andrade e Luana Araújo; Coordenadores e gestores da APS: Vilalba Carlos, Simara Macêdo, Bruna Rocha, Elvira Clense, Kerley Meneses, Ana Cristina Martins, Lucélia Góis, Silvana Nascimento, Thiciany Castro; Profissionais da Vigilância: Paulo Moreira; Profissionais do CAPS: Malbia Rolim, Sara Limaverde e Davi Queiroz; Profissionais do NASF: Dernier Martins; Profissionais da Regulação: Guilherme Rocha e Eveline Silva e colaboradores especiais: Luzia Queiroz, Denise Teles e Matheus Theles.

Agradecemos a todos os enfermeiros e enfermeiras que assumiram a responsabilidade de gerir suas Unidades de Saúde com compromisso e dedicação aos serviços de Atenção Primária em Saúde de Caucaia.

Agradecemos, em especial, a equipe do Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Caucaia: Camila Mascarenhas, Emanuel Rodrigues, Luzia Queiroz e Euriane Batista, cada um com seu grande talento em oferecer o seu melhor na construção e condução brilhante deste processo de aprendizagem coletiva.

Dedicatória

Dedicamos este trabalho aos sanitaristas de Jucás, o casal Carlisle Lavor e Miria Lavor, cujas vidas nos inspiram a superar os desafios para fazer o novo com coragem e animação na saúde no Ceará.

Dedicamos este trabalho aqueles que nos inspiram, convidam e convocam a fazer o nosso melhor no cuidado em saúde todos os dias em nosso trabalho como profissionais de saúde: o povo de Caucaia.

PREFÁCIO

SURFAR E PESCAR EM CAUCAIA: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENTRE ONDAS E REDES

Ricardo Burg Ceccim*

O livro “Educação Permanente em Saúde como ferramenta de gestão para a Atenção Primária no Sistema Único de Saúde: a experiência de Caucaia, Ceará”, de Maria Idalice Silva Barbosa e Francisco Jadson Franco Moreira, publicado pela Editora da Escola de Saúde Pública do Ceará e pela Prefeitura Municipal de Caucaia, nos conta de um projeto integrado e indissociável de desenvolvimento de trabalhadores de saúde e desenvolvimento do trabalho sanitário. Projeto que vem sendo levado adiante junto ao ente federativo descentralizado representado pelo Município. Conforme a Constituição Federal, é competência comum da União, dos Estados e dos Municípios proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação, à ciência, à tecnologia, à pesquisa e à inovação. Com vistas a promover o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação, os estados e os municípios devem legislar concorrentemente sobre suas peculiaridades, organizando regimes de colaboração entre entes públicos e privados. A Constituição

* Ricardo Burg Ceccim é professor titular de Educação em Saúde junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é professor do Programa de Pós-Graduação em Educação, especialista em Saúde Pública, Mestre em Educação, Doutor em Psicologia Clínica, com pós-doutorado em Antropologia Médica na Espanha e estágio sênior em Política e Gestão de Serviços Socio sanitários na Itália, integra a Associação Científica Rede Unida e é pesquisador do CNPq – líder do Grupo de Pesquisa em Educação e Ensino da Saúde - EducaSaúde.

Federal deixou claro que o Sistema Único de Saúde – SUS tem entre suas atribuições finalísticas o desenvolvimento científico, tecnológico e da inovação. Além do desenvolvimento científico, tecnológico e da inovação, outra atribuição é o ordenamento da formação do pessoal para o setor da saúde, assim, a articulação sistema sanitário, educação permanente em saúde e gestão da atenção básica tomam parte na agenda legal afeta aos gestores municipais a que poucos mandatos têm dado suficiente e adequada execução, implementação e priorização.

Com esse livro em mãos, vê-se que a bela e ensolarada cidade litorânea de Caucaia, no amoroso Estado do Ceará tem mais o que contar sobre suas ondas do mar (tão desejadas pelo turismo daqueles que amam o mar) e suas redes de pescar (tão necessárias aos pescadores da economia e da vida local). Caucaia nos traz um mandato gestor em saúde ocupado em fazer o SUS melhor, mais resolutivo, mais capaz e mais representativo de suas particularidades. É assim que Idalice e Jadson, aprendizes da cidade, nos dão a ver a educação da saúde realizada na cidade. Os mares de Caucaia trazem ensinamentos “de” e “aos” kitesurfistas, “de” e “aos” pescadores. Kitesurfistas são amantes dos ventos e do mar e reconhecem uma sagaz particularidade de Caucaia: suas ondas de mar e ar. Pescadores são amantes do mar e sabem com seu corpo e alma a sagacidade de Caucaia. Os kitesurfistas precisam aprender o mar e o ar, e, para aprender o mar e ar, precisam do “sentir com”: mar, ar e kitesurfista; kitesurfista, mar e ar. Os pescadores de cidades litorâneas nascem com o mar em sua alma e emprestam sua alma ao mar. A gestão de Caucaia não desperdiçou a escolha dos kitesurfistas por seu mar e ar e nem a alma de pescador de seus “caucaenses”. A gestão de Caucaia aprendeu, com a arte, a aventura e o trabalho de kitesurfistas e pescadores, a navegação do “sentir” os fluxos, as sutilezas, as delicadezas, as sin-tonias (não é navegação das grandes embarcações ou dos barcos de passeio, são navegações aquático-aéreas com o corpo). A gestão de Caucaia usou das orientações, indicações e permissões da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (ou “educação na saúde, segundo os princípios e diretrizes do SUS”) para fazer isso.

A Educação Permanente em Saúde em Caucaia buscou, sem-saber/sabendo, inspiração nos kitesurfistas e pescadores: estar entre os trabalhadores e desejar o trabalho como espetáculo das ondas, aplaudindo o fim do dia com alegria. Aplaudir o pôr do sol como momento do recolhimento e do desejo do próximo amanhecer. Momento de recolher e guardar, agradecer pelos encontros e aprendizados, aguardar o amanhecer. Amanhecer em novos encontros e nova cartografia das ondas, do ar e das marés às redes. Cada dia finda. E, por findar com a sensação de aprender, promete um amanhecer diverso, um dia novo, como nova presença, com novo pertencimento. É a educação na saúde em ato ou a educação permanente em saúde. O livro recolhe os experimentos de um período de 3 anos, período em que recolheu as convergências da Educação Permanente em Saúde e Atenção Básica, convergências aqui navegadas com os princípios da Educação Biocêntrica e da Política Nacional de Humanização (a prancha e pipa desses kitesurfistas, as redes desses pescadores).

Na mochila dos kitesurfistas ou nas malhas de rede dos pescadores da educação permanente em saúde de Caucaia, a leitura da cultura organizacional, o desejo de desenvolvimento da inteligência afetiva e a (re)construção da colaboração interprofissional. Tomando o diferencial da existência de um núcleo municipal de educação permanente em saúde, todo um processo de formação foi pensando de modo a mobilizar os trabalhadores, mobilizando o trabalho; mobilizar o trabalho, mobilizando os trabalhadores. A “navegação” foi articular as coordenações das políticas específicas (Imunizações, Atenção Farmacêutica e Atenção Primária à Saúde, no presente registro), a equipe de educação permanente em saúde, os trabalhadores da linha de frente (do nível elementar ao nível superior, do asseio local à gestão de ações, de serviços e de sistema) e o controle social. Antevendo-se, no pano de fundo (“subconsciente”), a presença do “quadrilátero da formação”: gestão (coordenação central ou dos serviços), educação (práticas pedagógicas), atenção (trabalhadores da ponta) e participação (dos usuários/da população/do controle social).

Diferenciação do diferencial, conforme documentado no livro, a articulação da equipe da educação permanente em saúde com aqueles que costumam ocupar as funções de coordenação central das ações e, consoante a isso, emitir as “normas” para executores, cujo trabalho deve retornar em “norma bem-sucedida”. A iniciativa metodológica redesenhou essa relação, conquistou a precisão das trocas, da corresponsabilização, da co-operação. Por que não o lugar de um “bom instrutor”, função de transferir o saber-fazer e procedimentos de segurança essenciais para dominar mar, ventos e marés. Caucaia tinha o kitesurfe e ainda a pesca. O barco do pescador não é feito para o porto, o atracadouro ou o cais, apenas para navegar. Pois o trabalhar é navegar, um diverso e intenso “sentir com”, não podendo escolher os melhores dias, precisando negociar com o mar o trabalho produtivo. O pescador coloca sua vida em jogo ao jogar vida, trabalho e sociedade no seu exercício produtivo. No barco de pescador da Educação Permanente em Saúde de Caucaia, a inclusão dos profissionais de nível médio, grandes eventos para “amostrar” a pescaria produtiva, cursos com traços influentes na gestão e na atenção, inovação nos ambientes do trabalho, formação de pessoal.

O barco de pescador escolheu as praias da recepção, da farmácia, da imunização, dos gerentes de unidades básicas de saúde (unidades de atenção primária à saúde) e das lideranças comunitárias/conselheiros de saúde. Na seleção atenta de pescador, a colaboração interprofissional entre enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (com resultados significativos nos indicadores da imunização); apoio à implantação de Conselhos Locais de Saúde (com fortalecimento do controle social em saúde); investimento de esforços na integração ensino-serviço-comunidade (com proposição de processos formativos mais orgânicos); desenvolvimento de gerentes de unidades de atenção e de facilitadores de Educação Permanente em Saúde (com ações e resultados mais sistêmicos); empenho por ambiências acolhedoras no atendimento da farmácia (como uma particularidade do encontro entre trabalhadores e usuários) e nas unidades de saúde (como um todo de relações bem-vindas); a promoção dos profissionais

do asseio e higiene à profissionais do bem-estar em ambientes de trabalho, estada, permanência e circulação; a formação de residentes (na atenção básica, na saúde coletiva e na saúde mental, seja com a Residência de Medicina de Família e Comunidade ou com as Residências Integradas em Saúde: Saúde da Família e Comunidade; Saúde Mental Coletiva; Saúde Coletiva); o apoio institucional; a autogestão apoiada; o trabalho com a e em Saúde Mental; além da avaliação de cursos (como o curso de Gerenciamento).

Foram 23 autores entre 11 profissões, dentre elas Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Pedagogia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Autores que, como profissionais, cursaram especialização, frequentaram ou estão frequentando programas de residência, alguns mestres, outros mestrandos, um doutor e alguns doutorandos, trabalhadores e/ou gestores de Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica, de Unidades Básicas de Saúde/ Unidades de Atenção Primária à Saúde, do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, preceptores em programas de residência, coordenadores de políticas de atenção à saúde no município e conselheiros de saúde. O produto é uma obra sobre gerir e consolidar o SUS que queremos, segundo o SUS que fazemos (no dia a dia). Kitesurfistas e pescadores fazem, por aquilo que querem. Aqui estão autores que fazem, por aquilo que querem.

Caucaia é o segundo município na região metropolitana da Capital, contempla 30% da população indígena de todo o Ceará, é morada de povos ciganos e possui o maior número de representações quilombolas do Estado do Ceará. É, portanto um município nobre aos aprendizados, às convivências, às trocas afetivas, às compreensões inteligentes. Pois o livro que temos em mãos vem daí, é obra de difusão de saberes, saberes produzidos por autores aprendizes intelectuais de kitesurfistas e pescadores, ocupados com saúde, educação e educação da saúde em um território de sol e mar nas terras de Patativa do Assaré, de José de Alencar e de Bráulio Bessa.

Como não amar essa entrega que nos é feita para prefaciar, como não amar esse amor dos autores ao município que os ama, como não dizer aos amigos e amigas do SUS que este é um livro para isso: para amar o SUS. Surfistas SUSistas, pescadores EDUCADORES: é para vocês! Boa leitura, boa luta!

APRESENTAÇÃO

*"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
que já tem a forma do nosso corpo,
e esquecer os nossos caminhos,
que nos levam sempre aos mesmos lugares"
Fernando Teixeira de Andrade*

É com um sentimento de satisfação que recebi o convite para prefaciar esta obra. Para mim, apresentar um livro não significa tarefa, é algo mais sublime a percorrer minhas entranhas. E esse, em especial, por dissertar sobre o tema educação em saúde no SUS de Caucaia. Temática tão vasta, tão complexa e tão essencial para aquilatar as ações e os serviços de saúde no âmbito da municipalidade. Sem falar que o mesmo relata uma riqueza de conteúdos no âmbito da saúde pública desse município, com ênfase a educação em saúde.

Nesse exemplar é mostrado como desenhar uma epistemologia tecendo fio a fio e levando em consideração as condições peculiares de cada grupo profissional e as bases do ambiente organizacional. Posso dizer que é o livro mais valoroso pela abrangência e pluralidade dos assuntos, tão bem escritos pela plêiade de autores estreados que ornaram esta publicação. É do tipo de obra que a gente começa a lê e não consegue parar porque as páginas desse volume estão arejadas de rigorosas reflexões e análises vivenciais sobre a Estratégia de Saúde da Família e do "SUS nosso de cada dia".

Afinal, a APS é a base estratégica do modelo de atenção à Saúde mais próximo das comunidades, como forma de cuidados de atenção longitudinais, integrais e equânimes. Esse processo complexo vem ao longo dos últimos anos se desvencilhando do modelo hospitalocêntrico que ainda desfruta de hegemonia. Não tenho dúvidas que o trabalho que contribui para firmar a consolidação de uma gestão de saúde que prioriza os processos de

educação e foca na aprendizagem significativa como a grande aposta para modificação de processos de trabalho, e também das pessoas, pois significa na acepção do termo, uma compreensão do conceito alargado de saúde.

Não é possível fazer uma atenção primária de qualidade tendo o modelo de cuidado hospitalar como referência majoritária, daí a necessidade de redirecionar os serviços para novas aprendizagens. Foi justamente esse redirecionamento que foi possível fazer com esta experiência acumulada pelo Núcleo de Educação Permanente da Secretaria de Saúde do Município (SSM) e que agora compartilhamos nesta substancial publicação. E no decorrer da leitura o leitor pode sorver o sumo dessa experiência que desfilam pelas páginas desse livro que ultrapassa as fronteiras de Caucaia e ganha o mundo como um guia indispensável e instrutivo.

Os autores apresentam aqui, não somente nossos resultados e ricos relatos de experiências. Cada parte dessa produção mostra, em detalhes, o caminho percorrido por essa edição, construída em três sessões.

A primeira delas detalha todos os alicerces que foram utilizados pela equipe de profissionais que integram nossa gestão, como base que sustenta as ideias e apostas por nós assumidas ao longo destes três primeiros anos de gestão na saúde. É uma sessão composta por seis capítulos que, juntos, compõem as raízes que sustentam e alimentam esta árvore tão especial para nossa gestão.

O primeiro capítulo apresenta um panorama característico de nossa cidade e sintetiza os avanços e inovações que conseguimos na organização dos serviços da atenção primária em Caucaia, que tanto nos orgulha porque é fruto do empenho, da dedicação e do compromisso de nossos trabalhadores da saúde. O segundo nos convida a outro modo de pensar que não é novo, mas que ainda não se faz presente na visão dos profissionais de saúde que atuam no cotidiano dos serviços do SUS. A visão sistêmica referenciada na vida é o que inspira a proposição de todos os processos formativos dando-lhes fertilidade e abundância de bons frutos. Essa visão inspira a proposição de um desenho para um Programa de Educação

Permanente, tão necessário a nós gestores de saúde nos municípios. Este é o assunto do terceiro capítulo, cujo desenho proposto já nos inspira a sonharmos com voos maiores na proposição de uma Escola de Saúde voltada para esta região. Os três capítulos seguintes são um mergulho no método, porque mostram fartamente as pegadas percorridas por nossos profissionais que se dedicaram com compromisso mostrando que é possível superar os modelos escolares da educação bancária, tão arraigada ainda em nosso modo de fazer educação em saúde.

A diversidade contida em cada capítulo desta primeira sessão nos mostra a dimensão da grandeza da Educação Biocêntrica enquanto epistemologia importante na construção de cursos mais orgânicos que abordam com seriedade os reais problemas enfrentados pelos profissionais da atenção básica em seu dia-a-dia de trabalho.

Na segunda sessão deste livro encontramos uma riqueza de ferramentas que foram sendo criadas de forma coletiva a cada desafio que nossa gestão de saúde compartilhava com a equipe de Educação Permanente. Priorizar o cuidado humanizado era um dos pontos importantes para nossa gestão, queríamos realmente colocar em prática a política de humanização do SUS, afinal melhor que remédio, é o afeto, o carinho e o vínculo. Daí nasceu esta rica experiência que é o “Curso de Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde” que envolveu a quase totalidade de nossos profissionais, sobretudo, os profissionais de nível médio.

Tivemos uma grande satisfação em valorizar estas categorias profissionais ao perceber que prontamente recebíamos uma resposta em mais qualidade de serviços e mais compromisso com a saúde da população, porque o ser humano se constrói com o outro ele não é apenas um ser que vive, é um ser que convive.

Esta sessão contém os capítulos que mostram todas as ferramentas que foram sendo geradas por esta experiência. Outro destaque desta segunda sessão que muito nos orgulha, é o trabalho realizado pela coordenação da imunização. Durante muito tempo o Município não alcançava os indicadores recomendados pelo

Ministério da Saúde, ficando sempre bem abaixo da meta estabelecida, e carimbado por alguns rótulos para justificar essa baixa cobertura na imunização. “Prepare o seu coração”, pois o livro conta a história de como foi possível reverter esta situação crônica da baixa cobertura vacinal. Os relatos contidos denotam que com planejamento, paciência e pertinácia, este desafio foi sendo superado por meio de um amplo processo formativo envolvendo a colaboração solidária entre nossos enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes de Saúde.

Hoje Caucaia ostenta os indicadores vacinais com indisfarçável orgulho. Escalamos as montanhas dos desafios e através de ferramentas de gestão estamos confortáveis e esperançosos de seguirmos em frente garantindo uma população caucaense mais saudável e protegida das doenças preveníveis. Um grande diferencial de gestão é apresentado no décimo capítulo desta sessão ao ressaltar a relevância do desenvolvimento da Inteligência Afetiva para o gerenciamento em saúde. Reconhecemos os serviços de atenção primária como sistemas complexo com inúmeros e intrincados desafios que exigem novas formas de abordagem. É o que estamos buscando em Caucaia com a parceria de nossos gerentes das Unidades Básicas de Saúde.

É uma leitura imprescindível, é uma produção impecável, é essencial para quem enseja ressignificar as práticas no fazer a gestão em saúde... O que mais dizer desse livro? Portanto, peço aos leitores para não anteciparem e nem pularem nenhum capítulo, façam uma leitura de cabo a rabo. Pois adjetivos me faltam para exaltar seus editores. Fomos agraciados pela produção dessa marcante obra tão agradável de ler e de se vê. Por isso, recomendo com absoluta certeza de que vale a pena lê e reler.

Moacir de Sousa Soares
Secretário de Saúde do Município de Caucaia



PANORÂMICA





ALICERCE PARA UMA APRENDIZAGEM COLETIVA

I

Fundamentos que nutrem, sustentam e fertilizam uma aprendizagem coletiva inspirando um caminho para Educação Permanente em Saúde germinando ferramentas de gestão na Atenção Primária do SUS.



FERRAMENTAS DE TRABALHO PARA GERMINAÇÃO DE SEMENTES

II

Experiência de implantação de Políticas e Programas para qualificação dos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio de processos de aprendizagem institucionais.



O COMPARTILHAR DA COLHEITA

III



Efetivação da Política de Educação Permanente em Saúde em Caucaia nas diversas experiências de processos formativos de qualificação e humanização dos serviços de atenção Primária em Saúde de Caucaia.

SUMÁRIO

SESSÃO I – Alicerce para uma Aprendizagem Coletiva

1. Caucaia em avanços na Atenção Primária em Saúde do SUS.....	28
2. Educação Permanente em Saúde em uma Visão Sistêmica Biocentrada.....	38
3. Contornos para o Desenho de um Programa de Educação Permanente em Saúde.....	60
4. A Integração Ensino-Serviço-Comunidade na proposição de processos formativos orgânicos e sistêmicos.....	69
5. O Método Integrativo Biocêntrico como um caminho para um Programa de Educação Permanente em Saúde para o SUS.....	78
6. O Papel do Facilitador na Educação Permanente em Saúde.....	108

SESSÃO II – Ferramentas de trabalho para germinação de sementes

7. Educação Permanente em Saúde e seu entrelaçamento com a Política de Humanização do SUS – o desenvolvimento da Inteligência Afetiva.....	126
8. Autogestão Apoiada nas Salas de Vacina de Caucaia.....	154

9. A Educação Permanente em Saúde para Colaboração Interprofissional na manutenção das Metas de Cobertura Vacinal em Caucaia.....	172
10. A Inteligência Afetiva no Gerenciamento de Sistemas Complexos da Atenção Primária em Saúde.....	200
11. Caucaia como cenário de prática para formação de Residentes para o SUS – uma Aprendizagem Coletiva.....	231

SESSÃO III – O Compartilhar da Colheita

12. A experiência de ser Facilitador de Educação Permanente em Saúde em Caucaia – aprender aprendendo.....	251
13. Ambiência Acolhedora nas Unidades de Atenção Primária em Saúde-gentileza, empatia e resolutividade na pauta de relações sociais entre trabalhadores e a população de Caucaia.....	269
14. Profissionais do Bem-estar e a construção de uma Ambiência Acolhedora nas Unidades de Atenção Primária em Saúde de Caucaia.....	288
15. Ambiência Acolhedora no Atendimento da Farmácia em sua interface com a melhoria da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária de Caucaia.....	312
16. A Unidade de Atenção Primária em Saúde como uma Organização Viva – a formação do gerente de Caucaia.....	332

17. Imunização na Estratégia Saúde da Família – renovando a relação dos agentes comunitários de saúde e a enfermagem.....	354
18. Avaliação do Curso de Gerenciamento de Sala de Vacina na visão da Enfermagem de Caucaia.....	371
19. O Controle Social na Atenção Primária do SUS – ousadia e desafios no fortalecimento da Democracia.....	389
20. O Apoio Institucional em seu entrelaçamento com a Educação Permanente em Saúde.....	410
21. Histórias de Quintal: experiências de práticas em Educação Permanente e colaboração interprofissional no cotidiano do trabalho em Saúde Mental em Caucaia.....	421
22. Contribuições da Residência Médica para a qualificação da Atenção Primária no município de Caucaia: necessidades de saúde e estratégias de Educação Permanente.....	436

SESSÃO I

ALICERCE PARA UMA APRENDIZAGEM COLETIVA



*Dias Melhores
Jota Quest*

*Vivemos esperando
Dias melhores
Dias de paz,
días a mais
Dias que não
deixaremos para trás
Vivemos esperando
O dia em que seremos
Melhores
Melhores no amor
Melhores na dor
Melhores em tudo
Vivemos esperando
Dias melhores
pra sempre
Vivemos esperando
Dias melhores
Dias de paz
Dias a mais
Dias que não
Deixaremos para trás*

CAPÍTULO 1

CAUCAIA EM AVANÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO SUS

Maria Idalice Silva Barbosa
Simara Moreira Macêdo
Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra

O município de Caucaia tem uma denominação de origem indígena que significa “mato queimado”, “vinho queimado” ou, simplesmente, “queimado”. Tal denominação explica a origem indígena de sua população.

Como Aldeia, Caucaia ficou na dependência da Vila de Fortaleza, e só depois, com a determinação do Marquês de Pombal, foi transformada em Vila, em 15 de outubro de 1759, recebendo o nome de “Vila Nova Real de Soure” por determinação da corte portuguesa. Neste mesmo ano, em 17 de outubro, quando a câmara Municipal se reunia pela primeira vez, passa a ser denominada “Vila de Soure” por conta de uma determinação do Bispado de Coimbra, Portugal, que determinava que suas regiões político-administrativas conservassem o sistema das antigas freguesias, que tinham autonomia religiosa e política.

Foi somente em 1940 que o município teve seu nome alterado para Caucaia, integrando a área metropolitana de Fortaleza. Hoje é o segundo município do Estado do Ceará por tamanho de população, com 353.932 habitantes (2015), e figura entre os municípios que tiveram nas últimas três décadas maior crescimento de população, mantendo crescimento elevado nos últimos anos (de 2011 a 2012, o crescimento de +3,9% na população correspondeu ao maior valor entre as 10 maiores cidades do Ceará) e também, pela crescente

presença de importantes empreendimentos geradores de riquezas nas áreas industrial, comercial e de turismo.

O município de Caucaia é localizado na região metropolitana da cidade de Fortaleza – CE, com área territorial de 1.227,931 km² e estimativa populacional de 363.982 mil habitantes, estando como a segunda cidade mais populosa do estado, e a 71^a do país (IBGE, 2018). No que se refere à saúde, o município é dividido em seis distritos sanitários: Sede, Praia, Sertão I (BR 222), Sertão II (BR – 020 e Metrópole), Jurema I e Jurema II; inserida na região da 2^a Célula Regional de Saúde – CRES, sendo referência para 09 municípios: Apuiar s, General Sampaio, Itapaj , Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonalo do Amarante, São Luís do Curu e Teju oca. (TAVARES, 2012)

Caucaia hoje   a segunda maior cidade cearense e abraa a maior quantidade de índios do Estado, concentrando 30% da populao índigena de todo o Ceará. Das 14  tnias existentes no Ceará, duas moram em Caucaia: os Tapebas e os Anac s.

O povo Tapeba resulta de um processo histórico de individualizao étnica de fraoes de diversas sociedades índigenas nativas reunidas na antiga Aldeia de Nossa Senhora dos Prazeres de Caucaia. Esta  tnia existe somente no município, sendo a maior em termos populacionais, com aproximadamente, 10.000 indivíduos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O povo Anac , apesar de serem em menor quantidade, representando cerca de 25% do povo Tapeba, têm famílias em apenas mais um município cearense, além de Caucaia. Vivem também em terras de São Gonalo do Amarante, no limite rural das duas cidades.

  interessante registrar que no Ceará temos 14 povos índigenas presentes em 19 municípios com populao estimada em 32.000 índigenas, conforme apresentamos no quadro a seguir:

População Indígena no Ceará

Etnia	Municípios
1. Tapeba	Caucaia
2. Anacé	Caucaia e São Gonçalo
3. Gavião	Monsenhor Tabosa
4. Jenipapo-Kanindé	Aquiraz
5. Kalabaça	Crateús e Poranga
6. Kanindé	Aratuba e Canindé
7. Kariri	Crateús e Crato
8. Pitaguary	Maracanaú e Pacatuba
9. Portuguesa	Crateús, Tamboril, Monsenhor Tabosa e Novo Oriente
10. Tabajara	M. Tabosa, Tamboril, Poranga, Crateús, Quiterianópolis
11. Tapuya-Cariri	São Benedito e Carnaubal
12. Tremembé	Acaraú, Itapipoca e Itarema
13. Tubiba-Tapuya	Boa Viagem
14. Tupinambá	Crateús

Cada etnia tem demandas específicas. Daí a necessidade de haver escolas em territórios indígenas, com serviços de saúde com abordagem diferenciada no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e de educação.

Outra peculiaridade de Caucaia é abrigar o maior número de representação de Quilombos no Estado. O título é um documento de autodefinição que concede direito às políticas públicas específicas.

A medida tem validade a partir do interesse dos grupos de se reconhecerem e se declararem por meio da história, da cultura, da luta e da existência do povo negro como remanescentes de Quilombos.

Atualmente Caucaia abriga um total de 11 comunidades quilombolas, reconhecidas oficialmente pela Coordenação das Comunidades Quilombolas do Ceará (Cerquice), e nove certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP). E nos últimos anos tem registrado avanços importantes para essas populações em áreas estratégicas como educação, cultura e setor produtivo.

Caucaia registra uma série de conquistas por parte destas comunidades, dentre as quais, a aprovação de resolução municipal da educação quilombola no município. A secretaria de Educação municipal conta com a formação de professores da rede de ensino municipal; com o resgate através de manifestações culturais e artesanatos; e com o processo de certificação do Selo Orgânico, que dará uma nova visibilidade aos grupos de produtores dessas comunidades. A certificação garante que essas populações tenham educação especializada a partir de 2019.

A valorização e visibilidades das comunidades são feitas principalmente por meio da educação e cultura com atuação de um grupo de caravana cultural que defende o fortalecimento das comunidades pelo viés da educação e da cultura. As instituições municipais de ensino localizadas nos territórios quilombolas ou nas adjacências são: Adélia Crisóstomo, Maria Iracema (anexo), Cercadão dos Dicetas (anexo), César Nildo, Rosa Braz Coelho, Nicolau Noronha, Yara Guerra, José Crisóstomo e Coronel Pinho.

QUILOMBOLAS RECONHECIDAS PELA CERQUICE	QUILOMBOLAS CERTIFICADAS PELA PALMARES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Boqueirão da Arara 2. Camará 3. Capuan 4. Cercadão dos Dicetas 5. Coca 6. Deserto 7. Porteiras 8. Serra da Conceição 9. Serra da Rajada 10. Serra do Juá 11. Boqueirãozinho 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serra do Juá 2. Porteiras 3. Boqueirão da Arara 4. Caetanos/Capuan 5. Cercadão do Dicetas 6. Deserto 7. Serra da Conceição 8. Serra da Rajada 9. Boqueirãozinho

Caucaia é também um município que abriga representantes do povo cigano que se organiza com o objetivo de ter visibilidade e respeito aos direitos à saúde, moradia, educação, por meio da Associação de Preservação da Cultura Cigana de Caucaia

(ASPRECCC), além do incentivo à divulgação da cultura cigana no Estado. O presidente da associação, o cigano Calon Rogério Ribeiro, esclarece que “Atualmente o Ceará ainda não tem a quantidade exata de ciganos, estamos mapeando as comunidades através de vista aos territórios. No Distrito de Catuana, são 15 (quinze) famílias e na sede de Caucaia, 3 (três), há também 04 famílias em Quixeramobim, entre outros municípios”.

O dia 24 de maio passou a ser a data alusiva ao Dia Nacional do Cigano, instituído em 2006 através de decreto do presidente Luís Inácio Lula da Silva, em reconhecimento à importância da contribuição da etnia cigana ao processo de formação da história e da identidade cultural brasileira. De acordo com sua liderança, Rogério Ribeiro, o preconceito com os ciganos ainda é muito presente em nossa sociedade, pois o estereótipo a eles atribuído ao longo de sua presença no Brasil ainda não foi abordado, assim como vem acontecendo com outros grupos de minorias, como negros, quilombolas, índios, povos de terreiros e homossexuais.

É de grande relevância a associação ASPRECCC, cuja atuação é voltada para preservação dos direitos desse povo pautando lutas como o mapeamento das comunidades ciganas do Estado do Ceará; a regularização de acesso à terra; incentivos para comemoração do dia Nacional do Cigano, integrando o calendário de Eventos do município; implantação do primeiro museu cigano no Brasil; análise do estatuto do Cigano; debates sobre a construção de políticas públicas que incluam os povos ciganos.

Caucaia é um município com grandes potencialidades, entretanto, nas últimas décadas, as condições sociais, ambientais, habitacionais, bem como, a cobertura e qualidade dos principais serviços sociais não tem acompanhado de maneira satisfatória todo esse crescimento. Nesse marco, o potencial para obter resultados efetivos em Caucaia está bem estabelecido, dependendo de um planejamento e de uma gestão municipal competente quanto ao uso estratégico e inteligente dos recursos existentes para os quais, a atual gestão tem declarado o seu firme compromisso.

Este contexto geral de transição em Caucaia mostra peculiaridades como as que são indicadas a seguir, que requerem abordagens específicas:

- Persistência de uma elevada incidência anual de dengue e de outras arboviroses, indicando significativos desafios de saneamento e, dado o contexto geográfico, a necessidade de estratégias de longo alcance;
- Elevado número de hospitalizações por causas sensíveis à atenção primária, indicando desafios de melhora, tanto na cobertura, como especialmente, da qualidade da assistência à saúde neste nível, em que as hospitalizações podem ser prevenidas;
- Persistência de uma elevada taxa de mortes maternas, indicando desafios na qualidade da organização sistêmica dos serviços, especialmente hospitalares, e nos aspectos de referência e contrarreferência;
- Elevada incidência de mortes por todas as causas externas, contexto em que os homicídios se encontram estabilizados em 2015-2016 em um nível muito elevado com relação às medidas mundiais, regionais, do Brasil e do Ceará, depois do forte aumento iniciado a princípio da década passada, indicando a necessidade de uma forte estratégia intersetorial baseada em responsabilidade compartilhada, bem como, em formas efetivas e inovadoras de participação, monitoramento e pedagogia coletiva.

Os Avanços na Atenção Primária em Saúde em Caucaia

A gestão de saúde de Caucaia nestes 3 primeiros anos de gestão vem avançando no enfrentamento desta situação de saúde. Destacamos aqui os avanços nos serviços de Atenção Primária em Saúde. Primeiro, é importante ressaltar o reconhecimento da Atenção Primária em Saúde, por parte da gestão, enquanto ordenadora do cuidado dentro da rede de assistência que conta o incentivo e total apoio do atual gestor e sua equipe de seu papel estratégico, fator fundamental para a garantia de avanços neste nível assistencial.

Tal posicionamento requer do gestor um olhar sensível, e ao mesmo tempo atual e ousado, de compreender que o investimento na promoção da saúde e na prevenção de agravos, em um sistema de saúde de acesso universal, sobretudo em um município de extensão territorial tão ampla como Caucaia, é uma estratégia relevante para gerenciar custos e garantir maior resolutividade neste nível assistencial.

Entretanto, não podemos dizer que o trabalho tem sido isento de desafios nos mais variados âmbitos, uma vez que as estratégias precisam ser desenhadas e redesenhadas ao longo da caminhada, adaptando-se as singularidades que caracterizam o território e a população.

Fazendo uma retrospectiva acerca do trabalho conduzido nesta gestão até então, podemos sinalizar enquanto avanços importantes, ao longo dos três anos de gestão em relação a diversos serviços e projetos incluídos no Planejamento Estratégico da gestão de saúde:

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
AÇÕES	2016	2017	2018	2019 (em andamento)
Cobertura de APS	44%	69%	72%	79%
Equipes de saúde da família	34	76	76 02 PACS	76 02 PACS
Equipes de Saúde Bucal	00	28	04	13
Equipes do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	00	00	01	01 50 pacientes cadastrados e acompanhados
Equipes do Núcleo Ampliado em Saúde da Família - NASF	06	06	01	07
Conselhos Locais de Saúde	Não existente	Não existente	45	45
Urnas de ouvidoria	Não existente	Não existente	46 Urnas de ouvidoria	46 Urnas de Ouvidoria
Residência de Medicina de Família e Comunidade	Não existente	10 médicos residentes	Inserção de mais 3 Médicos Residentes TOTAL: 13	Inserção de mais 10 Médicos Residentes TOTAL: 23
Residência Integrada em Saúde (RIS) nas três ênfases RIS 1 - Saúde da Família e Comunidade (RIS- SFC) RIS 2 – Saúde Mental Coletiva (RIS-SMC) RIS 3 – Saúde Coletiva (RIS-SC)	Não existente	Não existente	07 Residentes SFC 05 Residentes SMC 02 Residentes SC Total - 14 Residentes em Equipes Multiprofissionais	Inserção de mais 7 Residentes SFC Inserção mais 5 Residentes SMC Inserção de mais 2 Residentes SC 14 Residentes Turma 1 14 Residentes Turma 2 Total de 28 Residentes em Equipes multiprofissionais
Projeto Humana Luz (Elaboração e aprovação da Lei do parto humanizado)	Não existente	Criação do Projeto Lei e aprovação da Lei N° 2.832/2017	Em implementação nas UAPS e Maternidade Santa Teresinha	Em implementação nas UAPS e Maternidade Santa Teresinha
Unidades de Atenção Primária em Saúde (Modelo) Total	Não existente	Implantação de 1 UAPS Modelo em cada Distrito Total 6	06 UAPS Modelo	06 UAPS Modelo
Selo Bronze-Certificação das UAPS	Não existente	Não existente	09 Equipes de Saúde da Família certificadas com o Selo Bronze de qualidade.	9 Equipes de Saúde da Família permanecem credenciadas com Selo Bronze de qualidade.
Implantação de Gerentes para UAPS	Não existente	03	06	30
Reforma de UAPS	Não existente	10 UAPS Reformadas	Mais 15 UAPS reformadas Total 25	Mais 9 UAPS reformadas Total de 34
Construção de novas UAPS	Não existente	Não existente	1 UAPS	Total de 1 UAPS

Fonte: Coordenação da Atenção Primária em Saúde, 2019.

Com a implantação do Projeto de Unidades Modelo, tendo como proposta a construção de um novo desenho de organização nas redes de atenção à saúde, destacamos neste contexto os novos processos de trabalho implantados, tais como: Territorialização, Organização das agendas de atendimentos (agenda programada e espontânea), Fluxo de Acolhimento, Estratificação de Risco das Gestantes, Descentralização da central de marcação de consultas e exames especializados, Cadastro individual e domiciliar da população, Organização da sala de vacina (POP), dentre outros que se encontram em fase de implantação.

A implementação da assistência às gestantes também vem sendo uma prioridade nesta gestão, com garantia de um rápido fluxo de acesso ao Pré-Natal de Alto Risco, sendo este realizado na Maternidade Santa Terezinha. Além disso, também dispomos deste atendimento sendo ofertado de maneira descentralizada, no qual o obstetra comparece em determinadas Unidades de Atenção Primária para prestar assistência às gestantes de risco, como importante estratégia para ampliação do acesso.

Destacamos a consulta para Pré-Natal de Risco, realizada nos serviços da APS, como um processo também de matriciamento, uma vez que as equipes têm a oportunidade de acompanhar o atendimento conjuntamente com o obstetra, compartilhando conhecimentos e qualificando ainda mais a assistência que é oferecida pelos profissionais da APS.

Entendemos que o Matriciamento, enquanto instrumento de Educação Permanente, tem sido uma importante estratégia que visa, não apenas qualificar a assistência prestada, mas viabilizar uma maior integração e melhor diálogo entre os profissionais da Atenção Primária e Especializada. Compartilhar o atendimento ao paciente é apenas o primeiro passo para que os profissionais destes diferentes níveis de atenção possam viabilizar o compartilhamento também de conhecimentos, de vivências e de uma corresponsabilização pelo paciente.

Destacamos também o Matriciamento em Saúde Mental, em Pediatria e em Oftalmologia como processos de trabalho que também

têm se fortalecido no município de Caucaia, no qual várias equipes da APS estão contempladas com o comparecimento periódico do especialista no serviço, visando um trabalho compartilhado.

Desta forma, dentre avanços e recuos, houve convencimento de que as conquistas alcançadas através do árduo, porém, gratificante trabalho, é o combustível que faz manter a confiança de que é possível a construção de um SUS mais digno para a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAUCAIA. **Relatório de Gestão da Atenção Primária em Saúde.** Secretaria de Saúde de Caucaia, 2019.

CÂMARA MUNICIPAL DE CAUCAIA. **História de Caucaia.** Disponível em: <https://www.cmcaucaia.ce.gov.br/institucional/historia-do-municipio/>. Acesso em 01.09.2019.

ARQUIDIOCESE DE FORTALEZA. **Os Índios Tapeba de Caucaia Ceara: História - Origem.** Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/os-indios-tapeba-de-caucaia-ceara-historia-origem>. Acesso em 01.09.2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. **Ciganos no Ceará. Marcas da Exclusão.** Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/online/ciganos-no-ceara-marcas-da-exclusao-1.2026323>. Acesso em: 01.09.2019.

SUCUPIRA, T. G.; BRANDENBURG, C. VASCONCELOS, J. G. Quilombo Boqueirão da Arara, Caucaia, Ceará: Histórias, memórias e saberes tradicionais. **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental.** v. 34, n.1, p. 290-310, jan./abr., 2017.

SAMPAIO, L. **Etnias indígenas, negras e ciganas em Caucaia.** Disponível em: <http://leonardofsampaio.blogspot.com.br/2014/06/etnias-indigenas-negras-e-ciganas-em.html>. Publicado em 15/-6/2-14.

CAPÍTULO 2

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UMA VISÃO SISTÊMICA BIOCENTRADA

Maria Idalice Silva Barbosa

A Educação Permanente em Saúde (EPS), como política, se constrói em função da convergência entre uma demanda social de estruturação do SUS e a necessidade de reorganização do modelo de assistência à saúde no Brasil. Seu desenho estrutural resulta de determinações orquestradas tanto em âmbito internacional, com acentuada influência da Organização Pan-americana em Saúde (OPAS), como nacional, com forte inspiração do Movimento da Reforma Sanitária brasileiro.

A política de EPS se apresenta historicamente como potencial para impulsionar processos de mudança e consolidação do modelo de assistência à saúde, uma vez que seu objetivo é direcionado para a incorporação, por parte dos trabalhadores, de processos de trabalhos condizentes com os princípios e diretrizes do SUS, que reconhece em seu ordenamento jurídico, por meio da Lei 8.080 da Constituição de 1988, a responsabilidade e a competência para formação dos trabalhadores da saúde como estratégia de consolidação do modelo assistencial do SUS.

O lastro que compõe o percurso histórico e institucional dos processos de educação no âmbito da saúde oscila em uma trajetória com avanços e recuos, pintando um cenário em que é possível enxergar mudanças advindas na direção da consolidação do SUS, em função de mudanças gradativas no reordenamento do seu modelo assistencial, impulsionados por processos de educação em saúde voltados para os trabalhadores. Tais processos, historicamente, se

intensificaram a partir do advento do SUS no final da década de 80, impulsionando suas ações no período dos anos 2000.

A PNEPS, instituída em 2004, representa uma referência importante para formação dos trabalhadores de saúde, cuja proposta foi viabilizada e formalizada com a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). É uma política que passa a fazer parte do trabalho em saúde como proposta do Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 1996 do ano de 2007, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). (BRASIL, 2006).

Após 15 anos de implementação, a SGTES lança uma importante publicação em que se propõe refletir sobre o que tem sido feito no sentido de efetivação da PNEPS no Brasil. Com o sugestivo título “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para seu fortalecimento?”, o documento busca analisar de que forma essa política tem se mantido em movimento em face da complexa conjuntura histórico política. O documento resulta de um amplo debate promovido pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES) em 2017, em função da necessidade de atualização da PNEPS, e retomando o debate político no sentido de promover um resgate conceitual sobre suas potencialidades na contribuição para consolidação do SUS e, sobretudo, apontar caminhos para manter e renovar a agenda política da EPS no país, reforçando a competência constitucional do SUS de seu ordenamento das formações dos profissionais da saúde.

A SGTES reconhece grandes avanços promovidos no campo da Educação em Saúde, porém aponta desafios a serem superados na implementação da própria PNEPS, e na elaboração de estratégias para sua atualização, em face dos avanços e atuais exigências do campo da saúde, tais como, o uso de novas tecnologias para o ensino e um compromisso com novas demandas em saúde coletiva.

O Ministério da Saúde reassume que a EPS deve se configurar na prática como uma aprendizagem pelo trabalho de maneira que os processos de ensino e aprendizagem sejam incorporados ao cotidiano dos serviços de saúde por meio da aprendizagem

significativa, com vistas na transformação das práticas profissionais. É justamente neste ponto que a SGTES reconhece que a EPS deve se fortalecer como instrumento viabilizador para promoção de uma análise crítica e a construção de conhecimentos sobre a realidade local, chamando a atenção para a necessidade urgente de adaptar os processos formativos às situações de saúde vividas no cotidiano dos níveis locais do sistema de saúde, sendo portanto, sua condução operacionalizada no âmbito locorregional de saúde, observando-se a composição do quadrilátero da formação ensino-serviço, gestão e controle social, conforme propõe Ceccim e Feuerwerker. (2004).

Esta publicação do Ministério da Saúde apresenta uma reflexão sobre a PNEPS com objetivo de atualizar a Portaria GM/MS nº 1996/2007, que completara uma década em 2017. Com base em diagnósticos da implementação da política nos Estados, e diversos estudos publicados sobre o assunto, o documento aponta as dificuldades enfrentadas, se propondo a um amplo debate envolvendo CONASS, CONASEMS, CNS, diversas ETSUS e a OPAS, com a presença ainda de representações de Estados e municípios para oficinas cujo objetivo era fazer uma avaliação da implementação da PNEPS. O resultado destas oficinas, ocorridas de outubro a dezembro de 2017, ressaltaram a importância e pertinência da EPS com identificação de problemas e sistematização de propostas relacionadas, tanto aos aspectos político-gerenciais e financeiros de gestão da PNEPS, como aos aspectos conceituais e metodológicos, referentes a programação e execução de suas ações.

Em seus resultados, tais debates apontaram a complexidade inerente ao processo de gestão de implementação da PNEPS por conta de diversos fatores, dentre os quais, destaca o documento, o que ainda persiste é a pouca compreensão, por parte da maioria dos gestores, da importância das ações de EPS para qualificação da gestão e da melhoria da atenção à saúde do SUS, em decorrência da não priorização de suas ações, em seus Planos de Saúde, tanto no nível Estadual como municipal, agravado pela fragilidade do funcionamento das CIES (Comissão de Integração Ensino Serviço).

Outro ponto destacado são problemas relativos ao financiamento, uma vez que todos os Estados apontaram a descontinuidade de repasses de recursos por parte do MS, desde 2011. Outro aspecto debatido foi a retomada necessária das reflexões sobre a implementação da PNEPS, bem como, o próprio conceito de EPS, reconhecendo que não houve uma plena apropriação sobre as concepções que fundamentam a política, uma vez que todos os Estados não conseguiram monitorar e avaliar as ações referentes à política, cujos indicadores de avaliação não lograram ir além da quantificação dos cursos ofertados.

No que tange a pertinência e atualização da PNEPS, os debates constataram que não há necessidade de mudanças de conteúdo, e que a prioridade deve incidir no avanço de sua implementação nos Estados com vistas na qualificação dos trabalhadores da saúde e melhoria dos serviços ofertados.

Sabemos, contudo, que no atual contexto sócio-político, o atual governo retira do escopo do Ministério da Saúde e do SUS, por meio do Decreto nº 9.759, de 17 de maio de 2019, a responsabilidade pelo ordenamento e formação dos recursos humanos em saúde. Todavia, em que pese os recuos em âmbito federal, muitos processos em nível municipal, em termos da consolidação do SUS, avançam impulsionados por processos formativos sem os quais os serviços se descaracterizam perdendo funcionalidade.

Mesmo em face desse arrefecimento da EPS em nível federal, experiências exitosas em processos formativos para trabalhadores do SUS tem demonstrado sua importância. A EPS possui um dinamismo que extrapola as decisões jurídico políticas no Ministério da Saúde, com um contexto de influência internacional, mas também, de determinações de âmbito local, que direcionam ações de educação em saúde que expressam uma aproximação progressiva de um serviço mais de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Em seu percurso histórico, a Educação em Saúde no Brasil, segundo analisa Silva et al, o discurso referente a EPS é marcado por diferentes atores, espaços e relações institucionais que impulsionaram seu processo de construção e reconstrução. Durante a década de 70,

seu campo discursivo foi marcado pela centralidade no trabalho, com diretrizes de adestramento e instrumentalização dos processos educativos em saúde, e desde então, convive com uma outra face discursiva mais centrada nos sujeitos, voltados para identificação das necessidades de aprendizagem com base na Educação Popular de forte influência Freireana. (SILVA, et all, 2019).

Os autores chamam atenção que o contexto de influências possui marcas históricas de rupturas em que as mudanças de gestão é que determinam a expressão do campo discursivo da EPS, em termos de suas diretrizes pedagógicas e estratégias operacionais, sempre permeado por transformações ideológicas, tendo a Educação Profissional e a Educação Popular de base Freireana, como campos de conhecimento que estruturam seu modelo, perpassados pela regulação do Estado na sua ordenação política, no tocante a sua operatividade. Em sua análise, Silva et all concluem que a EPS é marcada por influências do discurso dominante no cenário nacional e internacional de modo que suas diretrizes políticas vêm sendo determinadas por correntes ideológicas e epistemológicas hegemônicas no campo da educação das políticas de saúde em âmbito de ação nacional, regional e local.

Nesta perspectiva é que os debates de revisão e atualização da PNEPS de 2017 representa um passo importante para seu fortalecimento delineando ações para fortalecer a política. De acordo com a publicação, são estas as diretrizes de ações priorizadas pelos debates de revisão:

- Incentivo à implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, por meio do estabelecimento dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES);
- Lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS);
- Realização do 1º Laboratório de Inovação em Educação na Saúde da Região das Américas e;
- Formalização da incorporação do tema da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) na agenda da SGTES. (BRASIL, 2018, p. 10-11).

Em consonância com as diretrizes desta revisão da política a proposta desta publicação é apresentar, de forma reflexiva, experiências significativas, apresentando ações representativas nestas direções delineadas, como experiências relevantes para o fortalecimento da política, e também, contribuir acrescentando reflexões sobre a experiência no tocante ao um desenho para operacionalização da política.

Organizamos as reflexões sobre dois prismas. O primeiro aborda questões conceituais trazendo reflexões de cunho teórico e metodológico, ancorado na experiência vivida em âmbito municipal, relacionada à organização das demandas de aprendizagem direcionadas ao Núcleo de Educação Permanente (NEPS) de Caucaia. Falamos de demandas relacionadas à humanização em saúde, buscando melhorar o atendimento e diminuir as queixas por parte da população. Dialogamos sobre reflexões a respeito das necessidades de aprendizagem relacionadas à melhoria da cobertura vacinal com impacto nos indicadores de imunização. Mencionamos processos formativos direcionados à qualificação da gestão das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) por parte dos gerentes. Falamos, por fim, de reflexões oriundas do processo vivido pelo município com a implantação da Residência de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional nas ênfases de Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde Mental.

Todas essas reflexões conceituais resultam de uma experiência prática do trabalho desenvolvido pelo NEPS de Caucaia com a implantação de processos formativos direcionados para os profissionais da APS orientados pela gestão de saúde municipal. Todas as experiências aconteceram por iniciativa local, contando com a coragem e sensibilidade do gestor municipal de saúde com seu apoio à proposição sistemática e gradativa de processos formativos, cujos resultados não são vistos a curto prazo, mas ecoam de forma silenciosa, contribuindo de forma efetiva para consolidação de mudanças no modelo de atenção à saúde no nível local, configurando um discurso que fundamenta e embasa processos de transformação local.

Os processos formativos e a aprendizagem significativa nos serviços de saúde

O coração da EPS é certamente construir estratégias pedagógicas que coloque o trabalho no centro da aprendizagem. Tarefa que exige criatividade e inovação para conseguir sucesso no engajamento dos servidores públicos, bem como, propor metodologias capazes de envolver profissionais e gerar aprendizado que resulte na transformação de processos de trabalho e na incorporação de novos hábitos e rotinas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde.

Ao assumimos essa tarefa no Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Caucaia tínhamos um cenário desafiador nos primeiros anos da nova gestão municipal, que assumiu em 2017. Aos poucos, fomos construindo de forma coletiva um modo de fazer com inovações no campo operacional, pedagógico e metodológico que foram fundamentais para efetivação das ações realizadas. Isso inspirou a sistematização dessa experiência sobre o trabalho de implantação da EPS no âmbito municipal que, por ora, vamos nos deter com mais precisão.

No início reconhecemos a tendenciosidade geral presente na cultura institucional de demandar e executar as ações de educação em saúde a partir do paradigma tradicional da educação formal. A ruptura com tais concepções é sempre um duro obstáculo, uma vez que modelos escolares e acadêmicos, fortemente marcados pela divisão teoria e prática, encontram-se entranhados no exercício profissional de todos os funcionários, gestores e coordenadores, como um modelo mental que se reproduz de forma naturalizada.

Segundo analisa Davini (2006) a capacitação é a estratégia de enfrentamento comumente utilizada para resolver problemas dos serviços de saúde, e como esclarece a autora, trata-se de uma estratégia condicionada a uma série de fatores institucionais, políticos, ideológicos e culturais que impõe limites. A autora analisa, com base em estudos, como se expressam tais limitações, afirmando que reconhecê-las é fundamental para avançar quando

se busca resultados. Para nós, os aspectos limitantes que a autora apontava eram barreiras muito claras. Fizemos um esforço para não as reproduzir em nossas propostas. Davini (2006) aponta alguns desses fatores limitantes cuja observação e cuidado foram para nós fundamentais na elaboração de estratégias formativas no Núcleo de Educação Permanente de Caucaia.

O primeiro aspecto limitador de que fala Davini é a simplificação, ou seja, a redução do problema da educação à simples aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, sem levar em conta o contexto político institucional para sua realização. Esse aspecto se apresentava para nós com uma dose de um certo imediatismo, o fundamentado na crença de que um curso seria a solução capaz de permitir a implantação das mudanças desejadas no início de gestão. Acreditávamos e reconhecíamos a necessidade da formação, mas era preciso tempo para compreendermos quais eram, realmente, as necessidades de aprendizagem institucional, distinguindo-as das nossas necessidades e desejos sobre o que as pessoas deveriam aprender para colaborar nas mudanças.

O imediatismo é também um aspecto apontado pela autora como fator que restringe o sucesso dos processos formativos porque é ancorado na ingênua crença de se obter rápidos resultados a partir de programas educativos. Ofertar cursos passa a ser uma espécie de fórmula mágica para resolver problemas complexos ignorando o fato de que novas competências levam tempo para serem incorporadas ao cotidiano dos serviços, e que resultam da interação de condições objetivas, conjugadas a condições subjetivas.

Um terceiro aspecto limitante revela-se na visão instrumental, tal como ressaltado por Davini. É comum a proposição de processos educativos como um meio para se alcançar objetivos pontuais, ou seja, os processos formativos quase nunca são vistos ou tomados como parte de uma estratégia geradora da mudança institucional que se almeja. Isso acaba por favorecer a proposição de cursos apartados da cultura institucional, perdendo-se a organicidade dos processos educativos e, conseqüentemente, o engajamento e a adesão das pessoas.

Um outro fator restritivo de suma importância que observamos claramente é o costume por parte dos gestores de não se dedicar tempo para refletir e amadurecer sobre os problemas da gestão, seja no nível central, ou mesmo, no âmbito das diversas instituições que compõe a rede de serviços. O mais comum é ir fazendo uma gestão de “apagar incêndios” sob a justificativa de ter tempo. Os problemas acabam sendo abordados, mas com soluções não sustentáveis, para em pouco tempo o mesmo problema emergir. Prescindir destas análises resulta em uma baixa discriminação dos problemas que se busca superar, como bem observa Davini. É comum em qualquer ambiente de gestão pública a pouca disponibilidade de analisar detidamente a natureza dos problemas, discriminando em que medida cada um que participa da instituição contribui para manutenção do problema, e também, como cada um pode ser parte da solução. O mais comum é sempre as mesmas pessoas apontarem as mesmas estratégias de solução. Dessa forma não se cria espaço para discernir com clareza que algumas soluções que se buscam não dependem somente de capacitações, mas se relaciona com outros fatores que precisam ser vistos e abordados.

Davini ainda chama a atenção para a crença fortemente arraigada na cultura institucional que leva as pessoas a pensar proposições com início, meio e fim, com forte dependência a fontes de específicas de financiamento. Esse fato acaba se tornando outro fator limitante para proposição de processos educativos ancorados numa visão de longo prazo, com vistas na sustentabilidade e permanência de programas de educação permanente como parte da gestão dos serviços de saúde. Isso acaba levando a decisões de gestão equivocadas em optar por contratos de empresas e consultorias de fora, cuja linha de ação, à míude, entra em franca coalisão com as lógicas de funcionamento dos serviços públicos, comprando pacotes prontos de capacitações, cujas proposições são completamente alheias às reais necessidades de saúde dos municípios, funcionando como “pacotes enlatados”.

Por fim, tanto as reflexões apontadas por Davini e nossa experiência e observações em âmbito municipal nos leva a reconhecer

que pensar e propor processos formativos como ferramenta de gestão exige firme decisão política que apoie a direção da sustentabilidade. Por outro lado, sabemos que essa decisão depende de segurança nas proposições, que nem sempre é fácil para os gestores.

Sabemos que propor processos de aprendizagem que retirem os profissionais da condição de aluno-receptor de informações de teorias a serem colocadas em prática, para assumirem a condição de aprendizes, construtores de um conhecimento, é um caminho árduo e pedroso. A postura de reflexiva sobre os problemas cotidianos enfrentados no dia a dia de trabalho, que indague e questione sua própria prática, identificando limites e erros é desconfortável para o mundo adulto. Viemos de um processo de escolarização em que o erro é sinal de vergonha e sinônimo de limitada capacidade cognitiva. Mudar essa forma de pensar e sentir o mundo exige novas ferramentas para propor e conduzir processos de gestão.

Um caminho para educação em saúde seria firmar parcerias que tragam currículos prontos para proporcionar uma atualização das práticas em saúde, na expectativa ingênua que mudem a realidade. Sabemos, contudo, que processos formativos, centrados na transmissão de conhecimentos, com estudos de casos e problemas isolados do seu contexto social e cultural, que compreendem a aprendizagem como acumulação de informações, tem limitado sucesso na transformação das práticas em saúde. O curioso é que, embora saibamos dos avanços limitados do tradicionalismo e rigidez de propostas curriculares centradas em processos teórico-dedutivos, embasados na ideia e expectativa de que os alunos informados da teoria, se tornam capazes de aplicar, automaticamente, em sua realidade, ainda assim, continuamos propondo e adotando tais práticas. É desafiador pensar e propor um caminho que supere esse formalismo e se distancie do modelo escolar.

O que uma gestão espera de um processo de capacitação? As expectativas em relação a isso sempre envolvem melhorar o desempenho profissional, incorporar novas competências que permitam uma gerencia mais qualificada, descentralizada, com

capacidade de auto-gestão e tomada de decisão por parte de seus líderes e, claro, ofertar serviços de qualidade.

Levando em conta tais expectativas sobre os processos formativos o que se espera é que as estratégias da capacitação sejam parte essencial da mudança institucional que se deseja implementar, entretanto, isso quase nunca é acompanhado de uma estratégia sustentável, sistemática e progressiva na direção da mudança que se quer.

Partindo de todas estas reflexões tecidas até aqui, Davini (2006) nos apresenta três aspectos que foram referências importantes na proposição dos processos de aprendizagem da Educação Permanente em Saúde (EPS) em Caucaia. Percebe-se tais aspectos apontados pela autora como fatores interrelacionados entre si, e pode-se considerar de suma relevância para proposição de estratégias no âmbito da gestão municipal de saúde, e vale a pena esmiuçar.

Primeiro, é preciso ter clareza que “nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente”. Embora as capacitações tenham a melhoria do desempenho profissional como objetivo, nem sempre, tais ações integram uma estratégia maior, sistemática e sustentável, de uma mudança institucional, com clara orientação na direção de processos de educação permanente. Isso é claramente percebido, pois raramente as instituições estão disponíveis ou têm pessoal capacitado para fazer uma análise da cultura organizacional das diversas instituições que compõem a rede de serviços. Consideramos isto um aspecto condicionante para sustentabilidade das mudanças desejadas.

O segundo ponto relevante destacado por Davini deriva dessa primeira assertiva. Se compreendemos que capacitação não é sinônimo para educação permanente, é forçoso reconhecer que esta deve ser pensada como estratégia sistemática e global, capaz de abranger diversas ações específicas de capacitação, e jamais, o inverso. A proposição de um programa de EPS deve ser abrangente, sustentável e progressivo. E claro, pode e deve incluir diversos processos de capacitações com começo meio e fim, dirigidos a grupos específicos, desde que estejam, claramente, articulados com

uma estratégia geral de mudança institucional na direção desejada. Esse foi o ponto que buscamos alcançar e que, a nosso ver, coloca um importante desafio para a EPS no nível local, estruturando-a, não como um conjunto de capacitações com pacotes estanques sem relação entre si, mas como uma política clara de melhoria progressiva de recursos humanos em saúde e de melhoria da qualidade dos serviços.

Por outro lado, no nosso entendimento, articular de forma sistêmica os processos de capacitação de maneira que atenda às necessidades de saúde, e em seu conjunto, gere uma mudança institucional na direção desejada, exige uma relação de articulação entre a aprendizagem individual e a aprendizagem institucional/coletiva. Esse foi para nós o ponto nevrálgico na condução do processo. Essa articulação sistêmica se apresenta para nós como pedra angular sobre a qual foi possível começar a construir a mudança nos processos de trabalho tão almejados pela gestão da saúde.

E, por fim, o terceiro ponto ressaltado por Davini, decorrente dos dois primeiros, é o reconhecimento de que qualquer desenho de um programa de EPS sustentável precisa incluir análise, feita com muita seriedade, sobre a Cultura Organizacional na qual se insere os serviços de saúde. Um desenho que não contemple tais estratégias está fadado a manter estilos e práticas de capacitação, sem inovação e criatividade, repetindo e insistindo em fórmulas que dão poucos resultados.

Neste ponto Davini chamou-nos atenção para um aspecto óbvio, comumente ignorado quando se promove a capacitação do pessoal da saúde no intuito de gerar mudanças em processos de trabalho na direção da consolidação do novo modelo de atenção que se distancie do modelo hospitalocêntrico e biomédico, ainda hegemônico. Não se promove uma mudança neste sentido sem fazermos uma leitura do modo de funcionamento da cultura organizacional que se deseja modificar. Contudo, cabe refletir, como transformar o sistema buscando torná-lo no que ainda não somos? É preciso empenho para gerar esta compreensão sobre o

que estamos sendo, para então, refletirmos se o que estamos sendo, como coletivo, gera a mudança desejada, ou a que distância estamos da mudança que queremos ver acontecer, em termos objetivos e subjetivos. Somente com base nesse tipo de conhecimento é possível propor uma mudança sustentável.

Pensar a EPS como ferramenta de gestão exige um esforço para sair do lugar comum e propor um programa que envolva a aprendizagem em todos os níveis institucionais, reconhecendo que todos precisam aprender juntos, articulando o individual e o coletivo na mesma direção de sentido, dando sustentabilidade e organicidade às proposições de capacitação, geradoras de mudança institucional que caminhe para consolidação do modelo de atenção à saúde coerente com o SUS.

Além destas questões conceituais relacionadas à compreensão do que é, e o que implica um processo de EPS, outra dimensão importante é refletir sobre a tão falada Aprendizagem Significativa. Apesar de ser consenso geral a afirmação que a EPS deve operar com base nesta aprendizagem significativa, nem sempre isso vem acompanhado de uma reflexão sobre o que realmente se quer dizer com esse tal significativo, e o porquê de sua relevância. Ora, essa necessidade está ancorada em alguns fundamentos que vale a pena aprofundar. Vejamos.

A persistência do modelo escolar nos processos formativos do mundo do trabalho é um deles. Aprender com base em teorias que pouco têm relação com o cotidiano de práticas possui baixa tolerância e, portanto, pouca adesão, no mundo adulto, e nos serviços de saúde. Embora as pessoas topem participar de capacitações e reconheçam que os assuntos são de relevância, quando se chega na aplicabilidade, os profissionais da ponta se deparam com vários obstáculos. O resultado é que o tal momento apropriado para se colocar em prática os conhecimentos transmitidos nos cursos, nunca chega. A gestão, por sua vez, percebe esse cenário com uma certa miopia, pois ao promover a capacitação, espera que os profissionais, automaticamente, coloquem em prática o que aprenderam. E quando não enxergam as mudanças desejadas de

imediatamente, tendem a culpabilizar as pessoas pelos poucos resultados e nenhuma mudança, desresponsabilizando-se, já que a capacitação foi ofertada. Como resultado é comum concluir, erroneamente, que o fato dos trabalhadores não colocar o conhecimento em prática é algo decorrente de um limite pessoal por parte dos profissionais, decorrente de má vontade, comodismo, irresponsabilidade e uma não implicação com sua própria prática. Isso, claramente, denota uma certa miopia em relação ao que realmente ocorre na ponta, no cotidiano dos serviços.

Com isso, fica claro a relevância de refletir sobre o que a EPS realmente propõe à aprendizagem significativa como condição de sua própria caracterização, e seu diferencial de outros processos formativos. Em nossa experiência no âmbito municipal pudemos perceber que o significativo da aprendizagem está intimamente relacionado com o cenário de prática. Isso é importante ressaltar porque é possível propor capacitações em que os profissionais identifiquem a aprendizagem como significativa para eles sem, no entanto, ser significativa para a instituição, ou seja, sem estar relacionada diretamente com os problemas vividos no cotidiano, pelos profissionais, apesar de ser relevante para a gestão.

Aqui temos um fator importante para o desenho do modelo de EPS que, mesmo com a revisão da PNEPS, em 2017, não foi alcançado. O documento que revisa e atualiza a política com vistas no seu fortalecimento reforçou a necessidade da aprendizagem significativa e do trabalho como mediador desta aprendizagem. Não se pronunciou, porém, quanto à necessidade de um desenho de uma política, cujo modelo toque nestas questões no sentido de superá-las.

Podemos constatar facilmente que nem sempre o que pode ser significativo para os profissionais de saúde pode ser relevante para a mudança almejada por parte da gestão. Em outras palavras, muitas vezes, o desenho da política, com suas diversas propostas de capacitações, podem incluir processos de aprendizagem que gerem resistência por parte dos profissionais de saúde, porque tocam em questões delicadas, relativas ao funcionamento da cultura

organizacional do contexto no qual se inserem, que nem sempre é de fácil abordagem, por envolver questões de relacionamentos interpessoais, hierarquias e/ou situações de privilégio, cujo rompimento exige um preço que, muitas vezes, pode, por exemplo, ser o próprio emprego das pessoas.

Neste ponto chamamos a atenção para um aspecto relevante para PNEPS, seja em âmbito local ou regional. Ao nosso ver a Educação Permanente exige um desenho que articule duas dimensões de aprendizagem como condição para ser significativa, sejam elas Aprendizagem Individual e a Aprendizagem Institucional ou Coletiva. Ambas devem acontecer, e nem sempre andam juntas, sendo a inter-relação entre elas, algo delicado e complexo de se mexer. Esse é o ponto que dá sentido ao pensamento de Davini quando afirma que “ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Isto é, não se transferem para a ação coletiva” (DAVINI, 2006, p. 42).

Em síntese, podemos afirmar que um bom Programa de EPS não deve confundir ou reduzir capacitação à EPS, mas deve fundamentar-se na mudança institucional com proposições de processos formativos claramente articulados entre si, de forma sistêmica, de modo que a aprendizagem significativa integre mudanças individuais articuladas a mudanças institucionais, por meio de um desenho cujos contornos incluam uma leitura da cultura organizacional dos diversos serviços que compõem a rede de atenção à saúde.

Ao nosso ver é justamente na articulação entre aprendizagem individual e coletiva/organizacional que o salto qualitativo de mudanças de práticas de saúde pode ocorrer. Infelizmente, o campo da saúde ainda permanece míope e não enxerga claramente este aspecto, a começar pela própria revisão da PNEPS. Para tirarmos esse aspecto da invisibilidade, é preciso ampliar o debate dialogando com outras disciplinas como a Sociologia das Organizações, a Psicologia Organizacional, a Psicologia Comunitária e a Educação Biocêntrica, campos do saber que têm muito a contribuir.

Acreditamos que o fortalecimento da PNEPS, necessariamente, passa por essa questão, e a pergunta que surge é: que desenho é possível propor de maneira que inclua estas duas dimensões da aprendizagem em um Programa de Educação Permanente de maneira sistemática e sustentável, seja em âmbito estadual ou municipal?

Educação Continuada ou Educação Permanente em saúde, uma questão de escolha?

Pensar sobre um desenho para uma política de EPS que funcione como ferramenta de gestão implica pensarmos sobre a relação entre Educação Continuada e Educação Permanente. Os processos de capacitação que ambos englobam implicam uma relação complexa, e não excludente, como comumente se pensa. Sabemos que, embora a PNEPS seja a estratégia sugerida para formação dos profissionais de saúde, a formação dos trabalhadores é mais comumente realizada por meio da Educação Continuada como método de enfrentamento das dificuldades dos serviços de saúde, no que se refere a formação de recursos humanos para o SUS.

A Educação Continuada (EC) engloba atividades de ensino, tais como, capacitações pontuais, que visam atualizar conhecimentos dos profissionais, a fim de melhorar o desempenho dos trabalhadores em suas atividades laborais. Entretanto, raras vezes, são organizadas estratégias globais e duradouras que proporcionem, não apenas conhecimento individual, mas que tenham capacidade de influenciar mudanças de práticas profissionais, e institucionais, no sentido de qualificação dos serviços de saúde do SUS. (DAVINI, 2007).

Geralmente as reflexões que se colocam sobre a relação entre a EPS e a EC colocam esta última como estratégia frágil e limitada, com sugestões de escolha entre uma e outra. Ao analisarmos os problemas institucionais, sua complexidade e a necessidade de intervenções imediatas e articuladas, a PNEPS, segundo recomenda Ceccim (2005), deve ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das mudanças nas práticas de saúde, na medida

em que possibilita o diálogo com a prática, problematizando-a no contexto de suas equipes, viabilizando novos pactos de convivência e prática profissional.

É preciso, então, superar as análises superficiais que justapõem a EPS e EC, ou mesmo, as colocam de forma excludente, e/ou não denotem quaisquer diferenças entre capacitações que impliquem a necessidade de mudança organizacional, e capacitações que almejam a necessária atualização de conhecimentos, sendo que a necessidade de uma, quase sempre, surge da outra. Essa relação é complexa e precisa ser pensada e planejada de forma sistêmica. Um processo formativo realizado na estratégia de EPS pode conter e/ou propor demandas de EC e vice-versa. São estratégias não excludentes que precisam ser articuladas sistemicamente.

Atuar na APS se apresenta hoje como um desafio no sentido não apenas da criatividade e inovação, mas da abertura para um novo modo de pensar a partir de outras bases epistemológicas. A organização dos processos de trabalho na APS não pode e nem deve se restringir às normatizações e às proposições de protocolos em saúde, mas requer ousadia para pensar sobre problemas para os quais a ciência ainda não tem respostas prontas. Requer, portanto, criação e trabalho interdisciplinar em equipe que efetive processos de mudanças na direção da consolidação do SUS.

Um desenho inteligente de uma política de EPS deve, pois, compreender e considerar a inter-relação complexa entre a natureza das capacitações em sua relação com as necessidades de aprendizagens para proposição de processos formativos, seja no formato da EC ou da EPS. E quaisquer proposições de desenho para um Programa de EPS devem se atentar seriamente para tais questões a partir de novos paradigmas para pensar, sentir e perceber a realidade, quando se almeja a sustentabilidade em suas ações.

O pensar sistêmico como exigência para operar sistemas complexos

A visão sistêmica contribui para pensar e propor processos formativos contextualizados de forma orgânica com as práticas em saúde. O pensamento sistêmico não é algo novo e data do início do século XX expandindo-se nas décadas de 50 e 60 nos campos da Administração, Cibernética e Engenharia, com aplicação de problemas práticos. Tais aplicações, como explica Fritjof Capra, originaram novas disciplinas, tais como a Engenharia de Sistemas, a Análise de Sistemas e a Administração Sistêmica. (CAPRA, 1996).

Capra chama a atenção que na relação entre as partes e o todo devemos reconhecer uma tensão básica. Isso porque a ênfase somente nas partes gera o mecanicismo reducionista, e a ênfase no todo, gera um holismo organísmico. Para Capra a característica principal do pensamento sistêmico emergiu em várias disciplinas, ainda no início do século passado, sendo os biólogos os pioneiros desta forma de pensar, enriquecido também pela Psicologia, com a Gestalt, e pela Ecologia, até a Física Quântica.

A contribuição do pensamento sistêmico se apresenta precisamente na maneira de perceber a conectividade, as relações e o contexto. Amparada na visão biológica do organismo como sistema vivo, cuja propriedade essencial não está em nenhuma de suas partes, em específico, mas aparece nas interações, ou seja, na relação entre as partes, sendo a natureza do todo, sempre diferente da mera soma de suas partes. Para Capra o grande impacto desta visão foi a percepção de que os sistemas não podem ser entendidos somente esgotando a análise de cada parte, justamente porque as propriedades das partes não lhes pertencem de modo intrínseco, e só fazem sentido, dentro de um contexto que as contém de forma mais ampla, revertendo assim, a relação entre as partes e o todo. Deste modo só podemos compreender as partes a partir, e em função, da organização do todo, que o caracteriza. Isso expressa a natureza contextual do pensamento sistêmico. Como esclarece Capra a análise significa isolar alguma coisa a fim de entendê-la; o

pensamento sistêmico significa coloca-la no contexto de um todo mais amplo. (CAPRA, 1996, p. 41).

Para Edgar Morin, outro pensador de referência para o paradigma da complexidade, o universo inteiro é organizado sistemicamente e tem um caráter polissistêmico, de sistemas dentro de sistemas. Na verdade, todos os objetos-chaves das ciências, seja a Física, a Biologia, a Astronomia, a Sociologia, constituem um sistema. É o que escreve o autor, quando afirma que “fora dos sistemas, há apenas a dispersão particular. Nosso mundo organizado é um arquipélago de sistemas no oceano da desordem. Tudo que era objeto tornou-se sistema. Tudo que era, até mesmo, uma unidade elementar, inclusive e, sobretudo, o átomo, virou sistema”. (MORIN, 2002, p. 128).

Morin acrescenta outra característica indispensável ao pensamento sistêmico afirmando que neste tensionamento básico entre as partes e o todo, suas interrelações tornam-se organizacionais quando adquirem um caráter estável. Para o autor não basta associar uma inter-relação e uma totalidade, é preciso ligar à inter-relação pela ideia de organização, e somente a partir daí, é possível conceber o sistema como unidade global organizada com suas interrelações, seja entre elementos, ações ou indivíduos. (MORIN, 2003).

A problemática do sistema, lembra Morin, não pode ser reduzida à relação todo/parte, mas vai além do holismo quando integra dois termos - interações e organização. As relações todo/partes devem ser mediadas pelo termo interações. Isso é importante uma vez que se considera que um organismo não é constituído por suas células, e sim, pelas relações estabelecidas entre estas.

Morin assinala que sistema, como unidade complexa, a interatividade, como o caráter de suas interrelações, e a organização como constitutiva de suas interações, são três termos indissolúveis e se implicam, remetendo-se uns aos outros, sendo que a ausência de um mutila gravemente o conceito. A partir disso, conclui Morin, o sistema não é uma palavra-chave para totalidade, mas uma palavra-raiz para a complexidade. (MORIN, 2001, p.274).

Essa visão sistêmica foi fundamental para compreender as inter-relações estabelecidas entre os diversos fenômenos que integram os problemas cotidianos no contexto da APS. São problemas que, por seu caráter complexo, geram necessidades de aprendizagem que estão além dos itinerários formativos curriculares dos profissionais da saúde. São problemas que nascem da interatividade das organizações, da interatividade dinâmica entre serviços, processos de trabalho e indivíduos em mútua colaboração. A partir desta visão sistêmica qualquer processo formativo deve abranger e incluir novas áreas e campos de saber, incluindo o conhecimento gerado pelo próprio modo de interagir das organizações, entendidas como organismos vivos em interação sistêmica, para construirmos soluções para os problemas que, de fato, têm ressonância e resposta efetiva para os contextos que os geram.

A visão sistêmica tem como modelo o organismo vivo, e é partindo desta concepção que a vida, em sua complexidade e sacralidade, deve estar no centro de nossa forma de compreender e agir sobre a realidade, no sentido e intenção de melhorá-la. Tal modo de pensar e sentir nos traz, intrinsecamente, um parâmetro ético para qualquer proposta de intervenção. Isso é importante porque retira o humano do centro e o coloca como parte do sistema. O Princípio Biocêntrico nos ajuda a reconhecer que caminhamos como humanidade para sairmos de um paradigma que toma a razão e o poder como centro da vida social, para progressivamente, pensarmos os problemas da existência humana tendo a Vida, como centro de referência maior.

Como considera Cavalcante e Góis estamos diante do Paradigma Biocêntrico que nos leva não somente a pensar, mas também nos inspira a pensar, sentir e perceber o viver como o acontecimento que coloca a vida como a grande estrutura guia, que dá forma e sentido para a sociedade, a cultura, os serviços de saúde, dando novas possibilidades para reconhecer e incluir outros valores em nossas percepções, tais como o afeto e as emoções, em suas expressões de vida. Caminhamos para uma Cultura Biocêntrica que inspira novas formas de perceber, sentir e agir no mundo,

estabelecendo novas e mais ricas conexões com as pessoas em suas interrelações sociais. (CAVALCANTE; GÓIS, 2015).

É nesta perspectiva fundamentada em uma visão sistêmica e biocentrada que nos propomos a pensar e construir processos formativos que integrem as práticas de saúde no sentido de dar resolutividade aos problemas que surgem no cotidiano de relações das organizações que compõem a rede de serviços de saúde, sistemicamente, inter-relacionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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: Ministério da Saúde, 2006.**

BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAPRA, F. **A Teia da Vida.** São Paulo: Cultrix Editora, 1996.

CAPRA, F.; LUISI, P. L. **A Visão Sistêmica da Vida. Uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas.** São Paulo: Cultrix, 2014.

CAVALCANTE, M. R. B.; GÓIS, C. W. L. et all. **Educação Biocêntrica. Ciência, Arte, Mística, Amor e Transformação.** Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2015.

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

DAVINI, M.C. **Currículo Integrado**, 1983. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T8.pdf. Acesso em: 25/09/2019

DAVINI, M. C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**. IN: 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: Ministério da Saúde, 2006.

MORIN, E. **O Método 2** - A vida da vida 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2002.

MORIN, E. **O Método 1** - A natureza da natureza. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2003.

MORIN, E. **Ciência com Consciência**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

SILVA, K. L. at all. Análise dos discursos referentes à Educação Permanente em Saúde no Brasil (1970 a 2005). **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. v. 17, n. 2. Rio de Janeiro, 2019.

CAPÍTULO 3

CONTORNOS PARA O DESENHO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Maria Idalice Silva Barbosa

Com base nas reflexões realizadas até aqui, propomos doravante pensar de que forma podemos delimitar os contornos de um desenho para um Programa de Educação Permanente partindo de algumas premissas importantes de pensamento.

A primeira é ter em mente que hoje já é consenso geral compreender a Educação como um conceito ampliado, que acontece de forma contínua durante toda a vida das pessoas, e não como algo estanque, que só ocorre no âmbito institucional escolar ou acadêmico. É importante ter em mente que essa concepção mais ampla foi o que fundamentou a proposição da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), iniciada ainda na década de 80, de inserir processos educativos nos serviços de saúde, reconhecendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de mudança e consolidação do modelo de atenção à saúde, na medida em que privilegia uma sintonia profunda entre processos educativos e a realidade vivida no cotidiano de trabalho, dando sentido à educação pelo trabalho.

Operacionalizar a partir deste conceito ampliado de Educação é o primeiro aspecto a ser considerado no desenho de uma política local de EPS, como condição de superação da concepção tradicional, que enxerga os serviços apenas como mero campo de aplicação de conhecimentos já adquiridos. Construir um desenho cuja operacionalização supere o modelo escolar, fortemente arraigado em nosso modelo mental, é um desafio, cuja solução condiciona o sucesso do programa.

A segunda premissa para pensar um desenho desta natureza é superar a dicotomia de pensamento que justapõe, ou mesmo, separa Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada. É comum os profissionais, ao ingressarem no campo de trabalho, encontrarem dificuldades em colocar em prática o que aprenderam na graduação. Isso é assim porque as graduações, geralmente, se orientam por processos formativos baseados numa racionalidade técnica, por vezes, obsoleta, que defende a ideia de que os problemas da prática cotidiana são resolvidos somente por meios técnicos generalizáveis, derivados do conhecimento científico sistematizado, testado e controlado. Ora, poucos dos problemas vividos pelos profissionais na APS são passíveis de soluções a partir de tais modelos. A maioria das problemáticas do mundo do trabalho são de outra ordem, e habitam zonas complexas, imersas em uma teia de relações interpessoais e institucionais. São problemas cuja solução raramente está no livro ou são passíveis de serem respondidos a partir da racionalidade técnica. Insistir em caminhar nesta direção só tem resultado em frustrações, impotência e paralisia frente a realidade.

O exercício profissional em saúde na atenção primária longe está de situações controladas de laboratório ou estudos de casos generalizáveis, e se interliga de forma complexa, na teia de interações sociais entre equipes interdisciplinares de trabalho que, por sua vez, atuam sujeitas à normatividades institucionais - explícitas e implícitas - com atenção dirigida a grupos, não menos complexos, que integram uma população heterogênea em sua diversidade de cultural, econômica, social, étnica, religiosa etc.

As práticas laborais podem e devem ser objeto de reflexão e aprendizagem, até mesmo, complementar a graduação. A experiência profissional na APS, se refletida, transforma-se em um recurso de conhecimento que jamais pode ser desprezado pelo grande potencial resolutivo que carrega. Pensar ou pressupor que as soluções resultam somente de experiências comprovadas de laboratórios que aplicamos na prática, ou mesmo, só podem advir da cabeça de especialistas experts tem limitado nossa capacidade resolutiva. Nos sistemas complexos, as soluções são orgânicas, elas

advêm e estão no próprio contexto que os gerou, no cotidiano em que os problemas são vividos, cabendo aos profissionais aprofundar sua leitura da realidade, tomando como parâmetros conceitos, teorias e valores pertinentes. Desconsiderar este fato desmerece todo potencial educativo do contexto laboral na proposição de soluções, e claro, retiram as soluções da cabeça de especialistas. Tornar o trabalho como contexto de aprendizagem implica, portanto, em consequências e desdobramentos importantes para pensarmos os contornos de um desenho para efetivar uma política de EPS.

Um primeiro desdobramento tem um caráter administrativo e implica a superação da visão da organização, como por exemplo uma Unidade de Atenção aos Programas de Saúde (UAPS), como mera reprodutora de práticas, e práticas simplificadas de saúde, vale ressaltar. É preciso compreender e levar em conta uma leitura institucional que dê visibilidade à cultura organizacional com a qual opera seus serviços, em interação com a comunidade na qual se insere. É preciso pensar a organização como algo vivo, em que se pode criar novos padrões de pensamento e relacionamento, capaz de criar o novo e superar práticas ultrapassadas e ésteres de fazer saúde. Pensar o espaço organizacional de uma UAPS como uma organização viva que aprende a aprender em conjunto, com a participação de todos, inclusive dos usuários dos serviços, é condição para o sucesso de qualquer desenho efetivo de uma política de EPS.

O trabalho pode e deve ser o centro constante da reflexão redirecionando e superando o modelo mental escolar, segundo o qual todos os problemas vividos já têm solução pronta em algum livro ou receita técnica. A partir de um pensar complexo, as organizações humanas se distanciam do paradigma antropocêntrico e passam a ser compreendidas como um organismo vivo.

Como esclarece Capra (2002) há uma renovação nas ciências que influenciam o mundo organizacional. As mudanças nas organizações deixam de ser compreendidas como fracasso ou erro para serem encaradas como processos naturais de mudanças, conforme características de todos os organismos vivos. As teorias da administração começam a projetar as organizações humanas cada

vez mais próximas das características dos sistemas vivos com sua diversidade, flexibilidade e criatividade. Capra propõe uma solução sistêmica para lidar com as complicações do mundo organizacional, e acredita que compreender as organizações como sistemas vivos é hoje um dos maiores desafios de nossa época. Segundo o autor, “a concepção das organizações como sistemas vivos, ou seja, como redes não-lineares complexas, nos dá novas ideias sobre a natureza da complexidade”. (CAPRA, 2002, p. 112).

Compreender a UAPS como uma organização humana, e como tal, com as características de um sistema vivo, complexo, nos traz algumas vantagens. A primeira é que essa compreensão funciona como condição para articularmos a aprendizagem individual e a aprendizagem coletiva/institucional, ou seja, levar em conta que o coletivo também aprende, e esse aprendizado não ocorre no mesmo ritmo da aprendizagem individual. A segunda vantagem é uma mudança de percepção sobre o erro que nos permite abandonar a visão de que os problemas devem ser encarados como desordem. Os problemas deixam de ser sentidos e percebidos como algo catastrófico, desconfortável, passível de culpas, punições e castigos, para serem encarados como interlocutores, objeto gerador de novas aprendizagem e soluções criativas.

Assim é possível superar as atitudes defensivas diante dos problemas e instaurar novos padrões que modifiquem a cultura organizacional na direção da aprendizagem coletiva. Encarar a EPS como potencializadora da situação de trabalho, como campo de análise e de solução de problemas implica, necessariamente, numa constante revisão crítica da cultura organizacional; implica numa revisão sobre os modos de pensar, perceber, sentir e operar que dão suporte aos processos de trabalho, redirecionando-os para busca de novas e criativas soluções para os problemas do dia a dia; implica também cultivar espaço para uma apropriação crítica do saber científico, integrando-o ao saber da experiência, adaptando-o a realidade; implica o fortalecimento de uma firme posição ética na defesa ostensiva dos valores que fundamentam a prática do SUS, na busca teimosa em ofertar serviços ampliando sua

universalidade, fomentando a integralidade da atenção e a equidade na operacionalização da atenção à saúde.

Nesta perspectiva os contornos de um desenho de EPS pressupõe abandonar de vez a ideia reducionista de oferta e administração de cursos para abraçá-la como uma ferramenta de gestão, com potencial gerador de mudanças objetivas e subjetivas de forma indissociável, superando a visão simplista de implantar novos processos, voltando-se apenas para as condições objetivas e técnicas, ignorando o processo subjacente que perpassa de maneira inequívoca os problemas cotidianos, expresso de maneira não tão transparente na subjetividade em suas dimensões afetiva e valorativa, que, de alguma forma, sempre se mostra nos diversos ambientes institucionais, desde que tenhamos sensibilidade para uma escuta atenta, que a todos, inclua.

A experiência que vivenciamos em Caucaia nos permitiu visualizar os contornos de um desenho capaz de dar funcionalidade a um Programa de EPS em nível local, levando em conta as reflexões tecidas até o momento sobre a natureza complexa que envolve essa tarefa. Falamos aqui em contornos porque o desenho não surgiu antes de nossa ação, mas foi ficando cada vez mais nítido, à medida que avançamos levando em conta as premissas deste pensamento, fincados numa coerência radical com a proposta de EPS como aprendizagem pelo trabalho.

Um ponto que nos ajudou na tarefa foi realizar e sistematizar seriamente uma leitura da realidade a partir de uma visão sistêmica. Assim, por exemplo, ao ser demandado para o NEPS uma capacitação que abordasse o tema da humanização dos serviços, resultante de constantes queixas da população sobre o mal atendimento nos serviços, acolhemos a demanda tomando algumas atitudes importantes, saindo do lugar comum de percepção linear e superficial da realidade.

A primeira tarefa foi ouvir a natureza das queixas da população, e ouvir também a visão dos profissionais envolvidos, bem como, fazermos uma leitura atenta e sensível sobre o contexto organizacional e comunitário em que o problema se dava, para

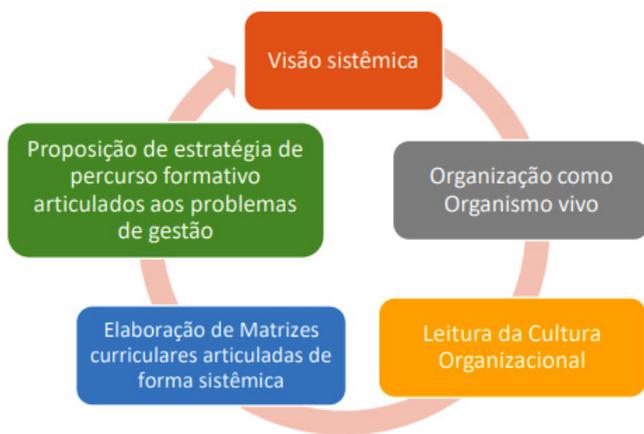
termos maior clareza sobre que circunstâncias a população se sentia mal atendida, e quais os limites técnicos e humanos que favoreciam tais queixas. Há uma tendência de culpabilizar os profissionais, uma ausência de reflexão, e falta de ferramentas para fazer uma leitura sistêmica da realidade. É uma tarefa que exige conversas, entrevistas, disponibilidade para estabelecer relações de confiança para escuta qualificada, com firme posição ética para compartilhar o que realmente ocorre e como ocorre, no cotidiano dos serviços.

Foi essa visão sistêmica que nos permitiu escapar da tendenciosidade de pressupor que a população está sempre totalmente com a razão, que os profissionais não sabem como tratar bem as pessoas. Esse modo de compreensão é insuficiente para trazer subsídios para pensar soluções para além de proposições moralistas com base em julgamentos superficiais que pressupõe culpas, punições e adequações. A partir de uma maior abrangência e profundidade que a visão sistêmica nos proporcionava, a atitude era conversar com as pessoas buscando compreender as diversas versões sobre as circunstâncias das queixas, para então, pensar numa abordagem educativa para o caso.

A segunda atitude que nos permitiu visualizar uma proposta formativa de resultado foi encarar as diversas Unidades de Saúde como um organismo vivo, e como tal, cada uma, com um modo de funcionamento, uma cultura organizacional que precisava ser lida, respeitada e acolhida, para então, subsidiar o que poderia ajudar, ou não, na gestão da mudança. A partir deste ponto é que buscamos sistematizar uma leitura da cultura organizacional que prevalecia nas diversas unidades de saúde do município. Costumamos fazer essa leitura de forma intuitiva e apreendemos facilmente as diferenças que marcam o funcionamento de cada organização. Entretanto, fazemos isso, muitas vezes, somente para desconsiderar o mundo subjetivo, ou encarar as relações de forma superficial, decodificando as interações sociais pelo viés do conflito, com intrigas, fofocas e preconceitos resultantes de normatividades impostas e não aceitas, de preconceitos comuns no sistema valorativo de relações sociais entre os profissionais entre si, e destes, com a população, acarretando posturas moralistas e seguidas de atitudes punitivas.

Somente com base numa leitura da cultura organizacional que supere esse viés do senso comum é que começamos a traçar a estratégia de formação, elaborando propostas formativas trabalhando com a concepção de Currículo Integrado. Com esta base, todos os processos formativos propostos resultaram da elaboração de diversas matrizes de currículo, realizada por meio de parcerias que enriqueciam nossa leitura da cultura organizacional, ampliava nossa visão sobre a natureza dos problemas vividos no cotidiano do trabalho dos diversos profissionais de saúde, centrado nas necessidades de aprendizagem dos profissionais.

Por fim, o passo seguinte completando e percorrendo um ciclo, é que elaboramos as estratégias de percurso formativo, centradas nos problemas de gestão. À medida que fomos avançando com a experiência, a partir das premissas aqui apresentadas, foi ficando claro para nós o caminho a ser percorrido, antes e depois, de cada curso acontecer. As propostas curriculares resultavam de uma visão sistêmica, com uma sólida leitura da cultura organizacional que nos permitia propor a matriz de cursos pertinentes e orgânicas na abordagem dos problemas de gestão de Caucaia. E assim foi ficando claro quais os contornos do desenho de um Programa de Educação Permanente em Saúde como um ciclo, que pode ser expresso, graficamente, conforme a figura abaixo:



Fonte: da autora.

Esse desenho foi sendo esboçado a partir da nossa experiência com a elaboração de um processo formativo para atender uma demanda relacionada as queixas no tocante a necessidade de humanização dos serviços. Esse processo formativo resultou no curso de “Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde”, cuja proposição, articula a EPS e a política de Humanização.

A partir desta experiência foi ficando cada vez mais claro pensar estratégias para atender outras demandas que eram desafio para gestão da saúde do município. O tema da Imunização, que hoje é uma preocupação nacional, foi uma temática cuja estratégia formativa também gerou um rico aprendizado. A leitura que fizemos sobre a natureza dos problemas que impedem de avançarmos na melhoria dos indicadores nos apontou a educação interprofissional como estratégia importante para abordarmos os problemas, resultando em um desenho singular, com resultados na melhoria de indicadores.

A gestão das UAPS também foi outro aspecto importante que tem resultado numa rica experiência com a gestão local. Destacamos ainda outra experiência relacionada à EPS com a decisão da gestão de colocar a rede de serviços em saúde como cenário de prática para formação de residentes, tanto de Medicina de Família e Comunidade, como da Residência Multiprofissional em suas três ênfases: saúde coletiva, saúde mental e saúde da família. Esse contexto também foi solo fértil para pensar a EPS em nível local e contribuir com esse desenho.

Nenhum processo de mudança se inicia sem um alavanque. A decisão política do gestor local de saúde, com seriedade e vontade de inovação, foi o alavanque que impulsionou a proposição e criação de processos formativos que efetivassem com seriedade a Política de EPS no âmbito local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPRA, F. **As Conexões Ocultas. Ciência par uma vida sustentável.** São Paulo: Cultrix, 2002.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. IN: 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: Ministério da Saúde, 2006.

DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p.39-58

MORIN, E. **O Método 1 - A natureza da natureza.** 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2003.

CAPÍTULO 4

A INTEGRAÇÃO ENSINO–SERVIÇO–COMUNIDADE NA PROPOSIÇÃO DE PROCESSOS FORMATIVOS ORGÂNICOS E SISTÊMICOS

Maria Idalice Silva Barbosa

O ciclo de experiências que vivenciado no direcionamento dado às demandas de formação encaminhadas ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), até serem elaboradas e executadas as estratégias formativas foi, gradativamente, dando-nos uma nitidez sobre os contornos do Desenho de um Programa de EPS voltado para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Ao longo deste trabalho, algumas ferramentas e recursos foram fundamentais para garantir processos formativos orgânicos e sistêmicos, que tocassem e abordassem os problemas cotidianos e pudessem colocar as práticas laborais como centro vivo de novas e significativas aprendizagens.

A visão sistêmica, ao nos ajudar a desvelar com mais profundidade a cultura organizacional compreendendo-a como um organismo vivo, colocava-nos diante de um cenário interessante, e nos trouxe uma demanda inédita: a proposição de itinerários formativos com proposição curricular que realmente tocasse os problemas da realidade.

Essa experiência nos mostrou que a modalidade da Educação Continuada, muitas vezes, apresenta-se como uma opção mais viável e factível que a EPS, porque os itinerários formativos, para efetivá-la, são mais disponíveis, porque são pacotes de cursos já prontos, e também, porque é vista de forma separada, ou mesmo antagônica, a EPS. O caminho pedagógico e metodológico baseado na EPS implica elaborar uma proposição curricular traçando competências,

disciplinas, objetivos de aprendizagem, carga horária, abordando temas que entrelacem os problemas cotidianos, cujos itinerários formativos não estão disponíveis, e precisam ser elaborados. Ao contrário dos cursos prontos que atualizam as competências exigidas nas práticas laborais, propor um processo formativo partindo das necessidades e problemas apresentados exige um conhecimento pedagógico específico, que implica em habilidade técnica e metodologia para elaborar currículos a partir de competências. Somado a isso, a questão da certificação e da legislação, que envolve processos formativos em seus diversos níveis, na proposição de cursos, delimitado por uma matriz curricular em acordo com o público específico e carga horária, são questões fundamentais para o sucesso de um programa de formação em EPS que precisavam ser equacionados.

Este era um desafio para o âmbito local que nos exigia encará-lo com apresentação de propostas curriculares com elenco de disciplinas e carga horária compatíveis em acordo com a legislação exigida pelo Conselho de Educação, para que pudéssemos certificar. Isso era importante porque a certificação apresentava-se para nós como condição de adesão e engajamento dos profissionais aos processos formativos.

Ao empreendermos esta tarefa, inaugurávamos uma ação importante que trazia vantagem, tanto para a gestão da saúde, tanto quando se propunha a abordar os problemas que emperravam a implantação de novos modelos de gestão, como também, para os profissionais, que podiam ser certificados com a conclusão de cursos com carga horária que contribuía para a progressão de carreira. Isso era ainda mais importante para os profissionais de nível médio e fundamental, que não tinham oportunidade de fazer cursos fora do horário do serviço, seja por falta de tempo, recurso, ou até mesmo, oferta escassa de tais cursos no mercado.

Procuramos trilhar um caminho para conciliar as demandas da gestão e as reivindicações dos usuários e trabalhadores da APS, para abordar e problematizar temas relevantes. Ao nosso ver este aspecto mostrou-se como um ponto nodal para viabilizar os processos

formativos, cuja resolução vai além de proposição de pacotes de cursos prontos, mediante investimentos financeiros e parceria com instituições de ensino. Tais questões, embora estejam relacionadas, vão além da precariedade de recursos, que ainda vivenciamos no Sistema Único de Saúde (SUS) em função de seu subfinanciamento em âmbito nacional.

Isso só foi possível em Caucaia porque a coordenação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde era feita por uma profissional que tinha esta habilidade, dispensando a gestão de contratar um profissional da área da pedagogia, com a qualificação necessária para elaboração de currículos. Isso poderia se transformar em um sério problema para gestão da saúde porque, geralmente, os profissionais com esta competência são do campo da pedagogia, e a contratação no setor da saúde ainda é algo problemático, por não encontrar justificativa, em função da departamentalização dos campos de saber, além disso a pedagogia e os pedagogos ainda são distantes dos processos de ensino da saúde.

Com a clareza sobre os problemas do cenário e o levantamento dos problemas vividos no cotidiano dos serviços, foi optado pelo trabalho com a ideia do Currículo Integrado, tal como é proposto por Davini (1983), a consultora da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) no tema da EPS, e nossa constante referência. Optamos por seguir essa proposição por se adequar bem ao nosso cenário, se encaixando-se com o trabalho sobre a “Leitura da Cultura Organizacional”, realizada a partir de conversas e entrevistas informais que foram empreendidas com os gestores e profissionais dos serviços.

A proposta de Currículo Integrado para Davini pretende oferecer subsídios para atender aos desafios de elaborar e propor currículos que integrem trabalho, ensino e comunidade. Ela define Currículo Integrado como “um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade”. (DAVINI, 1983, p. 284). Trata-se de uma opção educativa que busca articular ensino e prática profissional procurando avançar na construção de

soluções originais para diferentes situações, tendo como referência as características socioculturais do contexto em que os problemas ocorrem.

Trabalhar com a ideia de Currículo Integrado exigia-nos alguns cuidados em termos operativos, conforme já alertava Davini (1994). Era preciso ter em mente que o simples fato de aproximar ensino e trabalho em termos espaciais, não seria o suficiente para garantir, ipso facto, a sua integração, ou seja, o fato de fazer do ambiente de trabalho uma sala de aula, poderia não caracterizar esta integração, na prática.

Outro aspecto importante que exigiu atenção era não perder a criticidade, ao ser tomada a realidade do serviço como parâmetro de ensino. Era preciso construir propostas, reproduzindo assuntos que articulassem teoria e prática de forma orgânica, sem fragmentar a realidade. Era fundamental pensar estratégias metodológicas para trabalhar os temas e as situações com problemas articulados entre si, considerando a complexidade dos problemas vividos no contexto, sem cair no lugar comum do modelo escolar. Em outras palavras, era preciso considerar a realidade como produtora dos problemas, mas também, a reflexão sobre a prática como algo prenhe de soluções. É como dizia o mestre Paulo Freire em sua *Pedagogia da Autonomia*, “A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blablá e a prática, ativismo”. (FREIRE, 1996, p. 13). Era preciso empregar uma nova forma de compreender os problemas, não como algo separado das pessoas, ou como um erro, mas como uma oportunidade de refletir, valorizar o conhecimento que cada um trazia sobre a realidade vivida, para construir soluções de forma conjunta, tomando as pessoas como parte dos problemas, e também, de suas soluções. Elaborar uma proposta curricular com essa organicidade era para nós uma condição para alavancar mudanças na rotina de práticas em saúde dos serviços, tarefa extremamente exigente e escorregadia. Fizemos isto percorrendo o ciclo que explicitamos anteriormente no Desenho para o Programa de EPS.

Para propor os cursos articulados de forma sistêmica entre si e com uma organicidade com as práticas laborais e demandas da gestão em saúde, duas referências foram fundamentais. A ideia de Currículo Integrado inspirando-se nas proposições de Davini (1994), e o Método de Planejamento Participativo, proposto por Danilo Gandin (1994), que traz o método científico da pesquisa-ação como modelo para resolução de problemas. As proposições de Davini inspiraram na organização dos procedimentos para elaboração das matrizes dos currículos integrando ensino, serviço e comunidade. Trabalhar com a pesquisa-ação foi fundamental para dar organicidade aos processos formativos, fortalecendo a integração teoria-prática por meio da construção de conhecimentos a partir da realidade local.

Uma boa proposta curricular, segundo Davini, deve atender aos requisitos mínimos fixados pelos Conselhos de Educação, deve ser flexível para adaptar-se aos diversos contextos organizacionais e, sobretudo, ser passível de modificações constantes, embasadas de avaliações com base nas experiências. Inspirados nas concepções de Currículo Integrado e do Planejamento Participativo, foram sistematizados alguns passos que ajudaram na elaboração dos cursos, conforme apresentados a seguir:

O passo inicial era delimitar um perfil profissional, com as devidas competências a serem adquiridas a partir da formação pelas categorias envolvidas nos processos de ensino aprendizagem. Este perfil para nós deveria ter competências específicas da categoria profissional, e também, competências gerais, que tocassem o campo da saúde e da APS do SUS. Para nós o perfil deveria incluir, tanto as atribuições legitimadas pela prática profissional da categoria, como as atribuições desejáveis, em condições de serem incorporadas e aceitas. Era preciso, portanto, levar em conta a aquisição de competências que já estão, como as que deveriam ser incorporadas, uma vez que as práticas laborais, comumente, são distantes das necessidades dos serviços. Era preciso, portanto, pensar competências comuns às diversas categorias que atuam na APS, articulando competências específicas de acordo com sua

função, relacionando ao tema abordado. Além disso, era preciso discernir na proposição de competências e abrir mão daquelas que, mesmo sendo desejáveis, não poderiam ser incorporadas, porque os serviços ainda não dispõem de condições organizacionais para fazê-las. Assim, por exemplo, não adiantava propor disciplinas que se proponham incorporar o uso de sistemas digitais, se no cotidiano das organizações as UAPS ainda não têm internet e nem todos os profissionais dispõem de computador. Tais competências eram para nós demanda dos trabalhadores e desejáveis por todos, mas inviáveis para o momento representando desperdício de tempo, uma vez que, quando aprendemos algo que não é possível colocar em prática, logo esquecemos.

Ao desenhar um perfil profissional com um rol de competências que resulte em aprendizagem significativa e orgânica com impacto na modificação dos serviços, era fundamental para nós conhecermos as características dos profissionais, levando em conta sua estrutura social, a localização social da profissão, bem como, valores, costumes, e o grau de escolaridade dos profissionais a serem inclusos na formação. O perfil desejado precisava ser organicamente vinculado à prática laboral do contexto em que se insere os trabalhadores, levando em conta suas experiências educacionais e profissionais. Assim, por exemplo, incluir o tema Princípios e Diretrizes do SUS, bem como, seu funcionamento em rede, era indispensável, mesmo que os problemas não apontassem claramente essa necessidade. Era um tema necessário por nós percebido em função das conversas e entrevistas com os profissionais da ponta, por ocasião da leitura da cultura organizacional que empreendíamos, no nosso ciclo de proposição de formações para os trabalhadores, quando nos damos conta que alguns profissionais do nível médio que atuavam na APS não sabiam o que significava a sigla SUS.

Após termos clareza deste perfil, o passo seguinte era organizar uma classificação de modo a nos permitir obter um conjunto de competências ordenadas, a partir do qual pudessemos propor disciplinas com conteúdo que abordem os temas oriundos das necessidades percebidas na prática. Este era um passo importante

porque as competências traçadas deveriam ser de interesse, tanto da gestão, como dos profissionais convidados.

O terceiro passo desta trilha consistia em elaborar objetivos de aprendizagens a partir dos quais podia-se traçar um caminho metodológico para organizar os processos de aprendizagem e desenvolvimento com itinerário formativo. Este trabalho era sistematizado em forma de Manuais do Curso, um documento que contém o objetivo geral da formação, a proposta de matriz curricular, as competências a serem incorporadas, as disciplinas com seus objetivos de aprendizagem, e o fio condutor de problematização com potencial para gerar reflexão sobre o tema e inspirar mudanças na rotina laboral da categoria.

Como estratégia pedagógica coerente com este modo de fazer propomos, em todos os processos formativos, uma carga horária envolvendo Encontros Presenciais, em que foram abordados assuntos relacionados aos problemas práticos dos territórios, problematizando e ampliando a visão dos problemas, somado com uma carga horária dedicada às Atividades de Prática Profissional, a serem experimentadas pelos profissionais, de maneira a implementar, gradualmente, novos processos de trabalho, contemplando os aspectos técnicos e humanos do fazer em saúde. Isso era feito utilizando a pesquisa-ação que nos subsidiava na elaboração dos Manuais dos cursos dando organicidade e respostas aos problemas que os profissionais nos traziam para sala de aula, construindo soluções com as contribuições e vivências. Era assim que as aulas propostas integravam ao serviço e à comunidade e aos poucos engajavam e envolviam os profissionais, comprometendo-os com as mudanças possíveis de acordo com o cenário de cada território. É comum a atitude gerencial, ao propor processos formativos, não buscar fazer avaliações que expressem uma memória institucional capaz de absorver a experiência identificando seus erros e acertos, obstáculos e resultados, funcionando e construindo uma base para futuras proposições. (DAVINI, 2006). Esse é o grande equívoco, que embora seja ressaltado por Davini, as proposições de EPS costumam ignorar solenemente.

A pesquisa-ação funcionava como uma estratégia metodológica que nos permitia dialogar com os profissionais sobre os problemas identificando o que já foi feito, o que não deu certo, o que poderia ter sido diferente. Todas estas perguntas eram respondidas por todos os profissionais de todos os territórios, durante o processo formativo em que estavam inseridas. As respostas eram compiladas e sistematizadas, para novamente, serem compartilhadas nos encontros seguintes, e então, propor soluções considerando as experiências de todo o grupo. A partir desta riqueza de trocas é que o trabalho prosseguia nos permitindo influir de forma respeitosa e positiva na cultura organizacional de cada UAPS para ir solidificando uma aprendizagem coletiva, a partir da aprendizagem individual.

Esta experiência sempre surpreendia e as mudanças eram visíveis nas atitudes das pessoas, que mesmo em face das restrições que a realidade nos impunha, assumiam uma postura de solidariedade e colaboração entre si. Os princípios e diretrizes do SUS começavam a fazer sentido e integrando a cultura organizacional por meio de uma nova postura de maior implicação em relação aos serviços de saúde. Pode-se concluir com esta experiência que elaborar e propor matriz curricular com itinerários formativos para serem certificados pode ser algo orgânico e integra modelos de formação adaptando EPS e EC de forma sistêmica. Para isso foi traçado um caminho de parceria para o desenho de cada matriz curricular em que os profissionais que integravam os serviços contribuía com os conteúdos e na elaboração de competências e objetivos de aprendizagem que se articulavam organicamente com as necessidades dos serviços com a vantagem da certificação que a educação continuada permite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DAVINI, M. C. **Currículo Integrado**, 1983. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T8.pdf 1983. Acesso em: 25/09/2019

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. IN: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DAVINI, M. C. **Bases Metodológicas para la Educación Permanente del personal de salud**. Washington: OPAS,1989.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GANDIN, D. **A Prática do Planejamento Participativo**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

CAPÍTULO 5

O MÉTODO INTEGRATIVO BIOCÊNTRICO COMO CAMINHO PARA UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Maria Idalice Silva Barbosa
Maria Teresa Queiros dos Santos

Demandas direcionadas à Educação Permanente em Saúde podem e devem ir além de encontros curtos ou oficinas para problematização em rodas de conversas. Precisamos abraçar processos formativos com itinerários que dê tempo para gerar aprendizagens individuais e coletivas, e instaurar mudanças na cultura organizacional. Precisamos abraçar processos formativos que criem uma ambiência de aprendizagem constante entre os profissionais gerando relação de troca positivas entre gestão e profissionais e impacto nas práticas de saúde.

Em função disso é que dedicamos tempo para trabalhar na proposição de matrizes curriculares para os processos formativos firmando parcerias com diversos profissionais que integravam diferentes setores da APS do SUS para colaborar com os conteúdos específicos. Colocar as formações em prática nos exigia superar outros desafios, entre eles formar uma equipe de facilitadores e contar com um método capaz de sensibilizar e mobilizar os trabalhadores para pensar soluções para os problemas identificados, implicando e engajando nas soluções.

O cotidiano de trabalho em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde, inserida em contextos comunitários apresenta problemas, cuja solução não se encontra em livros ou protocolos, mas se insere em zonas complexas que envolve aspectos sociais,

culturais, econômicos, epidemiológicos e laborais próprios de cada território. Logo, a problematização da realidade para qualificação do cuidado em saúde na APS precisa levantar questões peculiares aos seus contextos de origem, de modo a conduzir o grupo para construção de coletivas próprias. Em função disto, todos os itinerários formativos que propusemos não traziam soluções de soluções prévias ou quaisquer imposições de um determinado modo de fazer ou agir para os profissionais. As soluções eram construídas de modo orgânico, durante o próprio processo formativo. O caminho para isso era sempre de introduzir a pesquisa-ação como caminho metodológico da problematização, de modo a termos uma leitura aprofundada da realidade que permita ao grupo construir soluções em parceria engajando-se nas soluções.

Adotamos para isso uma metodologia oriunda da Educação Biocêntrica que, em sua epistemologia, tem uma visão integral do sujeito e propõe processos de aprendizagem e desenvolvimento referenciados na Educação Biocêntrica. Elaboramos todos os Manuais de Curso utilizando o Método Integrativo Biocêntrico. Todas as técnicas e atividades propostas têm o potencial de promover não apenas um aprendizado técnico, mas o desenvolvimento da Inteligência Afetiva como condição de gerar engajamento e compromisso com as mudanças pretendidas. Trata-se de uma proposta pedagógica que funciona como portal para a Inteligência Afetiva. Todas as técnicas e atividades propostas tem o potencial de promover não apenas um aprendizado técnico, mas o desenvolvimento da Inteligência Afetiva como condição de gerar engajamento e compromisso com as mudanças pretendidas.

Educar para a vida é preocupação central da Educação Biocêntrica. Segundo Cavalcante e Góis (2015), que são referências nesta área de saber, fortalecer a potência de vida, impulsiona o movimento expressivo dos sujeitos que se sentem mais capazes de se perceber como parte implicada e responsável nos coletivos que são integrantes. Educar para a vida, na visão dos autores, é um caminho amoroso de aprendizagem-desenvolvimento “significa estar atento à possibilidade de que se está gestando o humano e a Cultura

Biocêntrica por meio de processos educativos que intensificam de forma individual e coletiva a presença, a inteligência afetiva e o conhecimento complexo”. (CAVALCANTE; GÓIS; 2015, p. 63).

O “educar para a vida” na Educação Biocêntrica é algo que vai além de uma força de expressão porque se fundamenta no Paradigma Biocêntrico, radicalizando a vida como centro de percepção de si mesmo e do estar no mundo. Os processos educativos, em sua hegemonia, ainda se fundamentam numa visão antropocêntrica quando se propõem a viver melhor, reduzindo o melhor ao material, quando privilegia a racionalidade instrumental, técnica, a competição e o consumismo, que enxerga o mundo constituído de objetos úteis reforçando a supremacia de alguns indivíduos sobre outros, e sobre a natureza.

A Educação Biocêntrica, ao radicalizar o educar para a vida, se afasta de processos educativos que lidam com o intelecto humano de forma fragmentada, linear, hierarquizada e causalista, que privilegia formas de avaliação e controle do aprendizado em detrimento das formas de vinculação da pessoa com ela mesma, com os outros e a com a natureza. Como questionam os autores “onde estaria o ‘viver melhor’ na cultura antropocêntrica se o vínculo não é prioridade, por mais que se fale de valores humanos, de avanços tecnológicos, de aumento da expectativa de vida e de democracia?” (CAVALCANTE; GÓIS, 2015, p. 65).

A Educação Biocêntrica reconhece que o processo de aprendizagem e desenvolvimento envolve o ser humano de forma integral, e assinala que tal processo se inter-relaciona e se singulariza em cada pessoa. Há um olhar especial e sensível para o modo como se dá a articulação do individual e do coletivo. Os processos de educação são todos voltados para vida e organizados de modo a gerar uma permanente criação e recriação do conhecimento, e também da existência humana. Os processos educativos biocêntricos, conforme apresentam autores, têm a finalidade de favorecer o ato de vivenciar-pensar e o ato de aceitar as pessoas e os grupos em suas realidades, em suas possibilidades, sensibilidades e capacidades de interação, convivência e aprendizagem; estimular a potência de vida, a arte,

a inteligência afetiva, a construção de conhecimentos e sentidos, a identidade pessoa e a expansão da consciência. (CAVALCANTE; GÓIS, 2015, p. 75).

Na Educação Biocêntrica, toda a condução dos processos educativos e do ato de aprender fundamentam-se em 3 questões: o que é importante aprender; o como aprender; e o sentido do aprendido para nossa existência (individual e coletiva). Implica construir processos educativos em que o ser humano possa aprender se desenvolvendo em sua humanidade, em coexistência com os outros, ou seja, não reduzimos processos educativos à explicação e controle sobre o mundo e seus objetos. A prioridade é aprender a pensar de forma complexa, fortalecer vínculos e tecer práticas de modo ético e solidário. O ato de conhecer para Educação Biocêntrica implica, portanto, elaborar processos educativos que proporcionem a construção de sentidos pessoais e coletivos, que resultem na harmonização das emoções e sentimentos, aprender por meio de uma sensível e afetiva relação com o outro, numa comunicação alegre firme, espontânea dialógica, capaz de encantar-se consigo e com o outro. O ato de aprender, portanto, vai além do instrumental e precisa da mediação e da interação com o outro por meio do fortalecimento dos vínculos, construindo um sentido capaz de despertar a consciência pessoal e coletiva na construção de um mundo melhor para todos.

Essas concepções sobre o aprender da Educação Biocêntrica deram firmeza para trabalhar na elaboração de processos educativos apropriados para o mundo adulto, se afastando do modelo escolar e das concepções bancárias, centradas no repasse de informações. Foram ideias fundamentais para colocar o trabalho como parte do processo de aprender inter-relacionado ao contexto das práticas laborais, com capacidade de influenciar positivamente nas mudanças organizacionais que são almejadas.

O Método Integrativo Biocêntrico nos permitiu operacionalizar a EPS de modo a gerar processos de aprendizagem e fortalecer vínculos entre as pessoas e estreitar os laços entre os profissionais e a população que cuida. É um método que busca facilitar processo

de aprendizagem, integrando em um fio condutor pedagógico, o diálogo, a vivência, a reflexão e a ação, formando um todo gerador que articula a aprendizagem individual e coletiva.

Para isso, organiza os processos criando uma ambiência de aprendizagem, tomando como aspecto central o contexto de sua aplicação, criando situações interativas em que o vínculo entre as pessoas possa ser fortalecido, dando sentido para uma ação e superando o reducionismo instrumental. O cuidado com o espaço físico, a amorosidade na condução adquire expressividade por meio rituais de vínculo, em que a arte, a ciência e o amor se integram para favorecer a construção do conhecimento.

O Método Integrativo Biocêntrico, por ser dialógico, vivencial, reflexivo e ativo no mundo, recorre às capacidades humanas para além da racionalidade para propor e construir o que chamamos de vivência pedagógica, que inclui a criatividade, a intuição e a imaginação. Reconhecemos os problemas vividos no cotidiano da APS do SUS em sua complexidade, radicados em uma zona de alta interatividade, cuja abordagem requer o uso de uma racionalidade que integre a imaginação e a intuição na busca criativa de soluções. Segundo Cavalcante e Góis (2015) a vivência pedagógica acontece a partir da criação de uma ambiência de aprendizagem-desenvolvimento reconhecendo que o espaço social é na verdade psicossocial, e por isso, deve ser cuidado de maneira que seja acolhedor, descontraído, alegre, confortável e que proporcione as pessoas um bem-estar, segurança e vontade de estarem juntos e atuarem em colaboração.

Como estratégia para formar os trabalhadores da APS, precisávamos de uma equipe de facilitadores de EPS que pudesse operar o método integrativo Biocêntrico. Capacitar um grupo com essa expertise leva tempo. Mas podemos resolver esse problema, em parte, ofertando uma formação de facilitadores com a elaboração e proposição do uso de Manuais com atividades pedagógicas que servissem de Guia para a condução adequada do método integrativo biocêntrico.

Cada Manual era elaborado de maneira a orientar a condução do processo de aprendizagem-desenvolvimento com a criação de uma ambiência de aprendizagem em ciclos de diálogo que problematiza o modo como o tema em questão está sendo operacionalizado nas práticas de saúde, isto é, indaga sobre o que pode ser melhor, o que impossibilita os avanços e o que podemos fazer, de forma individual e coletiva, para modificar a realidade vivida para melhor; propomos ciclos de diálogos em que a avaliação sobre a própria prática nos permitia avançar valorizando a contribuição de cada um na solução dos problemas, que são de todos.

Elaborar os Manuais foi um passo imprescindível para gerar segurança e uma boa condução para nossa equipe de facilitadores das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Os processos educativos, apesar de serem cobrados nas práticas pelos profissionais da saúde que atuam na APS, é um tema que não consta em seus processos formativos no nível de graduação. Muitos se interessam em ser facilitadores, mas nunca tinham dado aulas, ou não sabiam usar metodologias ativas. Os Manuais funcionavam, então, como um fio de Ariadne que ajudavam cada um na condução dos processos de aprendizagem desenvolvimento propostos, tendo como base o método integrativo biocêntrico.

Foi a partir do desafio da PNEPS de romper com a lógica que adquire produtos e serviços educacionais por meio da oferta de pacotes prontos de cursos, e defende o trabalho como centro privilegiado da aprendizagem, que deve acontecer no cotidiano de trabalho das organizações, a partir do conhecimento e das experiências das pessoas, tornando a aprendizagem significativa, como condição para incorporação do aprendizado no cotidiano dos serviços, que sistematizamos esta proposta metodológica. Apresentada inicialmente para ser utilizada no Curso Técnico de Agente de Saúde, sua proposta metodológica foi fundamental para o Programa de EPS que estava sendo construído em Caucaia. A seguir apresentamos os fundamentos da metodologia dos três diálogos fundamentada na Educação Biocêntrica e nos conceitos basilares da EPS: a problematização e a aprendizagem significativa.

A aprendizagem significativa e a Problematização

Os nossos modos de viver, de trabalhar e de estabelecer relações com o outro produzem nossos modos de sentir, falar, agir e estar na vida, no trabalho e nas relações. Assim, a aprendizagem para ser significativa deve estar relacionada à experiência socioafetiva que a pessoa vive. Isto permite ampliar a compreensão sobre a realidade e mobilizar a solução de problemas identificados no cotidiano. No contexto do trabalho em saúde a aprendizagem significativa qualifica a prática e mobiliza para a solução de problemas nas situações de trabalho.

A organização dos processos de trabalho em saúde na APS requer inovação e criatividade para lidar com as necessidades de saúde da população que nem sempre são as doenças. Atuar como profissional na atenção básica do SUS se torna um desafio no sentido da criatividade, porque não permite ficar restrita a seguir protocolos rígidos em saúde, mas exige incluir processos de trabalho que abordem problemas para os quais ainda não se tem soluções. Requer, portanto, ousadia, criação e trabalho interdisciplinar em equipe. É como diz o educador Ruben Alves: “pessoas que sabem as soluções já dadas são mendigos permanentes. Pessoas que aprendem a inventar soluções novas são aquelas que abrem portas até então fechadas e descobrem novas trilhas. A questão não é saber uma solução já dada, mas ser capaz de aprender maneiras novas de sobreviver”.

Atualmente a problematização é uma metodologia já bem difundida e aceita no âmbito da saúde. Há um consenso geral que reconhece os limites e a ineficácia da concepção tradicional como geradora de mudanças nas práticas profissionais. Nas últimas décadas, diversos autores têm concentrado seus esforços em estudos e pesquisas no sentido de revisar e propor processos educativos mais comprometidos com a transformação das práticas.

Hoje a aposta da educação profissional em saúde coloca o processo de trabalho como centro privilegiado de aprendizagem no sentido de manter seus profissionais capacitados e atualizados para o enfrentamento das mudanças, em face da constante evolução tecnológica e científica.

A problematização da realidade como caminho metodológico tem suas raízes na concepção freiriana de educação emancipatória em contraposição a concepção bancária, centrada na transmissão de conhecimento/conteúdos sem provocar questionamentos. Não há educação sem o fomento de uma postura crítico-reflexiva por parte dos educandos que os capacitem para, não apenas propor soluções para os problemas vividos cotidianamente, mas para que se reconheçam com capacidade, e se autorizem para se tornar um agente transformador das suas próprias práticas.

A escolha do processo de trabalho como centro privilegiado da aprendizagem exige mudança de enfoque nas estratégias pedagógicas, e não é meramente questão valorativa. Segundo Davini (1989) é em função da constatação de que o cotidiano de trabalho é realmente o ambiente onde se consolidam os comportamentos e as formas de atuação profissional, sejam individuais e/ou coletivas, que se justifica tal proposição.

A questão central, no entanto, é como problematizamos as práticas no sentido de gerar uma aprendizagem significativa com potencial de criar soluções para os problemas que se apresentam hoje no cotidiano de trabalho do setor saúde. É comum pensarmos que problematizar as práticas consiste, pura e simplesmente, em levantar uma série de problemas sobre um determinado assunto sem compromisso com a construção de soluções. Todavia, sabemos que os problemas que enfrentamos são de natureza complexa e de difícil solução, e o processo de levantar questões sem apontar a direção de construir soluções acaba por gerar um mal-estar e um sentimento de impotência nas pessoas, até porque na APS não temos protocolos e receitas prontas para maioria dos casos.

Outro caminho bastante comum no uso da problematização como metodologia de ensino aprendizagem é percorrer um caminho para chegar a soluções que de antemão, já possuem soluções previamente pensadas. É o que propõe a Aprendizagem Baseada em Problemas, que a partir de um encadeamento linear de passos com perguntas organizadas, direciona os alunos para uma determinada linha de raciocínio. É uma metodologia importante que gera um

rico aprendizado. Contudo, na prática cotidiano da APS do SUS, por exemplo, os problemas enfrentados não são passíveis de soluções prévias. Quando lidamos com uma racionalidade para resolver problemas técnicos que precisam de uma solução específica, como por exemplo, aprender a ler um exame, para propor um diagnóstico, a Aprendizagem Baseada em Problemas é bem adequada. Mas quando lidamos com problemas que envolvem decisões de cunho ético, relacional, que exigem postura de liderança e proposições de estratégias de gestão, ela não se torna adequada. É preciso contar com outros recursos e ampliar a percepção sobre a natureza do que consideramos problema.

A palavra problema tem uma carga negativa e a nossa tendência é fugir deles e encará-los com algum acontecimento independente de nós, algo que deu errado na realidade, e nada temos a ver com isso. Geralmente o problema carrega em si conflitos, desconfortos emocionais e mostra as imperfeições e erros, aos quais não gostamos de encarar.

Na problematização compreendemos por problemas alguma situação geradora de insatisfação nas pessoas por algo que não vai bem e que poderia ser diferente, e haveria outras maneiras de fazer melhor. Nesta perspectiva o problema aqui é encarado como oportunidade para enxergarmos alternativas novas, e abrem possibilidades para que possamos agir e sentir diferente. Além disso, sempre implica aqui em mudança externa e interna para as pessoas que estão incomodadas e/ou insatisfeitas com a situação. Por isso, uma situação problema sempre traz oportunidade de aprendizagem e de sermos melhores como humanos.

Encarar as coisas dessa forma modifica a postura comum de sempre que nos deparamos com o quê julgamos ser um problema, normalmente, encerramos a conversa. “Ah! Isso aí é um problema”. São posturas que revelam uma não implicação com os acontecimentos um “se pôr de fora” que se desresponsabiliza ao invés de buscar e propor soluções. Outra coisa muito diferente é encarar o problema como ponto de partida para uma conversa, para a busca de solucionar e aprender diante dos acontecimentos e situações que nos causam mal-estar e insatisfação.

Como sabemos, não há solução única para os problemas, tampouco fáceis, por mais simples que, aparentemente, possam parecer. Por exemplo, em um Centro de Saúde em que os Cadastros não estão atualizados pode ser apresentada como justificativa a falta de material, de equipamentos de informática, a agenda lotada, falta de pessoal. Na realidade o problema não se justifica com apenas uma causalidade. Outro exemplo simples é quando uma criança que chega à unidade de saúde com um quadro repetido de diarreia durante o percurso de um longo tempo, e o serviço sempre resolve o problema com a reposição de líquidos, na verdade, trata-se de um problema complexo, cuja resolução não soluciona o problema.

A racionalidade técnica que aposta na previsibilidade e acredita que os profissionais solucionam seus problemas recorrendo a recursos técnicos científicos, e que há apenas uma forma correta de resolução para cada tipo de problema, acaba sendo uma visão reducionista da realidade. Os problemas que enfrentamos no dia a dia têm diversas faces, em especial, quando pensamos os problemas próprios da Atenção Primária à Saúde, pois implicam em mudança no sistema de crenças, valores e comportamentos.

Os problemas são complexos e exigem um pensar complexo. A solução de tais problemas não se encontra somente nos livros e esperam por saídas. São problemas implicados em um contexto específico que o gera. Assim, por exemplo, a solução para manter os cadastros atualizados em uma unidade não serve de modelo para outra, cujo contexto que gerou o mesmo problema é outro. Solucioná-los exige tempo de reflexão, tanto individual como coletiva. E não só isso, implica também, novas perspectivas de ver, sentir e perceber os problemas.

Todo problema exige soluções contextualizadas, ou seja, saídas apropriadas para o ambiente que gerou o problema. Criar soluções novas e contextualizadas de forma coletiva é uma tarefa com alto grau de exigência, uma tarefa delicada e complexa. Todavia é bom lembrar que complexo não é sinônimo de complicado ou difícil, como comumente traduzimos. Complexo, de acordo com a raiz da palavra significa “aquilo que está tecido junto”, a complexidade é um

fato da vida, todas as coisas têm uma interligação, e simplificar, nos leva a soluções reducionistas.

É na perspectiva do pensar complexo, na busca de soluções para problemas também complexos que nos afligem no dia a dia que propomos construir um fio condutor para problematizar a realidade por meio do Diálogo.

A Educação Permanente em Saúde baseada na problematização da realidade deve se estruturar como uma estratégia de mudança individual e coletiva e, para isso, deve operar na complexidade dos comportamentos e suas múltiplas determinantes, como sugere Davini. (1989). Como foi dito, é comum confundir a metodologia da problematização com a proposta metodológica da “Solução de Problema”. Esta perspectiva, é bom esclarecer, opera com a análise de problemas dividindo-a linearmente, em momentos, amparados em uma racionalidade técnica. Já a problematização da realidade que propomos aqui condiciona a solução dos problemas à transformação dos comportamentos das pessoas e das organizações, em função da tomada de consciência dos sujeitos que se reconhecem, ao mesmo tempo, como parte do problema, e também, de sua solução.

Para problematizar a realidade em termos da complexidade dos problemas propomos o Diálogo. Talvez possa parecer absurdo que problemas complexos se resolvam com simples diálogo. Normalmente tendemos a confundir uma conversa qualquer com o diálogo. A comunicação por meio da linguagem está presente de diversas formas no nosso cotidiano. Atualmente, a comunicação entre as pessoas passa por uma revolução tecnológica. Nunca estivemos tão próximos, e também tão distantes uns dos outros, como humanos. A proposta aqui é tornar o diálogo um poderoso aliado para busca de soluções dos nossos problemas diários.

De que Diálogo estamos falando?

Primeiramente Dialogar não é jogar conversa fora, “conversar fiado” como dizem, falar por falar qualquer, sem pensar! Também não é trocar informações ou repassar ideias. Não é qualquer conversa que

podemos qualificar como um diálogo. Dialogar requer aprendizado árduo, requer ver o outro, a si, e a realidade que vivemos movido por um desejo de compreensão e transformação, requer condução e facilitação. Falamos de compreensão e transformação no sentido amplo que envolve a compreensão de si, do outro e do mundo, de maneira interligada, sabendo que a transformação implica mudança nestes três polos.

Nesta perspectiva é que a característica central de um diálogo é criar algo novo junto com o(s)outro(s). Recorremos à conceituação do físico David Bohm para compreender mais profundamente o que seja o diálogo. Bohm (2005, p.29) define diálogo da seguinte forma: Processo de vai e vem, com emergência contínua de novos conteúdos que são comuns... aos participantes. (...) num diálogo cada pessoa não tenta tornar comuns certas ideias ou fragmentos de informação por ela já sabidos. Em vez disso, pode-se dizer que os interlocutores estão fazendo algo em comum, isto é, criando juntos alguma coisa.

É claro que o diálogo só poderá resultar na criação de algo novo se, e somente se, as pessoas forem capazes de ouvir livremente os outros, conforme argumenta o autor. No caso aqui, livre significa livrar-se do automatismo estímulo-resposta presente em nossas conversas cotidianas que impossibilitam o diálogo.

Dialogar para criar algo novo, como por exemplo, elaborar soluções para os problemas de forma coletiva, fica condicionado a ouvir sem tentar manipular, livre de preconceitos, sem tentar fazer prevalecer algum ponto de vista ou influenciar-se mutuamente. O interesse deve se voltar para a verdade e a coerência. Se as pessoas desejam cooperar, trabalharem juntas para encontrar soluções para os problemas que as afligem, precisam se tornar capazes de trabalhar juntas em prol de algo em comum.

Criar algo novo em comum por meio do diálogo, explica Bohm, é criar algo único, que surge na conversa e nas ações a partir de um movimento criativo no qual ninguém adere, em definitivo, às suas próprias ideias, tampouco, as defendem de forma radical. Reconhecemos que isso não é algo fácil, mas não impossível, e uma vez instalado, é motivo de grande sucesso e júbilo pelo grupo que assim procede.

A principal dificuldade para isso é que estamos dispostos a ver defeitos sempre, e somente, no outro, e nunca, ou quase nunca, em nós. A descentração cognitiva e afetiva, ou seja, a capacidade de sair de sua perspectiva de visão para enxergar a do outro, é algo que exige maturação cognitiva e emocional. É o exercício da empatia, de se colocar no lugar do outro, para tentar enxergar outra perspectiva de visão, que nos ajuda nesse processo de amadurecimento, indispensável para boa convivência humana. Há bloqueios em nós mesmos para os quais devemos, sensivelmente, estarmos atentos, e ultrapassar. Se nos alertarmos, por exemplo, para as sensações fugazes de medo e de prazer no processo de fluir na conversa com os outros, podemos ser capazes de compreender quando, de fato, estamos dialogando ou quando estamos, tão somente, defendendo nossas próprias ideias, enquanto supomos, equivocadamente, estar escutando o outro. Se cada um puder ficar realmente atento quando está bloqueando a comunicação, sem se desprender do conteúdo do assunto em questão, será capaz de contribuir para criar alguma coisa nova, participando de um diálogo.

Em um diálogo em grupo criamos uma corrente de significados que funciona como uma “cola” que gruda a todos na mesma direção, construindo um fluxo de ideias de onde possa emergir soluções. Isso é diferente de discutir um assunto, como comumente estamos acostumados, explica David Bohm. A palavra discussão tem a mesma raiz que percussão que significa quebrar, fragmentar. Numa discussão cada pessoa apresenta seu ponto de vista, diferente dos demais, e todos analisam, estilhaçam. Claro que essa forma de conversar tem seu valor, mas tem alcance limitado, e não leva o grupo muito longe em termos de solução de problemas. A discussão é um jogo. É como um jogo de pingue-pong em que o objetivo é lançar ideias e somar pontos para cada um, individualmente. Nas discussões você pode concordar, discordar e, até mesmo, aproveitar ideias de um ou de outro para defender seus pontos de vista, porém o ponto fundamental da discussão é ver quem ganha o debate. No diálogo, ao contrário, não há vencedores, tampouco perdedores, é um jogo de ganha-ganha. “O diálogo é mais uma participação, na

qual não jogamos uns contra os outros, mas com cada um deles, no diálogo todos vencem”, diz Bohm. Para ele o grande propósito do diálogo é percorrer todo o processo de pensar e mudar os padrões de como conversamos coletivamente. (BOHM, 2005).

Além disso, não é somente por meio da linguagem que dialogamos. Rolando Toro (2012), um cientista e poeta, que nos apresenta a Inteligência Afetiva, diz que o diálogo entre as pessoas não é composto somente pela linguagem falada, mas envolve gestos, olhares e posturas corporais em seus níveis de tensão e relaxamento. Há, portanto, uma comunicação profunda que acontece pelo olhar, pelos gestos de acolhimento ou rechaço uns dos outros, pelas mensagens que transmitimos nos silêncios, na expressão facial que podem gerar aproximação ou distanciamentos, que nem sempre chega na consciência.

A problematização se baseia no diálogo neste sentido amplo da comunicação humana. Sem logarmos aprender a dialogar não problematizamos a realidade, tampouco, construímos soluções novas e factíveis. A problematização da realidade, primeiramente, consiste em se perceber como parte do contexto, do ambiente que gerou o problema. Ora, é comum para o pensamento linear, simplificador, pensar que os problemas são parte da realidade existente independente de como penso, sinto e creio, e a solução está dada em algum livro, que basta aplica-la acompanhada de determinados comportamentos protocolares e, pronto, a solução está dada. Essa maneira de resolver problemas recorrendo, tão somente, a um tipo de racionalidade técnica normativa, simplesmente, não funciona no cotidiano da vida real.

Um dos aspectos que colabora para essa simplificação reducionista é achar que nós não fazemos parte do problema, não o criamos, e que existem independente de nós. Os problemas não existem na realidade de forma independente, esperando uma única solução probabilística ajustada à racionalidade técnica, somos causa e solução dos problemas que enfrentamos. Ora, um problema só é problema se assim os sujeitos o consideram como tal.

Perceber alguma situação problemática pressupõe, primeiramente, se perceber como parte dela e sentir-se incomodado. Implica não só se saber parte do problema, mas também, parte da solução. Eis a primeira premissa para o Diálogo!

Uma vez que todos se percebem implicados nos problemas, é necessário fazer alguns ajustes no padrão de pensamento do grupo. Construimos diversos padrões mentais que estão presentes em nosso modo de ser e agir no mundo que funcionam como obstáculo para o diálogo e como alavanca para discussões improdutivas. Um aspecto que colabora em muito para manter as situações problemas do dia adia é o que o psicólogo Humberto Mariotti (2002) chama de Distorções Cognitivas, estritamente ligadas a um padrão linear de pensar. Com base nelas apresentamos a seguir alguns aspectos das distorções cognitivas que impossibilitam o dialogar.

- **Pensamento Tudo ou Nada:** é quando cabe o velho ditado: “quando não é 8 é 80”. O nosso perfeccionismo e o nosso narcisismo estão na base desse modo de pensar. Estamos sempre com medo de errar e falhar, sobretudo, encarar os erros. Isso se torna ainda mais doloroso no âmbito da saúde, cujos problemas exigem soluções de vida e morte. Aqui há uma total negação do meio termo, da ponderação. Isso tem a ver com a nossa tendência supersticiosa de crer que se algo não vai bem, assim se perpetuará não importando o que façamos. Tendemos a crer que nossos defeitos tendem a ser cada vez maiores, que se não compreendemos algo de pronto nunca seremos capazes de compreender, e assim por diante. Nossas imperfeições só nos levarão a sermos cada vez mais imperfeitos, infelizes e desgraçados. Sempre colocarmos uma lente de aumento nos nossos defeitos, erros, medos e fracassos, e com isso, não vemos, tampouco reconhecemos, nossos acertos, qualidades e pontos fortes.
- **Desqualificação do Positivo:** geralmente só enxergamos o lado negativo das coisas e escolhemos apenas um ângulo para analisar as situações problema, e vemos somente o que falta. E pior, acreditamos firmemente que só existe esse ângulo para encarar a questão. Tendemos a transformar qualquer experiência, mesmo que seja neutra, em algo negativo e reforçar isso. Com essa forma de ver

colecionamos diversos rótulos com base em imagens negativas que temos sobre nós, sobre as situações que vivemos e os grupos de que somos parte. “Ah! Daqui não sai nada de bom!”

- **Rotulagem:** colecionamos diversos rótulos com base nas imagens negativas que temos de nós mesmos, do outro, ou da coletividade que somos parte. “Comigo nada dá certo!” “Eu não tenho mais idade para aprender, eu tô velha pra isso!”. “Nem adianta chamar porque ela não vem, ela sempre do contra!” “Se fosse em outro lugar daria certo, mas aqui! O povo daqui não quer nada!”. Esse padrão de pensar linear é paralisante e não percebe o fato de que somos processos, pessoas em aprendizagem, e não produtos acabados, coisas.

- **Argumentação emocional:** é quando usamos o que sentimos e usamos nossas emoções como provas da verdade. Somos facilmente convencidos de que os nossos sentimentos traduzem fielmente a realidade. “Eu não confio nela, só tá fazendo porque quer conseguir ...” Isso gera posturas negativas de cobranças e desconfianças, e criam um clima que torna a convivência coletiva um peso. A nossa forma de ver e sentir é sempre apenas um ponto de vista. Um ponto de vista é sempre a vista de um ponto.

Tais Distorções Cognitivas estão presentes em nosso dia a dia de trabalho e, certamente, são parte dos problemas que enfrentamos diariamente em nossa comunicação com o outro. Se não mudarmos o padrão de pensamento não poderemos encontrar soluções para os problemas e dificuldades, onde quer que elas se apresentem, no ambiente social, familiar e profissional. Isso porque são obstáculos que impedem pensar juntos cooperando para construção coletiva de soluções. Eis a segunda premissa para o diálogo.

Estas distorções Cognitivas configuram padrões mentais que se expressam na comunicação humana por meio do que Mariotti (2002) chama de “automatismo concordo/discordo” que nos leva para reatividade frente ao mundo. Já naturalizamos esse automatismo em nossa interação cotidiana com as pessoas, e não somos acostumados a interagir como o outro buscando compreender seu ponto de vista, e sim, reagir a ele. Comumente, reduzimos o que percebemos na realidade a nossa capacidade de entendimento e à forma como

estruturamos o nosso pensar. Ora, a realidade é bem mais complexa e não pode ser reduzida ao que nossos esquemas mentais abarcam. Como alerta Mariotti “reduzir algo ao nosso conhecimento é o mesmo que reduzi-lo a nossa ignorância”. (MARIOTTI, 2002, p. 238).

Em nossa cultura patriarcal e individualista baseada na competição, estamos preparados para somente ver o outro como uma ameaça, um adversário e, raramente, como um colaborador. Isto inibe qualquer iniciativa de troca, de comunicação e de senso do coletivo. Outro aspecto presente na cultura do patriarcado é esperar que somente uma pessoa do grupo, geralmente o chefe, nos apresente a solução para o problema. A solução está com os especialistas, os iluminados, etc. Isso está tão arraigado que sequer percebemos, e reproduzimos automaticamente esse modo de ser na coletividade das organizações que, em função disso, cria um clima sempre tenso em que os conflitos não são enfrentados porque tememos o confronto, sobretudo, com os chefes, e nos sentimos desconfortáveis quando estamos diante do outro para uma simples conversa!

O pensamento linear nos faz crer que existe apenas uma verdade única para cada tipo de problema. Por isto, a sociedade persegue a homogeneização, e geralmente, a solução está com os chefes, com especialistas, ou nos livros. Isso torna apenas uma pessoa, ou grupo de pessoas, com acesso privilegiado a “verdades”, e coloca os outros como pessoas que necessitam de ajuda para alcançar o mesmo nível de percepção dos outros, tornando, muitas vezes, impossível o entendimento comum. “Não adianta, eles nunca vão entender, não tem condições para isso!” O problema aqui consiste em absolutizar nossas verdades, como já bem nos alertou Freire (1996) o erro, na verdade, não é ter um certo ponto de vista, mas absolutizá-lo e desconhecer que, mesmo do acerto de seu ponto de vista é possível que a razão ética nem sempre esteja com ele. Os conflitos evidenciam as diferenças, e a forma como se convive com estes refletem o nível de democratização do grupo. Portanto, se temos como ideal a participação e a democracia é necessário e esclarecedor aprendermos a conviver com os conflitos.

Remediamos a nossa fraqueza sempre buscando apoio em referenciais que julgamos inquestionáveis e nos distanciamos afetivamente uns dos outros supondo ser isso proteção, evitando sofrimentos, e não se importar com o outro passar a ser uma necessidade. Livrar-se do automatismo concordo/discordo é um dos requisitos indispensáveis para restaurarmos em nós nossa capacidade de dialogar e criar junto com o outro. Se você já tentou fazer um exercício de escutar o outro sem interromper, sem concordar em discordar com o que ele está a dizer, já sentiu a dificuldade e o peso, e percebeu o quanto estamos condicionados a esta maneira de pensar e agir que tem sua base no pensamento linear e reducionista. Como nos diz Ruben Alves “Não é o bastante ter ouvidos para ouvir o que é dito. É preciso também haver silêncio dentro da alma, daí a dificuldade”. (ALVES, 1999, p. 66)

A questão chave aqui não está em concordar ou não uns com os outros, e sim, no automatismo, na reação instantânea de dizer sim ou não. É essa reatividade presa em uma emocionalidade negativa que fecha as portas para o diálogo e nos priva de nosso próprio julgamento, porque nos leva para escolhas pré-programadas e preconceituosas. “Já sei muito bem do que está falando, não vou nem me dá o trabalho de ouvir mais!”. O mais comum é reagir, e assim que nosso interlocutor comece a nos dizer algo, expor uma ideia, buscamos logo formas para contradizê-lo, e assim acabamos negando o outro existencialmente, e não o reconhecemos como gente diante de nós. Falta paciência, aceitação e reconhecimento uns dos outros na coletividade.

As distorções cognitivas e o automatismo concordo/discordo se fazem presentes nas rodas de conversas no nosso cotidiano e, geralmente, não levamos a sério ou não acreditamos na possibilidade de criar soluções em grupo. As conversas cotidianas acabam fluindo somente, ora para gerar um desabafo, ora para silenciar os conflitos. Frente ao exposto consideramos pertinente refletir: Como estamos reproduzindo e produzindo no trabalho as nossas formas de sentir, falar, agir e estar? De que forma colaborar para gerar mudanças na aprendizagem desenvolvimento capaz de gerar compromisso com a mudança pessoal e coletiva?

A Inteligência Afetiva como motor das mudanças desejadas

Toro (2012) chama atenção para o fato de que a afetividade e a inteligência ao longo do tempo têm sido estudado separadamente. Porém, ele defende que só há um tipo de inteligência, a afetiva, que não é nenhum tipo especial, mas se expressa em múltiplas dimensões, cujas formas diferenciadas de expressão motora, espacial, mecânica, semântica, social provêm de uma fonte comum: a afetividade.

Para compreendermos esse enlace é preciso examinar as relações entre a percepção, a motricidade, a memória, a aprendizagem, a elaboração simbólica e a linguagem com sua estrutura afetiva. O autor apresenta vários estudos que examinam o assunto e nos informa que a percepção se organiza, não apenas em função de uma estrutura sensorial neurológica, mas a partir de um núcleo afetivo. Também a motricidade possui núcleos afetivos de fundo e fornece o impulso a ação. Do mesmo modo, a memória, possui filtros seletivos que se reorganizam em torno das experiências afetivas e não se reduzem a padrões mnêmicos de ordem neurológica.

Toro (2012) defende a ética como fruto da integração da consciência e da afetividade. Não se refere a uma ética normativa que se baseia em normas de comportamento impostas do exterior que se alimentam da alienação e da coesão. A consciência ética, para ele tem componentes afetivos como a empatia, a ternura, a compaixão, a misericórdia e o sentido de justiça. Está intimamente relacionada com a Estética em sentido de coprodução, sendo a afetividade o fator comum entre ética e estética.

A aprendizagem, segundo Toro, não se desenvolve apenas em função de padrões cognitivos, mas depende de motivações afetivas. A partir disso o autor conclui que a Inteligência em suas formas abstrata, semântica, social, estética provém da afetividade. Existe uma inteligência afetiva responsável pela significação existencial humana. Segundo ele “La evolución del lenguaje en el niño es la creación embriológica de una semántica amorosa primal.

Aún en el orden y la regulación de los órganos se encuentran como un holograma que tiene como centro la afetividad”. (TORO, 2012, p. 82).

A percepção estética surge de uma integração entre a sensibilidade cenestésica e a afetividade. O autor explica que no cérebro humano tais funções possuem representações anatômicas separadas, porém se unem por circuitos de retroalimentação córtico-diencefálicos. São funções que compartilham uma mesma origem psicológica em que a ética é a forma inteligente e afetiva de agir consigo próprio e com os outros, e a estética expressa uma participação na gênese da beleza em ação.

Enfim, todas as emoções humanas são componentes qualitativos da afetividade comunicada de forma sutil em termos verbais e gestuais. É por meio da afetividade que podemos nos vincular de forma saudável ao outro, ao mundo e nós mesmos nos conectando ao significado essencial dos fatos, impregnando nossa percepção de beleza, imaginação e compromisso.

A afetividade se expressa pelo modo como tecemos nossos vínculos que se desdobram em três dimensões: o vínculo que estabelecemos com o outro, consigo e com o todo que inclui a sociedade e a natureza de que somos parte. Para Cavalcante e Góis (2015) o vínculo consigo gera força e nos capacita a escutar nossas emoções e sentimentos, nos conectando com nossas necessidades e com o que queremos. Isto nos possibilita sentirmo-nos ligados a tudo dando sentido ao viver e conviver. Portanto, dizemos que a inteligência afetiva se desenvolve na medida em que cuidamos dos vínculos que nos constitui, atitude que nos mobiliza a buscar maior coerência existencial entre o pensar, o sentir e o agir e se expressa pelos sentimentos de amizade, empatia, solidariedade, indignação e compaixão.

Toro defende que, a partir de um estado ampliado de consciência, em que aprofundo esses três níveis de vinculação, é possível uma regulação das condutas humanas no sentido de transcender a agressividade, que também é inerente à condição humana. Sendo assim, é um fator determinante na evolução completa do humano desde a vida intrauterina até a sua maturidade.

Conforme Cavalcante e Góis (2015) somos dotados de razão, mas as emoções e os sentimentos se refletem nas nossas condutas frente ao mundo. Tanto é que agimos diferentemente quando estamos tomados por uma das emoções básicas (raiva, tristeza, alegria, medo). A afetividade é a base dos nossos sentimentos, e por meio do afeto aprendemos a amar, compreender e cuidar. É pela afetividade que desenvolvemos nossa capacidade de “saber compreender”. A maior vivência do ser humano acontece quando ele consegue aprofundar seus sentimentos manifestados no afeto e no cuidado trazendo, conseqüentemente, compromisso com os outros e com o mundo.

Para Góis é a relação afetiva que cria a necessidade da ação coletiva e potencializa nossa inserção no coletivo. Portanto, podemos desenvolver uma cultura orientada pela vivência do afeto, da alegria diante do outro, da igualdade e justiça, da cooperação com respeito à diversidade gerando uma convivência harmoniosa. Uma possibilidade é criando uma rede de cuidados e atuação solidária em ambientes comunitários a favor da promoção da vida.

A problematização em três Diálogos

No intuito de criar oportunidade para a explicitação dos diferentes modos de entender uma realidade vivida, de conceber a prática e de se relacionar, buscando ampliar nossa visão sobre as situações do cotidiano de trabalho, que já não atende às necessidades atuais de saúde, propomos um processo de Problematização centrado em três níveis de Diálogo:

Diálogo do Bem Fazer

O foco é o conteúdo operativo das situações de trabalho. A conversa flui e inclui a escuta dos diversos pontos de vista das pessoas sobre o que as incomodam/afligem no processo de trabalho em termos de sua divisão, organização e fundamentos do conhecimento técnico, etc. Neste nível de diálogo buscamos compreender os

“porquês” implicados na situação problema, a partir de uma diversidade de olhar, explicitando o que contribui para manter a situação e o que contribui para superar a maneira de fazer que não vem dando certo.

Há um apego às explicações e justificativas que mantém as coisas do modo como estão e, dependendo do grupo e da histórica da instituição, esse apego pode ser mais ou menos intenso, expresso maior ou menor grau de abertura das pessoas frente a mudanças. Compartilhar os diversos pontos de vista amplia a visão no sentido do grupo criar soluções conjuntas. Muitas vezes, é a perspectiva de visão de alguém, como por exemplo, o pessoal da limpeza, ou da pessoa dos transportes, que geralmente não têm espaço de participação, que podem lançar luz sobre um problema e aproximar o grupo da solução para dar conta dos desafios e identificar os não-saberes e conhecimentos necessários para encontrar a solução.

Diálogo do Bem Conviver

O foco é evidenciar o sentido do trabalho, de como cada um se sente diante da situação, e construir sentido para ação individual e coletiva. Cada pessoa tem sua forma singular de vivenciar e sentir que o grupo precisa compreender e respeitar. São justamente as formas de sentir que geram posturas que influenciam o fluxo de comunicação, as decisões tomadas e colaboram para criar o clima da organização, que pode ser leve, denso, tenso, alegre, a depender de como cada um vivencia a situação.

O trabalho precisa fazer sentido para cada um. Assim, este nível de diálogo inclui conversar sobre o essencial, ou seja, procurar evidenciar o sentido do trabalho, de como cada um se sente diante da situação, construir sentido para ação individual e coletiva. Direcionamos a comunicação para compreender os parâmetros relacionados à situação problema. É preciso dar oportunidade para cada um ao expor o sentido do trabalho para que se tenha dimensão do problema sem minimizá-lo, superdimensioná-lo e desvalorizarmos.

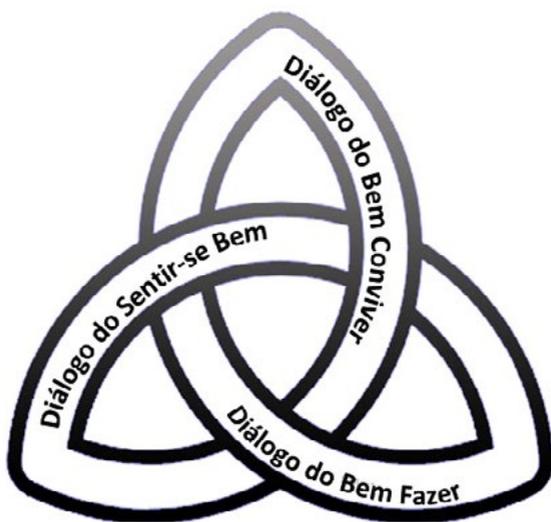
O caminho para isso é compartilhar os sentimentos suscitados e os valores que movem as pessoas a fazer o que fazem para que as normas possam fazer sentido. O ponto central é o sentido ético político e os valores implicados na situação, buscando maior responsabilização de cada um com o resultado final. O simples compartilhar de sentidos e significados já é suficiente para ressignificar o seu trabalho e gerar sua transformação e evidenciar para o grupo os valores importantes a serem preservados nas diversas situações.

Diálogo do Sentir-se Bem

O foco direciona-se para o reconhecimento do outro, para evidenciar as diferenças e perceber a sua necessária complementaridade. Nesse nível de diálogo, incluímos oportunidades para conhecer e reconhecer o valor de cada um na produção para o grupo. Aqui se inclui, não apenas o ponto de vista do outro sobre a questão, mas também, o ser do outro, o seu valor para o grupo.

Ocorre que temos muitas dificuldades de elogiar alguém e reconhecer sua contribuição singular para coletividade. Só fazemos isso no ambiente familiar com os filhos pequenos, e ainda muito raramente. Somos propensos a fazer críticas, evidenciar os erros e defeitos e silenciar em relação aos acertos e qualidades, seja individual ou coletivamente. Reconhecer o outro e celebrar as conquistas individuais e coletivas é fonte de uma intensa energia criativa e colabora para criação de laços saudáveis no grupo e se torna uma alavanca que mobiliza o grupo para encontrar soluções.

Em suma, para problematizar a realidade, é preciso reconhecer as premissas que possibilitam o diálogo acontecer. Incluir na comunicação os três níveis de Diálogo é criar um fluxo de ideias que confluem para criação de solução na direção do fazer bem, do conviver bem e do sentir-se bem. Dialogar incluindo os 3 níveis não significa, portanto, mudar de assunto a cada nível, mas sim, ampliar o olhar para o vínculo consigo, com o grupo, com o trabalho e a coletividade em todos os temas, assunto dos diálogos. Significa incluir essas tonalidades na conversa, porque esses níveis nascem inter-relacionados, como mostra a figura:



Fonte: da autora.

Como caminho metodológico para isso, propomos que os 3 níveis de diálogo se realizem para cada tema, percorrendo organicamente, dois momentos:

Em um primeiro momento a tônica dos diálogos conflui para evidenciar as justificativas que contribuem para manutenção da situação problema. As falas e as perguntas são feitas no sentido de explicar algo, trazer os diversos pontos de vistas sobre a situação

apresentada. Normalmente as conversas no nosso ambiente de trabalho tendem a se limitar a estas justificativas e não avançam. Permanecer ou se limitar a somente justificar os problemas afasta a possibilidade de mudança, é uma forma de fugir da ação transformadora. Assim, para problematizar a realidade precisamos avançar e seguir o diálogo para um segundo momento.

A tônica do segundo momento do diálogo conflui para identificar possibilidades e criar soluções e compromissos com a mudança envolvendo as pessoas para colaborar na transformação da situação problema na medida em que se percebem como parte da solução. As falas e as perguntas são no sentido de especular novas ações, aventando novas possibilidades para resolução da situação problema, evidenciando as qualidades e reconhecendo cada um como parte da solução.

Esses dois momentos da problematização geram diferentes estados de ânimo no grupo. Facilitar o processo de problematização requer percorrer os dois momentos dos diálogos e direcionar o olhar das pessoas para a positividade, implicando-as na descoberta de sentidos e colaborando para uma gerar corrente em que as pessoas se sintam capazes de apontar e criar soluções de forma coletiva. Uma vivência como essa gera um empoderamento no grupo, cria uma corrente de significados gerador de soluções.

O que faz o grupo avançar das justificativas para as possibilidades são as perguntas que funcionam como uma poderosa ferramenta para o trabalho porque facilita a comunicação, a participação das pessoas e instiga o pensamento.

O Fio Condutor da Problematização

Perguntar não é um ato ingênuo. Perguntar é instigar a aprendizagem, estimular a pesquisa e a criatividade. Na verdade, perguntar é agir, e é a ação que dá movimento ao processo de mudança. Contudo, não é qualquer pergunta. É preciso aprender a fazer perguntas úteis e pertinentes que não visam, simplesmente, recolher informações ou insinuar acusações, e sim, explorar

novas possibilidades. Uma boa pergunta é aquela que convida a esclarecimentos, detalhamentos e a ampliação de horizontes sobre uma determinada situação e sobre como as pessoas nela estão implicadas.

Perguntas pertinentes são aquelas que possibilitam ao grupo descobrir recursos e competências que antes não enxergavam nas pessoas e no contexto. Comumente não prestamos atenção na direção que nos levam tais ou tais perguntas. Nossas distorções cognitivas nos levam a evidenciar apenas o que não funciona, o que está deficiente, o que está errado. Conversar assim gera um forte sentimento de impotência porque só evidencia o lado negativo, instiga a apontar culpados na tentativa ingênua e infantil de resolver a situação. Isso cria um estado de ânimo negativo, um clima de insatisfação que não faz o grupo avançar e bloqueia o diálogo porque não trazem nada de novo e só leva o grupo a olhar para o que já conhecem e não funciona.

As perguntas não devem ser feitas à toa, mas devem seguir um encadeamento no sentido de evidenciar o que funciona, o que ajuda, o que faz avançar as pessoas. Elaborar um bom fio condutor pressupõe uma lógica de encadeamento de perguntas que tenham uma relação entre si, isto é, implica encadear perguntas de forma tal que enlacen informações dispersas que precisam de ordenamento, que permitam vislumbrar possibilidades plausíveis e pertinentes e que criem soluções para as situações problemas. Assim podemos dizer que o fio condutor é a base dos diálogos e é o motor que faz funcionar a problematização.

Ao procuramos respostas, mobilizamos a capacidade do grupo para observar, criticar, analisar e descobrir soluções. Isto aumenta a confiança em si e abre caminho para a cooperação solidária. Quando focamos nas competências, nas capacidades e nos recursos contribuimos para que estes saltem, amplificamos o que funciona e estimulamos a mudança de olhar sobre a situação criando possibilidades de soluções.

Em suma, a problematização da realidade implica percorrer um fio condutor de perguntas que nos permita dialogar em três níveis

e favoreça ao grupo o avançar das justificativas para as possibilidades e assim ser capaz de criar soluções para os problemas que o aflige. As perguntas que compõe um fio condutor de problematização devem emergir do contexto que gerou o problema. Contudo, para esclarecer um pouco mais seguem abaixo alguns exemplos de perguntas genéricas que podem ser adaptadas a diversos contextos que são pertinentes a cada nível de diálogo e contribuem para construção de fios condutores de problematização:

NÍVEIS DE DIÁLOGO	PERGUNTAS PERTINENTES
Diálogo do Sentir-se bem	<ul style="list-style-type: none"> • Que sentimentos este tema desperta em mim? • Que pessoas do grupo eu reconheço que contribuem para / melhorar isso ou tornar isso valioso? • Que pessoas do grupo eu reconheço que contribuem para melhorar a convivência do grupo? • Que sentimentos eu levo/trago para o momento?
Diálogo do Bem Fazer	<ul style="list-style-type: none"> • Isso acrescenta que ideias na minha compreensão sobre aquilo? • Que nexos ou implicações isto traz para a prática? • De que forma isso contribui para manter esta situação? • O que identificamos nos processos de trabalho (fluxos, divisão de tarefas, insumos, etc) como fatores que contribuem para manter a situação? E o que identificam como possibilidade de mudança? • Que comportamentos do grupo contribuem para manter esta situação?
Diálogo do Bem Conviver	<ul style="list-style-type: none"> • Que sentimentos “isto” mobiliza em mim? • O que o vivido desperta em mim? • Que sentido tem “isso” para cada um? • O que está presente ou ausente nos processos de comunicação e na forma de relacionamento profissional (valores, crenças) entre as pessoas, que contribuem para manter a situação? • O que você considera que presente na forma de pensar, atuar e se comunicar que colabora para superar esta situação? • O que vocês identificam como possibilidade de mudança?

Os diálogos não se limitam a se comunicar apenas pela linguagem e pela palavra, mas envolvem gestos, expressões faciais e posturas corporais. Desta forma, problematizar nos três níveis de diálogo requer também utilizar outras formas de possibilitar a comunicação profunda, tais como músicas, poesias, rituais, vivências, dinâmicas grupais, e tudo o mais que possa mobilizar a positividade e o ânimo do grupo.

A visualização das ideias nos diálogos

Outra forma de melhorar e aprofundar a comunicação humana por meio do diálogo possibilitando que a conversa flua das justificativas para as possibilidades é a visualização das ideias. Ouvir apenas o que o grupo expõe não é suficiente para fazer com que o grupo assimile as ideias e construa suas soluções. Somado aos gestos, expressões faciais e a audição é importante combinar, também, a visão. Quando isso acontece potencializamos as possibilidades de aprendizagem melhorando a comunicação. A combinação da audição e da visualização pode ser feito por meio do agrupamento das ideias que vão sendo expostas pelo grupo. Dependendo da intencionalidade pedagógica as ideias podem ser agrupadas por semelhanças, diferenças, contrastes, processos, etc.

Em função disso é que propomos para os diálogos de problematização a visualização das ideias sistematizadas em Painéis. Isso é importante porque é uma forma que possibilita ao grupo manter o foco no tema gerador, proporciona um entendimento comum das opiniões, categoriza as ideias/argumentos e inibe a repetição e/ou dubiedade das ideias compartilhadas pelo grupo. Os diálogos, com o apoio na visualização, proporcionam que as ideias não se percam, estimula a capacidade de síntese e a concentração de todos no processo do diálogo. É importante também porque enfatiza o discernimento de opiniões, a priorização dos elementos centrais de uma ideia, a exposição dos argumentos e a fundamentação daquilo que é falado. Muitas vezes, saímos de uma reunião com um profundo sentimento de improdutividade e perda de tempo, a visualização é

algo que permite ao grupo perceber a produção do diálogo e manter o foco no objetivo.

Consideramos que a visualização por meio dos painéis é fundamental nesta metodologia para garantir a participação efetiva das pessoas por alguns motivos. Primeiro porque rompe o monopólio da opinião concentrada nos líderes, chefes e nas pessoas com talento de oratória. Isso é comum em função das hierarquias dos grupos. Segundo, porque o registro das ideias, sobretudo, quando o grupo expressa opiniões divergentes e/ou conflituosas, ao invés de silenciar e abafar, proporciona um encaminhamento de forma mais construtiva, uma vez que, registrada as opiniões, o grupo tende a encaminhá-las. E terceiro, porque permite e valoriza a opinião de todas as pessoas baseadas no respeito e na transparência possibilitando uma rica vivência democrática, uma vez que agrega as diferenças. E, por fim, contribui ainda para uma o grupo vivenciar uma experiência da inovação que gera a criação do novo de forma coletiva em função da convivência com o diferente e da articulação de diferentes pontos de vistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R. **O Amor que acende a Lua**. Campinas, SP: Papyrus, 1999.
- BOHM, D. **Diálogo: comunicação e redes de convivência**. São Paulo. Palas Athena, 2005.
- CAVALCANTE; M. R. B.; GÓIS, C. W. L. et al. **Educação Biocêntrica. Ciência, Arte, Mística, Amor e Transformação**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2015.
- DAVINI, M. C. **Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud**. Washington: OPAS, 1989.
- DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. IN: 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: Ministério da Saúde, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 25ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

H+K DESENVOLVIMENTO HUMANO E INSTITUCIONAL. **Desenho e facilitação de processos de discussão grupal: caixa de ferramentas**. São Paulo, 2001.331p.

HATIM, A. R. & VASCONCELOS, M. C. **Carpeta Metodológica para la Atención Primária en Salud. Prefeitura Municipal da Saúde de Niterói**. Rio de Janeiro. 2001.

MARIOTTI, H. **As Paixões do Ego**. 2ª ed. São Paulo: Palas Athena, 2000.

SOUSA, M. S. Dinâmicas Grupais além de um conjunto de técnicas. **Revista de Educação AEC**. Rio de Janeiro, n. 132, jul/set, ano 33. 2004.

ZARRIFIAN, Philippe. **Objective Compétence**. Paris: Liason, 1999.

TORO, R. La Inteligencia Afectiva. **La unidad de la mente com el universo**. 1. Ed. Editorial Cuartopropio. Santiago, Chile, 2012.

CAPÍTULO 6

O PAPEL DO FACILITADOR NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Maria Idalice Silva Barbosa
Maria Teresa Queiros dos Santos

Reiterando as premissas para o Diálogo, enfatizamos que, para assumir o papel de facilitador é necessário, primeiro, tentar perceber em nosso ambiente de trabalho como nos relacionamos com os problemas que enfrentamos e como enxergamos nossa contribuição para sua manutenção e para sua superação. Logo esclarecemos que isso não significa sentir-se culpado por isso ou por aquilo, mas se perceber como parte criadora da realidade em que nos inserimos. Precisamos nos reconhecer como parte do mundo, criamos realidades, e somos parte dos problemas, e também, das soluções. Nesta perspectiva de visão faz sentido as sábias palavras de Mahatma Gandhi quando afirma que “precisamos ser a mudança que queremos ver no mundo”. Hoje já aceitamos que o lixo que jogamos no chão contribui para muitos de nossos problemas e que precisamos fazer a nossa parte. Bom, isso é um começo.

O segundo passo adiante para assumirmos o papel de facilitador é observar nossas distorções cognitivas e buscar aprender a superá-las para dialogar. Só há uma maneira de fazer isso: dialogando. Então, não podemos esperar ou imaginar que estamos prontos para problematizar a realidade por meio do Diálogo, pois problematizar aqui implica, não apenas conhecer o tema e as situações problemas que o envolvem, mas pressupõe um trabalho de amadurecimento afetivo e cognitivo baseado na capacidade de empatia e compaixão. Nossas melhores qualidades humanas estão implicadas no diálogo.

Por isso dialogar é um convite a sermos melhores como pessoas, e isso vale, não apenas, para o nosso ambiente de trabalho, mas para todos os círculos da vida de que somos parte.

Outro ponto importante para ser capaz de facilitar o diálogo em três níveis aqui apresentado é não temer as emoções. Desde o século XVI, com o advento das ciências, aprendemos que as emoções são algo que nos enfraquecem e nos deixam vulneráveis. Hoje, estamos vendo o equívoco disso porque, silenciadas ou não, as emoções estão presentes em toda ação humana. E quando não as consideramos, aí sim, é quando os problemas se estabelecem. Se prestarmos atenção sensivelmente nos sentimos muito mais desrespeitados quando alguém desconsidera nossas emoções do que quando alguém discorda de alguma de nossas ideias. Não precisamos ter medo das emoções e considerar que somente os psicólogos sabem lidar com elas. Isso é outro equívoco. Todos temos emoções e sentimentos implicados em todas as nossas ações e levá-las em consideração tem um efeito muito mais positivo do que negativo. O simples fato de falar e compartilhar o que sentimos já é algo transformador!

O Manual se propõe a ajudar na aprendizagem de facilitar a problematização por meio do diálogo, em três níveis. A nossa intenção é que o facilitador aprenda a problematizar qualquer situação problema que enfrente em seu dia a dia de trabalho seguindo um fio condutor com perguntas pertinentes aos três níveis de diálogo, que ajude o grupo a não se prender em “conversas de justificativas” e avançar para as “conversas de possibilidade” e, na medida do possível, lograr êxito em criar soluções para seus próprios problemas.

A opção de elaborar e disponibilizar Manuais de apoio na condução das aulas foi para colaborar com a boa condução de um fio condutor de problematização com perguntas pertinentes a um tema, centro da aprendizagem-desenvolvimento. Cada tema percorre e cumpre 3 níveis dialógicos em um fio condutor de problematização com perguntas pertinentes aos níveis de diálogo. Em outras palavras, o fio condutor com 3 níveis de diálogo é o

que articula a reflexão, vivência, diálogo e ação, que caracterizam o Método Integrativo Biocêntrico proporcionando a construção de uma vivência pedagógica de aprendizagem-desenvolvimento para o grupo.

No Manual, cada tema pode percorrer um ou mais Círculos de Diálogos, a depender do nível de aprendizagem-desenvolvimento que se quer aprofundar, de acordo com os objetivos de aprendizagem atrelado ao tema em questão. Os objetivos de aprendizagem, por sua vez, em seu conjunto, convergem para incorporação das competências que se almejam para o grupo adquirir.

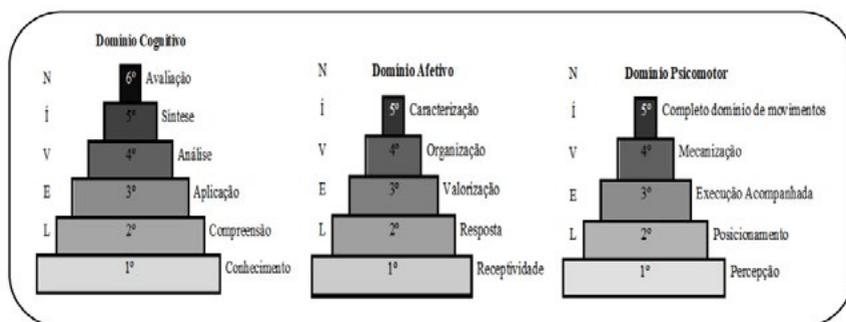
É muito importante para o facilitador compreender os objetivos de aprendizagem porque eles servem de balizas que ajudam na condução do processo de aprendizagem-desenvolvimento, e também, de parâmetros para avaliação do vivido. Elaboramos os objetivos utilizando uma Taxonomia, que serve para situar o domínio da aprendizagem e também como parâmetro para traçar o nível de aprofundamento que se deseja para determinado tema.

Taxonomia é uma palavra de origem grega que significa “arranjo sistemático de objetos ou entidades em grupos ordenados”. É um sistema de classificação muito útil na elaboração pedagógica dos objetivos de aprendizagem para os manuais porque ajudam a clarear o nível de aprofundamento que queremos trabalhar com um determinado tema, de acordo com o público participante e as competências a serem adquiridas. De acordo com Rodrigues (1997) a organização taxonômica nos dá um sentido de hierarquia, garantindo uma sequência e cumulatividade que caracteriza um continuum. O autor nos apresenta 3 princípios que regem a organização taxonômica:

1. Devem representar resultados de aprendizagem, isto é, cada categoria taxonômica representa o que o indivíduo “aprende” e não aquilo que já sabe, assimilado do seu contexto familiar ou cultural;
2. Os processos descritos na taxonomia são cumulativos por definição, isto é, uma categoria depende da anterior e, por sua vez, dá suporte à seguinte;

3. Possui um fio condutor, um parâmetro que organiza as referidas categorias num gradiente. (RODRIGUES, 1997, p. 10)

Segundo Rodrigues (1997) esses princípios ordenadores taxonômicos permitem trabalhar respeitando a complexidade dos processos intelectuais, reconhecendo que a aprendizagem envolve vários domínios. Rodrigues organiza esses princípios em 3 domínios de aprendizagem: cognitiva, afetiva e psicomotora. Tais parâmetros têm sido útil para organizarmos os fios condutores de problematização para cada tema considerando os três níveis de diálogo, como proposições de perguntas que tocam os três domínios, além de organizamos os objetivos de aprendizagens, balizados pelos níveis taxonômicos. A figura abaixo mostra de forma sintética, os 3 domínios de aprendizagem – cognitivo, afetivo e psicomotor - e os níveis de cada domínio de aprendizagem.



Adaptado de Rodrigues, 1997.

Esta Taxonomia funciona como parâmetro para organização do material didático em forma de Manuais. Compreendemos que os processos de aprendizagem e desenvolvimento envolvem outros aspectos que extrapolam o aprofundamento. Contudo é importante o facilitador compreender a ferramenta para que seja capaz de fazer um uso cada vez melhor dela.

Um Manual segue, portanto, alguns parâmetros pedagógicos e em sua estrutura apresenta o tema do ciclo de diálogo, os objetivos de aprendizagem, e as orientações ao facilitador que traz o nível

de diálogo, indicado por um ícone representando cada nível de diálogos (Sentir-se Bem; Bem Fazer; Bem Conviver) com uma sequência de perguntas que problematizam os temas de acordo com o nível taxonômico de cada objetivo de aprendizagem elaborado. Ao final, apresenta alguma atividade a ser realizada na prática pelos profissionais participantes pertinentes ao tema. Estas atividades visam o exercício das novas competências visando sua incorporação e mudanças nos serviços as quais intencionam todo o processo formativo. Apresentamos abaixo, dois exemplos com dois temas na estrutura no Manual:

1º CICLO DE DIÁLOGO	
TEMA: O SUS como política pública de saúde	Data: / /
Objetivos de Aprendizagem: <ul style="list-style-type: none"> • Integrar e fortalecer vínculos entre os profissionais; • Identificar entrelaçamentos da história de vida pessoal com a história de construção coletiva do Sistema Único de Saúde no Brasil; 	

ORIENTAÇÕES AO FACILITADOR

6º CICLO DE DIÁLOGO	
TEMA: Redes de Atenção à Saúde com ênfase na Assistência Farmacêutica	Data: / /
Objetivos de Aprendizagem: <ul style="list-style-type: none"> • Integrar e fortalecer vínculos entre os profissionais; • Discriminar os diferentes tipos de medicamentos levando em consideração que sejam genéricos, similar e de referência; • Associar os tipos de medicação com suas respectivas vias de administração. 	

ORIENTAÇÕES AO FACILITADOR

As orientações ao facilitador contêm o fio condutor de problematização pertinente a cada nível de diálogo, que é indicado com uma mandala, conforme a seguir:



Sabemos que para facilitar um processo coletivo de aprendizagem não é possível seguir receitas, do tipo “faça assim”, “aja de determinada forma”. Os grupos não são homogêneos, e o processo de aprendizagem e incorporação de competências não é linear. Reconhecer isso é um passo importante para êxito nesta tarefa.

O segredo para ser um bom facilitador é reconhecer que o sucesso do processo de aprendizagem desenvolvimento pode incluí-lo. Em outras palavras, os objetivos foram plenamente alcançados se o facilitador também aprendeu com o grupo numa relação de troca. Facilitar é, portanto, colocar-se como aprendiz sempre. Cada grupo de pessoas é uma oportunidade ímpar de aprendizagem e amadurecimento pessoal e ganho de competência profissional, pois estamos sempre aprendendo uns com os outros.

A partir disso destacamos apenas alguns cuidados que consideramos indispensáveis para facilitar a problematização da realidade por meio do Diálogo, são eles:

1º) Cuidado com o Tempo!

Como diz Rubem Alves “o tempo se mede com batidas. Pode ser medido com as batidas de um relógio ou pode ser medido com as batidas do coração”. Para facilitar um diálogo teremos que usar as duas batidas: a do coração e a do relógio. Ruben Alves diz que os gregos tinham duas palavras para indicar esses dois tempos. Ao tempo medido pelas batidas do relógio, eles davam o nome de Chronos, que era um Deus, daí vem a origem da palavra

cronómetro. O tempo Chronos vai medindo a passagem do tempo indiferente à vida, dividindo em partes iguais, horas minutos e segundos. Ao tempo medido pelas batidas do coração, os gregos davam o nome de Kairós. O tempo kairós ficou esquecido e foi engolido pelo Chronos, em nosso atual processo civilizatório. Um tempo medido pelas batidas do coração é aquele que dança no ritmo da vida, ora tranquilo, ora agitado, ora, tocado pelo medo ou pelo amor, dá saltos, tropeça, acelera ou quase não passa. Esse tempo existe dentro de nós, o tempo de expressar emoções ninguém pode prever, tampouco, dizer ao coração, pare de expressar porque acabou o tempo, mudamos agora para outro assunto. Não há nada mais profundamente desrespeitoso que isso. E isso acontece a todo instante, e já não achamos mais desrespeitoso e queremos viver apenas o tempo de Cronos ignorando Kairós. Cronos é um tempo sem surpresas, onde tudo é previsto. Kairós, ao contrário, vive de surpresas, guarda o desconhecido.

Aprender a viver o tempo Cronos e Kairós é algo importante para nossa vida. O tempo do diálogo é Chronos e Kairós, é uma dança desses dois Tempos que, com sensibilidade, podemos administrar. Se facilitamos um diálogo para problemas cujas soluções são por nós desconhecidas, é preciso paciência.

Aprender a administrar o tempo incluindo o respeito ao outro em suas ideias, crenças e emoções e sentimentos é uma atitude indispensável para aprendermos, além de reconhecermos a importância do tempo da Espera. Já transformamos o tempo em mercadoria. Falamos: “Tempo é dinheiro”. Mas tempo é muito mais, e corremos um sério risco de reduzir tempo a dinheiro e a contagem do relógio.

Mariotti (2000) alerta que perceber e viver o tempo somente como bem de consumo faz com que percamos a sabedoria da Espera. Perdemos a capacidade de distinguir o tempo cultural do tempo natural, e estamos pagando um preço caro por isso. Mas o tempo não se ganha ou se perde, simplesmente, vive-se! Mariotti nos diz que:

Fala-se pouquíssimo na felicidade que surge no aqui-e-agora do convívio entre as pessoas – a felicidade solidária. É compreensível: nosso cotidiano competitivo pode ser tudo, menos feliz, embora seja nele e não num reino transcendental que temos de viver. Nossa mente tem pouca capacidade de entender e valorizar a felicidade que emerge da convivência. (MARIOTTI, 2000, p. 303).

É preciso reaprender a ler o tempo da natureza e perceber que cada semente tem seu tempo de brotar. Há sementes que demoram mais, outras menos, e saber esperar o tempo sem achar, presunçosamente, que podemos interferir no tempo natural das coisas, sem excluir-se da contribuição para adubar o que seja preciso, já é um passo importante para facilitarmos o diálogo e a convivência humana com sabedoria.

Em função dessa compreensão do tempo sugerimos cuidar dele fazendo um Acordo de convivência. Sugerimos pensar o acordo em 4 momentos, seguindo o ritmo natural com que já vivemos cotidianamente. Assim, durante a manhã, podemos viver o tempo em dois momentos pedagógicos. O almoço demarca, naturalmente, um intervalo para o próximo tempo: a parte da tarde. Lembrando que a tarde é diferente da manhã em termos de disposição das pessoas, por isso, é importante adequar as atividades pedagógicas e cuidar do tempo. Normalmente, temos uma parada para o que aqui, no Ceará, costumamos dizer carinhosamente “hora da merenda”, seja pela manhã, ou à tarde. É importante fazer um acordo cronológico com a turma, chamando atenção para o fato de viver não só o tempo Cronológico, mas o tempo Kairós. E todos são responsáveis por ele. Se caso um círculo de diálogo se prolongue, usar o bom senso para encaminhar ou concluir, de acordo com as sugestões do grupo, e o tema em questão.

Para mediar os Círculos de Diálogos sugerimos a maioria das atividades pedagógicas que podem ser leituras, vivências, rituais de vínculo, ativadores, trabalhos em grupos, etc. Cabe somente ao facilitador coordenar o tempo e saber a hora que precisa refazer o

contrato com a turma. Caso haja necessidade o grupo decide que tempo usará para merenda, se pela manhã ou pela tarde, e quanto tempo cronológico é o bastante para o momento.

2º) Cuidado com as emocionalidades do grupo!

A EPS busca transformar as práticas por meio da aprendizagem significativa e da problematização introduzindo novas formas de agir e de se comunicar no cotidiano de trabalho. Isto implica em trazer para o diálogo, não somente, o conteúdo operativo das situações de trabalho, mas também, os incômodos, os conflitos, os sentimentos envolvidos nas diversas relações e situações. Daí a importância de criar e manter um clima relacional favorável à aprendizagem.

A experiência mostra que um bom caminho é perceber os conflitos como oportunidades para aprendizagem individual e coletiva e buscar encaminhá-los de forma construtiva para transformar a ação. Para isso o facilitador deve exercitar, continuamente, sua capacidade de observação dos estados de ânimo, identificar o momento de intervir no sentido de favorecer a expressão das emoções presentes e manter-se sensível e empático às emoções mobilizadas pelos diálogos e convivência grupal.

O cuidado com as emocionalidades implica também acolher os sentimentos presentes, oportunizando o reconhecimento e a valorização das pessoas como um caminho para a compreensão dos valores presentes e com potencial de mobilizar o grupo para revisão e mudanças de suas práticas. É também importante manter sempre uma postura auto reflexiva sobre os seus limites para lidar com as tensões que emergem das divergências e dos conflitos inerentes ao exercício da democracia e próprios dos processos de mudanças de práticas.



3º) Cuidado na escolha e utilização de “dinâmicas” grupais!

O material didático deste curso não é um trilho a ser seguido, propomos uma trilha. Não nos é possível saber contar o tempo necessário que os grupos levarão para cumprir os círculos de diálogos. Cabe ao facilitador usar o bom senso para viver com o grupo o processo de aprendizagem, sem atropelar o tempo ou ser, por ele, engolido.

Entretanto, como estamos em um curso para aprendermos a ser facilitadores de diálogos, abrimos oportunidades para que o facilitador faça um exercício pedagógico de propor atividades de maneira a construir os diálogos conosco, conforme sua leitura de grupo. Assim, ao longo do Manual você vai encontrar um espaço para você exercitar, com nossa contribuição, o que no futuro, desejamos, que seja capaz de fazer sozinho. Para isso apresentamos uma direção: o dia, o tema, o objetivo de aprendizagem e o nível de diálogo e sugerimos que você proponha uma atividade pedagógica apropriada.

A partir dessas sugestões você poderá escolher alguma atividade que em sua compreensão contribua para o grupo dialogar no nível do sentir-se bem para seguir com a temática em questão. Para isso, duas coisas serão importantes:

Primeiro, a sua leitura grupal que deve considerar o turno do dia, o ânimo das pessoas, as dificuldades do tema em questão para os diálogos, a facilidade ou dificuldade de interação entre as pessoas do grupo, etc.

A segunda coisa importante é a escolha da atividade. Sabemos que o uso de dinâmicas grupais é algo bem difundido, mas que quando não é utilizada de forma adequada tem alguns efeitos colaterais. Há pessoas que detestam dinâmicas de grupo e sabemos que o uso inadequado delas é resultado disso. Quando ao uso de dinâmicas e técnicas grupais, que se tornaram comuns, era constante utilizá-las para fazer as pessoas sentirem-se mal, ou para escolher alguém para ser alvo de zombarias ou colocá-lo em situações delicadas e vexaminosas. São exemplos disso, pagar uma prenda (fazer uma dancinha para todos rirem), caso não faça isso ou aquilo. A maioria do grupo se diverte às custas da situação vexaminosa de um, ou de alguns. A desculpa conciliatória era dizer que se trata apenas de brincadeira e que se deve ter senso de humor. Consideramos que tais tipos de dinâmicas não contribuem para uma convivência harmoniosa, sobretudo, para grupos que já convivem no trabalho.

Outro uso comum foi fomentar a competição, porque esse era um valor caro como é até hoje. Era comum dividir a turma, dar tarefas e automaticamente as pessoas entram em competição gerando sentimentos de ansiedade, angústias e frustrações. Felizmente, evoluímos como sociedade e já estamos descobrindo o valor da cooperação e do diálogo para convivência entre as pessoas em qualquer espaço.

Assim, os critérios que elencamos abaixo, não são sugestões, são princípios para escolha de dinâmicas grupais que tenham coerência com essa metodologia que se pauta no respeito, na afetividade, e na valorização do outro, no fomento da cooperação

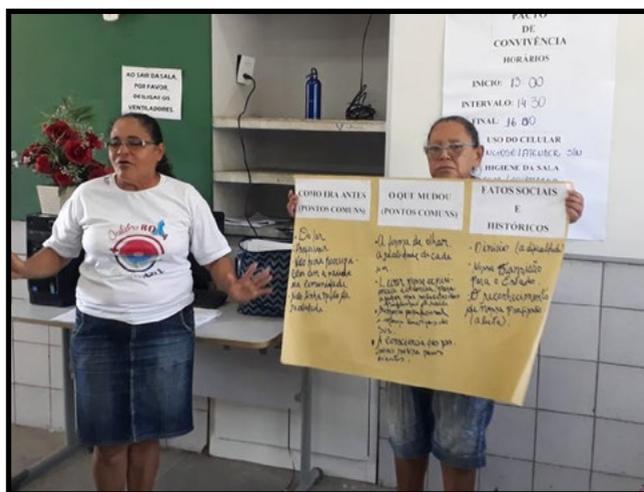
e da solidariedade. Qualquer dinâmica que não valorize esses princípios não deve ser utilizada neste curso. Reconhecemos que todos nós já vivenciamos muitas dinâmicas grupais e sabemos dos seus efeitos para o grupo e para nós mesmos, sabemos o que ela nos mobiliza em termos de ação e sentimentos. Assim, em suas escolhas, sugerimos que leia com atenção o nível de diálogo em que se insere, e preste atenção no objetivo de aprendizagem proposto e a partir daí escolha atividade ou dinâmica que:

- Preferencialmente você já tenha vivenciado em algum momento;
- Seja possível a participação de todos;
- Suscitem sentimentos positivos no grupo;
- Proporciono ao grupo um estado de ânimo necessário para dialogar sobre o tema em questão;

Utilizamos muito a música e a poesia como parte do processo de aprendizagem e facilitadora dos 3 níveis de diálogos. A música e a poesia são poderosos recursos para criar um clima grupal harmonioso. Esses são recursos que podem e devem ser utilizados constantemente com muita probabilidade de acerto. Acreditamos que as pessoas que convivem diariamente no trabalho têm um conhecimento razoável uns dos outros que possibilita escolha sensível de poesia e música com potencial de tocar o grupo.

4º) Cuidado com a visualização das ideias sintetizadas nos Painéis!

Já abordamos a importância da visualização das ideias para o êxito da problematização. Por muito tempo passamos a vida em sala de aula olhando para uma lousa tendo que copiar o que estava nela e repetir o que o professor esperava. Hoje, se utiliza o powerpoint. Trabalhar com painéis é subverter esta ordem. É contribuir para que o círculo de diálogo construa soluções e pessoas capazes do exercício democrático e de maturidade emocional para lidar com os sentimentos e emoções que os problemas cotidianos suscitam em nós.



Sistematizar os diálogos em painéis neste curso corresponde a ajudar o grupo na busca de soluções de seus problemas. O painel revela as ideias, os sentimentos envolvidos, as propostas e as pactuações do grupo. É, portanto, muito mais que algumas folhas de papel fixadas na parede. É um documento pedagógico, é o registro da construção coletiva. Para cada nível de diálogo sugerimos formas de categorização para os diálogos de maneira que todos possam acompanhar o raciocínio coletivo. Para tal, é importante que a letra seja legível e o texto esteja claro, objetivo e de fácil compreensão.

Cuide para que o painel não fique poluído visualmente. Segue abaixo um exemplo de sistematização de diálogos.

UBS				
SETORES/TIPOS DE REJEITOS	GRUPO A RESÍDUO INFECTANTE	GRUPO B RESÍDUO QUÍMICO	GRUPO D RESÍDUO COMUM	GRUPO E PERFURO CORTANTE
SAME/Administração				
Sala de Vacina				
Sala de Procedimentos				
Copa/Cozinha				
Sala do Dentista				
Sala Atend. Médico				
Sala Atend. Enfermagem				
Sala da Farmácia				

Fonte: Painel de atividade pedagógica com tema Biossegurança do Manual Curso Ambiência Acolhedora para UAPS com ênfase na Higiene e Limpeza.

5º) Cuidado com a ambiência!

O facilitador deve criar uma ambiência de aprendizagem compreendendo que para criar um clima para diálogo é importante cuidar da adequação do espaço no sentido de favorecer o processo de aprendizagem e desenvolvimento.



Assim, verificar as condições da sala em termos de higiene, temperatura, e conforto é indispensável. Dispor as cadeiras em círculo não é mera questão figurativa que possa ser dispensada. Se estamos querendo mudar padrões é necessário levar a sério que a disposição das cadeiras tem um significado e uma implicação para interação das pessoas. O círculo favorece a disposição em uma horizontalidade que permite a expressão e a visualização de todos.

Disponibilizar material didático e pedagógico é importante para que as pessoas percebam o valor do que está sendo produzido e percebam que as ideias e sentimentos compartilhados têm seu valor para o encaminhamento e implicação na transformação de suas práticas. Tudo isso é parte da ambiência para aprendizagem.

Considerações Finais



Acreditamos que esses cuidados serão uma trilha a qual apostamos que, uma vez percorrida, poderá colaborar na aquisição de competências necessárias para sermos bons facilitadores de grupos e aprendermos a problematizar os temas em três níveis de diálogos.

Não podemos perder de vista que quaisquer vivências pedagógicas propostas com base no Método integrativo Biocêntrico trabalha para o desenvolvimento e expansão da Inteligência Afetiva que, em última instância, é o motor gerador de ações transformadoras no mundo.

Como defende Toro (2012), a ética e a estética são formas de percepção que induzem a evolução da vida até sua plenitude, cujo fundo comum é a afetividade que dimensiona a ação humana e está na base estrutural da inteligência. É na afetividade que encontramos a base estrutural da aprendizagem humana porque é nela e por meio dela que nos adaptamos ao mundo uma vez que nossa memória, percepção e cognição são por ela condicionada.

Concordamos plenamente com Toro quando afirma ser o desenvolvimento da inteligência afetiva algo urgente e necessário para nosso atual processo civilizatório. Toro reconhece que o gênio da nossa espécie é aquele que possui sua afetividade orientada para a tolerância a compaixão e amizade e o amor. (TORO, 2012).

O motor capaz de mover a transformação que queremos está mais no coração do que na mente e sua integração por meio da inteligência afetiva é o que desejamos como algo urgente e necessário para operar as mudanças ao dia a dia de trabalho nos serviços de saúde, tendo a Educação Permanente em Saúde como como ferramenta de gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAVALCANTE, M. R. B.; GÓIS, C. W. L. et al. **Educação Biocêntrica. Ciência, Arte, Mística, Amor e Transformação.** Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2015.

H+K DESENVOLVIMENTO HUMANO E INSTITUCIONAL. **Desenho e facilitação de processos de discussão grupal: caixa de ferramentas.** São Paulo, p.331, 2001.

MARIOTTI, H. **As paixões do ego.** 2ª edição. São Paulo: Palas Athena, 2000.

RODRIGUES, J. F. J. **A taxonomia de objetivos educacionais: um manual para o usuário**. 2ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

SOUSA, M. S. Dinâmicas Grupais além de um conjunto de técnicas. **Revista de Educação AEC**. Rio de Janeiro, n. 132, jul/set, ano 33, 2004.

TORO, R. *Inteligência Afetiva*. Chile: Editorial Cuarto Próprio, 2012.

ZARRIFIAN, P. **Objective Competence**. Paris: Liason, 1999.

SESSÃO II

FERRAMENTAS DE TRABALHO PARA GERMANIZAÇÃO DE SEMENTES

“Muito grata pela oportunidade de ser ouvida e de ter tido a oportunidade de crescer como profissional e pessoal. Aprendi neste curso a me conhecer como profissional e pessoal. Aprendi a respeitá-los mais as pessoas e me respeitar. Aprendi a respeitar normas e principalmente o Sistema Único de saúde. Aprendi a ver o SUS como um presente que faço parte dele e que sou um meio de mostrar que o SUS funciona. Muito obrigado a todos pelo respeito como profissional e, principalmente, como pessoa”.

Gizele. Profissional /SAME - Caucaia

O que mais me surpreendeu no curso foi a capacidade de nos envolvermos não apenas como profissional, mas como pessoa, nos levando a refletir em casos necessários para nosso engrandecimento pessoal como a ética, postura profissional e reflexão sobre a amizade, compromisso, respeito e melhor delas a esperança que nunca pode se perder.

Enfermeira de Caucaia

“...Com este curso aprendi a me valorizar profissionalmente e enxergar com outros olhos o sofrimento das pessoas.”

Profissional/SAME - Caucaia.

“Gratidão porque descobri que podemos ser uma ligação entre um sorriso e o bem estar de uma pessoa com apenas um gesto, um abraço, uma informação...”

Profissional/SAME - Caucaia

“... fazer parte deste projeto foi maravilhoso. Conhecer um pedacinho de cada um espalhado e misturado, foi realmente encantador. Gratidão por esse espaço tão valioso para aqueles que, por muitas vezes, ficaram esquecidos...”

Profissional/SAME - Caucaia.

“.. Gratidão a gestão por nos proporcionar esses momentos de aprendizagem e crescimento...São muitas lições e um aprendizado sem tamanho que vamos levar por onde formos, pra vida mesmo, como profissional e, principalmente, como ser humano...”

Profissional/SAME - Caucaia.

“...Este curso me fez perceber que por mais simples que seja o gesto de carinho, às vezes, vale mais que um remédio dado pelos médicos”.

Ednaldo, Atendente de Farmácia - Caucaia.

“...Hoje enxergo o SUS de um modo diferente. Gratidão, amor, empatia, respeito e união...”

Profissional /SAME - Caucaia.

“Confesso que antes do curso iniciar, pensei que se tratava de mais um curso técnico de revisão de manuais, expositivas, distante da realidade vivenciada nas nossas Unidades. No entanto, foi uma surpresa descobrir que a metodologia utilizada nos desafiou a questionar o nosso próprio conhecimento e nossa prática dentro das nossas salas de vacina. Percebi que, ao contrário do que imaginava, as coisas não estavam sob controle, não caminhavam como pensávamos, não sabíamos tudo.”

Enfermeira de Caucaia.

CAPÍTULO 7

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM SEU ENRELAÇAMENTO COM A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS – O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA AFETIVA

Maria Idalice Silva Barbosa

A Humanização dos serviços de saúde é hoje uma urgência importante e um trabalho estrategicamente relevante, uma vez que a qualidade do serviço passa, necessariamente, pela humanização do cuidado em saúde. Esse desafio se torna mais delicado e desafiador em um contexto municipal, como é o caso de Caucaia, em função das limitações do cenário no início da gestão, uma vez que o serviço de atenção primária em saúde não alcançara, ainda, a cobertura em todos os territórios.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, propõe o enfrentamento aos desafios relacionados à qualidade do cuidado, em termos de gestão e organização do trabalho em saúde. Em seu marco teórico-político a PNH reconhece grandes avanços no campo da saúde, no que diz respeito à descentralização e à regionalização da atenção e da gestão, mas aponta diversos problemas que precisam de enfrentamento.

Como política, intenciona operar no sentido de qualificar as relações entre trabalhadores e usuários dos serviços do SUS. Para nós, esta rede de relações deve confluir para trocas solidárias e comprometidas com a produção da saúde, porque é, justamente, neste ponto, que a Humanização, de acordo com a política, consiste em “aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança

na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004, p. 7).

A PNH nasce, portanto, com a nobre missão de traduzir os princípios do SUS na conduta de ser e agir de seus trabalhadores, integrando ações que incluem gestores, trabalhadores e usuários, na confluência de atitudes e práticas em saúde que expressem o cuidado para além da operacionalização de procedimentos, disponibilização exames e medicamentos, mesmo em face as limitações da capacidade de oferta de serviços do SUS, mas compreendendo que a saúde passa pelo cuidado humano, entre humanos.

O desafio para o NEPS de Caucaia foi elaborar um processo formativo capaz de fazer convergir as duas políticas; a PNEPS, com uma proposta que integre a aprendizagem significativa focando o trabalho como eixo central; e a PNH, com sua ideia de qualificação do serviço, não apenas no caráter técnico, mas nas relações interpessoais.

O conceito de humanização da PNH tem sido alvo de análises críticas em face da fragmentação das práticas de humanização relacionadas a diferentes programas, e também, em razão de crescente banalização do tema. Os estudos sobre a PNH apontam que a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho são características que fragilizam as relações entre os diversos trabalhadores da saúde, e destes, com as pessoas que recorrem aos serviços, comprometendo o trabalho em equipe, que desconsidera a dimensão social e subjetiva das práticas em saúde. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Os estudos que avaliam a operacionalização da PNH reconhecem um baixo investimento na qualificação de seus trabalhadores, pouco fomento a cogestão, bem como, na valorização e inclusão dos trabalhadores do setor nos processos de produção em saúde. Avaliações feitas sobre a política reconhecem também que os processos de gestão se restringem ao modelo queixa-conduta, mecanizando a relação dos profissionais com as pessoas que usam os serviços, agravado pelos processos formativos, ainda distantes deste debate. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Tais pontos ressaltados pelas investigações sobre a Humanização eram por nós percebidos no âmbito da APS municipal e representava um desafio grandioso. A pergunta que nos tocava era: como falar em humanização dos serviços de saúde, que inclui o acolhimento e atendimento resolutivo, em um contexto de violência e precariedade, com sérias limitações ainda, relacionadas a infraestrutura neste início de gestão no contexto de Caucaia? Essa questão era para nós muito cara e desafiadora, tanto para a proposição teórico e metodológica, quanto de conteúdo.

A Humanização da Atenção à Saúde e as necessidades de mudança no Padrão Relacional entre trabalhadores da saúde e a população

Tínhamos a clareza que a proposição de uma formação que articule e faça convergir as diretrizes da PNH e PNEPS não poderia abordar somente processos relacionais, por reconhecermos claramente, que a humanização depende de uma nova atitude dos profissionais em relação aos usuários, que se transforma somente mediante a renovação de condições mínimas de infraestrutura, de uma equipe compatível com a demanda, e uma clareza sobre a efetivação da APS como ordenadora do cuidado na rede de serviços do SUS.

Considerando a trajetória de efetivação da PNH, conforme analisam Pasche, Passos e Hennington (2011) há uma convergência de 3 objetivos centrais, são eles: “(1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores”. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, p. 8).

Para nós a qualidade e a dignidade do cuidado de que falam os autores equiparam-se quando o objetivo é a humanização do SUS, que desafia a todos nós trabalhadores e gestores da saúde a propor e organizar processos de trabalho que resultem em um serviço de

qualidade, em termos técnicos e relacionais. Pensando nisto elegemos como ideia força para tratar da Humanização o tema “Acolhimento em saúde” na APS. Optamos por construir uma proposta formativa sobre esta temática ancorada em três dimensões:

- 1) Humanização da Atenção;
- 2) Resolutividade de Fluxos e itinerários de pacientes na rede de serviços;
- 3) Ambiência Acolhedora.

Estávamos convencidos de que um processo formativo que fizesse convergir estas 3 dimensões poderia contribuir para propor um caminho de aprendizagem capaz de abranger, tanto os aspectos relacionais, como também, uma melhor resolutividade dos serviços de saúde. Assim, a resolutividade de Fluxos e Itinerários pertinentes às linhas de cuidado e a regulação dos serviços de saúde eram pontos cruciais a serem incluídos nos processos formativos, além da construção coletiva de uma Ambiência Acolhedora que vai além do espaço, mas inclui um clima de cuidado entre profissionais e usuários, bem como, entre as equipes que atuam juntas na organização dos serviços.

Tendo o Acolhimento como ideia-força, a questão orientadora de uma proposta de aprendizagem era: “o que caracteriza um comportamento acolhedor nos serviços de saúde e qual a condição de incorporação de tais comportamentos para os trabalhadores em saúde?”

Para nós a resposta a esta questão passaria, necessariamente, por um aprendizado gradativo fundamentado em uma base ético-afetiva, capaz de modificar o padrão relacional entre as pessoas, por meio da adoção de atitudes ético-estético-políticas que qualifiquem o vínculo entre usuários e profissionais, e destes, entre si. Como defende a própria PNH, isso se viabiliza a partir de adoção de uma ética de respeito à vida, numa estética capaz de inovação das normas regulamentadoras das atitudes frente à vida, capaz de refazer a cena política que marca as relações sociais no âmbito da saúde. (BRASIL, 2004). O sucesso de um processo formativo desta natureza passa, então, por construir estratégias pedagógicas sensíveis para perceber

as condições de trabalho e a valorização profissional amparadas no reconhecimento de que o nível de acolhida do servidor ao usuário é diretamente proporcional ao tratamento que recebe como profissional, numa relação de reciprocidade.

Em suma, segundo as prerrogativas da política, a humanização para nós deveria traduzir-se no incremento da corresponsabilização dos diferentes atores da rede, e na mudança cultural no que diz respeito à atenção aos usuários e à gestão dos processos de trabalho, refazendo o vínculo que liga toda a rede da APS. Tendo em vista a ideia força que optamos, e as dimensões necessárias para pensar e propor a formação, decidimos, então, propor o curso por nós denominado de “Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde”.

Percorremos um ciclo de fazer que nos ajudou na elaboração desse processo formativo, partindo de uma visão sistêmica que nos auxiliava a reconhecer os diversos pontos da rede de atenção em saúde como um organismo vivo, interligados sistemicamente. Esse reconhecimento nos mobilizava e condicionava à elaboração de uma matriz curricular, não apenas tomando em conta os desafios da PNH, mas fundamentados no conhecimento sobre a cultura organizacional dos diversos pontos de atenção de Caucaia, a partir de uma leitura sensível, realizada por meio de observações e entrevistas informais com os trabalhadores da rede, bem como, uma escuta qualificada das queixas da população, relacionadas ao atendimento no SUS. Somente após esta fase de observação e visitas às UAPS, que traçamos um perfil de competências para nortear a elaboração da matriz curricular do curso, levando em conta o modo de funcionamento da rede de serviços da APS de Caucaia.

Durante esse trabalho observamos diferenças e semelhanças nas dinâmicas dos territórios nas zonas rurais e urbanas. Isso porque Caucaia é um território com grande extensão geográfica abrangendo, sertão, serra e litoral, e uma grande área urbana com todas as características e problemas de grandes centros urbanos, porque pertence à região metropolitana de Fortaleza.

O que nos interessava como resultado desta observação e conversas, para nos subsidiar na proposição do curso, era identificar e perceber a qualidade do padrão de tratamento social que configurava as relações dos trabalhadores da saúde com a população, e destes, entre si, e com a gestão em saúde. Neste trabalho observamos alguns aspectos interessantes, presentes na cultura organizacional das UAPS que compunham a rede de APS do município. Haviam pontos positivos e negativos com potencial para influir e colaborar para uma mudança para um padrão relacional com comportamento mais acolhedor, e que mereciam ser trabalhados e aprofundados na formação. Destacamos aqui 5 fatores presentes que chamaremos de Padrão Relacional dos trabalhadores da saúde e a população.

O primeiro fator que observamos neste padrão de relacionamento foi uma comunicação marcada por um certo modo de “exclusão”, incompatível com a universalidade do SUS. Isso se expressava em alguns comportamentos como, por exemplo, se a pessoa não morasse na área, geralmente, era orientada a voltar, ou procurar outra Unidade mais próxima de sua casa, ou mesmo, em se tratando do mesmo território, tinha que ser atendida somente pela equipe responsável pelo endereço da família. Ora, isso era problemático, tanto para um município com total cobertura de APS, como para um município ainda sem total cobertura, como era o caso de Caucaia. Apesar da orientação ser aceitável, feria a universalidade em nome de uma suposta organização interna. Era preciso ponderação nesta postura normatizadora, que não poderia ser norteadas apenas pelo endereço da pessoa, e passar para uma resposta mais inclusiva, que respeitasse o direito do cidadão, sem desconsiderar a adesão da população vinculada a uma equipe de saúde da família.

Um segundo fator que observamos neste padrão relacional entre a população e os trabalhadores de saúde, sobretudo, quando se tratava do pessoal responsável pela recepção nas UAPS, era o que chamamos de reciprocidade equiparada. Isso pode ser traduzido da seguinte forma: o mesmo tipo tratamento que recebiam da população, era o mesmo que deveriam adotar para tratar de volta.

Assim, se alguém chegava na unidade tratando bem os funcionários, estes recebiam atenção normalmente, porém, se chegassem tratando de forma inadequada os funcionários, como é bastante comum, todos consideravam mais que justo, responder aquele comportamento de forma recíproca. Percebíamos que o direito à saúde ainda é algo não apropriado por nós brasileiros, e a crença de que o SUS é um serviço precário para pobres é muito arraigada nas atitudes e na comunicação entre as pessoas. Alguém que chega exigindo atendimento está expressando, mesmo que de forma distorcida, o seu direito à saúde. Por outro lado, ninguém gosta de ser mal tratado, mas é comum os funcionários da recepção serem alvo de toda frustração da população que se sente negada em seu direito. Ouvimos muitas histórias sobre isso por parte dos funcionários da recepção nas UAPS, que se sentiam vitimizados nestas situações. Era preciso então desconstruir esse padrão de relação e passarmos dessa reciprocidade equiparada para uma relação em que predominasse uma solidariedade cívica, fincada no reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Um terceiro aspecto que destacamos neste padrão relacional, sobretudo, por parte de alguns trabalhadores, foi o que caracterizamos como uma empatia descapacitante. Muitos trabalhadores eram tomados por um sentimento solidário e desejavam muito ajudar na resolução dos problemas das pessoas, mas se sentiam impotentes diante de muitas situações. Tal impotência advinha de vários aspectos, desde o desconhecimento de como funciona a rede de atenção do SUS, até mesmo, as dificuldades inerentes ao sistema SUS, como por exemplo, a demora de exames e consultas especializadas, o tempo de espera de atendimento nas próprias Unidades, etc. Isso gera um estado de constante tensão e sofrimento nos trabalhadores, que respondem a essa frustração de diversas formas. Uns adotam uma postura de indiferença, como forma de suportar certa impotência e inoperância, ainda presente no sistema; outros acabam se envolvendo com os problemas da população ao ponto de adoecerem. A ajuda era entendida como válida somente do ponto de vista da total resolução do caso e restauração da saúde da pessoa que precisava

dos serviços, daí o sentimento de impotência. Era preciso sair de uma empatia descapacitante, geradora de sofrimento ou indiferença, para uma empatia compassiva, que preservasse a capacidade de se colocar no lugar do outro de forma mais saudável, compreendendo seu papel e os limites da ajuda, levando em conta que acolher, não necessariamente, é resolver todos os problemas trazidos pelos usuários aos serviços de saúde, e os limites do próprio SUS.

O terceiro aspecto que destacamos no padrão relacional nos serviços da APS eram atitudes comuns de indiferença apática no tratamento da população, expressa numa comunicação que não olha no olho, não presta atenção nas queixas e, portanto, não acolhe, apenas atende e repassa informações, sem demonstrar compromisso. Era preciso trazer elementos para a formação que pudessem contribuir para transformar esse padrão relacional em comportamentos em que a simpatia e a gentileza fossem marca na comunicação entre os trabalhadores da saúde e a população.

E, por fim, era preciso ajudar aos trabalhadores a saírem de uma certa impotência inoperante para a esfera da resolutividade. Havia diversos casos em que a falta de resolutividade estava ligada ao desconhecimento de como funciona a rede do SUS, e de que modo é possível organizar os serviços da APS no sentido de melhorar o acesso da população, ou mesmo, a desvalorização do SUS como um serviço de saúde que merece ser melhorado e preservado.

Em síntese, percebemos que um bom processo formativo para tornar as UAPS uma ambiência acolhedora com serviços humanizados era organizar um curso, que colaborasse para sair do padrão relacional que já era rotina, de acordo com a cultura organizacional, para um padrão acolhedor, conforme a seguir:

PADRÃO DE RELAÇÃO PERCEBIDO	PADRÃO DE RELAÇÃO DESEJADO
Excludente	Inclusivo
Reciprocidade equiparada	Solidariedade cívica
Empatia descapacitante	Empatia compassiva
Indiferença apática	Simpatia e Gentileza
Impotência inoperante	Esferas de resolutividade

Diante desse cenário precisávamos construir uma estratégia viável frente ao contexto de Caucaia, com uma inovação pedagógica e metodológica capaz de gerar os aprendizados necessários capazes de influir no campo operativo da rede gestão do SUS, abordando a questão do humanismo por meio do Acolhimento em saúde com impacto na mudança deste padrão de relação entre trabalhadores da saúde e a população que constamos em nossa leitura.

Somado a isso tínhamos ainda que buscar superar a crença arraigada nos profissionais de saúde de que estavam sendo convocados para participar de mais um curso, que não teria resultados para mudar sua realidade e seu processo de trabalho, porque quaisquer processos formativos eram sempre algo distante da realidade vivida, tampouco, capaz de tocar os humanos, sensibilizando-os para buscar renovar e tecer novos padrões de relações.

Pasche, Passos e Hennington (2011), quando analisam a trajetória da PNH, remetem ao ideário da Reforma Sanitária afirmando que a humanização em saúde vai além de um processo tecnoburocrático, e se caracteriza como um marco na direção de um aprimoramento da experiência civilizatória humana, e alça a construção do SUS como um aspecto de consequências importantes para construção de uma sociedade democrática. A humanização do SUS para os autores configura-se como: um processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e gestão

em saúde... Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida como seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 570).

Os autores nos deixavam claro a dimensão do desafio em nível local, tocar o humano das pessoas. Não abrir mão da sensibilidade e delicadeza de construir um processo formativo com base no afeto e no cuidado das relações humanas, sem deixar de lado sua competência técnica, isto é, um processo de formação que faça convergir a abordagem técnica e humana no cuidado com a saúde humana. Para nós, uma estratégia de formação que tocasse nestas questões precisava colocar o desenvolvimento da Inteligência Afetiva como centralidade nos processos formativos de aprendizagem desenvolvimento, com uma proposta curricular que tocasse em tais questões.

Estratégia pedagógica e curricular do curso

Com base nesta leitura de contexto o passo seguinte foi elaborar e executar uma proposta curricular que contemplasse os problemas vivenciados pelos profissionais, conforme cenário que observamos. Tínhamos em mente que esta formação teria como eixo central facilitar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de forma humanizada, resolutiva, capaz de gerar satisfação no acolher. Mas, por onde começar tendo em conta o cenário municipal?

Dedicamos um tempo para elaboração da matriz curricular levando em conta nossas observações e as queixas da população sobre o mal atendimento, que nos chegavam de forma recorrente, analisando de forma equitativa, tanto tais queixas, como as razões e justificativas dos profissionais em face ao cenário, expressas no padrão relacional que decodificamos.

Além desse padrão relacional por nós decodificado, constatamos também um fator que nos deixou bastante surpresos. Percebemos que alguns profissionais de nível médio não sabiam o que significava a sigla SUS, e toda a complexidade desse sistema

era um assunto nunca antes estudado por nenhum deles! Seus conhecimentos de SUS era do senso comum e da vivência diária, restrita apenas ao seu lugar de trabalho, isto é, restrita a um ponto de atenção da rede da APS. Havia um desconhecimento geral sobre o funcionamento da rede de serviços do SUS em toda sua complexidade, bem como, um desconhecimento do arcabouço teórico que embasa o SUS, em seu marco legal e doutrinário e histórico.

Observamos que todos os profissionais do nível médio aprendiam uns com os outros somente como operacionalizar tecnicamente o seu trabalho na APS, desempenhando tarefas específicas sem compreender os processos complexos que envolve assuntos tais como: referência, contrarreferência, regulação de consultas, agenda programada e demanda espontânea, triagem e acolhimento etc. Todos desempenhavam tarefas sem conhecer e fazer uma articulação do seu trabalho com o serviço da APS em sua articulação com os demais níveis de atenção à saúde.

Isso era uma situação comum, não somente em Caucaia, em razão do fato de que muitos profissionais do nível médio entram para compor a rede de serviços de saúde por seleção pública, e não passam por processos formativos, sendo-lhes exigido conhecimentos apenas do ensino médio, como requisito de seleção. Como exigir serviços humanizados considerando este perfil? Como sabemos, o tema do SUS não é abordado na formação de ensino médio em geral. Não podíamos iniciar dando aulas de humanização, sem falar primeiro do que tratava o SUS como uma política pública universal de saúde para o povo brasileiro.

Comumente quando se fala em Humanização da saúde, as formações se voltam para o público de profissionais graduados que atuam na assistência, tais como, médicos, enfermeiros e dentistas que compõem a equipe mínima. Decidimos, então, face ao cenário, começar com os profissionais de nível médio, considerando o fato de que, são com eles o primeiro contato das pessoas que chegam solicitando atendimento. Sabíamos que, se iniciássemos com a equipe mínima, era muito provável nos depararmos com obstáculos embasados na crença de que as mudanças não seriam possíveis na

prática em função da não colaboração dos profissionais de nível médio, que não compreendem como funcionam os serviços. E constatávamos que esta crença não era sem razão. Sabíamos também que a responsabilidade pela formação dos profissionais deve ser assumida pela gestão, e que a seleção de novos quadros demanda processos formativos que capacite, minimamente, as pessoas a atuarem com competência na rede de serviços do SUS para a qual ela foi designada.

Era consenso entre nós que o Acolhimento em saúde é de responsabilidades de todos os trabalhadores da APS e, portanto, deveria envolver a todos. Organizamos o pessoal em blocos para nos ajudar na oferta gradativa e envolvimento de todos ao longo de um longo programa de formação em EPS no tocante a humanização das relações, conforme apresentamos no quadro a seguir.

ATENDENTES DO PÚBLICO	CUIDADORES DE AMBIÊNCIA	CUIDADO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais do Serviços de Atendimento Médico e Estatístico - SAME • Atendentes da Farmácia 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais da Limpeza • Porteiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnico de Enfermagem • Agentes Comunitários de Saúde • Atendentes do Cirurgião Dentista (ASB e TSB) • Agentes administrativos da Tecnologia da Informação (digitadores) • Médicos • Enfermeiros • Equipes multiprofissionais do NASF

Após estas decisões, seguimos para abordar outros aspectos na elaboração da estratégica de formação desses trabalhadores. Considerando os profissionais de nível médio, cada UBS, contava com profissionais nas áreas de atendimento ao público, cuidadores de ambiência e cuidado e assistência em saúde. Geralmente, em um UAPS tem-se um número de profissionais do SAME proporcional ao número de equipes de saúde da família, 1 atendente para a farmácia, 1 profissional para digitação, contando ainda com uma média de 2 a 3 profissionais das equipes de limpeza, e 2 profissionais que atuam

na portaria. Era um grande contingente de pessoal que demandava criatividade na proposição de estratégias que contemplassem a todos. Era um grande desafio para a equipe de EPS do município, que contava apenas com dois profissionais: uma enfermeira e uma psicóloga.

Diante deste quadro a primeira decisão que tomamos foi iniciar a formação sobre Ambiência Acolhedora nas UAPS, priorizando os profissionais de nível médio, responsáveis pela operacionalização dos serviços da APS, no atendimento ao público e no cuidado da ambiência, envolvendo, inicialmente, os profissionais do SAME, os atendentes da farmácia e os profissionais da limpeza. Após estas decisões era importante propor uma formação em serviço que contasse com a total adesão e colaboração dos profissionais ao curso, uma vez que pretendíamos abordar o tema Acolhimento tocando a humanização. Determinar simplesmente a participação de todos, impondo sua presença nas formações, não convergia, em coerência, com os princípios da humanização dos serviços.

Outro aspecto que precisávamos considerar, que dificultava a operacionalização do curso e adesão dos funcionários era o deslocamento dos profissionais, dado as distâncias das localidades à sede, bem como, questões operativas relacionadas com a alimentação dos participantes, liberação dos profissionais de seus serviços sem prejudicar o atendimento à população, sem contar na própria adesão e engajamento dos profissionais ao curso.

Com intuito de buscar saída para tais questões resolvemos promover Encontros por Categoria com os profissionais de nível médio. Nestes encontros compartilhávamos a nossa leitura de cenário, apresentávamos os problemas relacionados ao Acolhimento, bem como, as queixas da população, e comentávamos sobre o imperativo ético de colaborarmos, em conjunto, para a melhoria técnica e humana dos serviços. Havia uma escuta e valorização destes trabalhadores como profissionais da saúde, postura que foi importante para colaborar com sua adesão. Ouvimos de alguns profissionais da limpeza que já tinham quase 30 anos de serviço que nunca antes haviam sido convidados para uma reunião, e menos ainda para participar de uma formação.

Os Encontros foram muito importantes e esclarecedores para todos. Foi possível, para nós, do NEPS aprofundarmos nossa leitura de cenário, e também, compreender um pouco mais sobre a opinião dos profissionais para abordar tais problemas. Foram momentos em que aproveitamos para convidá-los para pensarmos juntos, ouvindo suas opiniões sobre a humanização dos serviços, e como propor uma formação viável para abordar o tema diante do contexto de Caucaia. Percebíamos que, ao se sentirem participantes, as pessoas aderiam a formação, se sentiam valorizadas. Percebemos que uma das suas reivindicações era a certificação, e o curso acontecer em horário de serviço, ou seja, era preciso a liberação dos profissionais de forma a não prejudicar o funcionamento dos serviços, e o fato de o curso acontecer nas próprias UBS, evitando gastos com deslocamentos por parte dos funcionários. A certificação era importante para colaborar para uma progressão de carreira, no caso dos trabalhadores concursados.

Isso nos ajudou a conseguir engajamento e adesão de quase todos ao curso. Outro problema era pensar uma solução para abranger o máximo de trabalhadores neste primeiro momento. Havíamos decidido começar envolvendo, ao mesmo tempo, três categorias do nível médio, e uma estratégia interessante frente ao cenário, foi trabalhar com a proposição de uma formação dupla. Optamos, então, por formar equipes de facilitadores, convidando os profissionais do NASF a engajarem-se no processo formativo. E assim, além das 3 categorias, também foi possível envolvermos os profissionais das equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Caucaia (NASF) de Caucaia.

Os profissionais do NASF foram, então, convidados para participarem de um curso de facilitadores de EPS com o tema Acolhimento, isto é, oferecemos ao NASF uma capacitação, cujo processo formativo tinha uma carga horária teórica e outra carga horária prática, incluindo o que chamamos de uma Prática Docente. Assim, os profissionais do NASF, em sua prática docente, e como requisito de certificação, eram engajados na formação dos profissionais de nível médio. Esta estratégia foi o que nos permitiu

começar envolvendo todos os profissionais do SAME, todos os atendentes de farmácia, e todos os profissionais da limpeza de Caucaia. A estratégia trazia vantagens para os profissionais do NASF uma vez que a atuação em educação em saúde era prática constantemente demandada NASF, sendo que nem todos tinham essa competência docente.

Com esta estratégia pudemos abranger uma tripla finalidade. Primeiro, contemplar as necessidades de aprendizagens das equipes multiprofissionais do NASF, que atuam com educação em saúde, convidando-as para participar de uma formação de facilitadores; segundo, contemplar as necessidades de aprendizagem, tanto dos profissionais do NASF, quanto dos profissionais do nível médio da APS, sobre o tema Acolhimento; e terceiro, operacionalizar uma formação em serviço sem prejudicar o atendimento à população que funcionasse de forma descentralizada.

A estratégia de formar “Facilitadores em EPS” foi bem oportuna e pertinente, além de proporcionar capilaridade das formações, uma vez que os facilitadores atuarão melhorando a qualidade de seu desempenho profissional, resolvendo assim, o problema do curso que aconteceria nas localidades próximas às UBS, ou nas próprias sedes, quando havia condições de estrutura. A ideia do currículo integrado nos inspirava nesta proposição de um curso com parte de sua carga horária dedicada a prática profissional, o que viabilizava uma formação em serviço, centrada na mudança progressiva dos processos de trabalho. A partir dessa ideia, propomos para os profissionais do NASF, que a carga horária dedicada à sua prática profissional fosse transformada em Prática Docente, uma vez que está em seu escopo de competências, atuar com Educação em Saúde.

O Método Integrativo Biocêntrico foi a base de nossa proposta e muito bem aceito pelos profissionais do NASF que viam os Manuais do Curso como uma ferramenta de trabalho que contribuía para ampliar e fortalecer suas competências como educadores em saúde, com capacidade para problematizar o contexto das práticas em saúde de forma embasada e segura. Contar com os Manuais na

condução dos processos de aprendizagem em sua prática docente funciona como alavanca da aprendizagem-desenvolvimento do ser tornando os processos formativos envolventes e transformadores.

Assim, além da equipe do NEPS já contávamos com uma equipe de facilitadores que nos permitia avançar na proposta, contando com a parceria valiosa com o NASF. Buscamos criar uma estratégia em cadeia, ancorada na Educação Biocêntrica, cuja finalidade é funcionar como valorização profissional, reconhecendo o saber da prática que os profissionais acumularam com sua experiência, favorecendo a interação entre os profissionais, por meio do estudo e criação de ambientes de aprendizagem. Com as equipes de facilitadores em formação era possível então contemplar, posteriormente, as demais categorias de nível médio.

Apresentamos a seguir o resultado da proposição curricular do Curso “Ambiência Acolhedora para Unidades de atenção Primária em Saúde” do Núcleo de Educação Permanente em saúde de Caucaia.

Matriz Curricular do Curso Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde

A partir do objetivo central do curso, trabalhamos para elencar um escopo de competências comuns para todos os profissionais, que contemplassem o SUS, desde o seu arcabouço doutrinário e operativo, até chegar na necessidade de Humanização dos serviços, com uma formação direcionada para melhoria do desempenho profissional técnico e humano, a partir dos valores que constituem o marco doutrinário do SUS, considerando o Acolhimento, como ideia motriz para o desenho das competências requeridas. Traçamos também competências específicas, considerando as funções de cada um na operacionalização do serviço da APS.

A partir de um objetivo geral, vimos as necessidades de elaborarmos competências comuns para todas as categorias envolvidas, contemplando os aspectos relacionais, e também, competências específicas para cada categoria, que tocava em

aspectos técnicos de sua função na APS do SUS. Tais competências específicas foram elaboradas, por meio de uma parceria com alguns profissionais da gestão que tinham expertise no tema. Para elaborarmos um perfil de competências, bem como, propor temas específicos para cada categoria, tivemos a contribuição de alguns profissionais com a participação de farmacêuticos da Divisão de Assistência Farmacêutica (DIASF), membros das equipes da Vigilância Ambiental, profissionais da Regulação em Saúde.

Ao final elaboramos uma matriz curricular com competências gerais e específicas para cada categoria profissional, propondo as disciplinas com seus conteúdos e objetivos de aprendizagem. Apresentamos a seguir a matriz curricular de acordo com esta construção.

Título do Curso:

Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde do SUS.

Objetivo geral do Curso:

Contribuir para melhoria da qualidade e humanização dos serviços em saúde por meio do Acolhimento na atenção primária do SUS.

Público participante:

Profissionais de nível médio e fundamental lotados nas UBS de Caucaia:

- Profissionais do SAME
- Profissionais da Limpeza
- Atendentes de Farmácia

Competências Comuns:

- Exercer sua prática na atenção primária do SUS, pautando suas ações nos princípios e diretrizes do SUS com pró-atividade e resolutividade;
- Agir de forma ética, crítica e reflexiva em seu ambiente de trabalho;

- Acolher as pessoas com empatia, respeito e resolutividade;
- Prestar atendimento à população com dignidade, simpatia e gentileza;
- Desenvolver trabalho em equipe.

Competências específicas, por categoria:

Profissionais do SAME:

- Articular suas responsabilidades na atenção primária articulando-as à rede de serviços de saúde do SUS em seus diversos níveis de atenção;
- Acolher de modo adequado pessoas em sofrimento psíquico;
- Organizar sua Rotina no SAME agindo com resolutividade frente aos problemas cotidianos.

Atendentes da Farmácia:

- Articular suas responsabilidades na atenção primária articulando-as à rede de serviços de saúde do SUS em seus diversos níveis de atenção;
- Acolher de modo adequado pessoas em sofrimento psíquico;
- Organizar o funcionamento da farmácia de acordo com os POPs;
- Organizar e orientar, adequadamente, o fluxo de recebimento e dispensação de medicamentos na atenção primária do SUS;
- Organizar sua Rotina de trabalho na Farmácia agindo com resolutividade frente aos problemas cotidianos.

Profissionais da Limpeza:

- Organizar e manter todos os ambientes da UBS livre de contaminações;
- Planejar sua rotina de trabalho de acordo com os POPs;
- Contribuir e Respeitar com as normas de Biossegurança relacionadas a Higiene.

Com base nestas competências definimos os Temas Geradores comuns, bem como, os temas específicos, por categoria, a serem abordados no itinerário formativo, conforme abaixo:

TEMAS GERADORES COMUNS		
1. História e Princípios do SUS 2. Princípios Organizativos do SUS 3. Rede de Atenção à Saúde e seus nós críticos 4. Relações Interpessoais <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ordens dos Relacionamentos ✓ Feedback ✓ Empatia e Gentileza Cívica 		
TEMAS GERADORES ESPECÍFICOS, POR CATEGORIA		
ATENDENTES DO PÚBLICO		CUIDADORES DA AMBIÊNCIA
PROFISSIONAIS DO SAME	ATENDENTES DA FARMÁCIA	PROFISSIONAIS DA LIMPEZA
1. Comunicação não violenta 2. Rotina de trabalho na UAPS 3. Prontuário – manejo e ética 4. Acolhimento em saúde e nós críticos da Rede de Atenção	1. Princípios de Farmacologia 2. Aquisição de Medicamentos 3. Recebimento e Armazenamento	1. Cuidados na ambiência em saúde - Higiene e contaminação 2. Biossegurança - Plano de Gerenciamento de Resíduos em saúde 3. Beleza , Higiene e Estética nos ambientes

A seguir apresentamos a Matriz Curricular com a proposição de disciplinas, comuns e específicas, por categoria profissional participante, apresentadas com conteúdo e objetivos de aprendizagens, compondo o desenho da matriz curricular do curso.

Disciplinas comuns:

1. Políticas Públicas de Saúde: princípios e diretrizes do SUS	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
1. Princípios e Diretrizes do SUS	2. Compreender a história de construção democrática do SUS 3. Interpretar os Princípios e Diretrizes do SUS;

2. Redes de Atenção à Saúde	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
1. Rede de Atenção à Saúde do SUS 2. Políticas Públicas e serviços disponibilizados aos cidadãos de Caucaia nos diversos Setores: esporte, lazer, cultura, educação, assistência social e justiça;	1. Compreender a articulação dos níveis de atenção à saúde e a APS como porta de entrada de SUS; 2. Analisar a articulação das redes de atenção e a funcionalidade dos serviços;

3. Política de Humanização e as Relações Interpessoais no Trabalho	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
1. Política de Humanização 2. Empatia e Simpatia 3. Gentileza 4. Comunicação Não Violenta 5. Relações Interpessoais e feedback 6. Ordens dos Relacionamentos: hierarquia, pertencimento e equilíbrio de dar e receber	1. Implementar a Política de Humanização efetivando seus princípios em suas práticas cotidianas na UBS levando em conta as leis sistêmicas dos relacionamentos humanos;

Disciplinas específicas por categoria profissional:

- Profissionais do SAME

1. Acolhimento em saúde e nós críticos da rede de atenção	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
<ol style="list-style-type: none">1. Redes de Atenção em Saúde2. Direitos e deveres dos usuários do SUS;3. Cadernos da Atenção Básica – Acolhimento à Demanda Espontânea	<ol style="list-style-type: none">1. Compreender as preocupações e dificuldades vivenciadas pelos profissionais da UBS em relação ao Acolhimento.2. Compreender os nós críticos de articulação entre os diversos pontos de atenção dos serviços de saúde relacionados ao Acolhimento;3. Valorizar os direitos e deveres dos usuários do SUS como cidadãos.

2. Arquivo Médico e Rotina de trabalho na UBS	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
<ol style="list-style-type: none">1. Gerenciamento de Rotina de trabalho;2. Serviço de Arquivo de Prontuários na APS;3. Prontuário de pacientes: ética e lei de preenchimento4. Agenda médica;	<ol style="list-style-type: none">1. Diagnosticar os problemas relacionados a rotina do SAME na Atenção Primária;2. Organizar os prontuários na UBS em conformidade com as diretrizes da legislação;3. Organizar agenda médica atendendo as diretrizes da atenção primária em saúde municipal;

- Profissionais Atendentes de Farmácia das UBS

1. Princípios de Farmacologia	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
<ol style="list-style-type: none">1. Terminologia dos medicamentos (genérico, similar e referência);2. Vias de administração de medicamentos;3. Classificação dos medicamentos.	<ol style="list-style-type: none">1. Discriminar os diferentes tipos de medicamentos levando em consideração que sejam genéricos, similar e de referência;2. Associar os tipos de medicação com suas respectivas vias de administração;

2. Aquisição, Recebimento e Armazenamento de medicamentos	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
1. RENAME – Relação Nacional De Medicamentos 2. Pactuação Programada Integrada (PPI) 3. Portarias (financiamento) 4. Aquisição de medicamentos e corresponsabilidade dos entes federados 5. <u>Judicialização</u> aplicada à aquisição de medicamentos	1. Associar o RENAME ao elenco da PPI; 2. Identificar o medicamento prescrito relacionando-o ao elenco de medicamento de acordo com o nível de atenção: básica e especializada; 3. Identificar as corresponsabilidades de cada ente federado na aquisição de medicamentos; 4. Utilizar POPs de recebimento e de armazenamento de medicação; 5. Adaptar os procedimentos de armazenamento ao contexto da UBS garantindo a integridade da medicação.

3. Dispensação e Entrega de medicamentos	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
1. Tipos de receita e preenchimento (Portaria 344 – Psicotrópicos) 2. Posologia 3. Resolução de antibióticos 4. Lei da Intercambialidade (genéricos)	1. Orientar corretamente o fluxo de dispensação do medicamento de acordo com especialidade; 2. Cumprir os POPs de dispensação; 3. Identificar o receituário correto para prescrição assim como seu preenchimento; 4. Calcular a posologia referente a farmacoterapia 5. Identificar as consequências do aumento da resistência bacteriana relacionada ao uso inadequado de antibióticos 6. Compreender que a Lei da Intercambialidade é de responsabilidade do farmacêutico.

4. Sistema Horus	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
4. Sistema Horus	1. Operar corretamente o sistema Horus

- Profissionais da Limpeza

1. Ambiência acolhedora e sua relação coma saúde humana	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
1. Higiene e Contaminação	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar o papel da equipe de limpeza na qualificação do serviço da APS do SUS; • Compreender a importância do trabalho da limpeza para criar ambiente acolhedor gerando harmonia e bem estar no ambiente de trabalho;

1. Biossegurança	
Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
Biossegurança	<ul style="list-style-type: none"> • Classificar grupos de resíduos em saúde evitando contaminação dos ambientes da UBS; • Reconhecer a importância dos procedimentos padrão para qualidade dos serviços e propor POP para ambientes críticos das Unidades Básicas de Saúde; • Propor POP para ambientes críticos das Unidades Básicas de Saúde;

Produtos de gestão gerados no processo formativo

A condição de incorporação da Educação Permanente em Saúde na gestão da APS passa pela garantia de organizar processos de aprendizagem-desenvolvimento geradores de produtos ou ferramentas de gestão. Cada processo formativo do Curso de Ambiência Acolhedora para APS gerou produtos para apoiar a gestão em sua condução administrativa visando melhorar os serviços.

Visando dar visibilidade aos produtos de gestão realizamos um Evento para uma celebração coletiva de nossa colheita frutífera em aprendizados coletivos. Realizamos uma Mostra de Aprendizagem. Neste evento os profissionais que concluíram o curso apresentaram, como trabalho de conclusão, os resultados das tarefas que foram realizando em seu ambiente de trabalho ao longo da formação. Formamos uma banca de apreciação composta pelos gestores da secretaria com intuito de dar visibilidade aos profissionais de nível

médico em sua atuação da APS do SUS. Desafiamos aos samistas, atendentes de farmácia e profissionais da Higiene e Limpeza a fazerem uma apresentação criativa das principais atividades realizadas por eles em suas UAPS.



Os produtos de gestão gerados a partir da formação dos profissionais do SAME foram oriundos das tarefas que lhes eram sugeridas a realizar em suas UAPS, sendo destaque duas atividades. A primeira foi a organização dos Prontuários nas UAPS em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde. A segunda foi a realização de um Seminário cujo objetivo foi explicar para população qual é a função do SAME, o processo de marcação de consulta, o funcionamento da regulação de consultas e sua organização nos outros níveis da rede de atenção à saúde com os encaminhamentos para consulta especializadas. Esses assuntos eram sempre motivos de conflitos entre os profissionais e a população, gerando muita reclamação. Realizar o seminário era oportunidade de compartilhar a complexidade da organização da APS com a população, bem como, valorizar a atuação profissional dos samistas. O mutirão de organização dos Prontuários foi realizado com êxito na maioria das UAPS e os Seminários foram um sucesso que proporcionou momento de orgulho para os samistas que se sentiram profissionais da saúde.

Os atendentes de farmácia foram desafiados a organizar seu local de serviço, seguindo as farmácias segundo as normatizações e os POPs. Também foram envolvidos e participaram dos Seminários para comunidade em parceria com os samistas. Além disso, todas as farmácias foram classificadas de acordo com seu nível de funcionamento. Essa classificação foi feita pelos próprios atendentes de farmácia a partir de critérios que elaboramos em parceria com os farmacêuticos do município. Todas as farmácias da APS foram classificadas de acordo com sua infraestrutura, organização e processos de trabalho, categorizadas em níveis: A, B e C. Esta classificação é um instrumento útil para melhorar o gerenciamento de todas por parte da coordenação. O quadro a seguir apresenta os critérios que foram elaborados:

FARMÁCIA NÍVEL A

INFRAESTRUTURA	ORGANIZAÇÃO	PROCESSOS DE TRABALHO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Computador 2. Impressora 3. Ar condicionado instalado e funcionando 4. Prateleiras com medicamentos em ordem segundo POP 5. Geladeira 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Sistema Horus implantado; 7. POPs Expostos; 8. Lista com elenco de medicamentos padronizados; 9. Lista de medicamentos em falta; 10. Estoque de medicamentos conforme lista de faltas. 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Auxiliar de Farmácia exclusivo; 12. Sistema Horus funcionando; 13. Ausência de medicamentos vencidos; 14. Primeiro que expira/primeiro que sai (PEPS) aplicado 15. Controle Diário de estoque 16. Recebimento dos mapas e pedidos nas datas programadas

FARMÁCIA NÍVEL B

INFRAESTRUTURA	ORGANIZAÇÃO	PROCESSOS DE TRABALHO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ar condicionado 2. Prateleiras com medicamentos em ordem segundo o POP 	<ol style="list-style-type: none"> 3. POPs Expostos; 4. Lista com elenco de medicamentos padronizados; 5. Lista de medicamentos em falta; 6. Estoque de medicamentos conforme lista de faltas. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Auxiliar de Farmácia exclusivo; 8. Ausência de medicamentos vencidos 9. PEPS aplicado 10. Controle Diário de estoque 11. Recebimento dos mapas e pedidos nas datas programadas

FARMÁCIA NÍVEL C

INFRAESTRUTURA	ORGANIZAÇÃO	PROCESSOS DE TRABALHO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prateleiras com medicamentos em ordem alfabética 	<ol style="list-style-type: none"> 2. POPs Expostos; 3. Lista com elenco de medicamentos padronizados; 4. Lista de medicamentos em falta; 5. Estoque de medicamentos conforme lista de faltas. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Auxiliar de Farmácia; 7. Ausência de medicamentos vencidos 8. PEPS aplicado 9. Recebimento dos mapas e pedidos nas datas programadas 10. Controle Diário de estoque

Em relação à formação dos profissionais da Higiene e Limpeza, durante seu processo formativo, todos fizeram uma sugestão: gostariam de serem identificados como Profissionais do Bem-Estar. Tivemos como parceiros na elaboração deste curso alguns profissionais da Vigilância Ambiental do município que nos auxiliou com conhecimentos específicos e durante a formação realizamos, junto com eles, um Diagnóstico sobre a situação dos resíduos de saúde como ferramenta de gestão. Além do Diagnóstico, elaboramos e validamos 7 POPs, para colaborar na normatização das condutas adequadas para garantir a higiene e limpeza das UAPS.

Considerações finais



Por fim, gostaríamos de destacar que esses 3 cursos geraram um grande aprendizado não somente para os profissionais envolvidos. Queremos destacar o nosso aprendizado como coordenação da EPS de Caucaia. Esse processo formativo que articulou a EPS e a Humanização foi palco de muitas reflexões sobre o desenho e a condução de processos formativos nos moldes da educação permanente. Abordar a Humanização sem se prender ou restringir ao lugar comum de trabalhar a política de humanização

como normatização de condutas e optar pelo desenvolvimento da Inteligência afetiva, abordando assuntos como a empatia, as ordens dos relacionamentos, a comunicação não violenta, foi um diferencial que agregou muito em termos de aprendizado.

Os contornos para um Desenho de um Programa de EPS que apresentamos anteriormente é outro fruto deste processo vivido intensamente com muita dedicação de todos os envolvidos, como os profissionais do NASF e nossos colaboradores da gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, M. I. S. **O Vínculo na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2015. 413f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2015.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.10, n.3, pp. 561-571, 2005.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPRA, F.; LUISI, P. L. **A Visão Sistêmica da Vida. Uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014.

CAVALCANTE, M. R. B.; GÓIS, C. W. L. at all. **Educação Biocêntrica. Ciência, Arte, Mística, Amor e Transformação**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2015.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. IN: 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: Ministério da Saúde, 2006.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva.** vol.16, n.11, pp. 4541-4548, 2011.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista Salud Publica (Bogota);** v.13, n.4,pp: 703-716, ago. 2011.

CAPÍTULO 8

AUTOGESTÃO APOIADA NAS SALAS DE VACINAS DE CAUCAIA

Luiz da Silva Moura Júnior
Maria Idalice Silva Barbosa

O Brasil é referência mundial no Programa Nacional de Imunização (PNI) que comemora 40 anos em 2013. Instituído no Brasil com objetivo de coordenar as ações de imunização, antes organizadas somente em programas de controle de doenças, o programa tem contribuído para conquistas importantes como, por exemplo, o certificado internacional de erradicação da varíola, em 1973, dentre outras vitórias, como erradicação da poliomielite, da transmissão do poliovírus selvagem e transmissão endêmica do sarampo, o processo de eliminação do tétano neonatal, a redução e controle da meningite por *Haemophilus influenzae* e meningococo C.

Nosso país é reconhecido mundialmente por oferecer gratuitamente o maior número de imunobiológicos dirigidos a grupos de população alvo, e a cada ano, o PNI vem aumentando sua rede de serviços, incorporando novos imunobiológicos, bem como, ampliando a faixa etária de vacinação. Embora a vacinação de adolescentes e adultos já fosse prática corrente nos serviços de saúde, foi em 2004, que foram regulamentados os calendários de vacinação por ciclo de vida, por meio da Portaria Ministerial MS/GM nº 597/2004. Em 2010, o Programa já contava com um calendário de vacinação bem amplo, abrangendo a população geral e a indígena, com 15 vacinas ofertadas, em aproximadamente, 34 mil salas de vacinas distribuídas em todo território nacional. (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

De acordo com Domingues e Teixeira (2013) estudos que avaliam o PNI colocam-no como um exemplo de política bem-sucedida em função de alguns fatores, tais como, sua capacidade de mobilização da população alvo, por meio de grandes campanhas nestes 40 anos, adotando estratégias diferenciadas de vacinação, acompanhadas do crescente aumento de salas de vacinação de rotina e do uso de diferentes estratégias de vacinação, bem como a modernização dos serviços com a com a implantação do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Neste sentido falamos de um PNI com significativa contribuição para reduzir as desigualdades regionais e sociais na medida crescente de sua capacidade de viabilizar vacinas para todos os brasileiros em localidades de fácil e difícil acesso, definindo ações em acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Apesar dos estudos apontarem coberturas vacinais sempre elevadas para o conjunto de vacinas desde meados da década de 1990, em todo território nacional, não se pode perder de vista o desafio de continuar mantendo altas coberturas para as antigas vacinas e lograr um aumento para as novas conquistando a alta homogeneidade das coberturas abrangendo todas as vacinas. Contudo, apesar de todo esforço empreendido, doenças em fase de eliminação e controle como é o caso da rubéola, que entre 2006 a 2008 teve elevação de casos com uma epidemia de considerável magnitude no país, mesmo após um longo período de descenso que exigiu rápida ação de campanha em 2008. Outro fator preocupante são casos importados de sarampo que requerem rápida ação de bloqueios, intensificação de ações e a realização de campanhas que vêm sendo feitas desde 2011. Sabemos que, mesmo em face ao êxito do alcance da população imunizada, paradoxalmente, temos como evidência a manutenção um grupo de indivíduos que se mantém susceptível quando em contato com o agente infeccioso, contraindo a doença.

Não podemos abrir mão de que os profissionais de saúde percebam que, mesmo em face de uma cobertura vacinal de 95%, o objetivo de proteção coletiva pode não estar garantido para uma determinada população, uma vez que ainda há 5% das

pessoas não imunizadas e concentradas em um mesmo local que pode desencadear um surto. É preciso trabalhar para garantirmos continuamente uma homogeneidade de cobertura em espaços de aglomeração populacional de determinados bairros, ruas e casas, o que vai além de trabalhar somente com esta homogeneidade entre municípios.

Desta forma, reconhecemos que, mesmo diante de tantos avanços do PNI, e justamente por causa deles, se faz necessário um trabalho árduo para manutenção deste sucesso por meio da contínua formação dos trabalhadores que atuam no PNI para que a qualidade do serviço acompanhe a evolução do programa. É fundamental que o PNI proponha continuamente novas estratégias de vacinação visando sempre a redução de todas as possibilidades de surtos causados por doenças imunopreveníveis em toda a vasta extensão territorial do país.

Não obstante o sucesso alcançado pelo PNI ao longo destas 4 décadas, estudos que analisam as Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012, sistematizam e apontam desafios constantes para o programa. O primeiro diz respeito à sustentabilidade na produção das vacinas com disponibilidade, em tempo oportuno, de novos produtos, exigido por uma ampliação do calendário vacinal com a inclusão de novos grupos alvo, o que, por sua vez, exige dinamismo para instrumentalizar e capacitar os profissionais para incorporação de mudanças constantes em suas rotinas. Outro quesito desafiador para o PNI é justamente estabelecer mecanismos de capacitação dos profissionais da rede em todas as áreas de atuação do programa em todos os níveis de gestão, bem como, uma diversificação nas estratégias de mobilização da população.

Outra exigência indispensável na manutenção do sucesso do programa é pensar de que modo melhorar a adesão da população, não somente a vacina, mas às doses que devem ser realizadas após o primeiro ano de vida, incluindo os demais ciclos como os adolescentes, adultos e idosos, indo além das campanhas, para serem incluídos, gradativamente, na rotina dos serviços. E, por fim,

é preciso incansavelmente manter a credibilidade do Programa. Isso exige o fortalecimento de relações de parceria entre a sociedade científica, fóruns de classe, gestores públicos e a sociedade civil. (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Considerado uma referência mundial o PNI do Brasil vem sofrendo nos últimos anos quedas em suas coberturas vacinais em grupos prioritários, a exemplo das crianças menores de dois anos. Especialistas concordam que são vários os fatores que justificam a diminuição das coberturas vacinais no país. O mais importante deles, na avaliação do assessor técnico do CONASS, Nereu Henrique Mansano, é o modelo de atenção à saúde prevalente, que prioriza as condições agudas de saúde e que, descolado da Atenção Primária à Saúde (APS), não dá conta do devido acompanhamento dos cidadãos. “Apesar dos inegáveis avanços e melhoria de acesso à APS, não podemos ignorar que ainda há uma falta de integração entre ela e as ações de vigilância, prevenção e promoção. Infelizmente, nem sempre a organização dos serviços privilegia a continuidade do cuidado”. (CONASS)

A irrefutável contribuição que as vacinas deram para a saúde pública no Brasil foi conquistada através de elevadas coberturas vacinais, tanto nas vacinas de rotina como nas campanhas anuais de vacinação. As metas de coberturas vacinais, porém, não vêm sendo atingidas, conforme evidenciado nas tabelas demonstrativas abaixo.

COBERTURA VACINAL / 2017 e 2018						
IMUNOBiolóGICO	BRASIL		CEARÁ		CAUCAIA	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
BCG	97,45%	97,68	108,46%	101,91%	99,16%	99,92%
Poliomielite (VIP)	84,24%	87,85	96,38%	106,41%	97,15%	89,46%
DTP/Hib/HB (Penta)	83,74%	86,8	95,94%	103,14%	90,23%	77,01%
Rota vírus	84,57%	89,41	101,96%	110,4%	101,19%	93,63%
Pneumocócica	91,56%	93,07	108,24%	114,25%	109,75%	103,08%
Meningocócica	87,02%	87,17	102,86%	109,56%	112,42%	97,54%
Tríplice Viral	84,80%	91,71	99,94%	109,65%	109,67%	109,87%

As tabelas acima evidenciam um contraste entre as coberturas vacinais no Brasil e no estado do Ceará. No entanto, analisando os dados do Estado do Ceará, de forma mais aprofundada, dos 184 municípios do estado, 43 deles, não atingiram o perfil mínimo em cobertura vacinal, determinado pelo Ministério da Saúde, o que mostra a vulnerabilidade do Estado quanto ao critério homogeneidade. Segue a situação do Estado por município:

Município	BCG	Rotavírus Humano	Pneumocóccia (<1 ano)	Menigocóccia Conj.C (<1 ano)	Pentavalente (<1 ano)	Tríplice Viral - DI	Poliomielite (<1 ano)
230010 - ABAIARA	109,92	189,26	179,34	179,34	179,34	179,34	179,34
230015 - ACARAPE	103,1	117,26	118,14	115,93	113,27	101,33	119,91
230020 - ACARAU	102,77	102,97	106,53	101,19	105,15	108,12	103,27
230030 - ACOPIARA	113,87	100,51	103,08	92,98	86,82	113,87	88,87
230040 - AIUABA	107,02	117,54	133,92	139,77	128,65	133,92	122,22
230050 - ALCANTARAS	82,2	181,36	173,73	163,56	157,63	178,81	137,29
230060 - ALTANEIRA	89,61	143,75	155,36	152,68	147,32	200,89	133,93
230070 - ALTO SANTO	64,98	89,86	96,78	89,86	93,09	83,41	94,01
230075 - AMONTADA	87,93	105,52	105,66	105,95	102,03	118,87	100,15
230080 - ANTONINA DO NORTE	130,38	183,54	187,34	167,09	200	234,18	179,75
230090 - APUIARES	87,22	127,82	131,58	121,8	124,06	121,05	121,05
230100 - AQUIRAZ	85,36	97,42	99,2	97,68	96,38	107,93	87,7
230110 - ARACATI	156,02	91,87	96,85	88,34	78,49	131,36	89,96
230120 - ARACOIABA	20,05	80,71	82,74	74,62	65,99	83,25	67,26
230125 - ARAREDA	103,48	121,74	124,35	122,61	108,7	119,13	121,74
230130 - ARARIPE	113,07	102,84	105,97	100	98,3	83,34	99,72
230140 - ARATUBA	12,5	145,39	177,63	156,58	152,63	216,45	165,13
230150 - ARNEIROZ	98,81	88,1	89,29	78,37	77,38	75	77,38
230160 - ASSARE	119,19	120,66	124,35	118,08	109,23	116,24	114,76
230170 - AURORA	112,75	176,14	155,23	155,88	146,41	166,34	113,73
230180 - BAIXIO	176	176	188	152	166	156	154
230185 - BANABUIU	116,49	99,31	105,15	98,63	95,88	86,25	93,81
230190 - BARBALHA	155,29	84	89,42	88	81,87	92	84,53
230195 - BARREIRA	88,96	82,27	93,65	83,28	77,26	67,22	82,27
230200 - BARRO	47,14	117,14	113,33	118,1	108,57	131,43	116,67
230205 - BARROQUINHA	102,88	104,12	104,53	109,05	96,3	106,17	100,41
230210 - BATURITE	90,66	98,13	94,19	98,76	108,3	113,9	88,17
230220 - BEBERIBE	82,89	91,07	93,03	94,2	84,38	96,13	89,88
230230 - BELA CRUZ	116,54	113,18	113,95	112,14	111,37	114,21	111,89
230240 - BOA VIAGEM	89,72	112,4	118,92	109,62	102,45	102,45	105,22
230250 - BREJO SANTO	102,86	109,3	118,88	114,45	100,29	106,72	106,58
230260 - CAMOCIM	137,14	95,66	96,4	95,66	96,51	118,73	95,98
230270 - CAMPOS SALES	89,45	88,65	89,18	83,91	79,95	84,96	83,64
230280 - CANINDE	113,45	109,28	121,78	110,23	123,58	119,13	122,82
230290 - CAPISTRANO	113,66	118,94	120,7	119,82	118,06	102,64	116,74
230300 - CARIDADE	44,25	106,19	110,18	100,88	99,12	104,87	95,13
230310 - CARIRE	93,72	132,85	130,92	128,99	106,28	117,87	114,01
230320 - CARIRIACU	75,41	99,72	103,04	99,72	96,96	107,18	96,96
230330 - CARIUS	15,66	78,28	76,77	70,2	70,71	72,22	73,23
230340 - CARNAUBAL	103,42	115,38	112,82	118,8	117,95	128,63	115,81
230350 - CASCABEL	97,34	96,73	102,66	98,36	96,42	100,82	96,63
230360 - CATARINA	98,44	108,59	115,63	106,25	117,19	106,25	112,5
230365 - CATUNDA	48,22	126,92	132,05	125,64	123,08	129,49	129,49
230370 - CAUCAIA	98,33	92,5	101,93	96,7	76,45	109,79	88,68
230380 - CEDRO	112,19	105,38	107,53	121,86	97,49	119,71	115,05
230390 - CHAVAL	112,95	112,44	124,35	113,47	98,45	109,33	109,33
230393 - CHORO	108,9	106,81	107,33	103,66	105,76	108,9	100
230395 - CHOROZINHO	142,25	100,39	112,79	96,51	99,22	95,74	96,12
230400 - COREAU	78,21	117,5	115,71	116,43	118,57	117,86	120,36
230410 - CRATEUS	111,64	66,88	67,82	64,99	66,35	85,74	62,68
230420 - CRATO	108,54	104,25	106,44	100,33	100,28	126,7	100,61
230423 - CROATA	83,3	100,52	101,55	98,97	93,3	92,27	90,21
230425 - CRUZ	114,94	111,81	114,46	106,51	103,13	106,75	107,71
230426 - DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO	132,53	121,69	121,69	124,1	114,46	116,87	113,25
230427 - ERERE	546,67	333,33	506,67	473,33	406,67	466,67	406,67
230428 - EUSEBIO	100,24	79,78	79,14	80,42	80,26	82,01	79,7
230430 - FARIAS BRITO	58,1	124,29	124,76	122,86	119,05	117,62	120
230435 - FORQUILHA	138,11	120,75	121,13	109,06	116,23	114,34	116,98
230440 - FORTALEZA	95,6	121,14	125,86	117,85	110,7	107,09	115,37
230445 - FORTIM	119,21	109,04	112,99	106,78	78,53	116,95	106,78
230450 - FRECHEIRINHA	93,18	118,84	124,15	120,29	122,22	111,11	121,74
230460 - GENERAL SAMPAIO	95,45	115,91	126,14	127,27	92,08	115,91	106,82
230465 - GRACA	83,35	138,5	137,97	122,99	127,81	101,07	117,65
230470 - GRANJA	128,94	111,25	116,6	117,7	97,94	118,52	98,63

230480 - GRANJEIRO	3,33	78,33	81,67	95	88,33	121,67	70
230490 - GROAIRAS	15	142,5	135	125	147,5	138,33	143,33
230495 - GUAIUBA	64,31	91,22	118,98	92,07	84,7	95,75	95,47
230500 - GUARACIABA DO NORTE	117,73	101,76	109,42	108,15	99,84	122,04	99,2
230510 - GUARAMIRANGA	136	108	112	106,67	105,33	108	105,33
230520 - HIDROLANDIA	98,9	127,62	136,46	140,33	130,39	124,31	133,15
230523 - HORIZONTE	92,31	98,75	100,89	96,69	89,63	96,6	95,53
230526 - IBARETAMA	30,52	60,58	64,79	64,32	60,09	60,09	65,73
230530 - IBIAPINA	95,83	106,11	106,67	106,67	103,61	92,78	106,39
230533 - IBCUITINGA	110,64	107,09	107,09	106,38	112,06	113,48	112,06
230535 - ICAPUI	125,41	113,93	118,44	113,93	97,95	98,36	105,33
230540 - ICO	146,49	107,97	110,94	114,39	106,78	134,84	103,09
230550 - IGUATU	131,37	91,8	95,86	92,36	88,06	92,44	84,63
230560 - INDEPENDENCIA	113,85	147,31	143,46	119,62	139,23	133,46	133,46
230565 - IPAPORANGA	112,14	110	120	114,29	117,14	113,57	111,43
230570 - IPUMIRIM	107,2	124	137,6	143,2	135,2	152,8	138,4
230580 - IPU	119,28	110,45	111,53	100,54	116,22	143,96	114,05
230590 - IPUEIRAS	117,66	106,18	111,04	105,3	100,66	96,25	103,09
230600 - IRACEMA	108,79	91,21	93,98	91,76	94,51	96,7	95,6
230610 - IRAUCUBA	140,13	148,68	157,57	148,03	109,54	129,61	126,32
230620 - ITAICABA	102,06	102,06	93,81	104,12	108,25	107,22	106,19
230625 - ITAITINGA	109,29	118,91	142,47	133,65	105,45	131,73	122,44
230630 - ITAPAGE	114,81	103,28	105,13	95,58	91,74	84,47	93,90
230640 - ITAPIOCA	148,22	93,51	97,13	94,07	98,14	106,89	86,22
230650 - ITAPIUNA	50,67	93,33	95,11	88,89	75,11	72,89	77,78
230655 - ITAREMA	117,7	112,44	114,19	114,83	99,84	110,21	107,97
230660 - ITATIRA	129,6	105,78	124,19	113	86,64	98,92	98,19
230670 - JAGUARETAMA	139,05	149,11	151,48	146,15	141,42	130,18	146,15
230680 - JAGUARIBARA	107,59	108,97	102,76	100,69	102,76	111,03	101,38
230690 - JAGUARIBE	104,59	121,94	133,42	133,93	125,51	147,19	127,55
230700 - JAGUARUANA	97,27	88,84	89,29	88,38	91,57	92,94	88,84
230710 - JARDIM	0	79,73	78,4	75,5	81,29	90,87	80,4
230720 - JATI	102,11	67,61	90,85	90,14	88,03	92,96	77,86
230725 - JUOCA DE JERICOACOARA	148,04	131,05	142,48	141,18	113,73	129,74	141,83
230730 - JUAZEIRO DO NORTE	97,08	94,13	99,14	97,55	91,29	109,03	92,17
230740 - JUCAS	55,05	158,63	135,5	107,82	156,03	116,29	158,31
230750 - LAVRAS DA MANGABEIRA	103,23	101,89	109,97	110,51	106,74	98,11	105,66
230760 - LIMOEIRO DO NORTE	86,12	93,26	94,55	91,31	91,7	98,18	91,57
230763 - MADALENA	71,65	121,65	122,16	130,93	108,25	92,77	112,89
230765 - MARACANAU	102,27	96,84	95,41	99,39	94,93	94,79	102,91
230770 - MARANGUAPE	116,83	97,95	96,99	93,92	107,42	120,03	116,57
230780 - MARCO	120,77	108,47	108,67	106,85	103,23	101,61	101,41
230790 - MARTINOPOLE	77,08	104,86	109,03	106,25	86,11	73,61	95,83
230800 - MASSAPE	167,98	177,89	189,46	182,44	107,02	138,02	165,29
230810 - MAURITI	130,97	105,74	112,24	107,7	99,4	148,64	101,51
230820 - MERUOCA	115,34	125	116,48	130,11	127,27	156,82	126,7
230830 - MILAGRES	94,2	98,34	103,04	104,14	105,8	101,93	106,63
230835 - MILHA	98,11	88,05	87,42	88,05	96,23	96,23	86,79
230837 - MIRAIMA	184,57	172,57	179,43	173,71	167,43	134,29	176
230840 - MISSAO VELHA	65,69	93,21	95,41	93,03	87,16	94,86	89,54
230850 - MOMBACA	98,32	107,35	109,45	103,36	97,9	105,04	98,95
230860 - MONSENHOR TABOSA	137,66	121,76	123,43	109,62	96,23	105,02	101,26
230870 - MORADA NOVA	92,9	93,73	95,96	98,75	94,99	94,99	92,06
230880 - MORAUJO	65,09	82,98	81,91	68,09	82,98	121,28	62,77
230890 - MORRINHOS	191,63	159,76	136,25	135,86	114,34	128,29	126,69
230900 - MUCAMBO	145,4	166,87	151,53	152,76	126,99	247,85	128,83
230910 - MULUNGU	75,48	99,24	95,45	96,97	113,64	128,79	83,33
230920 - NOVA OLINDA	43,32	100,81	100,81	87,04	75,3	86,23	79,35
230930 - NOVA RUSSAS	66,38	111,68	112,54	104,27	100,57	88,89	100
230940 - NOVO ORIENTE	113,81	93,37	92,82	95,03	89,78	101,66	94,75
230945 - OCARA	113,85	116,15	116,54	113,46	106,54	113,85	104,62
230950 - OROS	107,67	110,8	111,15	111,5	112,54	115,33	105,92
230960 - PACAJUS	64,71	113,73	110,96	108,54	107,38	134,72	102,19
230970 - PACATUBA	95,84	91,68	100,62	102,91	95,95	107,38	97,51
230980 - PACOTI	91,46	96,34	110,98	99,39	103,66	117,68	118,9
230990 - PACUJA	38,13	167,19	168,75	168,75	170,31	162,5	170,31
231000 - PALHANO	112,61	118,02	117,12	110,81	104,5	101,8	103,6

231010 - PALMACIA	79,09	89,09	90,91	83,64	87,27	78,18	75,45
231020 - PARACURU	105,19	95,94	98,05	96,92	98,54	100,81	94,48
231025 - PARAIPABA	84,49	100,93	109,26	103,94	93,52	112,27	95,6
231030 - PARAMBU	97,25	111,75	106,5	102,5	89,75	94,5	90
231040 - PARAMOTI	127,91	130,23	146,51	129,46	131,78	116,28	121,71
231050 - PEDRA BRANCA	73,84	98,39	99,6	96,18	93,56	83,9	90,14
231060 - PENAFORTE	130,22	111,54	109,89	111,54	111,54	198,9	110,99
231070 - PENTECOSTE	88,65	113,12	115,16	117,65	108,6	116,52	104,75
231080 - PEREIRO	108,42	112,38	109,9	108,91	108,42	104,46	109,41
231085 - PINDORETAMA	76,14	106,86	114,38	111,11	108,5	129,74	108,17
231090 - PIQUET CARNEIRO	123,27	106,92	105,66	104,4	102,52	105,66	103,14
231095 - PIRES FERREIRA	59,34	178,02	150,55	154,95	156,04	160,44	148,35
231100 - PORANGA	94,02	105,43	108,7	113,04	82,61	99,46	92,39
231110 - PORTEIRAS	107,98	106,72	105,88	102,94	97,9	107,98	100
231120 - POTENGI	98,35	165,29	168,6	149,59	190,08	166,12	183,47
231123 - POTIRETAMA	92,42	113,64	128,79	116,67	101,52	131,82	110,61
231126 - QUITERIANOPOLIS	210,28	130,37	133,64	131,31	107,94	103,27	121,5
231130 - QUIXADA	97,57	110,57	117,54	111,28	107,52	119,03	105,79
231135 - QUIXELO	34,97	106,75	114,11	99,39	102,45	93,25	100,61
231140 - QUIXERAMOBIM	106,15	105,49	106,15	105,21	97,3	91,81	94,69
231150 - QUIXERE	106,44	95,08	96,97	98,48	95,45	109,47	96,59
231160 - REDENCAO	113,83	125	132,18	132,98	122,07	130,59	128,19
231170 - RERIUTABA	49,29	109	109	116,59	141,71	101,9	129,38
231180 - RUSSAS	106,88	106,55	107,64	107,31	103,6	106,44	103,17
231190 - SABOIEIRO	23,83	119,17	116,06	115,54	103,63	130,05	90,16
231195 - SALITRE	134,63	127,24	125,68	130,35	126,46	110,12	119,84
231200 - SANTANA DO ACARAU	63,54	88,02	92,97	91,41	89,32	95,83	90,63
231210 - SANTANA DO CARIRI	102,63	183,77	194,3	188,16	179,39	216,67	170,61
231220 - SANTA QUITERIA	116,84	140,74	152,19	157,24	149,16	182,83	148,15
231230 - SAO BENEDITO	93,29	98,97	100	99,74	97,03	100,13	98,32
231240 - SAO GONCALO DO AMARANTE	95,76	104,66	111,12	112,71	83,26	99,36	97,99
231250 - SAO JOAO DO JAGUARIBE	100	96,3	91,36	90,12	86,42	96,3	86,42
231260 - SAO LUIS DO CURU	39,66	78,16	78,16	68,97	72,41	82,18	57,47
231270 - SENADOR POMPEU	58,75	103,3	108,25	108,25	100,66	98,02	99,01
231280 - SENADOR SA	21,43	74,49	82,65	92,86	61,22	78,57	73,47
231290 - SOBRAL	113,78	95,31	98,3	95,47	93,12	95,68	93,37
231300 - SOLONOPOLE	69,61	90,2	96,08	92,65	83,82	102,45	84,31
231310 - TABULEIRO DO NORTE	117,69	114,48	117,16	103,49	103,75	115,01	101,61
231320 - TAMBORIL	67,25	138,38	133,1	121,48	136,62	131,69	140,49
231325 - TARRAFAS	119,79	145,83	167,71	171,88	145,83	178,13	153,13
231330 - TAUÁ	120,13	105,92	105,92	104,08	99,87	91,71	99,47
231335 - TEJUCOACA	63,87	90,88	97,45	87,59	100	116,79	117,15
231340 - TIANGUA	118,17	99,58	100,14	96,55	94,23	100,07	96,83
231350 - TRAIRI	83,74	107,02	122,96	113,27	80,74	123,85	108,29
231355 - TURURU	102,44	79,09	92,68	79,09	71,43	91,29	68,29
231360 - UBAJARA	99,09	93,98	88,14	91,24	90,33	86,31	90,33
231370 - UMARI	136,92	141,54	132,31	120	144,62	201,54	138,46
231375 - UMIRIM	49,44	76,78	79,03	72,28	61,8	77,53	61,8
231380 - URUBURETAMA	116,9	101,69	114,65	102,54	90,7	100,56	101,41
231390 - URUOCA	79,87	116,11	126,17	136,24	100	167,11	102,01
231395 - VARJOTA	87,55	127,47	127,84	122,71	118,32	125,27	114,65
231400 - VARZEA ALEGRE	163,79	130,66	127,16	126,75	133,33	201,65	155,97
231410 - VICOSA DO CEARA	99,68	101,5	103,11	102,15	98,93	99,79	100,32

Fonte: MS/SVS/DEVIT/CGPNI/Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações (<http://pni.datasus.gov.br>)

A homogeneidade é um dos critérios utilizados para medir uma cobertura vacinal adequada e nos permite saber do real estado de proteção de uma população em relação às doenças imunopreveníveis. Na tabela acima é possível evidenciar que a maioria dos municípios cearenses apresentam coberturas vacinais adequadas ou acima delas.

Entretanto, um fato preocupante é o grande número de municípios que não atingiram as coberturas vacinais deixando essa população susceptível a essas doenças, evidenciando a presença de bolsões de não vacinados, que coloca a população em risco.

O serviço de Atenção Primária é o principal responsável pela imunização da população e destacamos três categorias profissionais que são diretamente responsáveis pela gestão deste serviço nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS): os enfermeiros e enfermeiras, que se responsabilizam pelo gerenciamento da sala de Vacina; os técnicos em Enfermagem, responsáveis pelos cuidados de manutenção e conservação dos imunobiológicos, bem como, pela vacinação da população em todos os ciclos de vida; e os Agentes Comunitários de Saúde, que assumem o trabalho de visitas domiciliares com objetivo de orientar sobre a atualização e manutenção do cartão de vacina em dia, realizando busca ativa, quando necessário.

Os desafios da Coordenação da Imunização no âmbito municipal – a experiência de Caucaia

Sabemos que o sucesso do PNI envolve todo um conjunto de esforços articulados nas três esferas de gestão, com investimentos federais que contam com uma parceria sólida com as secretarias de Estado e Municípios por meio da qual se investe em recursos financeiros que garantam a ampliação da rede de cobertura e do calendário vacinal. A aquisição de equipamentos de informática avançou em território nacional desde 2012 com a Portaria nº 2.336/2012 do Ministério da Saúde que institui o aporte de recursos para informatização das salas com a implantação do SI-PNI que, desde então, vem sendo implantado e melhorado em todo território nacional. (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Desde o início da gestão alguns avanços vêm contribuindo para melhoria da governança em saúde, sobretudo, na APS. Em 2019, o município já conta com 76 equipes de saúde da família completas, sendo que em 2017, no primeiro ano da atual gestão, havia 73

equipes, e apenas 34 destas, estavam completas. Estas equipes atuam em 46 UAPS, sendo 5 delas, indígenas, e 1 prisional. Foi ampliada também mais uma equipe de núcleo ampliado de saúde da família, com total de 6 equipes de NASF.

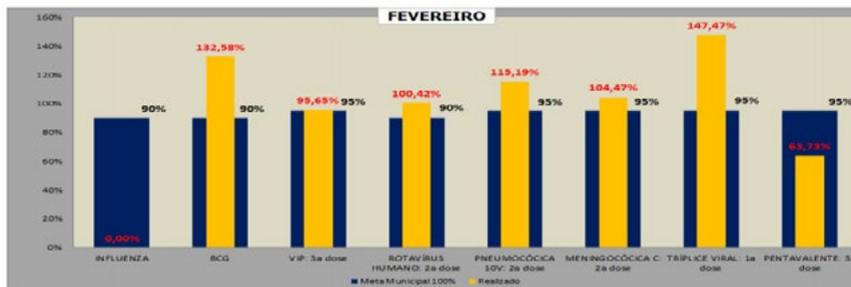
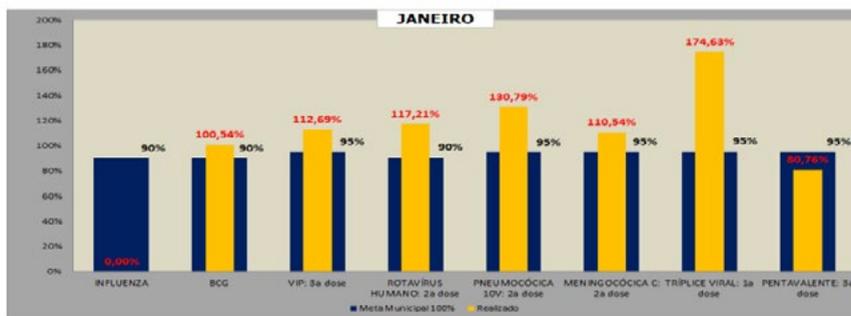
Um dos grandes responsáveis pelos avanços no setor de imunização do município foi o novo arranjo da coordenação de imunização, que passou a compor o setor da APS, deixando o setor de Vigilância em Saúde. Tal organização administrativa contribuiu para uma maior coesão entre o planejamento e execução das atividades. No início da gestão do setor, o cenário da imunização no município apresentava dados com o seguinte panorama. Das 46 salas de vacinas na APS do município, apenas 21 dispunham de computador, e destas, apenas duas, estavam utilizando o sistema SI-PNI adequadamente, ou seja, fazendo os registros dos vacinados e movimento de imunobiológicos.

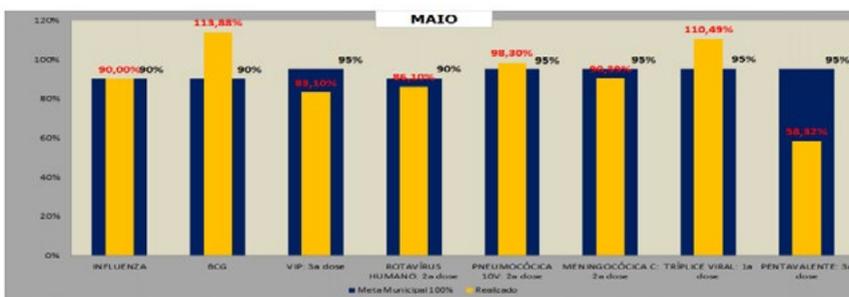
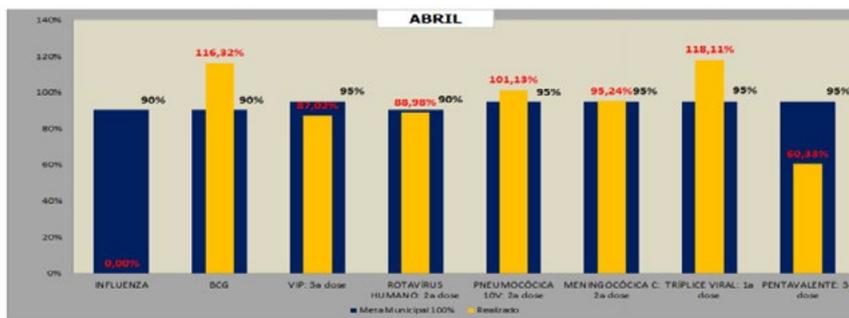
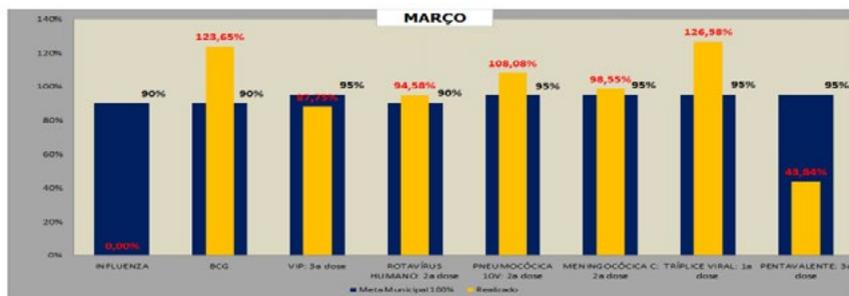
Com uma população de quase 360 mil habitantes, Caucaia conta hoje com 46 salas de vacinas em um município com vasta extensão territorial, todas informatizadas e que precisavam ser administradas no sentido de melhoria dos indicadores de imunização. Iniciamos o desafio com o foco na capacitação de pessoal para ampliar o uso do Sistema. Após um treinamento, realizado em fevereiro de 2018, envolvendo todos os técnicos de enfermagem, 95% das salas passaram a fazer uso do SI-PNI.

Esse era o primeiro passo e condição para avançarmos porque somente com ações voltadas para ampliar e qualificar a informatização das salas de vacina seria possível seguirmos com a implantação de processos de trabalho, tais como, a retirada de relatórios de faltosos e doses aplicadas. Isso era fundamental para explicitarmos a situação dos registros de doses aplicadas e tomarmos consciência sobre quais eram as fragilidades dos serviços. Apostávamos que a melhoria dos indicadores estava diretamente relacionada com os registros, em função do próprio discurso da enfermagem que nos passava a percepção de que as vacinas eram feitas, e talvez o erro, estivesse no registro.

No sentido de fazer uma leitura ampla e apurada da situação de imunização de Caucaia percebendo o grau de conhecimento, engajamento e compromisso das equipes de saúde família, passamos a realizar reuniões bimensais com todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem, nas seis regiões distritais de Caucaia.

Com a implantação e uso do SI-PNI nos meses de março, abril e maio, como esperado, houve uma queda das coberturas vacinais devido à falta de habilidade dos profissionais com o sistema SI-PNI, conforme mostram os gráficos a seguir:





Fonte: coordenação Imunização Caucaia.

As reuniões bimensais foram importantes porque eram por ocasião desses encontros que fazíamos uma leitura atenta do cenário, compartilhando informações e melhorando os diagnósticos situacionais das nossas coberturas vacinais. Era também um momento para escutar os profissionais, no sentido de compreender as dificuldades vividas em suas rotinas nas UAPS.

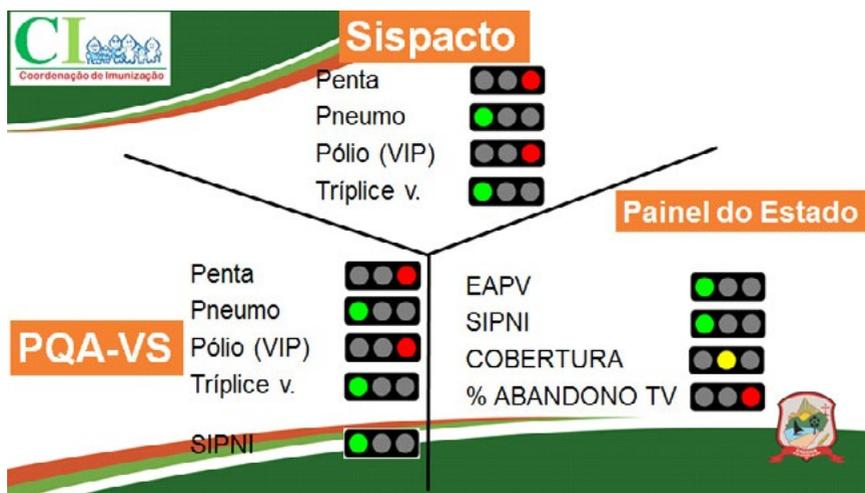
Paralelo a isso as ações da coordenação também se intensificaram na melhoria da rede de frios. Em 2012, o PNI realizou em âmbito nacional, um diagnóstico situacional da estrutura da Rede de Frio em todas as suas 27 unidades federadas. A partir deste diagnóstico foi proposto um plano para aperfeiçoar a capacidade da rede de melhorar a qualidade de armazenar e distribuir os imunobiológicos garantindo seu destino final. A Portaria nº 2.992/26.12.2012, instituiu a transferências de recursos para Estados a fim de garantir a reestruturação de cada Rede de Frio estadual e regional. (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Em Caucaia melhoramos bastante a qualidade da Rede de Frio quando tomamos algumas ações importantes. Fizemos uma classificação de todas as salas de vacinas, conforme sua capacidade de registro e vacinação, organizando-as em baixo fluxo, médio fluxo e alto fluxo, população adstrita, doses aplicadas e doses registradas. Isso nos permitiu um olhar criterioso para distribuição dos imunobiológicos de acordo com as necessidades reais dos territórios, mas também, preservando a qualidade do serviço. A partir disso foi possível determinarmos cotas, adequando o quantitativo de doses distribuídas a cada sala de vacina.

Outro aspecto importante na qualificação dos serviços da nossa Rede de Frio foi a implantação do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES), controle não adotado até então. Paralelo ao uso do SIES adotamos também uma planilha de Registro que chamamos de Painel de Bordo, cuja principal função era fazer um comparativo entre as doses de vacinas enviadas a cada sala, e as doses registradas. Com o Painel de Bordo podíamos contar com relatórios que nos informavam quais salas de vacina apresentavam grandes deficiências nos registros, para acompanhar mais de perto.

Com estas medidas, em agosto de 2018, as reuniões bimensais melhoraram em qualidade de informação que compartilhávamos com os enfermeiros e técnicos no sentido de envolvê-los na superação dos problemas da imunização no município. Durante esses encontros compartilhávamos informações referente ao SISPACTO, PQ-AVS e painel do Estado.

Um dos pontos que consideramos fundamentais para a coordenação da Imunização foi compartilhar e fazer com que enfermeiros e técnicos de enfermagem entendam bem sobre indicadores de imunização, fazendo leitura de relatórios e compreendendo a situação do município, baseado em parâmetros esperados, pois os indicadores servem de parâmetro para as equipes realizarem seus planejamentos locais. Segue abaixo a situação do SISPACTO.



Através de um painel com indicadores descritos pelas cores verde, amarelo e vermelho era possível que os profissionais compreendessem a importância da organização do trabalho na sala de vacina como processo ordenador e gerador de mudanças na situação desses indicadores e se engajassem na melhoria dos indicadores em seu território.

As nossas reuniões permitiam uma boa leitura de cenário e, gradativamente, surgiam pontos importantes, como por exemplo, a importância da função do ACS como colaborador na transformação deste cenário. Isso ficou claro quando constatamos no encontro que, para avançarmos nas coberturas e metas das vacinas, seria necessário trabalhar com a listagem de crianças faltosas. O ACS é o principal responsável pela busca ativa destas crianças e identificação do real motivo do nome da criança aparecer nessa listagem, o que nem sempre refletia uma vacina em atraso.

À medida que avançávamos com os encontros bimensais e compartilhávamos as informações, os problemas eram redimensionados e, aos poucos, adquiríamos maior clareza a complexidade dos problemas que envolviam a imunização em seus diversos níveis de articulação, desde o nível dos territórios nas salas de vacina, passando pelos diversos serviços no âmbito municipal que deveriam se articular com as metas e pactuados nas esferas estaduais e federais. A melhoria dos resultados com impacto nos indicadores dependia claramente de uma intrincada interrelação entre estas diversas instâncias e da abordagem a todos os problemas para os quais a solução só poderia ser pensada e construídas de forma conjunta, fortalecendo a articulação entre todos os atores envolvidos melhorando o desempenho de todos.

Como sabemos, a melhoria do perfil de morbimortalidade dos brasileiros nas últimas décadas tem uma contribuição significativa do PNI no que se refere às doenças imunopreveníveis. Não obstante, sabemos que a eficácia dos imunobiológicos está diretamente relacionada ao cumprimento das recomendações de conservação, manipulação, administração e acompanhamento do pós-vacinal feitos pelas equipes de saúde da família. Daí a importância do compromisso do profissional da enfermagem com a supervisão das Salas de Vacina nas UAPS no que se refere ao manuseio, conservação e administração das vacinas, conforme recomenda o Ministério da Saúde.

Este foi outro ponto crucial que foi alvo da reflexão de todos os envolvidos. Era fundamental todos reconhecerem que a

qualificação das salas de vacina vai além de uma mera supervisão e exige da enfermagem um trabalho de equipe sem o qual toda eficácia acaba se comprometendo. Uma questão importante para coordenação da imunização de um município de grande porte como Caucaia, foi buscar investigar de forma minuciosa como este trabalho de supervisão vinha acontecendo em todas as 46 salas de vacinas espalhadas em seu território.

De acordo com Oliveira et al. a supervisão da sala de vacina requer “um processo de planejamento, execução, avaliação das atividades realizadas, por meio da utilização de técnicas e instrumentos de supervisão visando a eficiência, a efetividade e a eficácia, além do desenvolvimento da equipe de enfermagem e a qualidade da assistência prestada ao cliente”. (OLIVEIRA, et al, 2013, p. 1016). Para Oliveira et al. a supervisão é um instrumento de ajuste à dinâmica das ações de saúde e as metas propostas.

O estudo realizado em uma macrorregião de Minas Gerais entrevistando os enfermeiros responsáveis pelas salas de vacinas traça um panorama sobre a percepção dos enfermeiros a respeito de seu trabalho de supervisão. Os autores constatam que os processos de trabalho da enfermagem relacionadas à imunização ainda são bastante incipientes, uma vez que o contexto hospitalar ainda é hegemônico na formação da categoria, sendo que é o contexto da atenção primária em saúde o locus privilegiado da imunização no país. Em seus resultados, os autores identificam uma ausência de um processo de supervisão por parte dos enfermeiros, justificada pelo quantitativo excessivo de ações sob sua responsabilidade, e apontam a necessidade de uma atitude proativa por parte da categoria para realizar ações educativas, acompanhamento efetivo de todas as atividades rotineiras da sala de vacina no sentido de evitar falhas que podem comprometer a qualidade dos imunobiológicos ofertados para a população. (OLIVEIRA, et al, 2013, p. 1015).

Em nossa experiência em Caucaia percebemos um cenário similar e mais, observamos que o sucesso desse trabalho vai além de uma ação local, e exige articulação permanente com a gestão nas suas diversas instâncias, municipal, estadual e federal, no

compartilhamento de informações sobre seu território para o acompanhamento das coberturas vacinais, bem como, competência para a condução de um trabalho em equipe no contexto de ações pertinentes à atenção primária em saúde.

Ficou evidente para nós a impossibilidade de se alcançar sucesso na supervisão e acompanhamento das ações de imunização numa sala de vacina de uma UAPS, sem contar com uma gestão que desenvolva um trabalho de parceria que garanta o compartilhamento de metas com elaboração e consenso de estratégias para alcançá-las, de forma gradativa e sistemática, contando com um bom embasamento científico.

Como coordenação da imunização nossa experiência nos mostrava que o sucesso do trabalho de imunização da população de um território de saúde família não pode ser feito de forma isolada e sua ação deve ser orquestrada com a colaboração não apenas da enfermagem, mas dos técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, técnicos da rede de frios para, juntos, conduzir um trabalho solidário e colaborativo de equipe.

Foi nesta perspectiva que o trabalho de coordenação da Imunização de Caucaia buscou parceria com Núcleo de Educação Permanente de Saúde para seguir avançando com a proposição de um processo formativo que abordasse todos os problemas que foram levantados nos dois primeiros anos de gestão. A intenção era produzir em parceria com o NEPS ferramentas de gestão, por meio de processos formativos, para darmos continuidade e solidez ao trabalho de manutenção das metas de cobertura vacinal do município que garanta toda a população imunizada com cobertura vacinal sempre ascendente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRUZ, A. A queda da Imunização no Brasil. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**. Brasília, ano 7, n.25, p.20-29, dez. 2017.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas Vacinais e Doenças Imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Revista Epidemiologia Serv. Saúde**. v. 22, n.1, março. Brasília, 2013.

OLIVEIRA, V. C. Supervisão de enfermagem em Sala de Vacina: a percepção do enfermeiro. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. v. 22, n. 4. Out/dez. Florianópolis, 2013.

CAPÍTULO 9

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA MANUTENÇÃO DAS METAS DE COBERTURA VACINAL EM CAUCAIA

Maria Idalice Silva Barbosa
Camila Mascarenhas Moreira
Luiz da Silva Moura Junior

Com base no Desenho para elaboração de processos formativos nos moldes da Educação Permanente em Saúde, o passo inicial para uma proposição formativa com o objetivo de melhorar os indicadores de Cobertura Vacinal de Caucaia foi analisar, em parceria com a coordenação da imunização, todas as questões problemas relacionadas às necessidades de aprendizagem relativas aos processos de trabalho do município. Foi em função delas que definimos o público envolvido, a estratégia operativa, bem como, os temas geradores abordados em seus fios condutores de problematização, de acordo com os problemas a serem focalizados na formação.

O panorama do serviço de imunização de Caucaia já nos indicava que o público participante deveria envolver, não apenas os profissionais da enfermagem, mas os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Além das questões problemas relacionados aos indicadores, em nossa leitura de cenário, era visível um distanciamento entre estes profissionais em seus processos de trabalho nas UAPS. Este distanciamento se traduzia em falas geral da enfermagem, tais como “os ACS não conhecem mais suas crianças como antigamente”; “Os agentes não conhecem mais sua

microárea”. Em nossa escuta, ouvíamos queixas dos enfermeiros direcionadas aos ACS que, segundo eles, já não dedicavam a devida atenção à imunização das crianças e famílias de suas microáreas; havia queixas dos técnicos de enfermagem, que afirmavam não receber orientações ou acompanhamento por parte das enfermeiras e enfermeiros em seu trabalho rotineiro das salas de vacinas. E também, queixas dos ACS em relação ao seu trabalho junto às famílias, envolvendo um contexto de violências que os afastavam de seus territórios, falta de direcionamento do que fazer e ausência de supervisão e acompanhamento por parte da enfermagem e da gestão. Frente ao quadro, o primeiro desafio seria, pois, articular os processos de trabalho das três categorias diretamente envolvidas com a imunização na APS.

Em nossas observações nas UAPS identificamos um distanciamento dos enfermeiros das salas de vacina como uma postura naturalizada. Em nossas conversas com a categoria, ouvimos falas de justificativa para este cenário condicionando-o às inúmeras obrigações da agenda da enfermagem, que os deixavam sem tempo para a tarefa. Outra justificativa, contudo, nos chamava mais atenção. Eles afirmavam que não faziam visitas constantes de supervisão às salas de vacina porque confiavam plenamente no trabalho da técnica de enfermagem que já tinha bastante experiência, ou já fazia aquela função e nunca ouvia queixa da população sobre o trabalho, e por isso não precisava preocupações. Realmente, muitos desses profissionais desempenhavam esta função há muito tempo nas unidades, mesmo antes da chegada de alguns enfermeiros. O fato de não haver queixas por parte da população, perguntas e dúvidas por parte dos técnicos dirigidas a enfermagem, era percebido como sinal de competência e bom desempenho da função, na visão dos enfermeiros.

A coordenação da Imunização, vinha há um ano, realizando reuniões mensais envolvendo enfermeiros e técnicos de enfermagem, e percebia as dificuldades nas rotinas das salas de vacina. Estes encontros tinham por objetivo analisar a situação da imunização no município, compartilhando os indicadores das coberturas vacinais e os problemas relacionados ao funcionamento das salas de vacina e

as dificuldades enfrentadas no serviço. Era possível perceber que a avaliação da enfermagem sobre o desempenho dos técnicos não se referia a resultados, pois antes de tais reuniões, eles desconheciam a situação dos indicadores de vacina de Caucaia. Não havia, por parte da gestão anterior, este compartilhar de indicadores e pactuações de metas. Havia um modo de funcionar de sempre, que não era alvo de queixas constantes por parte das técnicas de enfermagem, e que por isso, não era foco de preocupações.

Este cenário nos indicava um certo espontaneísmo no funcionamento do serviço da vacina, cujas metas ficavam à deriva da demanda, por parte das famílias. As metas e indicadores da imunização, há muito deixara de ser centro de preocupações da ESF, e motivo de mobilização de suas ações. Percebíamos que o PNI, em seus 40 anos de existência, vinha se tornando vítima de seu próprio sucesso. A cultura de recusa de vacinas foi sendo superada ao longo das últimas décadas em função do trabalho dos agentes de saúde e das campanhas nacionais, realizadas pelo governo federal. Somado a isso tínhamos o avanço do programa em termos de disponibilização e distribuição dos imunobiológicos. O acesso à vacina foi ampliado no Brasil inteiro, e no período de 2003 a 2012, o número de salas de vacinação passou de, aproximadamente, 20 mil, para 34 mil, distribuídas nos 5.565 municípios. (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Além disso, o mundo contemporâneo facilitou em muito a comunicação democratizando a informação em saúde de um modo geral. Outro fator preocupante que se somava a isso é o sucesso alcançado na erradicação e controle de várias doenças imunopreveníveis, porque instauram um quadro com uma aparência falsa que tal ou tal doença não existe mais. Deixou de ser comum, entre a população, crianças vítimas de poliomielite, coqueluche, dentre outras doenças, como em algumas décadas atrás. Sabemos, contudo, que os surtos de sarampo em diversos estados brasileiros nos últimos anos trazem de volta um risco epidêmico de preocupação nacional.

Este cenário, vale ressaltar, não era exclusivo de Caucaia. Estudos qualitativos realizados sobre a supervisão da enfermagem em salas de vacinas nos aponta realidade semelhante. Uma pesquisa feita por Oliveira, et al. (2013) com objetivo de compreender a percepção do enfermeiro na supervisão de salas de vacina na APS do SUS, realizado na Macrorregião Oeste de Minas Gerais, analisa as melhores salas de vacina e aponta resultados semelhantes ao panorama que vivenciávamos em Caucaia. Em seus resultados, o estudo demonstrou uma ausência de supervisão dos enfermeiros creditada à quantidade de ações por eles assumidas na APS. Os autores da pesquisa de cunho qualitativo concluíram que o “enfermeiro necessita de atitude proativa com ações educativas e acompanhamento mais efetivo das atividades em sala de vacina, evitando a ocorrência de falhas nos procedimentos que podem acarretar reflexo na qualidade dos imunobiológicos, disponibilizados para a população”. (OLIVEIRA, et al, 2013, p. 1015).

Os problemas vividos no município de Caucaia são representativos para um cenário similar nos diversos serviços da APS do SUS, espalhados pelos municípios brasileiros no que se referem aos desafios da Imunização. A questão que se apresentava para nós era aprofundar os problemas relacionados à imunização em sua complexidade, uma vez que aglutina questões que articulam todas as esferas de gestão, desde o governo federal, até o nível local da gestão do serviço, nas salas de vacina.

Em nossa experiência no âmbito municipal, percebíamos que as questões envolvendo leitura de indicadores e pactuações de metas não podem ser ações restritas às gestões centrais nas esferas municipais, estaduais e federais, mas devem chegar e envolver os microprocessos de gerenciamento das salas de vacina. Como avançar nas metas e melhorar as coberturas sem saber o parâmetro ideal comparado ao indicador, tal como se apresenta no território? Como garantir uma cobertura crescente de indicadores de vacinas se os enfermeiros desconhecem os indicadores de seu município? Como pactuar metas de cobertura sem análise de situação local e acompanhamento e supervisão de equipes nas UAPS?

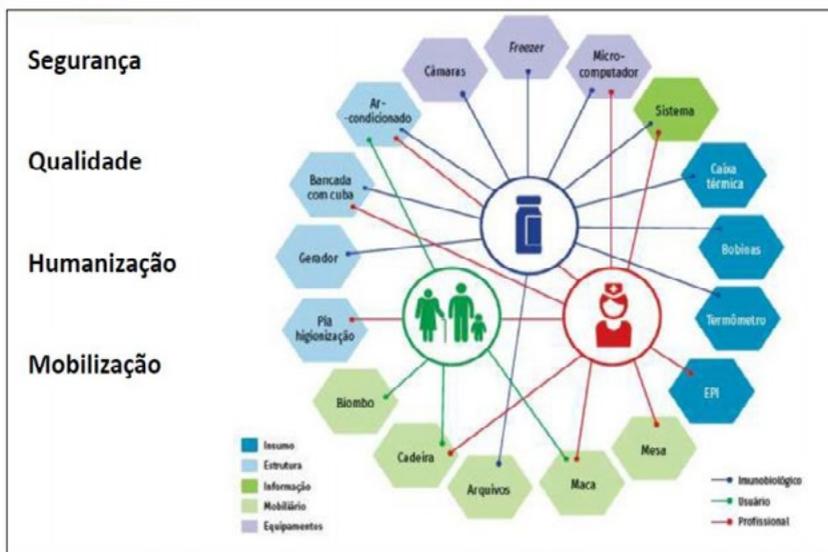
Somado a isso, era preciso avançar em um trabalho de incorporação de tecnologias, seja de informatização, com o uso correto do SI-PNI, com registros realizados de forma correta, e em tempo, seja de tecnologias humanas, relacionadas, por exemplo, à estratégia de busca ativa para permitir ampliar coberturas, inovar o acolhimento nas salas de vacina de maneira a não permitir o abandono de segunda doses. Percebemos ainda o indispensável aprimoramento dos processos de trabalho para incorporação de constantes mudanças no calendário vacinal e inovações que garantam a qualidade dos imunobiológicos em termos de conservação, distribuição e controle de estoque, sem discrepâncias, e com o mínimo de perdas. Enfim, a melhoria dos indicadores é um serviço que inicia na ponta desse gigantesco gerenciamento que começa nas salas de vacina e passa por um minucioso processo de trabalho em rede articulado nas esferas municipal, estadual e federal.

O cenário nos apontava a necessidade de desenvolvimento de competências em diversos aspectos: quanto ao uso do SI-PNI, não somente em termos de registro, mas de análise de relatório e tomada de decisão de acordo com o contexto de cada território; quanto a necessidade de incorporação à rotina de normatização de condutas, a partir do uso de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para as salas de vacina; quanto a adoção de novos processos de trabalho, que articule as funções dos técnicos de enfermagem, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, na garantia da imunização da população; quanto ao fluxo de informações, com leitura e análise de relatórios para tomada de decisões e pactuações entre a coordenação, as salas de vacinas, a rede de frios, a gestão e a vigilância em saúde; quanto ao bom desempenho na avaliação e supervisão para garantir a manutenção da qualidade dos imunobiológicos com uso correto de equipamentos importantes tais como o termômetro da geladeira, o manuseio diário da caixa térmica, técnica de vacinação, acolhimento e abordagem, sobretudo em crianças.

A partir desse passo inicial com a leitura de cenário tínhamos doravante uma maior clareza sobre a dimensão dos problemas em suas interrelações nos microprocessos de trabalho

nas UAPS. Tínhamos uma hipótese que nos encorajava. Apostamos que a melhoria dos indicadores estava relacionada às dificuldades de registro, muito mais que a população não imunizada, ou seja, era preciso avançar na melhoria, inovação e articulação dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos. Apostamos que uma boa estratégia de formação deveria envolver o trio: enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, cujo trabalho colaborativo, poderia contribuir com o alcance das metas de imunização, bem como, com a manutenção da qualidade do serviço garantindo os registros corretos e o bom funcionamento das salas de vacina, a partir de pactuações de metas junto à gestão.

Os objetivos de aprendizagem e os fios condutores para problematização deveriam abordar questões como a qualidade, a segurança, o trabalho em equipe, o envolvimento da população e a humanização, reconhecendo a complexidade inerente do trabalho, articulado e organizado, entre as três categorias envolvidas, numa perspectiva de colaboração interprofissional. A figura abaixo demonstra todos os elementos inerentes interligados em sua complexidade, que nos desafiavam a abordar e propor uma matriz curricular para formação conjunta.



Fonte: Ministério da Saúde.

Tomamos uma importante decisão que gerou um rico aprendizado e segurança para condução do processo formativo. Resolvemos testar nossas hipóteses de solução iniciando a formação com um pequeno grupo de enfermeiros. Esse grupo seria selecionado e convidado a colaborar conosco na formação dos técnicos de enfermagem e ACS, atuando como formadores destes profissionais no tema, e junto conosco, construir soluções. Não havia uma solução prévia que abarcasse a complexidade inerente às questões que se apresentavam para nós; precisávamos de todos para pensar e superar os problemas em seus diversos aspectos. Esta experiência funcionou como um convite para aprendermos juntos, testarmos soluções, aperfeiçoá-las, e só então, expandir para todas as salas de vacina. Além de proporcionar uma atualização no tema, assumir a responsabilidade como docente para ministrar o curso para os colegas técnicos de enfermagem e ACS seria oportunidade de apropriação de conteúdos no nível aprofundado garantindo assim a consolidação do aprendizado.

Organizamos, então, a formação em dois ciclos. Um primeiro que seria oportunidade de aprofundarmos e aprendermos juntos, testando estratégias de solução, com um pequeno grupo, a partir de pactuações de metas e acompanhamento dos indicadores. Em seguida, um segundo ciclo, envolvendo os demais profissionais da APS, incorporando às novas aprendizagens coletivas. Precisávamos de uma equipe aberta, disponível, compromissada, colaborativa, engajada e disposta a inovações. Caucaia conta com 46 salas de vacina, 76 enfermeiros, 483 ACS e 91 técnicos de enfermagem. Precisávamos de uma boa estratégia operativa para envolver todos esses profissionais em dois momentos distintos.

Ciclos de aprendizado coletivo para proposição e aperfeiçoamento de microprocessos de trabalho no gerenciamento de Salas de Vacina

Capacitamos, em um primeiro ciclo de formação, em 2018, um grupo selecionado de 24 enfermeiros com o curso de Gerenciamento de Sala de Vacina, com uma carga horária teórico-prática, e uma outra dedicada à prática docente. Dos 24 profissionais envolvidos nesta formação, propomos que metade do grupo, (12 profissionais), dedicassem sua prática docente para capacitar os técnicos de enfermagem da APS de Caucaia; e a outra metade (12 profissionais) assumiriam a responsabilidade em capacitar os ACS, que atuavam nos territórios dos enfermeiros que estavam em formação neste primeiro ciclo.

Um segundo ciclo seria dedicado para formação dos demais enfermeiros e ACS. Organizamos, então, uma formação tripla com uma matriz curricular abordando temas geradores específicos para a função e a responsabilidade de cada um, frente aos problemas da imunização. O trabalho em dois ciclos incluindo a docência como prática profissional nos permitiu, além de aprender juntos, construir soluções orgânicas e pertinentes ao contexto, aproximar os enfermeiros e enfermeiras de seus colegas de trabalho com a prática do exercício pedagógico, fundamental para o aperfeiçoamento da competência de supervisão da enfermagem, dirigida aos técnicos e ACS no tocante a imunização.

Elaboramos 3 matrizes de cursos articuladas de forma sistêmica, voltados para as 3 profissões. À formação dos enfermeiros, denominamos “Gerenciamento de Sala de Vacina”; a formação dos técnicos de enfermagem foi organizada no curso de Aperfeiçoamento em Sala de Vacina; e a formação dos ACS, chamamos de Atualização em Sala de Vacina. Os três cursos aconteciam de forma integrada e concomitante. A formação dos enfermeiros era facilitada pela equipe do NEPS em parceria com a coordenação da imunização. O grupo de enfermeiros participantes, por sua vez, se dividiam para facilitar os outros dois cursos, direcionados aos seus colegas, técnicos de

enfermagem e ACS. Assim, neste primeiro ciclo, envolvemos 24 enfermeiros, todos os 91 técnicos de enfermagem e os 105 ACS, que integravam os territórios, cujos enfermeiros, estavam em formação. Esta estratégia nos permitiu operacionalizar a formação em Imunização ampliando o número de profissionais envolvidos, mas especialmente, funcionou como um espaço gerador de aproximação desejada entre estes profissionais no âmbito das UAPS. Apresentamos a seguir um quadro com a estratégia de formação em dois ciclos de aprendizagem.

ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO

PRIMEIRO CICLO		SEGUNDO CICLO	
Gerenciamento de Sala de Vacina da APS Público: 24 enfermeiros da APS - 1 TURMA Carga horária: 80 h/a		Gerenciamento de Sala de Vacina da APS Público: 54 enfermeiros da APS 2 TURMAS Carga horária: 80 h/a	
Equipe de (12 Enfermeiros)	Equipe de (12 Enfermeiros)	Turma 3 (27 Enfermeiros)	Turma 4 (27 Enfermeiros)
Prática Docente	Prática Docente	Prática Docente	Prática Docente
FORMAÇÃO 2 Aperfeiçoamento em Sala de Vacina Carga horária 60 h/a	FORMAÇÃO 3 Atualização em Vacina Carga Horária 40 h/a		
6 Turmas de Técnicos de Enfermagem 91 profissionais	6 Turmas de Agentes de Saúde 105 profissionais	6 Turmas de Agentes de Saúde 381 profissionais	
Novembro 2018 a fevereiro de 2019		Março de 2019 a Junho de 2019	
Total de Profissionais formados			
78 Enfermeiros + 91 Técnicos de Enfermagem + 486 Agentes Comunitários de Saúde = 655			

Fonte: NEPS de Caucaia.

As formações aconteciam de modo articulado e concomitante. Cada encontro era para nós uma oportunidade de avaliarmos o processo, incluir novos temas e problematizar as questões problemas que nos chegavam, gerando aprendizados e estratégias inovadoras para experimentar na prática. Esse primeiro grupo de enfermeiros ficou responsável, juntamente conosco, pela revisão e elaboração de

POPs, propor instrumentos para viabilizar o gerenciamento para as salas de vacina. A cada encontro de sua prática docente com os técnicos de enfermagem e ACS era possível avaliar e propor roteiros para condução pedagógica dos encontros, e direcionar rumos da colaboração interprofissional entre as 3 categorias, articulando os processos de trabalho em prol da melhoria dos indicadores da cobertura vacinal e da qualidade do serviço de imunização.

O processo formativo se desenrolava com os três cursos articulados, tanto em suas matrizes curriculares, como em suas práticas profissionais no território, colaborando gradativamente, para o desenvolvimento de competências que, por meio da educação interprofissional, oportunizava a incorporação de mudanças nas rotinas de trabalho, com reuniões sistemáticas de planejamento entre esses profissionais.

A tripla formação tinha o seguinte objetivo: melhorar e manter os indicadores de Imunização de Caucaia de acordo com as metas pactuadas, por meio da ação cooperativa e solidária entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde na atenção Primária do SUS.

Cada categoria envolvida tinha um papel específico para atingirmos este objetivo. Quanto aos enfermeiros era preciso desenvolver competências centradas no gerenciamento de sala de vacina por meio do planejamento, avaliação, supervisão e condução de trabalho em equipe na rotina de trabalho da imunização na UAPS. Em relação aos técnicos de enfermagem era necessário o aperfeiçoamento de competências em suas atividades relacionadas ao manuseio, registro de vacina, bem como, no acolhimento e administração e registros das vacinas em sua rotina diária. E quanto aos ACS, percebíamos a necessidade de trabalharmos na ressignificação de sua atuação em sua responsabilidade de atuar junto às suas famílias, acompanhando todas as crianças de sua área, zelando pela manutenção de seu calendário de vacinação, rigorosamente em dia, prezando para que a vacina e o registro fossem feitos em tempo hábil para qualificação do serviço de imunização do município.

A formação era oportunidade de fortalecimento da cooperação em prol de um objetivo único: qualificar a imunização de Caucaia com impacto imediato no registro das vacinas melhorando os indicadores, pois sabíamos e apostávamos que as baixas coberturas se davam menos em função da não administração das vacinas, do que dos registros adequados e em tempo, do trabalho realizado.

Com base no objetivo e no cenário elaboramos as seguintes competências para nortear a proposição da matriz curricular voltada para capacitação das três categorias, conforme a seguir:

COMPETÊNCIAS		
Enfermeiras(os)	Técnicas(os) de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar a sala de vacina garantindo seu funcionamento de acordo com a normatização padrão do Ministério da Saúde; • Acompanhar e Monitorar o trabalho do Técnico de Enfermagem na APS; • Adotar postura pedagógica no acompanhamento do trabalho do técnico de enfermagem da sala de vacina; • Articular o trabalho dos agentes comunitários de saúde no gerenciamento das salas de vacina; • Conduzir o trabalho em equipe com ações colaborativas e solidárias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar corretamente todos os equipamentos da sala de vacina da UBS; • Participar e auxiliar no planejamento das ações referentes a Imunização; • Manter as condições de conservação dos imunobiológicos segundo normas preconizadas pelo Ministério da Saúde; • Fazer registro correto das informações pertinentes a sala de vacina emitindo relatório periódico conforme orientações da gerência; • Monitorar a higienização da sala de vacina; • Articular com os ACS para colaborar na busca ativa do território. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar e auxiliar no planejamento das ações referentes à Imunização; • Fazer registro correto das informações pertinentes ao cartão de vacinação emitindo relatório periódicos, conforme orientações da gerência; • Planejar e executar, em parceria com o técnico de enfermagem e os enfermeiros, a busca ativa dos usuários faltosos; • Articular-se com os técnicos de enfermagem de forma colaborativa.

Para cada curso traçamos temas geradores e objetivos de aprendizagem com elaboração de uma matriz curricular para cada um. Isso era necessário porque, embora as propostas formativas abordassem os mesmos temas, cada um, era problematizado a partir

de um ponto de referência de ação distinto, de acordo com sua responsabilidade na APS, com fios condutores de problematização voltado para a função de cada um.

Cada curso tinha uma carga horária específica, de acordo com as competências requeridas, e contava com um material didático diferente, para auxiliar na condução do processo de aprendizagem-desenvolvimento.

Em termos operacionais o curso de Gerenciamento de Sala de Vacina, facilitado pelos profissionais do NEP e a coordenação da Imunização, era realizado com encontros quinzenais. Durante a semana que não havia encontros presenciais deste curso, acontecia os encontros presenciais dos cursos de Aperfeiçoamento em Sala de vacina para os técnicos de enfermagem, e o curso de Atualização em Vacina, para os ACS, facilitados pelos enfermeiros e enfermeiras como parte da carga horária de prática docente proposta pelo curso. Segue abaixo a proposição de matriz curricular com itinerário formativo de cada formação.

- **Gerenciamento da Sala de Vacina:**

Público participante: enfermeiras(os) da APS de Caucaia.

Objetivo Geral: qualificar o gerenciamento das salas de vacina aperfeiçoando as competências dos técnicos de enfermagem em suas atividades relacionadas à imunização por meio da educação permanente.

Carga Horária: 120 horas/aulas, com 60 horas de aulas teórico-práticas e 40 horas de Prática Docente.

Matriz Curricular:

Temas geradores	CH
1. Imunização e barreiras de acesso na atenção primária do SUS	12 h/a
2. Vacinação segura: qualidade das vacinas e da vacinação	16 h/a
3. Planejamento e avaliação da imunização na APS	16 h/a
4. As Relações interpessoais no trabalho desenvolvimento cooperativo e solidário do trabalho em equipe	8 h/a
5. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização	8 h/a
Carga Horária - Teórico Prática	60 h/a
Carga Horária de Prática Docente – Aperfeiçoamento em Sala de Vacina para Técnico de Enfermagem da APS do SUS	60 h/a
CARGA HORÁRIA TOTAL	120 h/a

Temas Geradores	Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
Imunização e barreiras de acesso na atenção primária do SUS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análise e identificação de barreiras de acesso ao serviço de imunização no território; 2. Proposição de superação de barreiras de acesso à imunização de acordo com contexto local do território e dos serviços na APS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionar práticas da enfermagem na atenção primária e a garantia de acesso à imunização; • Identificar fatores que dificultam o acesso as vacinas considerando a base territorial da UBS; • Propor medidas para melhorar o acesso ao serviço de vacinação na APS.
Vacinação segura: qualidade das vacinas e da vacinação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico da situação de Resíduos em saúde na APS de Caucaia; 2. Fluxo de encaminhamentos para Acidentes Biológicos. 3. POP de Limpeza de Geladeira 4. POP de Limpeza da Geladeira de Vacina 5. POP de Limpeza da Sala de Vacina 6. POP de Descarte de Resíduos 7. POP de Lavagem das mãos 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar corretamente a manutenção das condições de conservação dos imunobiológicos de acordo com o preconizado pelo Ministério da saúde. • Colaborar para manutenção da limpeza na sala de vacina de acordo com as normas e padrões estabelecidos; • Compreender o fluxo de encaminhamentos para Acidentes Biológicos na UBS; • Validar POPs.
Planejamento e avaliação da imunização na APS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo de Gerenciamento de Sala de Vacina (conferir, inspecionar, verificar e orientar) 2. Calendário Vacinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Validar Protocolo para Gerenciamento da Sala de Vacina; • Reconhecer a importância de manter o Calendário Vacinal do território em dia.

As Relações interpessoais no desenvolvimento cooperativo e solidário do trabalho em equipe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimento do vínculo em equipe; 2. O feedback nas relações interpessoais 3. A gratidão e a gentileza nas relações de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar a gratidão e a gentileza como aspectos importante no convívio social; • Contribuir para avaliação do trabalho em equipe por meio do feedback
Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização – registro e análise de relatórios 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar Relatório do SI-PNI como base para tomada de decisões.

• Aperfeiçoamento de Sala de Vacina na Atenção Primária do Sus:

Público Participante: Técnicos de Enfermagem da Atenção Primária em Saúde.

Objetivo Geral: qualificar o funcionamento das salas vacina.

Carga Horária: 80 horas/aula, com 40 horas de aulas teórico-práticas e 20 horas de Prática Profissional.

Matriz Curricular:

TEMAS GERADORES	CH
1. Imunização e barreiras de acesso na atenção primária do SUS	16 h/a
2. Vacinação segura: qualidade das vacinas e da vacinação	16 h/a
3. Planejamento e avaliação da vacinação na APS	16 h/a
4. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização	12 h/a
Carga horária - Teórico Práticas	60 h/a
Carga horária de Prática Profissional	20 h/a
CARGA HORÁRIA TOTAL	80 h/a

Temas Geradores	Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
Imunização e barreiras de acesso na atenção primária do SUS	<ol style="list-style-type: none"> Análise e identificação de barreira de acesso ao serviço de imunização no território; Proposição de superação de barreiras de acesso à imunização de acordo como contexto local do território e do serviços na APS. 	<ul style="list-style-type: none"> Relacionar práticas da enfermagem na atenção primária e a garantia de acesso à imunização; Identificar fatores que dificultam o acesso às vacinas considerando a base territorial da UBS; Propor medidas para melhorar o acesso ao serviço de vacinação na APS.
Vacinação segura: qualidade das vacinas e da vacinação	<ol style="list-style-type: none"> Diagnóstico da situação de Resíduos em saúde na APS de Caucaia; Fluxo de encaminhamentos para Acidentes Biológicos. POP de Limpeza de Geladeira POP de Limpeza da Geladeira de Vacina POP de Limpeza da Sala de Vacina POP de Descarte de Resíduos POP de Lavagem das mãos 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisionar corretamente a manutenção das condições de conservação dos imunobiológicos de acordo com o preconizado pelo Ministério da saúde. Colaborar para manutenção da limpeza na sala de vacina de acordo com as normas e padrões estabelecidos; Compreender o fluxo de encaminhamentos para Acidentes Biológicos na UBS; Validar POPs.
Planejamento e avaliação da vacinação na APS	<ol style="list-style-type: none"> Protocolo de Gerenciamento de Sala de Vacina (conferir, inspecionar, verificar e orientar) Calendário Vacinal 	<ul style="list-style-type: none"> Validar Protocolo para o Gerenciamento da Sala de Vacina; Reconhecer a importância de manter o Calendário Vacinal das crianças do território em dia.
As Relações interpessoais no desenvolvimento cooperativo e solidário do trabalho em equipe	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimento do vínculo em equipe; O feedback nas relações interpessoais. A gratidão e a gentileza nas relações de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> Valorizar a gratidão e a gentileza como aspectos importantes no convívio social; Contribuir para avaliação do trabalho em equipe por meio do feedback
Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização	<ol style="list-style-type: none"> Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização – registro 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar corretamente as informações no SI-PNI.

• **Atualização em Imunização para Agente Comunitário de Saúde:**

Público Participante: Agentes Comunitários de Saúde.

Objetivo Geral: contribuir para melhoria dos indicadores de imunização resignificando a atuação do ACS no planejamento e avaliação da vacinação no território.

Carga Horária: 60 horas, com 40 horas de aulas Teórico-práticas e 20 horas de Prática Profissional.

TEMAS GERADORES	CH
1. Imunização e barreiras de acesso na Atenção Primária do SUS	8 h/a
2. Vacinação segura: qualidade das vacinas e da vacinação	8 h/a
3. Planejamento e Avaliação da vacinação na APS	16 h/a
4. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização	8 h/a
Carga Horária – Teórico-prática	40 h/a
Carga horária - Prática Profissional	20 h/a
CARGA HORÁRIA TOTAL	60 h/a

Temas Geradores	Conteúdo	Objetivos de aprendizagem
Imunização e barreiras de acesso na atenção primária do SUS	<ol style="list-style-type: none"> Análise e identificação de barreira de acesso ao serviço de imunização no território; Proposição de superação de barreiras de acesso à imunização de acordo como contexto local do território e dos serviços na APS. 	<ul style="list-style-type: none"> Relacionar práticas do ACS a garantia de acesso à imunização; Identificar fatores que dificultam o acesso as vacinas considerando a base territorial da UBS; Propor medidas para melhorar o acesso ao serviço de vacinação.
Planejamento e avaliação da vacinação na APS	<ol style="list-style-type: none"> Protocolo de Gerenciamento de Sala de Vacina (conferir, inspecionar, verificar e orientar) Calendário Vacinal 	<ul style="list-style-type: none"> Validar Protocolo para o Gerenciamento da Sala de Vacina; Reconhecer a importância de manter o Calendário Vacinal das crianças do território em dia.
As Relações interpessoais no desenvolvimento cooperativo e solidário do trabalho em equipe	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimento do vínculo em equipe; O feedback nas relações interpessoais A gratidão e a gentileza nas relações de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> Valorizar a gratidão e a gentileza como aspectos importantes no convívio social; Contribuir para avaliação do trabalho em equipe por meio do feedback
Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização	<ol style="list-style-type: none"> Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização – registro 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a importância do registro das informações sobre vacina e contribuir para manter o sistema atualizado

A Colaboração Interprofissional para melhoria de resultados no gerenciamento da Sala de Vacina

Iniciamos o percurso formativo com o grupo do primeiro ciclo e optamos por uma pactuação para melhoria de indicadores relativos à imunização da população menor de 2 anos. Para isso incluímos 7 imunobiológicos de Rotina e um de campanha: pentavalente, meningocócica, tríplice viral, pneumocócica, BCG, Vacina Inativa contra poliomielite (VIP), Rotavírus, e a Influenza. Compartilhamos com o grupo a meta alcançada por Caucaia em 2018 e firmamos um acordo para fechar as metas atingindo a cobertura dessas 7 vacinas, até dezembro de 2019 conforme o quadro:

Imunobiológico	Meta Alcançada em 2018	Meta* Pactuada Até o final de 2018.
Penta	83,75%	95%
Menigocócica	85,49%	95%
Pneumocócica	67,7%	95%
BCG	90,13%	95%
Tríplice viral	77,61%	95%
Poliomilite (VIP)	81,34%	95%
Rota Vírus	99,94%	90%

*Estabelecemos um prazo, até o final de abril de 2019, para fechar as metas.

Constatamos já durante a formação deste grupo de enfermeiros do primeiro ciclo, composto por 25 profissionais, correspondendo a 34% das salas de vacinas, realizando o trabalho, atingimos a meta de cobertura de 5 vacinas. Também pactuamos entre a Coordenação da Imunização e esta turma, o trabalho direcionado para diminuir as discrepâncias entre as doses de vacinas distribuídas e as doses informadas, em consonância com o registro e o estoque. Compartilhamos com o grupo as discrepâncias encontradas no ano de 2018, e problematizamos as questões implicadas neste cenário que dificultavam o avanço na situação de imunização do município.

Caucaia, segundo informa o DataSUS, nos registros do SI-PNI, desde 2015, não atingia as coberturas pactuadas, com exceção da Pólio. Havia uma crença por parte da categoria que o motivo de não atingirmos as coberturas se dava em razão da falta de vacina no município. Essa crença paralisava qualquer ação de melhoria porque a responsabilidade recai mais sobre o Estado em detrimento do gerenciamento das salas de vacinas.

Refletimos com a turma e lançamos a aposta que essa visão não correspondia à realidade e ocorria mais em função da falta de registro. Lançamos, então, o desafio de melhorar o registro nestas

25 salas de vacina. O desafio consistia em avançar na estratégia de melhorar os registros por meio da ação conjunta entre enfermeiros, técnicos e ACS. Acreditávamos que poderíamos melhorar as coberturas até o fechamento do ano de 2018. Somente com esse trabalho de colaboração interprofissional poderíamos realmente verificar se o número de doses que dispúnhamos no município estava suficiente para atingirmos as coberturas. Esta aposta se dava em função da leitura que tínhamos sobre as discrepâncias entre doses distribuídas, registradas e em estoque.

Isso era importante porque, numa primeira análise, é comum todos concluírem que não se vacina porque “falta” vacina nas UAPS. O pedido para aumentar o número de doses de cada imunobiológico, contudo, precisa estar equiparado com as metas, e para isso, é preciso evitar perdas. Embora os imunobiológicos realmente possam não estar condizentes com a população da cidade, se nos dados registrados pelo Governo do Estado, na SESA, estiverem constando vacinas em estoque, não se justifica aumentar o número dos pedidos, de acordo com o serviço de vacinação. Ora, se há discrepâncias entre as vacinas enviadas e registradas, ainda que tenham sido administradas na população, significa que embora as doses sejam, de fato insuficientes, para atingirmos as coberturas, não seria possível aumentar o pedido, se não temos os registros fidedignos para justificar o pedido de aumento de doses para o município. Se não mudássemos esse quadro era impossível avançarmos, uma vez que o êxito das coberturas está atrelado à fidedignidade nos registros.

Nosso objetivo central era compartilhar essa compreensão para que durante o encontro entre enfermeiros, técnicos e ACS nas UAPS que estavam participando da formação, esses profissionais pudessem, gradativamente, ir corrigido à medida em que todas as doses de vacinas tivessem sendo devidamente registradas e informadas. Com este acordo bem firmado foi possível, ao final do primeiro ciclo, comprovar nossa hipótese mediante a melhoria dos indicadores, atingindo a meta em 5 deles, conforme mostra o quadro:

VACINA	ANTES Dezembro 2018	DEPOIS Abril* 2019
1. BCG	83,75%	98,33%
2. Meningocócica	85,49%	96,7%
3. Pentavalente	67,7%	76,45%
4. Pneumocócica	90,13%	101,93%
5. Poliomielite (VIP)	77,61%	88,68%
6. Rotavírus	81,34%	92,5%
7. Tríplice viral	99,94%	109,79%

*Mês em que fechamos a cobertura correspondente ao ano de 2018.

Fonte: Imunização de Caucaia

Conforme mostra a Tabela acima, o antes refere-se à cobertura de cada vacina até o mês de dezembro de 2018. Com a estratégia de trabalho conjunto realizado durante os meses de janeiro a março de 2019, foi possível mudar este quadro, fechando a cobertura do ano anterior para 5 imunobiológicos, com exceção da Penta e VIP. A melhoria se dava, pois, tão somente, em função da melhoria nos registros e com a busca ativa em 34% das salas de vacina de Caucaia. As vacinas Penta e VIP apresentaram mais dificuldades com os registros por se tratar de imunização realizada somente com 3 doses, o que dificultava, em função do retorno das crianças.

Tivemos neste primeiro ciclo um resultado promissor que não esperávamos já neste primeiro momento com apenas 25 Salas de Vacina, de um total de 73. Conseguimos fechar o ano de 2018 com um avanço significativo nas nossas coberturas somente com registros, algo que não acontecia nos registros de coberturas vacinais nos últimos 5 anos no município. A diferença retratada no antes e depois era a prova de argumento para nós sobre a importância do registro para o alcance dos resultados, possíveis em função das ações empregadas com enfoque na busca de crianças vacinadas que não

tiveram as informações de vacinação registradas no SIPNI. Assim podíamos afirmar efetivamente que as coberturas alcançadas foram em função da melhoria do registro e não da falta dos imunobiológicos.

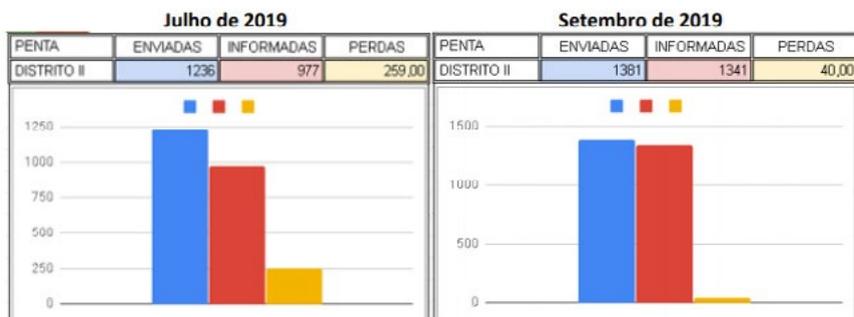
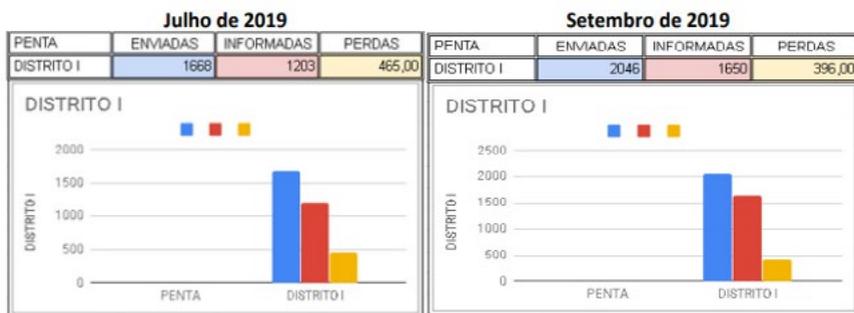
O segundo ciclo durou de maio a setembro de 2019, período em que envolvemos os demais enfermeiros e ACS no processo formativo. Antes de fecharmos as metas para 2019 já percebemos que o aumento de registros relacionados a estes 7 imunobiológicos continuam crescendo. Exemplo disso, é o caso da vacina Penta que, apesar de não haver distribuição desse imunobiológico nos meses de julho a setembro, constatamos um aumento em seus registros. A tríplice viral é outro exemplo significativo de aumento, tanto no registro como no número de doses aplicadas, conforme mostra a tabela abaixo:

Imunobiológico	Julho	Agosto	Setembro
Penta	51,44%	60,38%	57,18%
Vip	58,28	67,76	68,15
Rota virus	60,43	69,75	73,08
Pneumo	65,33	75,53	79,02
Meningo	61,39	71,55	73,81
Tríplice vital	62,45	77,46	81,09

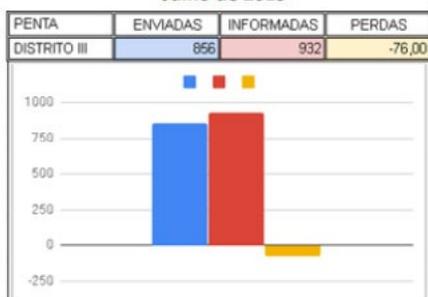
Fonte: Imunização de Caucaia.

Estes dados nos animam para fecharmos todas as coberturas em 2019 atingindo as metas. Isso representa para Caucaia um avanço significativo por se tratar de um município que sempre estava abaixo de esperado, por um longo período de tempo, sendo naturalizada esta situação por parte das equipes de saúde da família. Isto também é importante porque possibilita o município contar com um incentivo referente à meta da vacina tríplice viral, referente à imunização do sarampo, situação que preocupa todo o Brasil.

Em relação às discrepâncias, observamos que, em 2019, o quadro já apresenta melhorias significativas. Destacamos o Distrito II, um território com 9 salas de vacinas, que registrava em julho de 2019 uma perda de 259, e em setembro do mesmo ano, já registra perda de somente de 40 doses. O Distrito V, com 7 salas de vacinas, registrava em julho uma perda de 336 doses, já no mês de setembro, registra apenas 66 perdas. O distrito VI também merece destaque com 7 salas de vacina, passou de uma perda de 440 doses registradas em julho, diminuindo para 125 perdas somente, em setembro. Podemos ver a melhoria de todos os 6 distritos sanitários de Caucaia nos gráficos a seguir:



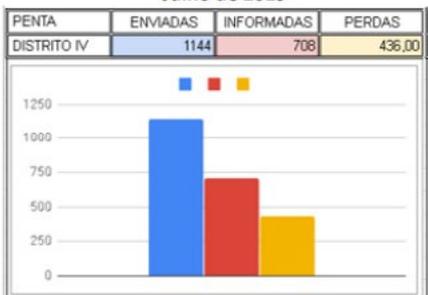
Julho de 2019



Setembro de 2019



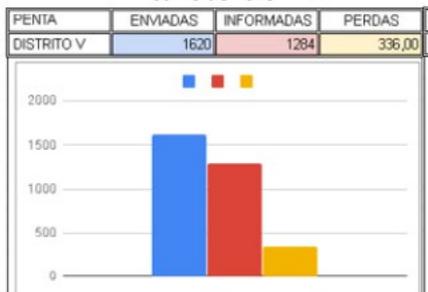
Julho de 2019



Setembro de 2019



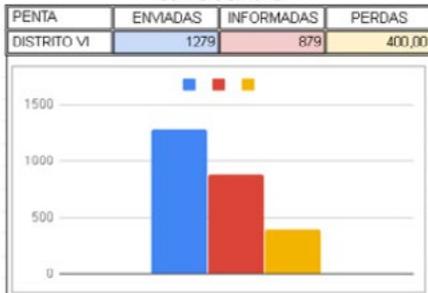
Julho de 2019



Setembro de 2019



Julho de 2019



Setembro de 2019



Fonte: Imunização de Caucaia.

O processo formativo nos trouxe, portanto, resultados animadores. Outro aspecto importante que vale ressaltar, diz respeito à revisão e proposição de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para as salas de Vacina. Este trabalho foi realizado nos encontros presenciais com as turmas de enfermeiros do primeiro ciclo. Isso foi feito por meio de vivências pedagógicas em que oportunizava o grupo apropriar-se de normatizações referentes a manutenção da qualidade dos imunobiológicos nas salas de vacina. Já no primeiro ciclo revisamos e validamos os seguintes POPS:

POP -Atividade	Executante
1. Rotina da Sala de Vacina	Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Serviços Gerais.
2. Organização do Início da Jornada de Trabalho	Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros.
3. Eventos Adversos pós-vacinação	Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos e Dentistas.
4. Organização das Caixas Térmicas	Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros.
5. Leitura do Termômetro Digital de Momento, Máxima, Mínima com cabo extensor para geladeira	Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros.
6. Cuidado com as Bobinas Reutilizáveis	Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros
7. Descarte de Materiais Biológicos e Resíduos	Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros.
8. Limpeza da Geladeira	Técnicos de Enfermagem
9. Limpeza da Sala de Vacina	Serviços Gerais
10. Lavagem das mãos	Profissionais De Saúde

Por sugestão dos enfermeiros do primeiro ciclo a equipe do NEPS e a coordenação da Imunização, baseadas nas atribuições dos técnicos de enfermagem para a sala de vacina, elaborou um Instrumento para ser validado e aperfeiçoado junto com a equipe de enfermagem. Após um trabalho minucioso de exame das atribuições, categorizando os itens e articulando a periodicidade de acompanhamento necessário para cada um deles (diário, semanal e mensal), e referendamos um **Protocolo de Gerenciamento da Sala de Vacina**. Esta ferramenta está disponibilizada para ser usada a fim de orientar as visitas dos enfermeiros às Salas de Vacina com

um olhar criterioso e minucioso, com registro das informações percebidas, para um posterior feedback em conversa com os técnicos de enfermagem, visando a melhoria contínua do trabalho de ambos. Segue abaixo o instrumento em sua versão final:

 Prefeitura de CAUCAIA Secretaria Municipal de Saúde		 SUPERVISÃO DIÁRIA DA SALA DE VACINA																														
Item supervisionado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1 - Ligar o computador e acessar o SIPNI;																																
2 - Temperaturas verificadas e registradas																																
3 - Temperatura do momento adequada																																
4 - SIPNI em funcionamento																																
5 - Caixa térmica organizada e limpa																																
SUPERVISÃO SEMANAL DA SALA DE VACINA		1 SEMANA	2 SEMANA	3 SEMANA	4 SEMANA	5 SEMANA																										
1 - Limpar com pano úmido ou flanela com detergente ou com álcool 70% (mesa, armários, pia, balcão de pia e torneira);																																
2 - Verificar prazo de validade e lote das vacinas e dos materiais, usando com prioridade aqueles que estiverem mais próximo do vencimento;																																
3 - Colocar as vacinas e os seus respectivos diluentes de uso diário na caixa de vacinas utilizando o gelo reciclável e o termômetro;																																
4 - Anotar a data, hora e assinatura no rótulo após a abertura dos frascos liofilizados;																																
5 - Passar todas as doses de vacinas aplicadas no Monitoramento Vacinal, as fichas de registro no computador e arquivar conforme normas padronizadas;																																
6 - Requisitar as vacinas e materiais, segundo as datas previstas de solicitações;																																
7 - Realizar limpeza de geladeira quinzenalmente ou quando a espessura de gelo no congelador estiver a 0,5cm.																																
8 - Imunobiológicos organizados para o dia																																
9 - Imunobiológicos abertos, identificados com data e hora de abertura																																
10 - Doses aplicadas conferem com o registro no SIPNI																																
11 - Verificada a lista de faltosos																																
Item supervisionado	SUPERVISÃO MENSAL																															
1 - Finalizar os registros de vacinados e movimento de imunobiológicos e enviar até o quinto dia útil do mês à Coordenação de Imunização;																																
2 - Realizar busca ativa de faltosos em parceria com seu enfermeiro e ACS da área;																																
3 - Realizar planejamento mensal junto com enfermeiro e ACS.																																

Legenda: C = Conforme NC = Não conforme

Fonte: Coordenação da Imunização de Caucaia.

Celebramos os avanços e reconhecemos que muito ainda há que se fazer...

Ao final do segundo ciclo de formação seguimos bem animados com os resultados do processo formativo. Propomos uma Mostra de Aprendizagem, prevista para o final do ano de 2019, em que cada enfermeiro e enfermeira, gerente de Sala de Vacina, deverá apresentar e compartilhar as metas alcançadas em seu território e seu trabalho na condução dos encontros com técnicos de enfermagem e ACS. Esse evento será importante para garantirmos a continuidade do esforço coletivo para mantermos as metas alcançadas.

Reconhecemos ao final que nem todos os problemas cotidianos puderam ser incluídos nesta formação. A EPS, entretanto, consiste justamente em levar adiante processos formativos cotidianos, tendo o trabalho como mediador da aprendizagem. Reconhecemos ainda que é preciso melhorar o desempenho dos técnicos de enfermagem, sobretudo, em relação ao acolhimento e o agendamento da sala de vacina com a mobilização dos ACS, conforme nos foi revelado pelo questionário de avaliação do curso. Consideramos importante melhorar a performance dos técnicos de enfermagem para vacinar crianças com uma abordagem mais acolhedora para as mães.

Percebemos que, muitas vezes, há dificuldades em administrar as vacinas nas crianças menores de 1 ano em função da comoção das mães em “furar” seu bebê, o tamanho da agulha, e a quantidade de vacina que precisa ser administrada nas visitas ao posto conforme o calendário vacinal. Estas são questões que precisam e podem ser abordadas em processos formativos futuros, pois ouvimos vários relatos de algumas mães voltarem sem fazer todas as vacinas em função do número de vezes que seu bebê precisaria ser furado, abrindo possibilidades para faltas, pelo não retorno por parte das mães.

Percebemos que o pessoal que atua na rede de frios também precisa ser envolvido em processos formativos para ser devidamente capacitado no sentido de melhorar sua performance no registro de dados e no fluxo de informações para ao controle de estoque dos imunobiológicos.

Recomendamos que haja uma política municipal de incentivo à manutenção da Sala de Vacina em seu pleno funcionamento articulado de forma sistêmica com a rede de serviços. Para isso, sugerimos a Edição de Selo de Qualidade, oportunizando a continuidade e incentivo ao engajamento de todos para manter as metas alcançadas. Observamos que ainda é preciso mais engajamento por parte dos técnicos de enfermagem, cujo reconhecimento de seu trabalho ainda pouco se traduz em incentivos financeiros como o PMAQ, por exemplo.

Observamos também no cotidiano dificuldades para manter todo o sistema em seu pleno funcionamento em função da distribuição garantida de todos os insumos. Isso é importante para mantermos a qualidade do serviço. Constatamos, por exemplo, que todos os termômetros de geladeira foram instalados e seguem sendo verificados, no entanto, precisam de manutenção garantida com a troca de pilhas que, muitas vezes, não estão previstas no orçamento para insumos das salas de vacina, ocasionando dificuldades de manter a qualidade do serviço, colocando em cheque a acreditação da qualidade dos processos de trabalho implantados.

Outro problema importante a ser solucionado diz respeito a UAPS do sertão, incluindo as salas de vacina do Toco e Tucunduba, por exemplo. Ocorre que a rede elétrica da UAPS não suporta o uso de computadores por sobrecarga. Acionamos os técnicos da ENEL na tentativa de resolver o problema, entretanto, constatamos que a carga está adequada, o que precisa ser trocado ou ser revisto será todo o projeto da rede elétrica do prédio. Essa é uma realidade que impossibilita o uso do SI-PNI e implica em mudanças de infraestrutura, e certamente tem impacto nos registros.

Outro aspecto que diz respeito ao funcionamento de todo o sistema que tem reflexo na ponta é referente ao calendário de distribuição dos Imunobiológicos pelo Ministério da Saúde, que não é fixo. O atraso na distribuição ocasiona transtornos na aplicação das vacinas, porque acontece de pessoas se deslocarem ao posto no início do mês para vacinar seus filhos e não encontrar a vacina disponível, e não retornam mais. Isso ocorre, sobretudo, quando se

trata de pessoas que não têm recursos para arcar com o transporte para se deslocarem até as UAPS com frequência.

Celebramos os avanços e as vitórias conquistadas antes do final do processo formativo iniciado em dezembro de 2018 e concluído em setembro de 2019. Reconhecemos a importância do trabalho conjunto entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, e reconhecemos que é a ação de animar e promover uma colaboração solidária entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS que fez e faz toda a diferença no êxito das coberturas vacinais de crianças até 2 anos na APS do SUS de Caucaia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAVALCANTE; M. R. B.; GÓIS, C. W. L. et al. **Educação Biocêntrica. Ciência, Arte, Mística, Amor e Transformação.** Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2015.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas Vacinais e Doenças Imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Revista Epidemiologia Serv. Saúde**, v. 22, n.1, março. Brasília, 2013.

OLIVEIRA, V. C. Supervisão de enfermagem em Sala de Vacina: a percepção do enfermeiro. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. v. 22, n. 4. Out/dez. Florianópolis, 2013.

CAPÍTULO 10

A INTELIGÊNCIA AFETIVA NO GERENCIAMENTO DE SISTEMAS COMPLEXOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Maria Idalice Silva Barbosa

O gerenciamento das UAPS para qualificação da APS como porta de entrada para os serviços do SUS, funcionando como ordenadora e coordenadora do cuidado, é sem dúvida, o ponto nodal estratégico na coordenação da APS nos municípios, cuja efetividade depende do funcionamento de toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Em Caucaia, durante os dois primeiros anos de gestão da saúde, testamos alguns desenhos para gestão no intuito de caminharmos nesta direção. Foi a partir do terceiro ano da gestão, em 2019, que tendo avançado na melhoria da cobertura de APS municipal, foi feita a nomeação de gerentes para a rede de serviços de suas UAPS. Iniciamos a gestão de saúde para a APS com uma coordenação central que atuava com o apoio de uma equipe de coordenadores distritais, responsáveis pelos 6 distritos, conforme a divisão geopolítica da saúde no município. A gestão buscava trabalhar descentralizando ações, estratégia necessária para um município de grande porte como Caucaia.

Tão logo foram nomeados gerentes para as UAPS nos territórios, o NEPS foi convidado a elaborar e propor, junto com a coordenação da APS, um processo formativo nos moldes da Educação Permanente. Reconhecemos a nova equipe de gestores como um avanço importante no sentido de alavancar as mudanças nos processos de trabalho que o município buscava impulsionar,

desde o início da gestão. Em seu perfil, esses gestores são, em sua maioria, enfermeiros, e também, alguns profissionais de nível médio, ou com outra graduação, com experiência de atuação nas UAPS.

A proposição deste processo formativo vem sendo realizada seguindo as diretrizes da Planificação da Atenção Primária em Saúde, proposta pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). A necessidade dessa Planificação foi reconhecida pelos gestores estaduais que colocaram o fortalecimento da APS como prioridade, no sentido de qualificar esse nível de atenção, de maneira a exercer seu papel resolutivo e coordenador do cuidado, assumindo protagonismo na funcionalidade integrada da rede de atenção à saúde do SUS. (CONASS, 2011).

De acordo com Adriane Cruz (2019) a integração dos sistemas de saúde, a exemplo, de países da Europa, como o Reino Unido, é hoje um movimento internacional. O Brasil se alinha neste movimento e já apresenta avanços significativos nesta direção quando apresenta uma legislação que dá base para a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a Portaria nº4.279/30.12;2010, o Decreto nº 7.508/28.06.2011 e a Resolução da CIT nº 37 de março de 2018. São documentos que consolidam um alicerce normativo que permite avançarmos na implementação da RAS no sistema de saúde brasileiro. (CRUZ, 2019)

A necessidade de organização das RAS se faz urgente e necessária, sobretudo, em função da transição epidemiológica e demográfica por que passa a população brasileira, bem como, a necessidade de incorporação tecnológica, acompanhada do uso racional de tais tecnologias pelo nosso sistema de saúde. O aumento da expectativa de vida no Brasil, acompanhado da transição epidemiológica, são fatores preocupantes para o SUS, uma vez que a predominância das doenças crônicas gera uma necessidade de adequação dos serviços em termos da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação das pessoas acometidas por estas condições. A transição tecnológica em curso nos traz algumas inovações de caráter disruptivo. É o que alerta Eugênio Vilaça, consultor do CONASS, porque quando novos produtos e serviços

se tornam simples, convenientes e acessíveis, acarretam mudanças significativas no emprego e na força de trabalho na saúde, bem como, torna possível atendimentos à distância, capaz de beneficiar regiões com baixa densidade demográfica, contribuindo com sistemas de saúde destas regiões do país, os quais precisam de estratégias para serem incorporados aos serviços. (CRUZ, 2019)

Não é possível incorporar todas estas mudanças e transições pelas quais passamos como sociedade brasileira sem levarmos a cabo um sério trabalho de articulação e integração fortalecendo as RAS com ações proativas e integrais, que contemplem a promoção da saúde, a prevenção, cura, tratamento, reabilitação e palição. Trabalhar no fortalecimento das RAS é dar ênfase ao cuidado interdisciplinar em um sistema que tem a APS como coordenadora e ordenadora do cuidado em saúde.

Foi a partir desta compreensão da APS que o CONASS propôs a Planificação da APS, realizada por meio de Oficinas de capacitação para gestores estaduais. No Ceará, contudo, com o apoio da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), esta experiência foi vivida, em 2014, no âmbito municipal, na cidade de Tauá, como experiência Laboratório, gerando novos aprendizados, tendo como contexto de aplicação, os próprios serviços de APS, e seus profissionais, como público para realização das oficinas.

Esta experiência inspirou a proposição do Projeto QualificaAPSUS. Lançado pela SESA como política em 2016 tem como objetivo “subsidiar a reorganização do modelo de atenção a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das Redes de Atenção (RAS)”. (SESA, 2019). O projeto conta com a parceria do CONASS, e o apoio da ESP-CE e Fiocruz, estando vinculado à coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde da SESA. É um projeto estratégico para o Estado na busca por melhores resultados sanitários e econômicos para o SUS, colaborando para consolidação das Redes de Atenção à Saúde no sentido de contar com a APS em seu papel de responsabilização, coordenação e resolução de problemas

de saúde da população cearense. Para isso, a SESA, em seu apoio aos municípios, traçou como objetivo principal no fortalecimento da APS, ofertar subsídios para que as equipes de saúde nos municípios possam:

- Cumprir os atributos da Atenção Primária à Saúde;
- Cumprir as funções de responsabilização da APS pela saúde da população adscrita, de comunicação nas redes de atenção à saúde e de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade;
- Assumir a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde às condições crônicas;
- Participar da Rede de Atenção às Urgências. (SESA, 2019).

Em Caucaia a gestão de saúde buscou aproximar-se, gradativamente, deste propósito. A nomeação e formação dos gerentes para as UAPS é uma das estratégias que visa essa qualificação no município, conforme as diretrizes do Projeto QualificaAPSUS. Anteriormente, o gerenciamento da APS era realizado por uma coordenação central com apoio de uma equipe de 6 coordenadores distritais, que acompanhavam entre 5 a 7 UAPS, com uma média de 8 a 14 equipes de saúde da família, e um total de 73 equipes, funcionando em 46 UAPS, para uma população de 361 mil habitantes, conforme IBGE/2019.

Essa descentralização proporcionou mais capilaridade para iniciar a implementação de alguns processos de trabalho que estavam sendo conduzidos pela coordenação distrital em 6 UAPS, uma em cada distrito, cuja experiência seria “modelo” para referenciar a expansão dos processos para os demais territórios, como estratégia para organização do sistema local de saúde em rede. Em cada distrito foi indicada, a partir de critérios, uma UAPS, que seria acompanhada e conduzida por cada coordenador distrital, são elas: Planalto (Distrito 1), Itambé (Distrito 2), Sítios Novos (Distrito 3), Picuí (Distrito 4) Araturi (Distrito 5) e São Miguel (Distrito 6). Estas unidades passaram a ser acompanhadas mais de perto pela coordenação central e distrital da APS na implantação de novas tecnologias, ferramentas e processos em saúde.

O Projeto QualificaAPSUS tem como uma de suas estratégias para qualificar a APS o estabelecimento de padrões de qualidade comuns para a Atenção Primária por meio da certificação das equipes com selos de qualidade. Trata-se de uma estratégia de incentivo aos municípios e equipes na implantação de mudanças em seus processos de trabalho com certificação em etapas. Na primeira etapa, é atribuído o Selo Bronze, e tem como foco de avaliação a garantia da segurança do usuário e da equipe. Nas etapas subsequentes, será atribuído os Selos Prata e Ouro, relacionados ao gerenciamento dos processos e os resultados para a comunidade. O governo do Estado, por meio da SESA, iniciou a avaliação nos municípios credenciando equipes para certificação com o Selo Bronze. As Unidades de saúde são avaliadas por uma equipe da Secretaria de Saúde do Estado, que analisa 106 itens importantes para qualidade dos serviços.

Em 2018, Caucaia credenciou as 6 UBS modelos e recebemos a visita da SESA. Conseguimos a certificação bronze contemplando com o padrão de qualidade: Itambé, Planalto e Novo São Miguel, abrangendo 9 equipes de saúde da família credenciadas com o Selo Bronze, representando um avanço importante no trabalho realizado pela coordenação distrital.

Gerenciamento da APS para o fortalecimento das RAS – o desafio

Segundo destaca Cruz atuar em rede requer atuar e operar com base em um pensamento sistêmico, porque “a habilidade gerencial é mais complexa e implica em enxergar a floresta e não somente cada uma das árvores”. (CRUZ, 2019, p. 21). Para transitar do modelo fragmentado e biomédico, que ainda vivemos, para a RAS, não podemos prescindir de buscar inovação que permita equilibrarmos esta agenda de mudanças disruptivas com a sustentabilidade do sistema, operando a partir de um pensamento sistêmico capaz de gerenciar sistemas complexos.

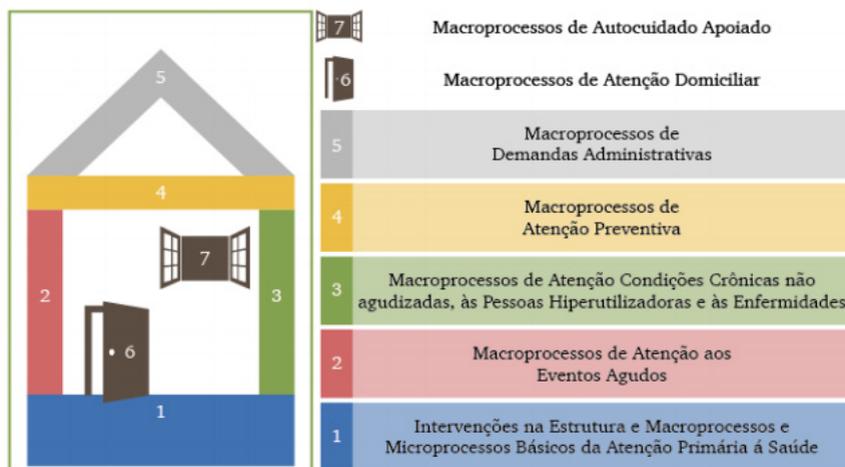
Obviamente que a floresta precisa ser enxergada com toda sua amplitude por todos os atores que gerenciam os serviços, desde os gerentes das UAPS, até os gestores que atuam nos demais níveis

de atenção. Todavia, este serviço organizado em Rede, se inicia em um território com uma população adscrita, vinculada, cadastrada, diagnosticada com risco estratificado na APS, cujo serviço precisa ser gerenciado com competência para direcionar e coordenar um fluxo complexo de pessoas, produtos e informações, transitando corretamente para outros níveis de atenção à saúde, que abrangem policlínicas, laboratórios, centros hospitalares e ambulatoriais, serviços de referência etc.

Diante deste cenário a função da gerência nas UAPS adquirem um papel fundamental e estratégico para colaborar na consolidação das RAS como modelo de atenção capaz de responder satisfatoriamente as transições, epidemiológica e demográfica, com as quais convivemos no país. Não podemos prescindir, para isso, da incorporação de competências técnicas e humanas por parte dos gerentes das UPAS, tornando-os aptos para condução das mudanças necessárias no gerenciamento dos processos de trabalho das equipes saúde da família. A pergunta que emerge de tal cenário é: que competências?

Esta não é uma questão simples quando se trata de propor um processo formativo orgânico e sistêmico, que exige da Educação Permanente a proposição de ferramentas de gestão para apoiar os novos aprendizados a serem incorporados aos serviços.

Mendes (2015) recomenda que um bom gerenciamento para APS deve contar com uma boa condução de processos como a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização. São atividades, por ele denominadas, em seu conjunto, de macroprocessos. Estes, por sua vez, devem ser articulados a microprocessos, que correspondem a todos os serviços ofertados na APS incluindo: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos. Vilaça explica a relação entre macro e microprocessos com uma metáfora da casa, conforme a figura abaixo:



Fonte: Mendes, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015, p.80.

Esta metáfora proposta por Vilaça indica a complexidade inerente ao gerenciamento de uma UAPS que exige uma articulação dos microprocessos, que acontecem no cotidiano dos serviços, aos macroprocessos, que por sua vez, requerem uma condução firme e contextualizada por parte da gestão municipal de saúde na condução de gerenciamento de sistemas complexos como as UAPS. Trata-se de uma função que pressupõe saber direcionar a condução de mudanças significativas e, por vezes, drásticas, na rotina de todos os profissionais na UAPS, bem como ser capaz de um trabalho articulado e coordenado com a gestão central e toda a rede de serviços do SUS, que extrapolam o âmbito municipal. Além disso, a condução de todos esses processos requer o uso adequado de ferramentas para acompanhamento, monitoramento e avaliação periódica para garantir sua consolidação e pleno funcionamento.

As ferramentas de trabalho para implantação, acompanhamento, monitoramento e avaliação destes micro e macroprocessos são disponibilizadas, contudo, seu uso se dá ainda de forma fragmentada. Não há ferramentas e/ou metodologia de trabalho que permita ao gerente ter uma visão abrangente do

território integrando o resultado das ações pertinentes aos macro e micro processos. Assim, por exemplo, é comum se realizar um grande trabalho de territorialização, contando com um diagnóstico que fornece uma visão epidemiológica do território e seus determinantes da saúde. Contudo, é raro o uso de ferramentas adequadas que permitam ao gerente relacionar e tomar decisões a partir da articulação dos resultados desses processos. O mais comum é partir do pressuposto que, uma vez realizado todo esse levantamento de dados, que a territorialização possibilita que os profissionais saibam o que fazer com eles. Assim, por exemplo, é importante que se saiba o número de pessoas com condições crônicas, e que esta população esteja estratificada quanto ao risco, porém, tão importante quanto isso, é saber distribuir o número de consultas que esta população vai precisar, conforme o risco estratificado, para estar de acordo com a capacidade instalada de recursos humanos na UAPS. E mais, é importante saber construir planos terapêuticos que abranjam e levem em conta as diferenças conforme o risco para todos, e que fundamentalmente, colaborem para que as pessoas de baixo risco se mantenham neste patamar, evitando eventos agudos e agravamento de co-morbidades. Para isso, é preciso planejar ações direcionadas de promoção e prevenção. Somado a isso, o monitoramento e a avaliação, infelizmente, são atividades gerenciais ainda muito distantes nos serviços de saúde, sobretudo, no âmbito das UAPS. Monitorar e avaliar e aprender o uso de ferramentas são ações que devem, portanto, ser introduzidas na Cultura Organizacional dos serviços de modo a gerar aprendizados e servir de base para pensar e propor mudanças.

O gerente da UAPS é um ator importante neste processo, cuja atuação requer uma série de competências que precisam ser incorporadas. Abordamos aqui alguns pontos importantes na reflexão sobre o delineamento de tais competências necessárias ao gerenciamento de sistemas complexos.

O que significa ser gerente para os gerentes da APS de Caucaia?

A proposta de formação de gerentes em Caucaia foi feita nos moldes da EPS, considerando os processos de mudanças já iniciados pela gestão de saúde. Levando em conta o contexto vivido, propomos iniciar uma primeira fase promovendo encontros mensais para problematização e aprendizagem coletiva, e sugestão de atividades para experimentação nas UAPS, com o intuito de que tais encontros formativos passem a integrar a rotina de coordenação na gestão da APS.

Nosso principal objetivo, de início, foi trabalharmos com um alinhamento do grupo em relação às mudanças implementadas até o momento. Neste sentido, para esta formação, em específico, não fizemos uma proposição de uma matriz curricular prévia. Trabalhamos com a proposição de um fio condutor para uma primeira fase, visando este alinhamento, tomando como base, tanto as oficinas do QualificaAPSUS, como o contexto vivido, desde o início da gestão com a experiência das UAPS modelo e os processos formativos com o pessoal de nível médio.

Nossa intenção é que essa primeira fase funcione como um alicerce a partir do qual possamos delinear as competências a partir das necessidades indicadas pelos próprios gerentes durante o processo formativo, caminhando na direção de propor uma formação alinhada às reais necessidades de aprendizagem do contexto municipal.

Optamos assim, iniciar uma primeira fase com o tema Acolhimento na APS visto ser este um tema que convergia com o que já estávamos trabalhando na APS, bem como, estava em consonância com os objetivos do QualificaAPSUS. O Acolhimento em saúde é um tema abrangente que nos permitiria abordar a organização dos processos de trabalho em saúde e, ao mesmo tempo, fortalecer as ações que foram desencadeadas com o apoio dos profissionais de nível médio que participaram das formações anteriores.

O tema organização dos processos de trabalho em saúde, é assunto da quinta e sexta Oficinas de Planificação da APS, integrando

o Projeto QualificaAPSUS do Estado, sendo os quatro primeiros, dedicados a aprofundar a compreensão sobre as Redes de Atenção à Saúde, o conceito de Atenção Primária em Saúde, a Territorialização e a Vigilância em Saúde. Com Caucaia já tínhamos trilhado um caminho dedicado a um trabalho para fazer a territorialização, em 2017, o Acolhimento seria um assunto pertinente para consolidarmos as mudanças que a gestão de saúde já vinha buscando implementar no município.

Dedicamos então uma primeira fase para, além de aprofundarmos o tema Acolhimento, aprendermos junto com os gerentes, quais competências deveríamos traçar para serem trabalhadas no andamento da educação permanente junto ao grupo. Assim, no primeiro encontro do grupo levamos duas perguntas importantes para serem respondidas por eles, cujas respostas nos auxiliariam a organizar as próximas fases da formação, e nos dar elementos para o desenho das competências, e das necessidades de aprendizagem por eles requeridas para a função. Solicitamos que respondessem, individualmente, duas perguntas:

- O que significa para você ser gerente da APS do SUS em Caucaia?
- O que você precisa aprender para atuar como gerente na UAPS de Caucaia?

Categorizamos e compilamos todas as respostas do grupo em formato de um pequeno texto coletivo para compartilhar com o grupo no encontro seguinte. Essa é uma ferramenta de trabalho que usamos em nossos processos formativos no NEPS. É uma metodologia do Planejamento Participativo proposto por Danilo Gandin (1994) que consideramos muito útil e adaptamos, utilizando em todas as nossas formações. É uma técnica que nos permite, além de conhecer o grupo, torná-lo conhecido por si mesmo, valorizar e validar suas percepções da realidade, colaborando também, para formação de um perfil de equipe de gerentes.

Com base na metodologia científica da pesquisa participante, as respostas de cada um às perguntas são categorizadas e sistematizadas, a partir de critérios, para compor um texto de escrita coletiva. O critério para redação do texto é respeitar e incluir todas

as ideias apresentadas pelo grupo, mesmo que, entre algumas delas, não haja um alinhamento, e/ou pareçam ou sejam contraditórias. Em seguida, o texto é devolvido ao grupo para socializar as ideias e elaborar consensos.

Esse processo é muito rico porque permite construir, de forma progressiva, um pensamento coletivo comum para os grupos com os quais trabalhamos. É uma ferramenta eficaz para gerar uma aprendizagem coletiva que transcende as individualidades, sem desprezar nenhum dos participantes, justamente porque inclui as contribuições individuais de todos.

A leitura do texto coletivo com o grupo é um momento de partilha singular que permite acrescentar, retirar e estabelecer consensos, valorizando a presença e as ideias de cada um. É uma vivência pedagógica que possibilita ao grupo se perceber como coletividade, aflorar e fortalecer o sentimento de equipe que, aos poucos, vai tomando uma forma mais densa, fazendo cada um se sentir parte, e amparado pelo coletivo. Esse processo, por seu caráter democrático e participativo, nos permite ainda gerar um conhecimento válido sobre a realidade vivida e dá segurança ao grupo e sustentabilidade para as ações propostas.

Apresentamos a seguir o Texto Coletivo dos gerentes, resultado da sistematização e compilação das respostas individuais de cada um sobre as duas perguntas mencionadas anteriormente.

O que significa ser gerente da Atenção Primária em Saúde em Caucaia:

“Para nós ser gerente é trabalhar para inspirar, motivar, liderar e fazer a equipe funcionar em busca de resultados. Para assumirmos essa função precisamos sempre desenvolver nossa capacidade de transformar, fortalecer nossa criatividade para organizar, auxiliar e avaliar os processos de trabalho. Para ser bons gerentes é preciso saber lidar com as pessoas do serviço, administrar conflitos, criar clima favorável ao trabalho, com clima harmonioso. Precisamos desenvolver nossa capacidade de empatia, tolerância e senso de justiça. Precisamos aprender a cada dia a ser líder com humanização e nos incomodar com o que não está certo. Para desenvolvermos esse perfil reconhecemos que precisamos aprender, e para isso, vamos precisar, não somente de capacitações, mas empenho pessoal de cada um, e claro, a colaboração de todos nós profissionais da atenção básica.”

O que precisamos aprender para atuar como gerentes nas UAPS de caucaia:

“É muito importante uma aprendizagem relacionada aos indicadores da Atenção Primária à Saúde e entendermos quais são as prioridades para a gestão, sabendo fazer análises quantitativa de dados e melhorando sempre nossa prática profissional. Precisamos entender de estratificação de risco, contrarreferência, planilhas de medicamentos. Precisamos aprender técnicas de motivação, liderança. Precisamos aprender a intervir em “vícios de trabalho”. É importante ser exigente e, ao mesmo tempo, não sermos “duros” para alcançar os resultados esperados. Precisaremos também aprender mais sobre fluxos, processos de trabalho, administração de Recursos humanos (normas e regulamentos) para sabermos lidar com sabedoria administrando as regras relacionadas as faltas, atestados e folgas. Precisamos de competência para lidar com nosso “limite” de autonomia, e até multiplicar o tempo, tendo a clareza a quem devemos recorrer.”

O conteúdo do texto nos apontou a necessidade de competências técnicas e humanas imbricadas no exercício da função de gerente capaz de atuar efetivamente na condução das mudanças requeridas na APS. As ideias sobre gerenciamento por parte do grupo tocaram em questões pertinentes com as diretrizes do QualificaAPSUS. Buscar uma clareza sobre esse rol de competências com uma visão ampla, incluindo os sujeitos que vivenciam a APS no dia a dia, nos traz subsídios para delinear o perfil de gerenciamento das UAPS na perspectiva da RAS, em contraste com a nossa leitura sobre a Cultura Organizacional que já vínhamos realizando, desde o início da gestão.

Além de compreendermos os desafios para o gerenciamento das UAPS na perspectiva das RAS era importante saber com precisão como a Cultura Organizacional presentes nas UAPS's de Caucaia poderiam contribuir, e quais desafios a serem superados para implantarmos processos de trabalho nesta direção. Para auxiliar na elaboração dos processos formativos em EPS já havíamos trabalhado para decodificarmos um padrão relacional comum nas UAPS. Já vínhamos trabalhando para mudarmos alguns aspectos deste padrão relacional com a formação direcionada aos profissionais do nível médio da APS, com o curso de Ambiência acolhedora para UAPS, cujos processos formativos foram organizados no sentido de favorecer uma transição para abrir espaço para um padrão de relacionamento capaz de criar uma ambiência acolhedora nas UAPS, por meio da renovação das ações e da convivência entre os trabalhadores da saúde e a população.

O discurso dos gerentes presente no Texto Coletivo nos confirmava essa necessidade de colaborarmos para uma mudança progressiva no padrão relacional entre as pessoas na medida de suas necessidades e das demandas do serviço. Em nossa leitura havíamos observado um padrão de relação marcado por processos de exclusão, reciprocidade equiparada, empatia descapacitante, indiferença apática e impotência inoperante, conforme descrevemos no capítulo anterior. Sabíamos também, que esse padrão de convivência marcava, não apenas as relações entre os profissionais de nível médio e a

população, mas era um parâmetro de relação presente na convivência entre os trabalhadores da saúde de forma geral, que contribuíam para gerar um “sofrimento” presente no clima organizacional. Isso era presente nos discursos dos trabalhadores que nos relatavam processos adoecedores presentes nas relações sociais. Tais fatores certamente interagem de forma positiva ou negativa impulsionando ou travando as mudanças necessárias.

A partir deste padrão relacional que contribuía para formar o clima organizacional das UAPS de Caucaia, já havíamos delineado algumas características que vínhamos trabalhando nos processos formativos com o pessoal de nível médio, no sentido de sua incorporação e abertura para criar novos parâmetros de relacionamento capaz de um conviver de forma mais harmônica, saudável e produtiva. Já tínhamos um bom feedback de respostas sobre a aceitação de mudanças nesta convivencialidade, que passaram, inclusive, a ser demanda, quando, muitas vezes, nós do Núcleo de Educação Permanente éramos chamados para colaborar na resolução dos problemas e conflitos que se instalavam na convivência entre os trabalhadores nas UAPS.

Observamos que havia uma demanda por mudanças percebidas e ansiadas pelos profissionais, que se mostravam disponíveis para aprender e se mostravam sensíveis para caminhar em direção às mudanças. Isso ficou evidente no discurso coletivo dos gerentes, quando afirmaram em seu texto que precisam “desenvolver nossa capacidade de empatia, tolerância e senso de justiça... saber lidar com as pessoas do serviço, administrar conflitos, criar clima favorável ao trabalho, com clima harmonioso”. Para trabalharmos na proposição da formação de gerentes, como eles próprios nos sinalizavam, seria importante incluir o desenvolvimento de competências específicas para que esses profissionais pudessem gerenciar condução a incorporação de macro e micro processos de trabalho agindo de forma democrática, manejando a resolução de conflitos e colaborando para criar um clima favorável a boa convivência humana, dando solidez e sustentabilidade as mudanças.

O padrão de relação que estávamos buscando desenvolver em nossos processos formativos por meio de vivências pedagógicas era caracterizado pela inclusão, a solidariedade cívica, a empatia compassiva, a simpatia, a gentileza e a resolutividade de ação. O texto Coletivo nos dava a clareza que esse padrão relacional era o que precisava, não somente ser favorecido com mais consciência pelos gerentes, mas compor o perfil de competências para os gerentes das UAPS de Caucaia.

Nesta altura estava claro para nós, não somente a necessidade de elaborarmos competências técnicas e humanas, considerando as diretrizes apontadas pelo Projeto, mas a necessidade de criar ferramentas de gestão com tecnologias capazes de contribuir para gerar tais mudanças. São dois lados de uma mesma moeda porque o uso de ferramentas e tecnologias adequadas é que geram os tipos de competências que precisam ser desenvolvidas.

Se não enxergarmos com clareza as competências, tampouco seremos capazes de criar ferramentas e tecnologia adequadas. E isso depende de clarearmos os pontos cegos das necessidades de aprendizagem requeridas para construirmos a APS que queremos. E não basta apenas enxergarmos as competências e dispormos das tecnologias e ferramentas de gerenciamento. É preciso desenvolver e propor processos de aprendizagem-desenvolvimento que possibilitem a incorporação de tais competências.

Pontos cegos no desafio no Gerenciamento das UAPS na perspectiva da RAS

A nossa experiência de inserção nos serviços da APS no âmbito municipal nos deixava claro que, para conduzir as mudanças apontadas pela Planificação da APS, não seria o bastante compreender bem sobre APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS; não seria suficiente ser capaz de descrever detalhadamente o que é, e do que trata todos os macros e microprocessos que contribuem para erigir a “casa” da APS, conforme representa muito bem a metáfora de Vilaça. Em outras palavras, o conhecimento técnico representa

uma boa parte do que é necessário, mas só ele não é o suficiente para o êxito do funcionamento de sistemas complexos como as UAPS.

A partir da decisão política de priorizar e implantar novos processos de gerenciamento para a APS do SUS, um caminho novo, ainda não percorrido, se abre. A primeira lição é reconhecer que esse caminho não é linear. Em outras palavras, o êxito e a sustentabilidade das mudanças não estão garantidos com a realização de tantas Oficinas, de forma linear e sistemática, e com a participação de todos. Outros aspectos entram em cena. As mudanças não seguem um curso linear e cumulativo, há resistências, avanços, retrocessos, conflitos, medos, rupturas, entraves, alavancas, receios, querelas, obstáculos, preconceitos, impulsos de toda natureza que compõem uma zona complexa e um território denso, com marcas culturais, políticas, econômicas, simbólicas, valorativas, porque estamos falando da construção/reconstrução de um sistema de saúde público, universal, equânime e resolutivo.

Reconhecemos alguns aspectos fundamentais para compor o rol de competências para um gerente de UAPS que envolvem a “leitura” tanto de números como de sujeitos, de forma integrada. A leitura de números é fundamental para o gerenciamento da APS no sentido de embasar parâmetros epidemiológicos para pactuação de metas de forma compartilhada e solidária. O gerenciamento da APS deve ir além de implantar macro e microprocessos e incluir parâmetros epidemiológicos de acordo com o contexto do município. Ocorre, muitas vezes, que os indicadores que traçam o perfil epidemiológico local nesses processos de implantação e renovação da APS na perspectiva das RAS acabam sendo engolidos e ficando em segundo plano nos processos de gerenciais.

Gerenciar com base no perfil epidemiológico e com a clareza de metas no sentido de traçar, definir e distinguir claramente o ponto em que está, e o lugar para onde se pretende chegar, considerando o limite daquilo que é possível ser feito, é indispensável como condição para o sucesso de qualquer gerência. Assim, por exemplo, implantar e gerenciar uma linha de cuidado relacionada à saúde materno-infantil sem ter a clareza das taxas de mortalidade infantil, neonatal

e morte materna, no sentido de saber o que é possível ser feito de acordo com o contexto social, político e econômico em que se insere, se torna uma tarefa cega e um caminhar à esmo. Não é sem razão que os gerentes de Caucaia já apontam essa necessidade quando se fala de competência gerencial em seu Texto coletivo, quando afirmam em um trecho do discurso sobre competências gerenciais:

“É muito importante uma aprendizagem relacionada aos indicadores da Atenção Primária à Saúde e entendermos quais são as prioridades para gestão, sabendo fazer análises quantitativa de dados e melhorando sempre nossa prática profissional.”

O raciocínio serve para todo e qualquer cenário epidemiológico no qual se busca e precisa intervir com um bom gerenciamento que resulte em mudança de indicadores de forma progressiva e constante. E, para isso, é preciso ter habilidade de negociar e pactuar metas com toda equipe de saúde da família tendo a clareza exata do que é possível ser feito em um determinado prazo para alcançar tal ou tal meta, a partir da colaboração solidária de todos. Quando as pessoas têm clareza de sua responsabilidade, sabendo qual a sua tarefa, é muito provável que se engaje nas ações pelo sentido humano e relevância social que adquire seu fazer. Esclarecer isso é tarefa de um bom gerenciamento, uma vez que uma crítica constante é que a epidemiologia reduz as pessoas à frieza dos números. Ora, creio que não seria a epidemiologia o principal responsável por isso, e sim o outro ponto cego do gerenciamento que inclui a leitura da cultura organizacional.

A Educação Permanente em Saúde, neste cenário, só se torna uma ferramenta de gestão diferencial quando promove uma boa leitura de cenário de saúde com seus indicadores epidemiológicos, integrada a uma abordagem para negociação de metas com os trabalhadores da saúde e acompanhada de estratégias claras na proposição de processos formativos de desenvolvimento e aprendizagem centrado no trabalho e na mudança de práticas em saúde. O êxito em uma negociação possui pré-condições indispensáveis e implica definir

e compartilhar a leitura epidemiológica do cenário de saúde, somadas com estratégias acessíveis e plausíveis de serem feitas, acompanhadas e avaliadas ao longo de um tempo previsto, para se chegar a lograr êxito com a mudança de indicadores e melhoria do perfil epidemiológico municipal com a colaboração de todos tendo em vista o gerenciamento de sistemas complexos.

Nesta perspectiva um segundo aspecto importante é desenvolver sensibilidade e ferramentas para auxiliar na realização de um outro tipo de leitura, de cunho mais subjetivo, que diz respeito à uma decodificação da cultura organizacional. É ela que molda os comportamentos das pessoas que fazem a instituição funcionar, e criam o clima que rege seu funcionamento, bem como, serve de parâmetro para balizar o padrão relacional dos trabalhadores da saúde entre si, e destes, com a população. Sem essa decodificação, não logramos êxito em negociar metas para melhorar indicadores e alterar perfil epidemiológico, tampouco o engajamento solidário de todos em direção à meta. Esse é outro ponto cego no gerenciamento que precisa ser focado. O discurso coletivo dos gerentes também nos aponta essa necessidade de aprendizagem, conforme deixa claro um trecho de seu discurso coletivo, destacado a seguir:

“Para ser bom gerente é preciso saber lidar com as pessoas do serviço, administrar conflitos, criar clima favorável ao trabalho, com clima harmonioso. Precisamos aprender técnicas de motivação, liderança. Precisamos aprender a intervir em “vícios de trabalho. (Gerentes UAPS – Caucaia).”

Ser capaz de decodificar os sentidos que compõe a cultura e o clima organizacional é uma habilidade gerencial que não pode ser prescindida. Essa leitura implica decodificar o sentido que cada um dos trabalhadores dá ao papel que desempenha no serviço. Tais sentidos fornecem diretrizes para atitudes, posturas, decisões e ações que vão moldando a Cultura e o Clima Organizacional dentro de cada instituição.

A Cultura Organizacional é o conjunto de normas, valores que regem a comportamentos, enquanto o Clima Organizacional é uma espécie de termômetro da instituição. Por meio deles é possível medir o nível de satisfação de seus funcionários em todos os aspectos da organização: relação das pessoas com a liderança, rotinas de trabalho, plano de carreira, limpeza do ambiente, relacionamento com os colegas e muito mais. Podemos dizer que o clima organizacional é a percepção que as pessoas que trabalham na instituição têm dela. O clima é um aspecto que está em constante mudança, dependendo de inúmeros questões, tais como, o significado social da instituição, a valorização das pessoas, a demissão de um líder, formas de contratações, troca ou imposição de processos e ferramentas, dentre outros.

A Cultura Organizacional traduz comportamentos e valores que expressam um padrão de funcionamento da instituição que são repetidos pelos funcionários ao longo do tempo. Tais valores, não necessariamente, precisam estar expressos, são valores implícitos no nosso dia a dia que vão regendo nossa maneira de se comportar e tratar nossos colegas nos ambientes institucionais. Por outro lado, as pessoas que frequentam a instituição e utilizam seus serviços, aprendem logo a detectar esse padrão, e se comportam em ressonância a ele, de maneira a obter resultados. Essa cultura é também transmitida para as pessoas que chegam à instituição. Isso acontece de maneira formal ou informal. Na maioria das vezes é informal. As pessoas chegam, percebem o padrão de comportamento dos colegas, e vão se adaptando aos padrões que já existem, visando serem aceitos, integrados ao ambiente institucional. Claro que esse padrão tem regras e normas, algumas flexíveis e outras não, isto é, tem regras que garantem a existência da instituição. Tais regras é que compõem e dão forma à cultura da organização. A maneira com que as pessoas lidam com essa normatividade vai construindo um clima organizacional.

Cada pessoa tem uma função e uma maneira própria de exercer seu papel dentro da organização e, ao exercê-lo, vai construindo um sentido para este trabalho, seja de forma positiva ou negativa. Isso se dá de forma positiva quando a pessoa sabe qual

a sua tarefa e a importância dela para o todo; quando assume e cumpre compromissos com horários, metas e prazos; quando festeja conquistas ou lamenta fracassos, com a clareza das consequências sociais do serviço que a instituição presta para sociedade. Por outro lado, sabemos que é possível também que as pessoas estejam ali somente para cumprir tarefas, sem encontrar sentido pessoal para o que fazem, sem compreender sua função dentro da instituição, e não se importando com seus êxitos ou fracassos. Isso é um sentido negativo que a pessoa constrói, quando fica alheia, e pouco se interessa com os êxitos ou fracassos da instituição. É preciso saber distinguir isso e lidar de forma diferente e adequada com as pessoas e as funções que exercem, conforme o sentido que dão ao seu trabalho. A atitude comum é pressupor que todos já sabem a função social da instituição para qual servem, e na maioria das vezes, isso não corresponde à realidade.

No caso de uma UAPS, a função de cada um é importante para a construção diária do SUS. Cada um exerce um importante papel nesta construção social da saúde como direito em nossa sociedade. Isso parece óbvio, mas não é um sentido tão presente na cultura organizacional dos serviços da rede do SUS. Observamos facilmente que o quê mais predomina é a ideia de um serviço precarizado para uma população que não pode pagar, sendo a saúde operada como bem que não pode ser acessado por todos. São questões valorativas que podem causar resistências, retrocessos e obstáculos para as mudanças, porque regem as atitudes e comportamentos.

É comum pensarmos que as mudanças de atitudes são processos difíceis de ocorrer porque, comumente, não acreditamos que as pessoas são capazes de mudar seus comportamentos e repensar suas atitudes. Não obstante, se olharmos com mais sensibilidade é possível perceber que as pessoas estão sempre mudando, que o mundo tecnológico nos exige flexibilidade e mudança o tempo inteiro, e que as pessoas estão sempre se adaptando, com certa rapidez, em ressonância ao clima organizacional no qual se inserem, ou seja, adquire este ou aquele comportamento, conforme a UAPS em que atuam. Achamos difícil a mudança porque não aprendemos

a enxergar e intervir positivamente; não aprendemos a sentir o clima, tampouco a fazer a leitura de padrões de relação, para, então, criarmos estratégias que possam mudar favoravelmente o clima e a cultura da instituição.

Claro que toda mudança organizacional depende de mudanças pessoais, mas o contrário, também é verdadeiro. Elas só topam mudar em favor de algo se virem sentido na mudança e vantagens para si e para o grupo do qual são parte. Se não enxergamos isso não logramos êxito na negociação e engajamento porque propor uma mudança que as pessoas não compreendam ou não percebam sentido algum para elas, a não ser agradar ou obedecer ao chefe ou a liderança, não tem sustentabilidade e, por vezes, é motor de conflitos.

Outro aspecto importante no desenvolvimento de competências para o gerenciamento da APS é lidar e mediar conflitos. Os conflitos são inerentes às relações humanas. Não funciona colocá-los debaixo do tapete, ou tratar deles apenas na zona subliminar da fofoca e do moralismo, no mundo real ou virtual das redes sociais. É preciso retirá-los da zona cega, debaixo do tapete para encará-los como processos inerentes que compõem a cultura organizacional de forma séria e honesta, com abordagem firme e amorosa.

O desenvolvimento da Inteligência Afetiva por meio do fortalecimento de vínculos favorece a ampliação de níveis de consciência em que o outro e o coletivo são parte das identidades individuais, que se integram em nós e cada um começa a se identificar como um sujeito coletivo por meio da comunhão de ideias. Esse processo não é algo dado de antemão, mas emerge da interação, na transubjetividade em comunhão, facilitado de forma amorosa pelo fortalecimento do vínculo consigo, com o outro e com a sociedade que, juntos, integram a identidade humana. (BARBOSA, 2006).

O papel da liderança/gerente é facilitar esta convivencialidade humana a partir do respeito às individualidades, fazendo emergir um “nós” em que todos se reconheçam parte de um grupo, e que este grupo se perceba como parte de um sistema, como sujeito coletivo, como esclarece Barbosa:

Não há um limite definido, mas há um desdobramento contínuo de implicação mútua entre a autonomia dos sujeitos e a autonomia do grupo do qual o sujeito é parte. Há nessas implicações mútuas um desdobramento que fortalece o sujeito na medida em que este expressa o seu desejo, e esse é acolhido como parte do grupo, ao mesmo tempo em que o próprio grupo se fortalece quando é capaz de integrar as diferenças e dar um sentido comum ao coletivo, gerando um “nós” desdobrado de uma transsubjetividade de comunhão. (BARBOSA, 2006, p. 138).

Esse tipo de conhecimento, oriundo do campo de saber da psicologia, não é facilmente acessível para os profissionais do campo da saúde que atuam mediante uma leitura da realidade restrita à técnica, árida, baseada tão somente em protocolos para servir de parâmetro no gerenciamento de processos e de pessoas, ignoram relações e padrões comportamentais. O resultado dessa visão estreita de gerenciamento é uma postura que impõe processos de mudanças por meio de decretos porque não acreditam na possibilidade de dialogar e negociar para mudar comportamentos e atitudes. Não há visão de processos e consideram que adesão de todos a uma mudança proposta deve ser automática lograda apenas com uma reunião. Isso resulta facilmente em imediatismos e imposições de processos e modelos rigorosamente conforme uma receita, porque é cega para as interrelações entre as pessoas, seu papel social, sua função e os sentidos que constroem os padrões de relações institucionais.

É possível mudar e instaurar novos processos quando respeitamos o tempo de renovação, quando contribuímos para decodificação, modelagem e reconstrução do sentido, e assim, fortalecemos o significado coletivo da instituição para as pessoas que a fazem funcionar. Isto, porém requer que o reconhecimento de que não existem mudanças bruscas. Todo processo de transformação exige esforço, paciência e tolerância, e vai acontecendo em consonância com as mudanças e necessidades do contexto, e até mesmo, dos objetivos planejados por seus gestores.

Diante do cenário municipal e tendo em vista as necessidades apontadas pelo campo da saúde em âmbito estadual, não resta dúvida de que não podemos simplesmente nomear gerentes e esperar que o conhecimento da prática e do campo da saúde seja suficiente para contarmos com bons gestores. É preciso esforço interdisciplinar para formarmos bons gestores, é preciso reconhecer e compreender como lidar com sistemas complexos. E para isso é pertinente refletir e sistematizar que competências respondem a este cenário até aqui explicitado.

Por outro lado, é preciso também entender que desenvolver a sensibilidade e a competência para lidar com processos e pessoas em suas interrelações de trabalho é apenas condição para mudança, mas ainda não é o suficiente. Sem ferramentas adequadas de trabalho, sem a clareza e consenso sobre os passos a serem dados em direção à mudança que queremos, sem metodologia de aprendizagem e desenvolvimento, pouco podemos fazer.

Nesta altura percebemos que estamos diante de uma zona cega quando se trata do gerenciamento da APS porque se não temos as ferramentas e tecnologias, tampouco podemos traçar um perfil de competências capaz de manejar tais tecnologias e ferramentas. Isso nos mostra que o caminho para isso é experimentar o novo com base no referencial de APS que o SUS precisa, para funcionar de forma sistêmica, ofertando serviços universais, integrais e equânimes.

Em síntese, ter clareza sobre quais competências são importantes exige que tenhamos as tecnologias e ferramentas que ainda não estão disponíveis porque lidamos com contextos diversos e sistemas complexos que precisam de diferentes tecnologias. A qualidade do serviço em áreas distantes não pode ficar aquém quando comparadas à qualidade de serviços que estão em grandes centros urbanos, com mais acesso às inovações e novas tecnologias em saúde. Ante a esse ponto cego a questão que surge é alumiar o percurso ao caminhar, isto é, criatividade e inovação para experimentar o novo.

O desenvolvimento da Inteligência Afetiva como base para incorporação das competências para o gerenciamento de sistemas complexos



Para Toro (2012) é a afetividade que estrutura a inteligência humana em todas as suas expressões: lógico-matemática, corporal sinestésica, espacial, interpessoal, sendo a sua fonte comum. A inteligência é construída socialmente com base nos vínculos que tecemos com o outro, consigo mesmo e com a sociedade/natureza na qual estamos imersos. O desenvolvimento da Inteligência Afetiva, segundo Toro, é condicionado por esses três modos de vinculação e ao sentido que nossos vínculos adquirem para nós ao longo de nossa existência. (TORO, 2012).

Aprender a conduzir um processo de mudança em prol do coletivo, como é o caso do gerenciamento de uma UAPS, cujo serviço está imerso em um sistema maior, cuja finalidade última é garantir o direito à saúde, passa pela forma como administramos tais sentidos, pelo modo como nos vinculamos com a humanidade e a sociedade, pelo modo como nos relacionamos e tecemos nossos vínculos com o outro e consigo próprio. Passa pela criatividade e

ousadia para experimentar o novo e propor ferramentas de trabalho. Ocorre, porém, que na contemporaneidade esses laços sociais que nos vinculam como humanos têm-se afrouxado, ou mesmo, se esgaçado. Nossa ousadia e criatividade para fazer junto se apaga porque aprendemos a contar com modelos e protocolos a serem seguidos, e não a confiar no grupo, ou seja, confiamos mais no que está no papel do que em nossa capacidade de ler a realidade.

A humanidade tem se tornado distante para os humanos. Não por acaso geramos, até mesmo, a necessidade de uma Política de Humanização! O nosso vínculo com o outro se estilhaça em laços sociais superficiais e distantes em função da competição, indiferença, automatismo e distanciamento, resultando em uma sociedade adoecida em que a depressão e a ansiedade podem ser consideradas quase como epidemias. Os vínculos de solidariedade e cooperação, que também nos constituem como humanos, ficam à margem da convivencialidade humana, circunscritos aos espaços religiosos e/ou confinados a situações extremas e de exceção. E, com isso, nos perdemos de nós mesmos em nossa capacidade de vinculação consigo que nos dizem de nossa identidade singular e dos sentidos que construímos para o nosso fazer cotidiano. A Inteligência Afetiva resulta do entrelaçamento desses três níveis de vinculação resgatando nossa humanidade e capacidade de construção coletiva de uma sociedade saudável capaz de (re)construir sentidos e significados para olhar e ver um futuro de paz e justiça.

Nesta perspectiva é que a qualidade de nossa Inteligência Afetiva pode contribuir na condução de processos coletivos, desenvolvendo, resgatando e fortalecendo nossa capacidade de vinculação, que nos direciona para conduzir processos e criar ferramentas para um bem viver coletivo. Consideramos esse aspecto fundamental para o êxito na condução de sistemas complexos que adquire um diferencial relevante para a formação de gerentes em serviços de saúde com capacidade de inspirar como uma liderança na direção de coletivos saudáveis.

Em função disso apresentamos aqui parâmetros para elaboração de um rol de competências tendo como base o necessário desenvolvimento de uma Inteligência Afetiva. Reconhecemos que o

bom desempenho técnico, por si só, não garante as mudanças que precisamos na direção do SUS que queremos: um sistema universal, equânime e integral com funcionamento em rede.

Um bom parâmetro que ajuda a balizar o desenho de competências é reconhecermos sua múltipla dimensionalidade, não redutível a um saber fazer, mas incluindo na mesma medida, um saber ser e conviver. Tais dimensões das competências já foram amplamente discutidas no campo da educação, sendo defendidas por autores de referência como Edgar Morin (2001) em seu livro “Os sete Saberes necessários à Educação do Futuro”. Como sabemos, não se trata mais de futuro, e sim, de um presente, aqui e agora. Não chegamos longe ao insistirmos no equívoco de olhar apenas para a dimensão do saber técnico. É um erro achar que as dimensões do ser e conviver podem prescindir de serem desenvolvidas, e um equívoco maior, supor que não temos ferramentas para isso.

Mariotti em seu livro “As Paixões do Ego. Complexidade, Política e Solidariedade” nos apresenta os novos parâmetros para pensarmos para além das simplificações da ciência clássica, e incluir a natureza complexa dos fenômenos. Para o autor, a complexidade “não é um conceito teórico e sim um fato da vida”. (MARIOTTI, 2002, p. 343). Tudo está em relação com tudo, nada está isolado e coexiste com tudo, de forma sistêmica. O fazer científico neste século já não pode ignorar a presença do caos e da desordem, e o fato de que tudo o que há no universo constitui sistemas bem articulados.

Seguindo o rastro de Mariotti (2002) apresentamos os parâmetros para balizar a elaboração de um rol de competências para o gerenciamento das UAPS. Todo esse esforço pressupõe a necessidade de um pensamento sistêmico e, portanto, requer antes de mais nada, uma reforma no pensar. Apontamos aqui com ajuda do Mariotti, cinco saberes que nos ajudam a lidar com a complexidade inerente aos processos e instituições, traçando parâmetros para o desenho de competências a serem desenvolvidas em processos formativos para o gerenciamento das UAPS.

O primeiro aspecto importante é o Saber Ver. Parece uma obviedade, mas consideremos o seguinte. É comum a decisão gerencial de operar mudanças e chegar em organizações sem “ver”

toda a história pregressa que expressam o seu jeito de ser agir e funcionar, expressos pela cultura da instituição. Geralmente, as decisões gerenciais impõem novos processos de trabalho com olhos cegos para ver como era antes, quais as regras e acordos, explícitas e/ou implícitas, que regem o comportamento das pessoas, quais suas opiniões e ideias, seu grau de compreensão sobre a proposta que se quer implantar. Parte-se do pressuposto que, se a mudança é para melhor em sua visão, e se há uma boa intenção, a adesão das pessoas será óbvia e automática, e se não o é, estamos diante de resistência e boicote à nova proposta. Saber ver requer sensibilidade para outras dimensões das relações sociais que, uma vez respeitadas, contam com a colaboração e solidariedade das pessoas em seu modo de ser e se organizar coletivamente.

O segundo aspecto é o Saber Esperar. Nossa cultura, como ressalta Mariotti, privilegia tão somente a dimensão quantitativa do tempo, considera somente o tempo medido e não alcança o potencial do tempo vivido, como gerador de mudanças. A percepção linear do tempo e a pressa atropela pessoas e processos e cria um ambiente em que prevalece pressões, cobranças, advertências. Tal modo de perceber, sentir e lidar com processos dificultam a prática da tolerância, serenidade, compaixão; requisitos tão necessários, para o nosso padrão de relações sociais. Não aprendemos a distinguir o tempo cultural do tempo natural, e menos ainda, o tempo político. Ao institucionalizarmos a temporalidade linear, deixamos de respeitar as temporalidades individuais. O tempo político, o tempo dos processos, o tempo técnico são dimensões do tempo que podem e devem interagir, sem prescindir do respeito ao tempo da mudança, sob pena de pararmos no tempo, considerando que estamos agindo, sem avançarmos significativamente.

Podemos fazer muitas coisas e emprendermos muitas tarefas e, ainda assim, estarmos parados no tempo. Os ciclos da vida incluem o tempo de espera dos sistemas. Compreender as organizações como um organismo vivo requer o saber esperar, sem cairmos na inércia ou em tarefismos vazio. É preciso viver o tempo cultivando a paciência respeitosa com as pessoas e os processos, com

a sabedoria para conduzir a mudança identificando o quê, em cada contexto, pode funcionar como catalizadores para as mudanças, ou fatores de inércia. Aprender a conduzir processos de mudanças sem deixar a ansiedade e o imediatismo impor o ritmo é condição para adesão e sustentabilidade a novos modos de funcionar, inovando as rotinas com anuência de todos.

O terceiro saber apontado por Mariotti que denota e pressupõe uma nova forma de pensar, sentir e perceber o mundo em sua complexidade é o Saber Conversar. Como bem assinala o autor, modificar nosso modelo de conversação é a melhor forma de lidar com nossa tendenciosidade de reagirmos a comportamentos, em vez de interagir com intenções e condutas. Na metodologia por nós adotada, o diálogo é condição indispensável nos processos de aprendizagem desenvolvimento e pressupõe a busca para superarmos nossos automatismos. Saber conversar, para Mariotti, também é, antes de mais nada, saber perguntar. É comum em nossa forma de conversação, logo a transformarmos em uma competição, como se as pessoas estivessem em um palco, decidindo quem fala melhor, quem argumenta com mais brilhantismo, quem derruba o outro. E logo julgamos que a pessoa que se sai melhor é aquela que sabe colocar o outro em dificuldades, sabe constranger e embaraçar seus argumentos. Em geral, usamos as perguntas mais para vencer um debate do que para aprender uns com os outros.

Saber Conversar pressupõe, portanto, elaborarmos perguntas mobilizadoras com expectativa respeitosa diante do outro. É um saber questionar que nos conduz a um saber ouvir, significa estar-com, abrir-se para o mundo, dar espaço dentro de si para caber o outro em sua diferença. Saber conversar pressupõe saber lidar com um entrelaçamento entre nossas emoções, sentimentos e racionalidade na construção de soluções coletivas. Para os problemas que vivemos, em sua complexidade inerente, não existe solução única a ser apontada por este ou aquele líder, esta ou aquela teoria, mas requer esforço coletivo e ferramentas para conduzir diálogos que nos tragam soluções.

Um quarto aspecto importante apresentado por Mariotti é o Saber Amar. Não falamos aqui de um Amor transcendental como se pregássemos um evangelho. Consideramos aqui, como também esclarece Mariotti, a dimensão biológica humana, tal como apresentada pelo grande biólogo Maturana (2001) em sua Biologia do Amor. São às ideias de Maturana que Mariotti recorre para assinalar sua assertiva. Ele fala do amor como um fenômeno da natureza a partir da qual exercemos nossa condição humana. Amar o outro aqui significa reconhecer e legitimar sua existência e, portanto, suas ideias, opiniões, modo de ser e agir no mundo, mesmo que delas, discordemos. Isso parece óbvio, mas o comum é construirmos um modo de convivência baseado na exclusão em que há privilégios reservados para alguns, e exclusões sutis com mortes simbólicas e indiferenças. Construirmos um modo de convivência em que as diferenças excluam, e o que une, não é sequer, visto! Os fatores que unificam os coletivos precisam ser percebidos, valorizados e protegidos, e isso requer uma inteligência afetiva capaz de integrar os três níveis de vinculação humano: consigo, com o outro e com a totalidade/sociedade em que nos inserimos.

O quinto e último aspecto apresentado por Mariotti como um saber capaz de operar com a complexidade do mundo e suas interrelações sociais é o Saber Abraçar. Aqui ele usa a metáfora do abraço no sentido de sermos capazes de saber amar integrando as diferenças. É preciso reconhecer que a diversidade e as diferenças entre os humanos não impedem, ao contrário, pedem, que cheguemos a acordos, que estabeleçamos consensos sobre o modo como estamos vivemos e construindo o mundo a nossa volta, de modo que o torne melhor para todos. E tais consensos é que devem estabelecer nossas práticas sociais. Isso tudo depende da maneira como eu vejo o outro e me vinculo a ele. E esta maneira depende muito mais de si mesmo, do que do outro, propriamente; depende dos condicionamentos e dos automatismos aos quais nos submetemos. Abraçar e ser abraçado, esclarece Mariotti, é condição para tornar-se indivíduo, é uma metáfora de integração, de religação, de reaproximação de saberes que se sabe imerso numa interdependência espontânea.

“O abraço não é um substantivo, e sim um verbo – um verbo no gerúndio: melhor seria que estivéssemos sempre abraçando e nos deixando abraçar”. (MARIOTTI, 2002, p. 320).

Não há individualidade sem interpessoalidade, o eu contém o múltiplo, e ser indivíduo é buscar uma inteligência que une, que em sua base está o afeto que liga a todos. Como assinala Mariotti, a competitividade traz a dimensão da esperteza, e a competência está no âmbito da inteligência. Precisamos mais de inteligência e menos de esperteza; precisamos desenvolver mais individualidade, e menos individualismo para caminharmos em direção da interpessoalidade, porque somos seres de relação e de vínculo.

Em síntese, defendemos que um rol de competências que nos torne capazes de conduzir os serviços de saúde organizado sistemicamente e interconectado em rede pressupõe o desenvolvimento da Inteligência Afetiva que inclui o saber fazer, ser e conviver em prol da construção coletiva da saúde como direito de todos. Tarefa que exige sair do lugar comum, não se prender a modelos regras e protocolos, a ser criativos solidários e capazes de se abraçar como humanidade. Tarefa que pressupõe criar e propor de forma coletiva novas ferramentas de trabalho que deem conta de operar as mudanças na direção de queremos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, M. I. S. Participação. **Eus que tecem nós**. 2006. 152f (Dissertação) Mestrado em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.

BARBOSA, M. I. S. **O Vínculo na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2015. 413f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2015.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde**. CONASS. Brasília: CONASS, 2011.

BERGAMINI, C. W. **Liderança. Administração do Sentido**. São Paulo: Atlas, 1994.

- CAVALCANTE; M. R. B.; GÓIS, C. W. L. et al. **Educação Biocêntrica. Ciência, Arte, Mística, Amor e Transformação.** Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2015.
- CRUZ, A. Planificação da Atenção à Saúde. **Revista CONSENSUS.** Ano IX, nº 31, ab./jun. 2019.
- GANDIN, D. **A Prática do Planejamento Participativo:** na educação e em outras instituições, equipes e movimentos dos campos cultural, social, político, religioso e governamental. Petrópolis: Vozes, 1994
- MATURANA, H.; VARELA, F. J. **A Árvore do Conhecimento. As bases biológicas da compreensão humana.** São Paulo: Palas Athena, 2001.
- MARIOTTI, H. **As Paixões do Ego. Complexidade, Política e Solidariedade.** 2ª ed. São Paulo: Palas Athena, 2002.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 3ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001.
- SESA, **Projeto Qualifica APSUS.** Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/qualificaapsus-ceara/> Acesso em: 28.09.2019.
- TORO, R. **La Inteligencia Afectiva. La unidad de la mente con el universo.** 1. Ed. Editorial Cuartopropio. Santiago, Chile, 2012.

CAPÍTULO 11

CAUCAIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICA PARA FORMAÇÃO DE RESIDENTES PARA O SUS – UMA APRENDIZAGEM COLETIVA

Camila Mascarenhas Moreira
Kerley Menezes Silva Prata

A integração entre as instituições de ensino, sistemas e serviços de saúde e comunidade é condição para avançarmos na qualificação da formação dos profissionais da saúde com capacidade de exercer sua profissão de forma integrada para consolidação do SUS. O redirecionamento de práticas sanitárias condizentes com um sistema de saúde público e universal depende da formação de recursos humanos cientes do seu papel na recriação e fortalecimento de práticas que efetivem os princípios do SUS na qualificação do cuidado.

Essa necessidade impulsiona de forma contundente que se trabalhe no sentido de formalizar interconexões para aproximar os setores da educação aos sistemas de saúde de maneira a inter-relacionar a formação profissional e o mundo do trabalho. Ainda convivemos com um grande distanciamento entre a produção, a formação acadêmica e o mundo do trabalho, e as tentativas de promover uma aproximação não é de hoje. Já em 1981 o Programa de Integração Docente-Assistencial buscava integrar ensino-serviço para além da mera utilização de instituições de saúde para prática da docência. Desde lá muitas reformulações no setor saúde contribuíram para modificações nos modos de fazer e ensinar saúde, resultados de parcerias entre as Instituições de Ensino na Saúde (IES) e os serviços, por meio de instrumentos de cooperação,

celebrando parceria e convênios para realização de práticas docentes nos espaços de atenção à saúde. (BRASIL, 2017).

A partir da necessidade de formar profissionais para o SUS o Ministério da Saúde (MS) e da Educação e Cultura (MEC) estabeleceram diretrizes para viabilizar tais pactuações por meio dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) visando o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade na promoção de processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no e para o SUS. (BRASIL, 2015).

O COAPES surge, pois como um dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) centrado no objetivo da produção do conhecimento abordando os problemas do mundo do trabalho, a partir das experiências dos cenários de formação, mobilizando um conjunto de atores do SUS para colaborar com os cursos de graduação e residências em saúde, formalizando relações intersetoriais e interinstitucionais, estabelecendo pactuações transparentes e estáveis.

É por meio do COAPES que as instituições de ensino viabilizam a inserção de seus estudantes no SUS, ao mesmo tempo em que torna possível a implementação das Diretrizes Curriculares beneficiando os estudantes com trocas de experiências com os gestores e trabalhadores da assistência para produção de saberes. Integram o COAPES todos os gestores municipais, estaduais do SUS que desejam ofertar a sua rede de serviços como cenário de práticas para os estudantes de graduação e residentes. Tais parcerias, porém, não demonstram um diálogo fácil por ser ainda permeada por concepções ideológicas e distintas práticas, motivos de disputas e conflitos, além das dificuldades em termos administrativos, viabilidade jurídica e social para sua efetivação. Tais dificuldades vêm sendo enfrentadas pelo MS e pelo MEC por meio da elaboração de Leis e Portarias para regulamentar o COAPES.

Em que pesem os desafios que ainda são enfrentados envolvendo questões gerenciais, estruturais, operacionais, políticos e sociais na viabilização da integração ensino-serviço-comunidade, a função do COAPES deve ultrapassar a mera formalização de

processos contratuais para ser palco de negociações permanentes dos coletivos em defesa da qualificação do cuidado e da formação para o SUS, atuando de forma articulada aos pressupostos da Educação Permanente e romper com separação entre o mundo do trabalho e o mundo da produção acadêmica. (BRASIL, 2017).

A experiência com as Residências em Saúde no Ceará se mostra como uma experiência relevante nesta direção com as formações promovidas pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, de Sobral. A ESP-CE desenvolve programas de formação tanto da Residência Médica, como da Residência Integrada em Saúde (RIS).

Logo no primeiro ano da gestão municipal, em 2017, Caucaia passou a integrar o circuito de integração ensino-serviço-comunidade quando a secretaria de saúde credenciou o município junto a ESP-CE como cenário de prática para a formação em Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), e no ano seguinte, 2018, deu também início, a sua primeira turma de Residência Integrada em Saúde (RIS), com as três ênfases: saúde coletiva, saúde da família e saúde mental coletiva, com o total de 15 residentes nesta primeira turma.

A RIS, criada em 2015, com a promulgação da Lei nº 11.129, vem sendo conduzida política e pedagogicamente pela ESP-CE desde 2011 se caracterizando como um programa de caráter interfederativo, interinstitucional, interprofissional, intersetorial e interiorizado. A RIS-ESP/CE promove a formação com educação em serviço para todas as categorias que integram a área de saúde, quais seja: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Tem como objetivo “ativar e capacitar lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde”, de acordo com o Edital nº 29/2017 da Residência Integrada em Saúde - RIS-ESP-CE - Turma V.

A atuação dos residentes que integram a RMFC e a RIS trazem melhorias para a qualidade dos serviços, uma vez que oportunizam inovações em toda a rede com a inserção de seus profissionais comprometidos com o exercício de sua profissão e com a sua própria aprendizagem, gerando assim, a produção de novos conhecimentos por meio da pesquisa. Além disso, conta com profissionais residentes que abrem um campo de qualificação político-pedagógica para os preceptores, profissionais indicados pelo município para realizar o acompanhamento dos residentes que, por sua vez participam dos processos formativos com formação continuada promovida pela ESP-CE.

Esta gestão inaugura o município de Caucaia como um campo de prática para inserção de diversos profissionais residentes, tanto da RMFC como da RIS, cuja atuação tem se mostrado comprovadamente marcante para melhoria dos serviços de atenção primária. A preceptoria de Residentes de Medicina de Família e Comunidade de Caucaia já concluiu o acompanhamento de uma turma de 9 médicos que iniciou em 2017, e concluíram sua formação pela ESP-CE. Hoje, contamos com mais 8 médicos, distribuídos nas UAPS em duas turmas, sendo três residentes atuando em Araturi; dois em Sítios Novos; dois em Tabapuá; e um em Novo São Miguel.

Atualmente estamos com duas turmas de residentes multiprofissionais da RIS. A turma V, de 2018, e a turma VI, de 2019, totalizando 24 residentes, distribuídos nas três ênfases. Todos os residentes possuem preceptores, tanto de núcleo, quanto de campo, e são acompanhados e/ou orientados em todas as suas ações nos cenários de práticas. Estas equipes foram inseridas em UAPS que já contam com a atuação dos residentes de medicina de família e comunidade como critério de inserção com vistas, não somente na melhoria dos serviços, mas em proporcionar um cenário de prática que promova a interação entre estes diversos profissionais.

Os residentes da turma V com ênfase em Saúde da Família foram recebidos na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Antônio Jander, no bairro Araturi, localizado na região da grande Jurema de Caucaia, e os residentes da turma VI, foram acolhidos

na UAPS Joaquim Braga, no bairro Planalto. Ambas unidades de saúde são consideradas Modelo dentro do município, possuindo infraestrutura adequada, equipes completas, residência médica, regulação dentro da própria UAPS, agendamento por hora marcada e vários processos de trabalho organizados e acompanhados pela gestão.

A equipe de residentes da Turma V, que compõe as três ênfases da RIS conta hoje com 12 profissionais. A saúde Coletiva conta com atuação de um profissional: psicólogo; a Saúde da Família conta com um profissional para as seguintes categorias: dentista, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista e duas enfermeiras; a Saúde Mental conta um profissional para as categorias de enfermagem, educação física, terapia ocupacional e serviço social.

Desde o início da atuação dos residentes, o município enfrenta e supera várias dificuldades numa parceria para oferecer o melhor como cenário de prática. Além de terem sido indicadas as UAPS com total condição para receber os residentes, foram também selecionados preceptores, com vasta experiência, com disponibilidade e, sobretudo, motivação para a função docente, o que contribuiu bastante para que as turmas de residência pudessem alcançar maior efetividade na sua trajetória acadêmica.

Os cenários de práticas e a aprendizagem coletiva em que todos ganham

Contabilizamos contribuições importantes na melhoria dos serviços de APS em Caucaia a partir da atuação dos médicos da RMFC que participaram ativamente no processo de territorialização, não apenas em seus territórios, mas deram significativa contribuição no diagnóstico situacional que compõe o processo de territorialização de todo município que foi realizado em 2017 no início da gestão. Desde lá, atuam com significativa contribuição para o processo de descentralização da Regulação que possui treze postos como ponto de apoio da Central de Regulação do município contribuindo na análise e avaliação de encaminhamentos com vistas a identificar os

nós críticos do sistema visando equiparar melhor encaminhamentos e oferta de exames e consultas para atenção secundária e terciária a partir de rigorosa análise de condição clínica adequada para solicitação visando diminuir filas e dar mais equidade aos serviços por meio da produção de protocolos de encaminhamentos, que passam a ser utilizados por todos os profissionais da rede de serviços. Os profissionais da RMFC também atuam em capacitações e matriciamento contribuindo assim para qualificação da atenção para além dos territórios em que se inserem. Estas ações estão sendo fundamentais na melhoria da qualidade da APS do município, ações estas, possíveis pelo cenário de prática que promove uma aprendizagem não apenas para a formação do residente de medicina, mas para deixar um legado para todo o serviço.

As ações dos profissionais da RIS com ênfase Saúde da Família têm também uma contribuição ímpar no fortalecimento da saúde comunitária para além das ações desenvolvidas dentro das UAPS com a formação de grupos na comunidade que podem ser acompanhados mais de perto, como o grupo de Gestantes e o de Mulheres. Destacamos ainda sua atuação em prol do fortalecimento do Programa de Saúde na Escola (PET), promovendo ações e acompanhamentos por parte dos residentes e preceptores, bem como, as parcerias e ações com a Escola profissionalizante do bairro, com a Casa Brasil, com o Metrofor, no abrigo de idosos, na creche local, enfim, além de aumentar o acesso aos usuários dentro do serviço, eles estão com diversos projetos extramuros, levando saúde para os mais diversos equipamentos no seu território de abrangência.

A atuação dos profissionais da RIS com ênfase em Saúde Mental Coletiva teve destaque em Caucaia trazendo boas novas e surpreendente inovação com uma contribuição significativa para as mudanças de práticas de saúde da rede de serviços. Em seu itinerário formativo está previsto para os residentes em seu 1º ano de atuação no CAPS Geral, seis meses no CAPSAD, e seis meses de inserção no CAPS-i. Logo no início da nova gestão a rede de serviços de saúde mental começou a passar por necessárias reformas nos prédios do CAPS Geral e CAPSAD. Isso inviabilizava a atuação desses profissionais no âmbito da instituição.

A equipe de residentes fez da limitação uma significativa marca com uma atuação diferenciada atuando para além dos muros institucionais. Todos os residentes se envolveram criativamente no desenvolvimento de ações envolvendo a participação da comunidade e atuando em parceria com a ênfase de saúde da família que atuava nos territórios de Araturi.

No primeiro ano de sua atuação tiveram destaque as ações em grupos nos territórios e equipamentos institucionais no município. Ressaltamos aqui alguns deles que tiveram grande relevância e até hoje, um ano depois, ainda permanecem ativos, tais como, o grupo terapêutico de mulheres Quilombolas; o grupo de ludicidade e saúde mental das crianças indígenas; o grupo Histórias de quintal para usuários do CAPS Geral; o grupo de cuidado com os acompanhantes dos pacientes que estavam em sessão de hemodiálise; a parceria com o Centro População de Rua de Caucaia para desenvolvimento de ações coletivas da equipe de saúde; e o grupo Cuidando do cuidador, destinados aos Agentes comunitários de Saúde, da UAPS Paulo Pontes.

Ao finalizar seu tempo de atuação no CAPS geral foi o tempo que coincidiu a reforma do CAPS-AD, que seria o próximo cenário de prática para a turma. Embora enfrentando dificuldades, esta turma continuou inovando em suas ações extramuros, desta vez desenvolvendo uma atuação de educação permanente em saúde com a elaboração e realização de um curso abordando o tema da saúde mental ofertado pelos profissionais da RIS/Saúde Mental, para os agentes comunitários de saúde.

Partindo do pressuposto de que a educação permanente nasce de uma necessidade do serviço e que os residentes estão imersos em processos de trabalho dos serviços, a partir do cotidiano de prática, consideramos que o espaço do trabalho em saúde é o lócus privilegiado para a adoção das práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS). Em consonância com o conceito adotado pelo Ministério da Saúde, por meio da PNEPS, reafirmamos em nosso cenário de prática que a Educação Permanente em Saúde consiste em uma abordagem educacional que ocorre no cotidiano do trabalho

e que carrega em suas bases teóricas estratégias pedagógicas que se utilizam da aprendizagem significativa, com vistas a alcançar a transformação das práticas profissionais. (CECCIM, 2004).

Foi nesta perspectiva que, contando com o apoio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Caucaia, que os residentes iniciaram a proposição deste processo formativo, desde a elaboração de material didático até as aulas, tendo como público, os ACS dos territórios em que atuam. O apoio a esta iniciativa nasce também da ideia de desenvolver a competência profissional em educação permanente utilizando-se da estratégia de formação em serviço como forma de oferecer espaços de produção do conhecimento a partir da demanda dos próprios ACS, que relataram a necessidade de um olhar aprimorado para a identificação e manejo de pessoas com sofrimento e ou transtornos psíquicos, sentidas durante as visitas domiciliares nas áreas dos seus respectivos territórios de abrangência. O curso atende hoje 92 ACS, divididos em 3 turmas abordando o tema Saúde Mental.

Quando o município se preparava para receber sua segunda turma da RIS, a primeira turma tinha uma trajetória significativa com uma boa história de superação, porque não foi sem dificuldades que a turma desenvolveu ações em territórios cujos equipamentos estavam em reforma. Em reconhecimento à sua trajetória marcante o município promoveu um Evento que recepcionou os novos residentes de RMSF e da RIS com uma Mostra de Aprendizagem com significativas contribuições para rede de serviços que gerou um rico aprendizado para turma e servia de uma bela inspiração para os novos profissionais que chegavam em Caucaia.

Os residentes puderam receber seus novos colegas mostrando o trabalho que havia sido realizado por eles no decorrer do ano anterior, e fizeram isto de maneira criativa e cheia de afetos. Teve dramatização, cordel, jogral, vídeo, sala de situação, depoimentos de usuários e gestores, finalizaram com uma acolhida aos novos integrantes do grupo, presenteando-os com uma mudinha de planta, simbolizando o começo de uma trajetória na saúde de Caucaia. Esta iniciativa deles nos sinalizava a forma como superaram as dificuldades de forma resiliente e com um grande saldo de aprendizagem.

A Colaboração Interprofissional e o aprendizado do trabalho em equipe no cenário de prática da APS em Caucaia

A colaboração interprofissional foi se tornando uma marca de atuação dos residentes de Caucaia e vem se tornando uma rica inspiração e gerando novos aprendizados. O termo colaboração apresenta-se em seu aspecto polissêmico, plural, complexo e atual, o sentido de responder às necessidades nos trabalhos em equipe, de forma especial na saúde. Conceitos como interdependência, compartilhamento, parceria e poder harmonicamente distribuído esclarecem o constructo da colaboração (D'AMOUR, 2005).

Nesta perspectiva é que a Colaboração interprofissional repercute no campo da educação ao sinalizar para a necessidade de formar profissionais preparados para trabalharem de forma interprofissional frente às demandas de saúde (OMS, 2010). A colaboração interprofissional em saúde é um tema introduzido na EPS a partir da revisão da PNEPS, em 2017, pelo Ministério da Saúde, que propõe a educação interprofissional como estratégia para o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe na produção dos serviços em saúde.

Como produto desta revisão foi realizada uma oficina de alinhamento conceitual sobre o tema, tendo como produto a elaboração de planos de ação para fortalecer a educação interprofissional (IEP), a serem colocados em prática até 2019. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Esta Oficina resultou na publicação do “Relatório Final da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde”. O Documento reconhece a importância de repensar os processos de formação dos profissionais de saúde baseado na evidente constatação de um distanciamento entre os perfis profissionais e as necessidades de saúde, uma vez que, tradicionalmente, as graduações valorizam o desenvolvimento de competências específicas para a categoria, tendo o hospital como locus privilegiado de ensino e prática profissional, resultando em profissionais egressos com capacidade limitada para análise de contexto e para o trabalho em equipe. Sobre

isso o Relatório ressalta: “A abordagem crítica da EIP em saúde se fortalece como abordagem de enfrentamento de uma problemática posta: profissionais de saúde trabalham juntos, mas se formam em silos profissionais. Essa assertiva traz importantes dificuldades que precisam entrar na agenda dos elaboradores de políticas das IEP”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Sabemos que o trabalho em saúde, sobretudo, na APS se realiza em ambiente que exige uma interação intensa e colaborativa entre os profissionais e, de antemão, é esse um aspecto limitante. O primeiro ponto para nós foi perceber esta limitação, ao contrário, do que comumente se faz: esperar que os profissionais saibam interagir e conheçam os processos de trabalho uns dos outros. Essa obviedade está longe de ser vista nos processos de gestão dos serviços em saúde porque uma equipe multiprofissional não necessariamente é certeza de atuação em equipe com foco interdisciplinar.

A equipe de articulação e preceptoria de Residentes de Caucaia buscou, então, incentivar ações intersetoriais e a colaboração interprofissional em seu cenário de prática apoiando diversas ações dos profissionais da RIS. Dando continuidade ao modo de atuação da primeira turma, os profissionais da segunda turma da RIS de Caucaia deu continuidade com atuação da equipe voltada para o território e inovando em ações intersetoriais avançando com uma rica experiência com a colaboração interprofissional.

Resultado disto foi a parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS) de Caucaia para realização do trabalho com a população de Rua colaborando nas ações do Centro POP. A Secretaria de Educação do município também foi envolvida com este trabalho com a proposição de uma ação voltada para os adolescentes na prevenção do suicídio e autolesão, pautas contemporâneas de saúde pública que exigem reflexão e inovação de atuação por parte dos profissionais da saúde colaborando com a rede de professores das escolas municipais da cidade.

O professor Dr. Marcelo Viana da Costa, convidado para aprofundar conceitualmente o tema da colaboração interprofissional ressaltou durante a oficina de alinhamento conceitual que o

avanço da EIP envolve desafios conceituais que diferenciem os termos interdisciplinar, multiprofissional e interprofissional. A interdisciplinaridade expressa a interação entre campos de conhecimentos científicos, enquanto que a ação multiprofissional deve ser entendida quando profissionais dividem o mesmo espaço de trabalho sem, entretanto, compartilhar ações; já a interprofissionalidade é algo que exige uma interação de campos de conhecimento e núcleos profissionais para a qualidade dos serviços. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Mas a questão que precisamos refletir é que ainda não temos uma revisão curricular para os cursos de saúde voltada para formação de competências para o trabalho em equipe, tampouco, com experiência relevante em ambientes não controlados fora do contexto hospitalar, ainda hegemônico como espaço de ensino e aprendizagem dos profissionais da saúde.

Buscamos superar isso em Caucaia incentivando reuniões como forma de espaços de construção de produção do conhecimento e a partir do encontro com diferentes categorias profissionais para possibilitar momentos de troca de saberes. A cada recepção dos residentes no município há o cuidado de alinhar modos de cuidado e de trabalho, de maneira que o trabalho em equipe com a colaboração interprofissional seja o centro das ações e do aprendizado. Nesses momentos podemos conectar saberes e conhecer as potencialidades de cada ênfase da saúde, bem como, apresentar as diferentes forças de trabalho de profissionais que compõe o serviço.

Dessa forma, os residentes participam do processo de imersão no território de saúde para conhecer e sentir a realidade do contexto do vivido pelas comunidades e para além do espaço físico dos postos de saúde, as diferentes ênfases conhecem a rede de cuidados disponível para o atendimento integral das necessidades de saúde dos municípios.

A partir das visitas aos diferentes equipamentos sociais e da escuta qualificada do corpo de profissionais dos serviços e dos usuários que são atendidos nesses espaços, os residentes são levados a refletir sobre a realidade e convidados a fomentar planos possíveis

de ações saúde. E mais do que ações pontuais, são desafiados a dar continuidade às ações, dando sustentabilidade e revitalizando os espaços ora já construídos ou reinventados, e por que não, criados? Sendo assim, após o processo de Territorialização, os residentes planejam e sistematizam as intervenções pautadas na colaboração interprofissional dentro das necessidades de saúde, do contexto, e realidade do cenário dos determinantes sociais do município.

Nesse sentido, os residentes que, comumente, têm o seu caminho acadêmico a partir de uma formação fragmentada, são levados a repensarem suas práticas e a primeira dinâmica enfrentada é a construção de uma agenda, dando ênfase às necessidades de cada território que está inserido. Durante o acompanhamento as atividades dos residentes nos serviços percebemos este trabalho como um desafio significativo na aprendizagem e condição para a colaboração interprofissional da equipe. Esse simples exemplo reforça a limitação que o percurso acadêmico da Universidade no desenvolvimento desta competência profissional tão relevante para o trabalho em saúde.

Cada categoria profissional se forma dentro de suas “pequenas caixinhas”, ora ostentando o seu saber fragmentado e individualizado, ora acreditando que o seu saber sozinho é capaz de compreender as necessidades complexas de saúde na atualidade. Quando se formam, se deparam com o desafio de que vai além de se aglomerarem com outros profissionais na perspectiva multiprofissional, mas implica em pensar juntos, escolher um objetivo comum para a equipe e fazer intervenções com ações continuadas que devem caber numa agenda mensal, na qual há dias disputados para consultas individualizadas, que deveriam também, ser consultas compartilhadas ou conjuntas ou interconsultas. Elaborar uma agenda comum se mostra, pois, como um momento oportuno e condição para atuação interdisciplinar com a colaboração interprofissional.

Outro desafio presente na caminhada é a comunicação interprofissional, uma ferramenta de trabalho considerada uma tecnologia leve, a comunicação deve passar leve e sem ruídos por toda a equipe. Sabemos que, em se tratando de diferentes formações

educacionais, os serviços contam com profissionais que não têm formação universitária e que, portanto, não possuem a compreensão do trabalho em saúde. Isso ocorre em função das diferentes formas de vinculação com o serviço de saúde, seja chamamento, seleção, indicações, cargos de comissões e cooperativas de saúde. O que, de certa forma, percebemos foi a necessidade de capacitar em serviço para alinhar conceitos para que todos que trabalham no mesmo ambiente desempenhando diferentes funções possam deter as informações necessárias para construção do fluxo, critérios de encaminhamentos e garantia do acesso ao serviço com acolhimento de qualidade.

A comunicação com os diversos profissionais que compõe todo o corpo de trabalho dos diferentes serviços, envolvendo pessoas com diversos níveis de formação, acadêmicas ou não, pode e deve ser uma estratégia potencializada porque nas diferentes caminhadas das formações acadêmicas as relações interpessoais acabam sendo negligenciadas, e por isso, se tornam empecilhos e, por vezes, obstrui canais de diálogos que podem gerar importantes soluções. É importante e necessário que se potencialize para aprimorar a comunicação entre os profissionais no trato com o outro, seja da mesma profissão, seja com profissionais outras categorias e de diferentes níveis educacionais e, sobretudo, com os usuários.

Como cenário de prática percebemos que a atuação de equipes de residentes tem relevante contribuição para gerar um aprendizado, não apenas no sentido de cumprir o itinerário formativo destes profissionais, mas sua atuação como residentes gera uma relevante aprendizagem coletiva para os serviços construindo um grande legado que permite um avanço gradual na qualidade dos serviços de saúde.

Reconhecemos enfim que os desafios para a construção na perspectiva da educação interprofissional estão para além do religar saberes das diferentes formações convidadas a trabalhar na forma colaborativa, necessário se faz alinhar objetivos de aprendizagens, estimular a comunicação nos diferentes espaços, fazer circular a informação de forma clara para os diferentes atores envolvidos nos processos de trabalho, permitir a criatividade e fazer saúde

extramuros buscando parcerias e envolvendo toda a rede de serviços. Este tem sido o importante legado dos profissionais da RMFC e da RIS em Caucaia em seu belo percurso de aprender aprendendo com a gente.

Finalizamos com o Cordel de autoria coletiva da equipe de profissionais da RIS de Saúde Mental que apresentaram seus talentos recepcionando a nova equipe de residentes da RIS que chegou na cidade em 2018. O Cordel retrata um pouco da cidade e retrata o trabalho de territorialização realizado pela equipe. Na foto, residentes de Caucaia:



Cordel dos Residentes

Autores: equipe de residentes em saúde mental de Caucaia

*Caucaia é terra de povo
Indígena e quilombola
terra de rezeira e pescador
cada um tem seu valor
quando chegamos na comunidade
querendo conhecer toda a cidade
esse povo e seu calor
tem banho de mar
pro corpo relaxar
tem serra e sertão*

*essa cidade é um mundão
que queremos desbravar
a saúde nós queremos conhecer
pedimos licença para nos apresentar
oficinas realizar e a residência implementar
com carinho e alegria
conhecemos centro pop,
cumbuco e hospitais
conhecemos SAE e muito mais
e essa experiência
queremos compartilhar
Caucaia é terra de gente
de resistência
e pra contar essa ciência
vou agora lhes falar
é luta pela terra
por saúde e por direitos
cada um com seus conceitos
na conquista popular
Caucaia já foi Soure
E nesse tempo
preto, era só da cancela pra lá
quando os Caetanos do Tururu chegaram
das cancelas não deixaram passar
mas quilombo é quilombo
chutaram as barreiras
e lá conseguiram ficar
Capuan é sua terra
Caetano o seu nome
luta negritude e resistência
que corre nas veias
dessas mulheres e homens
Além disso aqui pertinho
tem o porto do Pecém
todos sabem muito bem*

que para as comunidades
trouxe adversidades
Mas essa parte da história
é muito triste de contar
são índios Tapebas e Anacés
quilombolas e pescadores
cada um tem suas dores
quanto esse caso viemos aqui falar
Também aqui encontramos
uns buchichos
sobre os problemas com o lixo
e as doenças que a falta da coleta traz
tudo isso e muito mais
apareceram nas oficinas
em que os usuários contaram suas sinas
Pra continuar essa prosa
da saúde da cidade
é preciso falar
não deixar os profissionais
de uma vez se acomodar
trabalhar com cada um
em todos os níveis de atenção
atuando sempre
como muita consideração
A residência chegou
para somar
a violência na cidade
é necessário cessar
as áreas descobertas
precisam do nosso olhar
as pessoas que lá residem
carecem do nosso cuidar
O trabalho nós fazemos
com prazer falando nisso
nos lembramos do lazer

nesse aspecto
Caucaia tem muito a dar
no turismo da cidade
Há muito a se admirar
venham até aqui
para as belezas desfrutar
Seja no cumbuco
na lagoa do banana
ou nas águas cristalinas
o importante é se deleitar
não esquecendo da Barra do Cauípe
cachoeira de santa rosa e Icarai
porque o bacana mesmo
É você vir
ah! íamos nos esquecendo
mas para não deixar pra depois
é preciso dizer
que Caucaia acompanha
as BR's 020 e 222
Tem caucaense
que diz que mora na jurema,
que coisa curiosa
E também precisamos
falar de outro problema,
que muito foi falado,
aquele ao uso de drogas relacionado
também existe a falta de ações
em saúde do trabalhador
e a falta de medicamento
que faz aumentar o nosso lamento
acesso a remédio controlado
é muito limitado bem como o
acesso aos serviços especializados
Mas peraí, vamos falar do Humanaluz
projeto fortalecido pela gestão

*pensando o parto humanizado
com os profissionais em união
da gestão não podemos
deixar de falar
que buscando inovação
bota a saúde pra funcionar
trazendo muitos avanços
IPTU todo para a saúde
direcionado gestão democrática
com decisão em colegiado
São quase 80 equipes de saúde da família,
mas o acesso ainda é complicado
mesmo quando o posto é ali do lado
temos também que falar da saúde mental
e para esta é preciso construir
uma política municipal
iniciativa que por nós residentes
foi compartilhada
e tem outras residências
para continuar nessa estrada
Caucaia é uma beleza
só seu nome significa mato queimado
nós somos a residência integrada todos:
a essa cidade querida
o nosso estimado abraço*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Concorrência do processo seletivo na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional da saúde / 2017 - Edital nº 29/2017 Residência Integrada em Saúde - RIS-ESP-CE - Turma V.** Escola de Saúde Pública: 2017. Disponível em: www.esp.ce.br/selecoes Acesso em: 27.09.2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, jan./jun. 2004

D'AMOUR D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care* 2005; 19(Supl. 1):8-20.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. **Genebra:** OMS; 2010 [citado 15 Out 2019]. 64 p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_H_PN_10.3_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HP_N_10.3_eng.pdf).

SESSÃO III



*Sob um monturo de restos de ossos,
de folhas apodrecidas, de cacos de vidro e farrapos
do que outrora respirou e foi vivo,
sob tal monturo que a natureza recolheu
sem preconceito ou condenação,
no ventre desse casulo úmido
uma semente despertou:
libertou-se dela um pequeno dedo,
que virou mão tateando,
depois braço que achou o caminho.
Uma fuga foi-se desenhando,
e o que era obstáculo tornou-se escada
e sinalização para vida ir para fora,
fazendo-se impulso para a vida que se expandia.
Movia esta vida o desejo de ver o sol,
o sol que ela nunca viu.
Esse desejo perfurou o monturo,
abriu-lhe uma porta e uma janela
pela qual saiu a pequena planta
cantando a potência de existir.*

*Manoel de Barros
em O Guardador de Águas*

CAPÍTULO 12

A EXPERIÊNCIA DE SER FACILITADOR DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM CAUCAIA: APRENDER APRENDENDO

Eveline Perote de Paula Linhares
Alexsandra Silva Thé Lessa
Tatiany Coutinho Cajazeiras Bezerra

*"Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade"
(Prelúdio - Raul Seixas)*

A instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no ano de 2004 trouxe consigo inúmeras possibilidades para o enriquecimento dos pilares do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Consideramos esta política como um marco importante para a possibilidade de ampliação do escopo das práticas de cuidado em saúde, e uma importante estratégia para a ampliação dos olhares e o fomento de processos de construções coletivas para novos fazeres profissionais. (BRASIL, 2018).

Em Caucaia o marco nesta direção foi o Curso de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde, realizado em 2017, no primeiro ano da nova gestão, promovido pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O curso tinha como público os profissionais de todas as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), dentistas e enfermeiros da APS, e mais alguns coordenadores que atuavam na Secretaria de Saúde. O objetivo dessa formação era, além de formar uma equipe

de facilitadores em Educação Permanente em Saúde (EPS) em seus territórios, dialogar sobre a importância da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito municipal.

A EPS, como política, suscita reflexões e contrapontos ao modelo ainda vigente de formação e atuação em saúde - o flexneriano, biomédico (AGUIAR, 2003). Contrapontos esses que vão ajudar na transformação dos processos de trabalho, por meio da aprendizagem significativa e formação em serviço. Uma aprendizagem que valoriza os saberes existentes, as experiências vividas, e que busca fazer saúde levando em conta os determinantes sociais de cada território, de cada grupo, de cada indivíduo. Algo para nós, só possível, dentro dessas bases libertadoras como as preconizadas pela EPS, que se utiliza das metodologias ativas como instrumentos para despertar uma consciência crítica, envolvendo os participantes para a valorização e a incorporação dos novos conceitos de cuidado em saúde, engendrando sujeitos questionadores, reflexivos, despertando-os para essa tomada de consciência crítica, com engajamento e compromisso com a mudança.

De acordo com o que foi preconizado nos ideais que deram origem à Reforma Sanitária, concebida na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que via a importância de trabalhar com a concepção de reforma social, reconhecendo as relações que existem entre saúde e condições de trabalho/vida (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), fica claro que o processo de EPS tem papel fundamental na promoção de mudanças no olhar e no exercício do cuidado em saúde.

Ao longo de nossa caminhada profissional no município de Caucaia, atuando nas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), desde o ano de 2010, nunca havíamos vivenciado algo dessa envergadura com a atuação da Educação Permanente em Saúde. E eis que, em 2017, essa porta se abre para nós, profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS).

Fomos chamados a participar de algo novo, inusitado para a realidade do município até então. Para nós foi como uma entrada no desconhecido, que assustou um pouco de início. A equipe do Núcleo de Educação Permanente (NEPS) nos fez um convite para

participarmos de uma formação, sem nos dar detalhes do quê, e de como, seria. O convite gerou indagações em nosso grupo do NASF. “O que será isso? Mais uma invenção de Caucaia? Mas vamos lá para descobrir do que se trata!”. Já no primeiro encontro, para alguns, aconteceu um encantamento. Para outros, não! Para muitos colegas da APS era mais difícil se deixar sensibilizar pela proposta. O convite era fazer parte da equipe do NEPS, como facilitadores de EPS, com vistas à construção da política municipal de EPS.

Percebemos que a nova gestão da SMS estava acreditando, apostando e investindo na Educação Permanente em Saúde como ferramenta de gestão. E a estratégia para isso era promover uma necessária formação, inicialmente, voltada para os profissionais de nível superior da APS, pautada na aprendizagem significativa, com vistas a valorizar esses profissionais e tentar garantir avanços nas práticas de trabalho dos envolvidos.

A história da Educação Permanente em Saúde dentro da Secretaria de Saúde de Caucaia é bem recente. Como já pontuado, seu início data do ano de 2017, mas desde que foi instituída, a equipe responsável por desenvolver e coordenar suas ações, foram percebidos avanços nos processos de trabalho das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). E sentimos que, desde lá, houve muita evolução, porque percebemos que a prática da EPS que estava sendo conduzida no município potencializava o que há de bom nas atuações de cada um, e alargava nossos horizontes e nossos olhares para o cuidado em saúde. Abraçamos a proposta de corpo e alma.

Este curso com carga horária de 100 horas nos habilitou como Facilitadores de processos de aprendizagem, qualificando-nos para a condução de processos de EPS e nos ajudou a reconhecer que o “fazer” saúde, tendo como grande aliada a Educação Permanente, vai para além dos processos de saúde/doença. Traz em si a possibilidade de enxergar a saúde de forma ampliada, dando propriedade e empoderamento àqueles implicados nesses processos, estimulando o exercício da cidadania - que se configura como algo intrínseco ao ser saudável. Torna possível entender que produzir saúde por meio da Educação Permanente significa cuidar de quem cuida. E isso é primordial.

Observamos ao longo desses três anos de gestão, com a atuação do NEPS, transformações significativas advindas da participação de todos nós profissionais da APS nas formações, tanto como participantes, como também, como facilitadores. O curso de facilitadores ofertado em 2017 nos deixou aprendizagens que se refletiam em nossos ambientes de trabalho trazendo de forma sutil uma mudança silenciosa nos ambientes das UAPS. Somado a isso, esse aprendizado foi sendo fortalecido também em função dos aprendizados e avanços, quando passamos atuar, junto com a equipe do NEPS, facilitando outros processos formativos dirigido aos profissionais de nível médio, nossos colegas de trabalho nas UAPS.

Ser facilitador de EPS na prática do NASF-AB – um salto de qualidade e resolutividade para nossas ações na APS

Esse despertar para um novo modo de pensar e agir acontece, sobretudo, quando nós profissionais de saúde, começamos a olhar mais atentamente para a própria prática, pensando sobre ela, tanto em momentos oficiais de encontro (as reuniões de equipe), como em conversas informais sobre o trabalho, socializando nossas reflexões, num movimento de troca de aprendizados e busca de aperfeiçoamentos nas condutas, conforme a realidade que vivenciamos. Percebemos que essa foi uma atitude que se fortalecia nas equipes animadas com o curso de Facilitadores em EPS.



Foto: Turma 5, curso Ambiente Acolhedora.

Observamos isso em nossas práticas atuando nas UAPS, especialmente, no Distrito de Saúde I, localidade em que as autoras do artigo se inserem. Percebemos que a participação no curso de Facilitadores em EPS proporcionava, para alguns profissionais, um compromisso que logo se refletia no cotidiano de suas práticas. Ficava claro, gradativamente, que a EPS vinha para contribuir de forma emancipatória nos diferentes modos de atuar dos trabalhadores da saúde. Isso se dava porque funcionava como um espaço para práticas reflexivas, o que resultava em uma colaboração interprofissional, por meio do fortalecimento de vínculos entre todos os envolvidos nas demandas de cuidado em saúde dentro da APS. Tal espaço que, antes, não existia em nosso cotidiano.

Percebemos que as propostas da EPS nos traziam, exatamente os contrapontos ao modelo flexneriano ou biomédico que, conforme assinala Agra et al, se limita a enxergar a “doença” e não o indivíduo no seu contexto “bio-psico-sócio-cultural”, e centraliza as ações e decisões na figura do médico. (AGRA, et al, 2019).

O fortalecimento de vínculos que vivenciávamos durante a formação se materializava nas nossas relações cotidianas de trabalho entre os atores envolvidos. Percebíamos mais fortemente aquela “vontade de fazer junto” que, embora para nós, sempre estivesse em nossos discursos, e nas nossas tentativas individuais, passaram a ter uma ressonância em ações concretas. Passamos a fazer mais reuniões para planejamento das agendas, com o intuito de trabalhar mais na perspectiva da interdisciplinaridade. Interdisciplinaridade essa, que envolve todas as categorias, dos médicos aos profissionais da higiene e limpeza.

Cada vez mais essas mudanças de atitudes iam integrando-se em nosso cotidiano de trabalho, sobretudo em algumas UAPS do Distrito I, em que pude observar mais de perto. Notávamos um entendimento comum por parte da equipe que todos os trabalhadores da UAPS estão implicados no fazer saúde, inclusive os profissionais de nível médio e fundamental. Embora isso possa parecer óbvio, não é comum nas ações cotidianas da APS um reconhecimento dos trabalhadores de nível médio, como por exemplo, os profissionais

do SAME, da limpeza, porteiros como trabalhadores da saúde. É presente, em nosso modo de interagir, a ideia que apenas os profissionais graduados são trabalhadores da saúde e, por isso, é somente com eles que devemos articular nossas funções. Esse distanciamento foi sendo quebrado aos poucos, à medida que cada um participava de um processo formativo, espaço em que o fortalecimento de vínculos era algo valorizado e trabalhado.

À medida que os processos formativos iam se seguindo, pudemos observar, sobretudo nas práticas de alguns dos profissionais da equipe do NASF AB Distrito I, que havia mais presente uma busca por mais conhecimentos, permitindo que as trocas/entrelaçamentos de saberes entre nós fossem se tornando algo mais presente em nossas falas e ações, e deixando de ser algo que acontecia isoladamente, de certa maneira, incipiente. Percebíamos, gradativamente, a necessidade de sistematizar, compartilhar, fazer junto e se esforçar para que o trabalho interdisciplinar pudesse acontecer de fato. Reconhecíamos que a interdisciplinaridade não estava garantida apenas com a presença de profissionais de diversas categorias numa mesma instituição. Nesta perspectiva, temos o apoio do Núcleo de Educação Permanente que reavivou desejos de fazer junto e proporcionou essa sistematização, essa partilha, esse caminhar lado a lado. Iniciamos um passeio que doravante, percebemos, dificilmente terá fim.

Alguns avanços merecem destaque. O fato de potencializar o alinhamento entre teoria e prática no cenário profissional (aprendizagem significativa) foi um deles. Em nossa equipe de NAS-AB do distrito I passamos a buscar mais leituras e socializar conhecimento entre os colegas, no intuito de estimular a vontade de inovar, tomando por base experiências exitosas de outros locais. Passamos também a planejar as agendas de forma compartilhada, pensando as ações de acordo com a realidade de cada equipe de ESF do território em que atuamos. Passamos a dialogar melhor com os colegas de nível médio, socializando as ideias e partilhando os conhecimentos num movimento de troca, horizontal, na contramão das formalidades e conservadorismos que engessam as relações.

Com isso, era possível perceber claramente uma maior coesão das equipes no fazer junto de forma solidária e colaborativa.

Essas mudanças em curso que ressoavam aos poucos em nosso cotidiano nos faziam perceber a importância de pensar e escrever sobre nossa experiência. Isso nos convida a refletir sobre nossos êxitos obtidos e nossas fragilidades encontradas e a fazer contrapontos entre os limites e as possibilidades do nosso fazer profissional em EPS. Quando falamos em limites e possibilidades, entendemos que ambos fazem parte do andamento de qualquer condução laboral. E mais: que é preciso encarar as limitações como algo a ser analisado e transformado, ressignificado até. É necessário ter olhos diferentes para as dificuldades, para os não, para as carências e barreiras institucionais e burocráticas.

Olhar para os erros e limitações era realmente uma nova atitude frente à realidade. Como isso era possível? Ficou mais fácil quando também potencializamos o que temos de bom, enfatizamos os ganhos, ressignificamos os erros, e enfim percebemos que os mínimos ganhos são, na verdade, grandiosos, e frutos de um empenho nosso, não somente das decisões políticas. Mudanças maiores advêm de pequenos, insistentes e estendidos passos, que começam in loco, chamando e segurando as mãos uns dos outros, mostrando a que viemos. E estamos fazendo assim, devagar, porque culturas arraigadas e paradigmas não são fáceis de serem transpostos e transformados. Transformar remete a ressignificar o já existente, não descartando, mas sim, aproveitando o que há de favorável e introduzindo visões que cada vez mais se aproximem do que é preconizado pelo SUS para a APS. O inédito viável que Paulo Freire defendia (FREIRE, 2016).

Esse cotidiano se parecia com um sonho! Sim, um sonho! Porém era um “sonho que se sonha junto”, como diz a canção de Raul Seixas. Percebemos que foi possível sonharmos juntos a partir da nossa formação em EPS. E não apenas por isso, mas reconhecemos que também esse sonhar junto se dava porque sempre fez parte de nossas práticas enquanto profissionais de NASF AB uma busca por tudo isso: trabalhar com metodologias ativas, sensibilizar os colegas

e os usuários para a valorização do SUS e da APS, na ânsia de fazer um chamado à interdisciplinaridade. Apenas não tínhamos ainda a oportunidade que agora vivenciávamos.

Foi a imersão no curso de Facilitadores de EPS que nos instigou e impulsionou a colocar os sonhos que já tínhamos em prática. Uma imersão que, usando palavras de Paulo Freire, nos provocou uma “imersão das consciências, de que resulte sua inserção crítica na realidade.” (FREIRE, 2016, p. 98). Em consonância e, por consequência, foi também despertado em nós uma atenção em melhorar nossos currículos com outras formações. Participamos de outras formações como o Curso de Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos NASF; nos inserimos também em cursos à distância organizados por entes como Fiocruz, UNASUS, AVASUS; alguns de nós pleiteamos vagas em mestrados e formações em PICS, entre outros.

Em relação às possibilidades, estamos dando vazão às potencialidades existentes e com isso tentando assegurar um cuidado em saúde com mais qualidade, fortalecendo a APS e dando maior sustentabilidade, reforço e valor ao SUS. Para nós trabalhar com Educação Permanente significa agora robustecer os laços entre os pares que estão na ponta, na base do “fazer” saúde: profissionais e usuários dos serviços de saúde; suscita crescimento e reconhecimento dos profissionais; acarreta o “reconhecimento” daqueles que utilizam o SUS enquanto mantenedores/financiadores das políticas públicas (através dos impostos pagos) e atores principais que são (os usuários são a razão de ser do SUS).

Percebemos com mais nitidez que o crescimento profissional deve ser algo sempre em construção, posto que seremos sempre seres inacabados, abundantes de possibilidades, caso assim queiramos nos enxergar. Percebemos isso quando nós, uma parte significativa das equipes do NASF, estamos nos empenhando em fazer autoavaliações; estamos nos esforçando para acolher as críticas e aprender com elas, e assim, melhorar a oferta de nossos serviços. Sentimos que esse crescimento, com destaque para as equipes de saúde do Distrito I, está sendo construído e visualizado em um processo que envolve

o reconhecimento do valor de cada profissional. Reconhecemos e sentimos essa valorização por parte de profissionais da gestão, e por parte dos nossos próprios colegas, e também da comunidade, nas pessoas dos usuários da APS.

Esse “modo fazer”, como supracitado, amplia os horizontes e alarga os olhares de todos os envolvidos: os clientes, os profissionais “da ponta”, os gestores. Percebemos que a interação entre os trabalhadores das UAPS melhorou muito em qualidade adquirindo maior interatividade. Isso é percebido no reforço das iniciativas de promoção e prevenção de agravos em saúde, bem precisamente no “casamento” entre as atuações da equipe multidisciplinar (NASF AB), das equipes de ESF e das demais equipes que compõem o corpo profissional das UAPS (porteiros, equipes de higiene e limpeza, recepcionistas, responsáveis pelas farmácias, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Saúde Bucal e demais colaboradores).

Em termos práticos isso acontece quando nós da equipe do NASF passamos a compartilhar com todos esses colegas o que estamos desenvolvendo nos territórios, pedindo suas sugestões, sua cooperação e participação, ouvindo e acolhendo suas possíveis críticas. Algo que antes não encontrávamos espaço para fazer, passou a ser possível. A qualidade de nossas práticas tem melhorado quando prosseguimos desenvolvendo quefazeres onde buscamos plantar, junto aos usuários e colegas, sementes de transformação, e não apenas distribuição de orientações em saúde. Nas reuniões de equipe, nos grupos com os usuários, nas conversas de corredor com os colegas, nos atendimentos individuais, nas consultas compartilhadas, nos momentos em que ficamos junto às recepções, quando fazemos intercursos com colegas de outros equipamentos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos equipamentos das políticas de Assistência e Educação (CRAS, CREAS, escolas, creches, entre outros), com os quais sempre estamos interagindo profissionalmente.

Em todos esses espaços, seguimos trabalhando com as práticas das metodologias ativas que aprendemos, seguimos sensibilizando para incorporarmos a ideia de que SOMOS TODOS SUS. E mais: todos somos atores imprescindíveis nos processos de transformação da realidade social e conseqüentemente, da realidade das nossas políticas de saúde.

Um destaque importante que aconteceu ao final do curso de formação de facilitadores em EPS, que para nós significou um avanço significativo de gestão em saúde para Caucaia foi que durante o próprio curso foi possível indicar e selecionar, para compor a nova gestão de saúde, seis profissionais da ponta. Para nós esses profissionais, servidores concursados do município, estavam sendo reconhecidos, tão somente, por sua competência técnica para ocupar cargos de gestão distrital na SMS, quando usualmente estes critérios são mais políticos.

O próprio processo formativo proporcionou identificar e reconhecer profissionais aptos a exercer tais cargos, demonstrando valorização e agregando conhecimento técnico ao desempenho dessas funções. A atuação dessa equipe de coordenadores distritais foi importante estratégia de descentralização da gestão que, ao longo de sua atuação, pôde contribuir para o fomento à interdisciplinaridade, uma melhor organização dos espaços e sociabilidades laborais, bem como um fortalecimento e maior valorização das ações e profissionais do NASF AB.

Atuar como facilitador em Educação Permanente em Saúde – duas faces de uma só mudança, ensinar/aprendendo e aprender/ensinando

Todo o aprendizado advindo de nossa participação no Curso de Facilitadores em EPS tomou consistência quando passamos a exercer a função docente nos demais cursos promovidos pelo NEPS de Caucaia. Era um aprendizado que se articula e está previsto no escopo de competências para o NASF AB na APS do SUS, quando prevê o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, Educação

em Saúde, articulação com a RAS, RAPS e as demais políticas de Educação Permanente. Daí nosso papel, enquanto equipe de NASF AB, de fomentar esse fazer diferente, tomando por base o arsenal de diretrizes e modus operandi que norteiam nosso fazer profissional, de acordo com o que é estabelecido nos Cadernos de Atenção Básica dedicados ao NASF AB. (BRASIL, 2010).



Foto: Turma 5, curso Ambiência Acolhedora.

Após o processo formativo que envolveu todas as equipes dos NASF e de profissionais enfermeiros e dentistas da APS, alguns de nós ficamos responsáveis pela facilitação dos cursos de Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde, envolvendo os profissionais da limpeza e os atendentes de farmácias.

Para nós foi gratificante aceitarmos o convite para facilitar um curso para nossos colegas de trabalho das UAPS porque aceitar essa empreitada de estar em sala conduzindo esse processo de aprendizagem mútua foi desafiador. Mas ao mesmo tempo que o desafio se colocou, veio a sensação de prazer. E agora veio o desejo de deixar registrada aqui memórias afetivas de tudo que fluiu desses encontros semanais que tivemos ao longo do ano de 2018,

com os profissionais da limpeza que participaram como discentes. Reconheço que registrar as conquistas e evoluções percebidas junto a esses profissionais de nível médio, bem como, escrever sobre o que significou passar pelo processo de formação, nos ajuda ainda mais a nos tornarmos oficialmente profissionais facilitadores de EPS.

Os cursos envolvendo os profissionais de nível médio das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de todos os seis distritos de saúde de Caucaia, tendo como facilitadores/docentes alguns dos profissionais dos NASF AB, enfermeiros e farmacêuticos, aconteceram ao longo do ano de 2018. Ao final percebemos que esses cursos foram muito além de construir juntos os Procedimentos Operacionais Padrões (POPS) dos serviços de limpeza e de farmácia das UAPS, tais formações pretenderam, sobretudo, empoderar esses profissionais de saúde. Empoderar no sentido de suscitar neles o sentimento de pertença como parte das equipes que constituem o fazer saúde nas UAPS. Empoderar dando visibilidade a esses trabalhadores que são também fundamentais para garantir o bom funcionamento e andamento das UAPS. Empoderar construindo juntos conhecimentos específicos acerca das suas práticas laborais, dentro dos padrões normatizados (POPS), repassando as técnicas corretas, potencializando as competências já existentes e fazendo o possível para garantir minimamente ambientes de trabalho mais acolhedores, agradáveis, organizados e higienizados, tanto para os funcionários, como para os usuários da APS.

Destacamos aqui esse empoderamento porque não é o mais comum como resultado de cursos, sobretudo, dos que inclui processos normativos como disciplinas. Percebemos esse empoderamento a partir de atitudes diferenciadas e posturas mais próximas, conforme é preconizada na Política Nacional de Humanização PNH, como o Humaniza SUS, que aponta o protagonismo, corresponsabilidade, autonomia nas práticas de cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

Enxergamos tudo isso no movimento mesmo daqueles que incorporaram de maneira mais sensível tudo o que foi construído em conjunto nas formações ocorridas ao longo do ano de 2018 e, com isso, vêm fazendo avançar nas suas ações laborais quando

mostram mais vontade de fazer a diferença, com cada um desses reconhecendo seu papel e compartilhando responsabilidades. Esse movimento dos funcionários de nível médio foi, mais precisamente, percebido quando presenciamos e testemunhamos atendimentos mais acolhedores nas recepções das UAPS; quando notamos uma maior interação entre as categorias profissionais (dos médicos aos profissionais de higiene e limpeza); quando sentimos a elevação da autoestima e um maior empenho, por parte dos colegas das equipes de higiene e limpeza, em desenvolver com mais qualidade suas atividades; e quando, com surpresa e alegria, ouvimos elogios voltados a esses profissionais por parte de alguns usuários dos serviços das UAPS.

E o que é saúde, senão todo o conjunto daquilo que é necessário para que se viva plenamente, ou o mais próximo possível disso, nossa dimensão humana? E isso nada mais é do que aquilo que é preconizado pela EPS, em consonância com que estabelece a PNH/Humaniza SUS (BRASIL, 2013). Ora, se na PNH (2003) está colocado que os trabalhadores do SUS têm que redimensionar nossos processos de trabalho para termos como engendrar mudanças no cuidado em saúde, sendo partícipes como sujeitos ativos; e se a PNEPS (2018) tem como base a aprendizagem significativa, com vistas a suscitar reflexões quanto aos processos de trabalho e mudanças nas práticas profissionais, engendrando cotidianos, aprendendo a aprender; assim é notório o entrelaçamento que há entre a PNH e a PNEPS (BRASIL, 2018). Percebemos claramente o quanto tudo que está indicado em ambas foi trabalhado tanto no Curso de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde (em 2017), como nos cursos ofertados aos profissionais de nível médio das UAPS do município, no ano de 2018.

Com alegria passamos a ver pequenas mudanças no decorrer dessas formações em nosso cotidiano. Uma Humanização das práticas de cuidado em saúde; estabelecimento de fluxos, itinerários e processos de trabalho mais condizentes com as mudanças ocorridas no Sistema de Saúde do país; cuidado com a ambiência; valorização dos trabalhadores; construção e fortalecimento de vínculos. Ações

estas que sempre foram pretendidas, mas que, por conta dos próprios processos de trabalho anteriores ao estabelecimento do NEPS na secretaria de saúde, não eram visualizados como possíveis de serem implantados numa construção coletiva. Enfim, acabaram por começar a acontecer! Estão sendo hoje pensados, planejados, gestados, com vistas a serem estabelecidos nessa construção coletiva, tendo-se consciência dos limites impostos pela conjuntura atual, mas também, valorizando todas as potencialidades dos envolvidos, e as possibilidades que se desenham no contexto da APS de Caucaia.

Facilitarmos o curso de Ambiência Acolhedora para as UAPS suscitou-nos a refletir sobre como o uso das metodologias ativas enriqueceu todos esses momentos. Reconhecemos que esta metodologia contribui para que saberes fossem compartilhados, barreiras transpostas. Percebemos que realmente conseguimos sensibilizar colegas que se mostravam fechados a mudanças, de repente, passaram a apresentar um comportamento mais acolhedor e empático. Percebemos e reconhecemos uma maior valorização dos servidores por parte da gestão que se reflete nos colegas entre si; percebemos uma maior troca de saberes; percebemos um novo olhar dos usuários dos serviços da APS para os servidores; as agendas de trabalho estão começando a ser planejadas de forma compartilhada; rotinas de trabalho estão sendo construídas, vínculos foram criados e outros fortalecidos. Tudo isso possibilitado por meio de processos de trabalho construídos com disposições mútuas, via um entrelaçamento de vontades e haveres vividos. Vimos o quanto ainda há o que fazer/aprender. E reforçamos a crença de que, como dizia Paulo Freire, “Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender.”

Os passos que avançamos e o muito que ainda temos para caminhar

Como equipes do NASF AB do município de Caucaia podemos afirmar que o processo de formação em EPS foi um “divisor de águas” em nossas práticas de saúde. Intensificou qualidades, alargou nossos horizontes, aproximou servidores, promoveu trocas de saberes que nos possibilitaram conhecer as realidades dos demais territórios de saúde do município, estreitando os laços entre nós do NASF AB e as equipes de referência da ESF.

Nossos vínculos foram fortalecidos e as barreiras foram transpostas. Aprendemos juntos. E o mais importante é que foi plantada uma semente em cada coração: “Somos todos SUS”. Estamos em tentativas de plenos mergulhos nas fontes das vastas tecnologias leves em saúde, dos inúmeros saberes formais e informais, pois temos ciência de que é necessário enriquecer nossas práticas e acolher as várias manifestações de saberes existentes. Sabemos que tal busca não se esgota. Quanto mais estudamos, mais vemos que há mais a saber. E a associação entre teoria e prática, no trabalho em saúde, é fundamental. Daí a importância da EPS e das metodologias ativas: pautar a caminhada profissional nesse movimento se faz necessário cotidianamente.

Podemos afirmar que estamos vivenciando tudo isso, essa curiosidade criativa e indagadora fazendo contraponto às práticas arraigadas no conservadorismo do modelo biomédico, tentando também refazer arranjos diante dos atuais desmontes dos direitos sociais e da política de saúde, na tentativa de continuar garantindo o acesso ao SUS através da APS. Desafio este que não tem fim, que exige uma práxis de caráter educativo, buscando que cada um seja, como diz Mustafá “sujeito agente do processo de construção histórica de uma realidade outra que [...] permita viver na plenitude de suas potencialidades e de sua dimensão humana”. (MUSTAFÁ, 2019, p. 35).

Mas que esse processo não se encerrou com a conclusão dessas formações. Na verdade, começaram. Concluímos que trata-se de uma construção constante, que precisa sempre ser revista, avaliada,

revisitada e ser um processo permanente, como está expresso em sua nomenclatura, Educação Permanente em Saúde. Concluimos que foram plantadas sementes: a do desejo da construção de uma política municipal de EPS, para que seja institucionalizada a garantia da continuidade de todo esse trabalho desenvolvido até aqui.

Que essas sementes possam dar frutos e que esse ideal não seja preterido diante de outras propostas porque houve avanços significativos e um novo paradigma está em formação, com intenções de que seja propagado para todo o município: ir além da cultura biomédica enraizada nas práticas de saúde das equipes de ESF, fazer saúde vinculada aos determinantes sociais, refutando a linha flexneriana, com vistas a trabalhar com reflexões críticas, com foco nas necessidades do território, verificando se há sentido para todos os envolvidos, utilizando as prerrogativas da PNEPS, juntamente com aquelas que guiam os passos da PNH, que se conformam com o que preconizam as diretrizes do NASF AB.

Importante salientar que não trabalhamos com o ideal, não estamos pretendendo maquiagem a realidade romantizando-a. Longe disso! Estamos sim, valorizando os pequenos ganhos, utilizando-os como motores para dar continuidade e esse trabalho de crescimento profissional. Até porque não temos ainda a adesão de todos os envolvidos, nem todas as equipes acreditam ainda nesse “fazer diferente”, nesse “fazer juntos”, como possibilidade de transformação. Reconhecemos que muitos usuários e profissionais ainda valorizam o modelo biomédico em detrimento das práticas mais humanizadas e integrativas. E nem todos da gestão estão sensibilizados. Há resistências estruturais e institucionais que necessitam ainda de muito trabalho.

Percebemos que nosso poder de convencimento precisa estar pautado numa teoria muito segura, bem como, em dados que demonstrem a eficácia dessas metodologias no cuidado ampliado em saúde. Disso se depreende a necessidade de aqui registrar e sistematizar os frutos/resultados do desenvolvimento das nossas ações no campo da EPS, da nossa dedicação a essa causa que abraça as metodologias ativas e a aprendizagem significativa. Daí

nosso papel, enquanto equipe de NASF AB, de fomentar esse fazer diferente, tomando por base o arsenal de diretrizes e modus operandi que norteiam nosso fazer profissional, de acordo com o que é estabelecido nos Cadernos de Atenção Básica dedicados ao NASF AB. (BRASIL, 2014).

Ainda há muito o que construir e desconstruir. Há muito o que questionar e ressignificar. Porque, como já citado, há resistências oriundas de todos os eixos constituintes da APS: gestão, usuários, servidores. Mas devemos permanecer firmes à nossa essência de profissionais que acreditam no movimento do amor e na busca incessante do conhecimento, alinhando-o a cada realidade territorial e de vida, todos juntos, pautando o cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRA, G. et al. Análise do conceito de Aprendizagem Significativa à luz da Teoria de Ausubel. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n. 1, p. 248-255, fev, Brasília 2019.

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG, 2003.

BRASIL. **Núcleo de Apoio à saúde da Família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Núcleo de Apoio à saúde da Família**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização/Humaniza SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - 1. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da

Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde - 1. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela; SILVA, Kênia Lara. Educação Permanente nos Serviços de Saúde. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4 - ago. 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**, 62. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

MELO, E. A.; VIANNA, E. C.; PEREIRA, L. A. (Org.). **Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos NASF: aperfeiçoamento**. 2ª ed. rev. - Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP// FIOCRUZ, 2016.

MUSTAFÁ, M. A. M. Código de Ética do/da Assistente Social - 25 anos: desafios do trabalho profissional. Conselho Regional de Serviço Social 3ª Região (Org.). **Desafios atuais ao trabalho do Assistente Social no contexto da ética profissional**, Fortaleza: Socialis Editora, p. 15 - 61, 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.

RODRIGUES, S. G.; NEVES, M. G. C. Avaliação Formativa: vivência em metodologia ativa de ensino aprendizagem na visão docente e discente. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S.1], v. 26, n. 03/04, out. 2018.

SANTOS, E.; LANZA, M. B.; CARVALHO, B. G. Educação Permanente em Saúde: a experiência do Serviço Social com equipes de Saúde da Família. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 16 - 25, jan/jul. 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

CAPÍTULO 13

AMBIÊNCIA ACOLHEDORA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: GENTILEZA, EMPATIA E RESOLUTIVIDADE NA PAUTA DE RELAÇÕES SOCIAIS ENTRE TRABALHADORES E A POPULAÇÃO DE CAUCAIA

Camila Mascarenhas Moreira

Elaborar e propor um processo formativo com base na EPS com o objetivo de trabalhar a Humanização nos serviços de saúde é uma demanda cujo público participante precisa envolver todos os funcionários. Para iniciarmos o processo formativo com este tema optamos por trabalhar o Acolhimento envolvendo os profissionais de nível médio da APS do município. Outro ponto importante que nos ajudou na decisão de iniciar com estes profissionais da APS foi reconhecer que muitos cursos, seja na modalidade de EPS ou EC, têm sido direcionados para os profissionais graduados, ficando esse público quase sem oportunidades no campo educativo.

A proposta deste curso articula-se de forma sistêmica como outros cursos, envolvendo as diversas categorias e funções do nível médio, atuando na APS do SUS com o objetivo de humanização dos serviços. Especificamente, apresentamos aqui a experiência que vivemos com os profissionais que atuam na recepção das UAPS, responsáveis pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), e por isso, chamados de samistas.

Em nossa leitura de contexto era claro para nós que todos os pontos da rede de atenção deveriam funcionar de forma acolhedora, porém considerando as UAPS como porta de entrada do SUS, seria então pelos profissionais que nela atuam, que iniciáramos o processo formativo. Resolvemos iniciar com esta categoria profissional em

função da demanda que explicitava a necessidade de abordar a humanização dos serviços. Embora, as queixas de mal atendimento fossem provenientes dos serviços prestados nos diversos pontos de atenção, não apenas da rede de serviços primários, em nossa escuta sobre as queixas desta natureza, notamos que incluía dificuldades de encaminhamentos e falta de informações sobre o itinerário dos pacientes nos diversos pontos de atenção envolvendo informações passadas na recepção de cada serviço, sobretudo das Unidades de Atenção à Saúde. Em função disso, esta seria uma categoria estratégica para começarmos o curso.

A partir desta leitura panorâmica do cenário percebemos também que um processo formativo voltado para humanização dos serviços deveria ser ancorado em 3 pilares: a humanização das relações; a resolutividade do itinerário do paciente na condução de fluxos e encaminhamentos na rede de atenção; e a construção de uma ambiência acolhedora.

Leitura da Cultura Organizacional como subsídio para proposição da Matriz de formação

Como foi esclarecido anteriormente, o Curso Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde tinha como proposta contribuir para melhoria da qualidade dos serviços a partir da efetivação da Política de Humanização em Saúde em nível local. Para atender essa demanda, além do desafio de propor um processo formativo articulando processo de aprendizagem e desenvolvimento, abrangendo a dimensão da humanização da atenção, da resolutividade dos serviços no tocante aos encaminhamentos de fluxos e itinerários e a construção de uma ambiência acolhedora das UAPS, tínhamos que resolver uma questão quantitativa como um obstáculo.

O município de Caucaia possui 46 UAPS com 72 equipes de saúde da família. Normalmente, a implantação de cada equipe prevê a contratação de um profissional de nível médio para atuar no SAME e, geralmente, cada equipe dispõe de um profissional samista, podendo a UAPS contar com mais de um, dependendo do número de equipes do território.

Sabíamos que seria estrategicamente importante iniciar essa formação com esses profissionais, e a maioria das UAPS tinha mais de um profissional no atendimento e recepção. Em 2018, Caucaia já contava com, aproximadamente, 70 profissionais do SAME, atuando em suas 46 UAPS. Embora fosse importante envolver todos, tínhamos alguns problemas. O primeiro era o número de facilitadores, o NEPS contava apenas com duas profissionais. O segundo era que, de acordo com a rotina da UAPS, o serviço não inicia sem que o SAME organize o atendimento direcionando as pessoas para as salas de procedimento e salas de atendimento, disponibilizando prontuários e dando informações para as pessoas que chegam. Rotina essa que tornava impossível envolver todos porque não se poderia retirar esses profissionais do serviço sem grandes prejuízos.

Outro agravante era que, como o contrato era feito por equipe, a forma de trabalho comumente realizada por eles era cada um cuidar de atender aos profissionais de sua equipe. Com esse modo de funcionamento a disponibilidade de assumir o lugar do outro em caso de ausência era complicado, até mesmo, pelo volume de trabalho e a tensão que era dar conta de atender e encaminhar todos as pessoas que chegavam à UAPS de manhã cedo. Observamos em seu modo de funcionar que não havia uma compreensão que fazia parte de um mesmo serviço. Cada um desempenhava sua tarefa de forma individualizada e o modo de vinculação entre si não incluía um relacionamento de cooperação de solidariedade, mas prevalecia o individualismo e a comparação. Se uma equipe na rotina do dia deixava um profissional mais sobrecarregado, e outro mais tranquilo em função do número de atendimento do dia, era raro atitudes de cooperação e ajuda mútua.

Esse modo de funcionar é algo naturalizado e comum, sobretudo, porque ao serem contratados não havia nenhuma capacitação, ou esclarecimentos sobre os serviços de APS, e o aprendizado era feito na prática pela observação e repasse de informação por quem já tinha mais tempo na tarefa.

Sabíamos que, para que a formação pudesse lograr alguma mudança na rotina, precisávamos ir muito além do que boas práticas ao acolher o usuário. Era preciso um atendimento muito além do

que sorrir e ser gentil. Era preciso um trabalho em equipe para se ter resolutividade nas ações e serviços, conhecer os fluxos, não somente do funcionamento interno de sua UAPS, mas conhecer toda a Rede de Atenção à Saúde, enfrentar a tensão da rotina, e ainda cultivar atitudes de empatia e gentileza.

Era fundamental melhorar a ambiência local, com uma postura capaz de criar uma nova cultura organizacional a partir de ajustes, que poderiam proporcionar sensação de bem-estar tanto para o profissional, quanto para o usuário.

O tempo dedicado à elaboração da proposta curricular embasada em observações da Rotina e no levantamento de informações foi de suma importância. Realizamos visitas às UAPS no intuito de observar e realizar entrevistas informais com os profissionais do SAME, bem como, com os enfermeiros e demais profissionais mais antigos nas UAPS.

Como resultado deste processo constatamos que havia, por parte dos profissionais do nível médio, um conhecimento “empobrecido” sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns não sabiam, inclusive, o significado da sigla SUS, e desconheciam por completo como funciona os demais níveis de atenção; não sabiam o endereço e a função de cada serviço e sua articulação com APS. Tinham uma visão do SUS como o serviço que prestava um favor aos pobres que não podem pagar por um serviço privado de saúde, isto é, a saúde não era vista como um direito e isso, claro, se refletia na postura e modo de se comunicar com as pessoas.

Fizemos um levantamento do perfil profissional desses servidores em Caucaia e nos certificamos que dos 74 profissionais SAME, 82,7% eram contratados, 16,3% concursados e 1% comissionados. Era evidente a falta de preparo para assumir a função de recepcionar e acolher a demanda de usuários no SUS de forma acolhedora e digna.

A rotina de trabalho no SAME era desafiadora e tensa. Verificamos um trabalho sem normatização, com ausência de fluxos internos e externos validados, falta de orientação com relação às suas atribuições, bem como, a ausência de padronização da rotina

de trabalho destes profissionais. Eles não sabiam o que significava a sigla SAME; não tinham ideia do significado do manuseio e da organização dos prontuários como um documento legal de propriedade dos usuários e uso sigiloso por parte dos profissionais. Esses fatores influenciavam diretamente na qualidade do serviço prestado à população, pois sem orientação e formação necessária, esses servidores se concentravam meramente em “encaminhar” os pacientes dentro da UAPS, e muitas demandas trazidas por estes usuários ficavam sem resolutividade, por fatores diversos, justificados principalmente, por todos os motivos mencionados.

A partir das necessidades de aprendizagem identificadas elaboramos a proposta curricular integrando de forma sistêmica com outros processos formativos de mesmo objetivo, envolvendo outras categorias profissionais de nível médio da APS. Havia as disciplinas comuns que seriam incluídas nos processos formativos de outros profissionais, e as disciplinas específicas para o SAME. Propomos então, um itinerário com disciplinas que foi elaborada a partir de temas demandados pelos próprios profissionais do SAME durante o curso.

A primeira parte apresenta as disciplinas comuns, que envolviam temas importantes sobre o SUS e temas pertinentes à Política de Humanização no tocante às Relações Interpessoais no Trabalho. A parte específica para a categoria foi dedicada a temas que se relacionavam com a Rotina diária do SAME envolvendo conhecimentos sobre a Rede de Atenção à saúde de forma geral e da forma como se organiza em Caucaia, manuseio e importância do Arquivo Médico, bem como, normatização para a Rotina de trabalho na UAPS. Esta matriz curricular foi construída levando em consideração o contexto sócio político da Caucaia, trazendo a realidade municipal e institucional para parametrizar todo conteúdo ofertado nesta formação. Segue abaixo o itinerário formativo, com carga horária, conforme certificação, para a categoria profissional do SAME da APS.

MATRIZ CURRICULAR – PROFISSIONAIS DO SAME

Eixos	TEMAS GERADORES/DISCIPLINAS	Carga Horária
Temas Comuns	1. Políticas Públicas do SUS	8 h/a
	2. Princípios Organizativos e Doutrinários do SUS	8 h/a
	3. Rede de Atenção à saúde do SUS e seus nós críticos	8 h/a
	4. Relações Interpessoais - Empatia e Simpatia	8 h/a
	5. Relações Interpessoais - a Gentileza no atendimento ao público	4 h/a
	6. Relações Interpessoais – o feedback nas relações de trabalho	4 h/a
	7. Ordens dos Relacionamentos – Hierarquia, Pertencimento e Equilíbrio Dar e Receber	12 h/a
Temas Específicos para categoria	8. Arquivo médico e rotina de trabalho na Unidade Básica de Saúde	16 h/a
	9. Acolhimento em saúde e nós críticos da Rede de Atenção à Saúde	16 h/a
	10. Comunicação Não Violenta	8 h/a
	11. Acolhimento à pessoa em sofrimento psíquico	8 h/a
Carga horária		100 h/a
Atividades de Prática Profissional		80 h/a
Carga Horária Total		180 h/a

Com base nesta matriz curricular a equipe do NEPS elaborou manuais com fio condutores de temas com ciclos de diálogos em 3 níveis de problematização utilizando o Método Integrativo Biocêntrico.

As surpresas no percurso dos Encontros Pedagógicos - ensinando e aprendendo sobre o SAME

Antes de iniciarmos o curso, fizemos alguns encontros com estes profissionais de Caucaia, por distrito, para apresentar a proposta e convidá-los para participar. Era preciso desconstruir a ideia de que estavam sendo chamados para participar porque havia um mau atendimento à população e que o curso serviria para corrigir suas falhas. Isso prejudicaria o engajamento e envolvimento deles na formação. Nossas visitas às UAPS permitiram apresentar uma proposta mais orgânica, procuramos convencer a todos que aprender mais sobre o SUS traria vantagens para eles, facilitaria o seu trabalho em seu cotidiano, e ainda podiam contar com as vantagens de uma formação em serviço com certificação. Assim despertamos o interesse, abertura e engajamento de todos.

Operacionalizamos o curso em duas turmas que foram facilitadas pelos profissionais do NEPS que, ao mesmo tempo, que formava as turmas do SAME, também formava uma turma de facilitadores na metodologia utilizada, que seriam nossos colaboradores na condução da formação dos demais profissionais do nível médio no tema Humanização dos serviços.

Ao longo da formação tratamos sobre políticas públicas em saúde, princípios doutrinários e organizativos do SUS articulando questões de contexto que não estavam nos livros, tais como: O SUS de Caucaia funciona? Qual o meu papel enquanto profissional do SAME à serviço do SUS de Caucaia? Estes e outros questionamentos eram realizados a partir de um fio condutor de problematização que gerava reflexão em função da metodologia utilizada, baseada na Educação Biocêntrica, centrada em diálogos, favorecendo a participação, o desenvolvimento da inteligência afetiva e a construção coletiva de soluções locais.

Esses temas foram fundamentais para ampliar a compreensão sobre a política pública de saúde para a qual todos esses profissionais dedicavam os seus dias de trabalho, pois estava no discurso de muitos deles que o SUS não funcionava, e era um serviço precários para os pobres. A partir de análises de contextos e reflexões políticas foram compreendendo melhor os processos e fluxos do Sistema Único de Saúde e, com isso, fomos ressignificando os conceitos e impressões sobre o SUS. As ações cotidianas ganharam mais sentido, fato este relatado pelos próprios alunos. Antes o que era um simples encaminhamento para realização de um exame de imagem, tornava-se a efetivação da garantia de um direito do usuário. Participar desse “novo” processo, chamamos de novo, mesmo sendo realizado, por exemplo, há 17 anos por uma servidora, despertava uma sensação de orgulho em servir ao SUS e de se perceber fazendo parte da resolutividade desse sistema e se perceber como profissional de saúde.

- Ressignificando o atendimento no serviço público: beleza, gentileza, empatia e simpatia faz bem para todos

Os princípios da Política de Humanização para melhorar as Relações Interpessoais no Trabalho foram abordados de forma transversal estando presente, de forma gradativa durante toda a formação. Estes profissionais são a “linha de frente” de uma UAPS, são eles os primeiros a receberem as demandas que chegam, são eles que escutam, que encaminham, que orientam, que informam, que negam, etc. Todo e qualquer usuário se reporta primeiro ao profissional da recepção. Diante disso, é indispensável que estes profissionais estejam bem preparados para compreender as diversas demandas sabendo conduzir as situações cotidianas das relações humanas.

Ao abordarmos temas no tocante às relações interpessoais como por exemplo, a simpatia e empatia, percebemos que era visão, quase que unânime, por parte dos profissionais do SAME, que a simpatia era algo que “deveria ser doado, se tivesse sido recebido”, ou seja, se o usuário fosse educado com o profissional, o profissional, por sua vez, seria simpático com o usuário. Contudo, “se o usuário chegasse ao serviço de maneira grosseira, imperativa, ou algo do gênero, como comumente acontece, merecia ser tratado da mesma maneira”. Essa era uma lógica de reciprocidade de relação claramente defendida no discurso em sala de aula. Além disso, poucos sabiam diferenciar simpatia de empatia, e afirmavam ser a simpatia mais relevante, porque todos gostavam de um sorriso.

Exploramos o tema da Empatia e Simpatia, utilizando vídeos, vivências pedagógicas e fomos construindo a base conceitual de diferenciação junto com eles, o que tornou o processo leve e significativo. No entanto a lição mais significativa desses encontros, que inclusive reverberou por toda a formação, foi que a postura ética e profissional não poderia variar de acordo com o humor ou com a abordagem do usuário.

Ainda no tocante às Relações Interpessoais no Trabalho conduzimos ciclos de diálogos com fios condutores que problematizaram a Gentileza na reciprocidade das relações entre

profissionais e a população, aprofundando o conceito a partir da expressão da Inteligência Afetiva e postura ética nas relações interpessoais, entre os serviços públicos e a população, valorizando a gentileza como traço de civilidade e elemento fundante para uma ambiência acolhedora. Problematizamos as relações sociais com base nas Leis dos Relacionamentos, tal como apresenta as proposições da Constelação Familiar que apresenta estas leis como as Ordens do Amor. A Ordem do Pertencimento, todos têm o direito de pertencer, seja na família ou nas organizações; a segunda Ordem da Hierarquia, que chama a atenção para precedência, que precisa ser reconhecida e valorizada nas pessoas mais velhos e/ou os mais antigas, dentro da organização, por sua experiência e conhecimento sobre a cultura da organização, que configura o modo de funcionar da instituição; e a Ordem do Equilíbrio de Dar e Receber que chama a atenção para forma de doação que respeita a dignidade do outro reconhecendo-o como um ser humano sujeito de direitos. Essa forma de abordar esse tema foi importante no sentido de tratar o tema superando o moralismo que normatiza relações prescindindo do afeto, esvaziando o sentido do vínculo humano expressado por cerimônias de cordialidade, respeito e aceitação, posturas que podem prescindir do afeto sob pena de superficialidade da cortesia social vazia.

Optamos por tocar as questões da humanização dos serviços sem tocar diretamente nas diretrizes da política de humanização de forma normatizadora. Ampliando esse tema na matriz curricular com vistas a humanização, incluímos, ao longo da formação, na matriz curricular, alguns temas demandados pelos samistas: o Feedback nas relações de trabalho, a Comunicação Não Violenta e o Acolhimento a pessoa em sofrimento psíquico. Tais assuntos não foram previstos por nós na matriz curricular, quando iniciamos o curso. Em se tratando de uma formação em serviço, era preciso flexibilidade e sensibilidade para preencher as lacunas que não foram percebidas, mas por nós sentidas, ao longo dos encontros formativos. O tema sobre saúde mental foi solicitado pelos próprios samistas, quando nos relatavam que conviviam no trabalho com o medo de como receber e abordar pacientes com transtornos mentais graves.

Esse tema foi trabalhado envolvendo parceria do Centro de Atenção Psicossocial de Caucaia contando com a participação de um médico Psiquiatra, que gentilmente aceitou a proposta participando de uma roda de conversa com os profissionais do SAME sobre o assunto. O encontro foi muito especial porque a fala do médico desmistificou vários pontos trazidos por eles, tirando muitas dúvidas, no que tange o acolhimento e abordagem ao paciente em sofrimento psíquico.

No tocante ao pilar da ambiência proposto para o curso propomos vivências pedagógicas que favoreciam uma diferenciação entre ambiente e ambiência, reforçando a importância da organização do ambiente de trabalho, da limpeza propriamente dita, e da relevância de dispositivos de beleza como fator proporcionador de conforto e bem-estar. Sugerimos o uso da criatividade para pequenas mudanças em seu espaço de trabalho e surgiram surpresas, como flores nas UAPS, cartazes informativos decorados, orientações nas portas dos consultórios com imagens ilustrativas, decorações temáticas, e outras. Tudo isso foram iniciativas próprias com investimento financeiro deles demonstrando uma clara compreensão e reconhecimento sobre a importância do belo para a construção de uma ambiência para o bem-estar de todos os profissionais e acolhimento a população.

- Remodelando a Rotina no SAME: aprendendo a parceria e a solidariedade

Em relação aos temas específicos para os profissionais samistas, trabalhamos assuntos como a Normatização e Rotina do trabalho nas UAPS, Manejo e Ética relacionada aos prontuários do paciente; Acolhimento em saúde e nós críticos da Rede de Atenção à Saúde e Regulação. No encontro que abordamos a rotina de trabalho nas UAPS não era nossa intenção normatizar e estabelecer padrão unificado para todos em relação a Rotina, pois cada UAPS tinha um ritmo e um modo de funcionar que lhe dava peculiaridades que não podem ser desconsideradas. Foi possível, contudo, reconhecer a

necessidade de se estabelecer uma rotina que facilitasse o acesso para o usuário, e não somente facilitasse o trabalho para os profissionais da equipe. Incluir o ponto de vista dos usuários era algo ainda distante e os serviços são comumente organizados levando em conta somente o ponto de vista dos profissionais. Por isso abordamos a rotina problematizando como cada um organizava a sua, e refletindo até que ponto tal organização era vantajosa ou não, e para quem. Ao reconhecerem que não havia uma única “forma correta de se trabalhar”, era possível, para cada um, estudar e propor a melhor e mais eficiente forma de se organizar com sua equipe. Aos poucos, os profissionais foram desnaturalizando o modo de funcionar que já faziam e aprenderam ao chegar, para ir agregando novos jeitos de fazer o trabalho modificando para melhor a sua rotina.

Ao analisarem seu modo de organização de forma mais crítica, os profissionais do SAME perceberam que concentravam todas as atividades operacionais no turno da manhã e este turno é o de maior fluxo de pessoas. Perceberam que tinham muitos profissionais fazendo a mesma função e isso era “contraproducente”. Notaram que perdiam tempo procurando os prontuários dos pacientes quando chegavam pela manhã e, por isso, alguns pacientes eram atendidos sem prontuários, ou até mesmo, os profissionais se dispunham a chegar mais cedo para organizarem este fluxo. Por meio de vivências pedagógicas, eles chegaram à conclusão de que essa atividade cotidiana, poderia ser feita no final da tarde, já antecipando os atendimentos do dia seguinte. O curso proporcionava a proposição de modificação de Rotina proposta pelos próprios funcionários e não imposta pela gestão, o que era fundamental para sustentabilidade da mudança sugerida adaptada a cada UAPS.

Ao abordarmos a rotina no que diz respeito a como garantir organização dos prontuários, mesmo como seu necessário manuseio diário, observando as questões éticas e operacionais da organização e arquivamento, nos deparamos com um problema comum. Reconhecer a necessidade de evolução dos prontuários pelos profissionais de nível superior era algo fácil e óbvio. Porém reconhecer que o Agente Comunitário de Saúde, em sua atuação

profissional, também tinha necessidade de manusear os prontuários de suas famílias, era algo menos óbvio, embora todos reconhecessem que eram os ACS que podiam ajudar a identificar as famílias e suas microáreas, sendo seu conhecimento indispensável para organização dos arquivos. Buscamos, então, trabalhar a melhor estratégia para promover esta articulação entre o profissional do SAME e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na UAPS. Os ACS precisam acessar os prontuários com regularidade para atualização dos dados de suas famílias, e até mesmo para evoluir a partir de suas visitas domiciliares, sendo que a responsabilidade da organização destes arquivos e seu manuseio diário, fica a cargo do samista.

Observamos que havia animosidades por parte de ambos os profissionais que desconheciam a importância da função de cada um para o serviço de saúde. Os profissionais do SAME e os ACS entravam em conflitos constantes porque no ponto de vista dos ACS os samistas os proibiam de pegar nos prontuários, e se sentiam desprivilegiados em relação aos enfermeiros e médicos que podiam pegá-los quando precisassem, sendo que para isso, não tinham o mesmo tratamento, isto é, quando era para algum médico ou enfermeiro, o samista retirava o prontuário do arquivo, mas quando era pra ele ACS, reclamavam e se recusavam a retirá-los. Quando os ACS faziam isso por iniciativa própria, não sabendo arquivar da maneira correta, era motivo para sérios desentendimentos e conflitos.

Observamos que havia conflitos constantes entre samistas e ACS's muito em função da atitude destes de pegarem os prontuários, fazerem alterações não arquivando corretamente, dificultando a sua localização posterior. Os conflitos eram vistos e tratados de maneira pessoal, tomados como implicância mútua por todos sem atentar à necessária articulação entre as funções de ambos os profissionais que desconheciam as responsabilidades um do outro.

Quando se tem uma UAPS com mais de 6.000 famílias, como é caso de Caucaia, esta falta de organização do arquivo é motivo de sérios problemas para toda a equipe e usuários. Precisávamos encontrar uma maneira efetiva de fazer com que os dois profissionais

utilizassem o mesmo instrumental e ficasse estabelecido algum tipo de trabalho em parceria e normas para convivência e colaboração mútua.

Fazia parte do ciclo de diálogo de cada tema uma escuta atenta dos profissionais sobre a compreensão deles diante dos temas, antes de adentrar em conceitos, pois o conhecimento prévio e a sua aplicação no cotidiano laboral era parte integrante do fio condutor de problematização, visando abordar e construir coletivamente soluções.

Como estratégia pedagógica todos os processos formativos, dedicavam uma carga horária para encontros presenciais e outra parte para atividades realizadas no serviço. Tal estratégia é que nos permitia, introduzir, gradativamente, mudanças na rotina dos serviços, a partir de nossas observações. Uma das atividades de prática que destacamos deste curso para abordar estes conflitos entre samistas e ACS foi o Mutirão para organização do arquivamento dos prontuários. O detalhe mais importante era que essa não seria uma atividade de exclusividade do profissional do SAME, que já tinha sob sua responsabilidade essa tarefa. O desafio era estabelecer uma parceria colaborativa entre SAME e ACS. Montamos, então, um roteiro para orientá-los numa atividade de colaboração mútua, com apoio da gestão por meio das coordenadoras distritais.

A coordenação de distrito colaborava na divulgação da atividade nas UAPS, convidavam os ACS para rodas de conversas com o SAME e informaram que eles viveriam um momento novo e importante de envolvimento nos processos de trabalho de cada posto. Eles ficaram cientes que iriam ser convidados pelos profissionais do SAME para uma reunião, se sentindo respeitados e valorizados, pois a participação dos ACS na formação deste profissional era de suma importância. Assim, os ACS das UPAS se animaram participando ativa e colaborativamente nos mutirões!

A partir de Roteiro de atividade a parceria entre os ACS e o SAME foi realizada com sucesso. Foram diversos encontros em todas as UAPS para, juntos, planejar a partir de um objetivo comum que era o reconhecimento da importância da atividade para a rotina

de trabalho de cada um. Foi sugerido um cronograma de trabalho individual com cada ACS para que todos pudessem atualizar os prontuários e, juntos, organizassem o arquivo, por área. Essa atividade foi de longa duração e obtivemos relatos interessantes, tais como a participação efetiva do ACS no processo de organização e arquivamento, atualização dos prontuários, que estavam como ativos há anos, quando de fato, já não estavam mais ativos, relacionamento interpessoal e fortalecimento de vínculo de solidariedade entre esses profissionais da APS.

Ao final validamos com eles a Rotina e o modelo de organização e arquivo de cada prontuário, bem como, validamos um documento com a “Normatização de Condutas Éticas para o Trabalho do SAME”.

- Os nós críticos da Rede de Atenção à Saúde: descentralização da Regulação

Outro assunto de relevância que ao ser abordado durante o curso acabou sendo ampliado foi o tema Rede de Atenção à Saúde e seus nós críticos. Durante as aulas do curso, Caucaia estava reorganizando o serviço de regulação e buscando descentralizar o serviço de Regulação e construir um fluxo para orientar o itinerário de pacientes na rede de serviços.

A gestão de Caucaia buscava descentralizar o serviço de regulação descentralizando pontos em rede que funciona hoje em 13 UAPS em diferentes distritos. A intenção é aumentar e melhorar a oferta de exames laboratoriais para APS. Isto foi possível por meio da contratação dos serviços de um Laboratório, articulado em rede para prestação de serviços descentralizados no município. Contudo, para um município de grande porte como Caucaia, com uma rede de 46 UAPS, descentralizar a regulação para 13 postos de saúde exigia uma organização de fluxos bem delineados, para realmente melhorar os serviços, tendo em vista que ainda não seria suficiente para atendimento amplo de toda população, mas que representava um grande avanço.

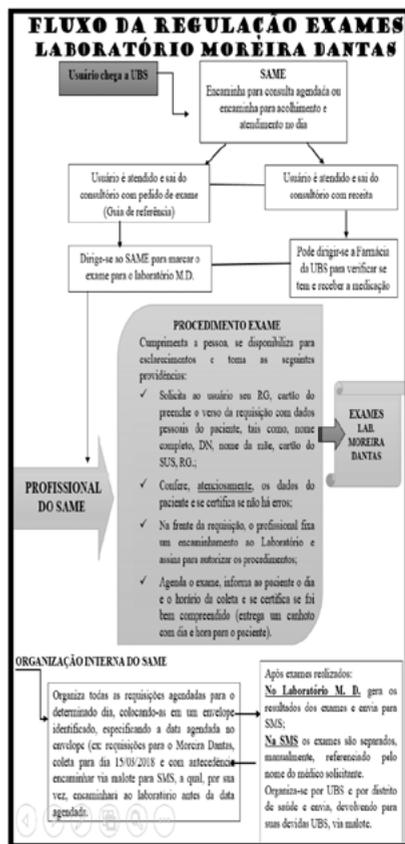
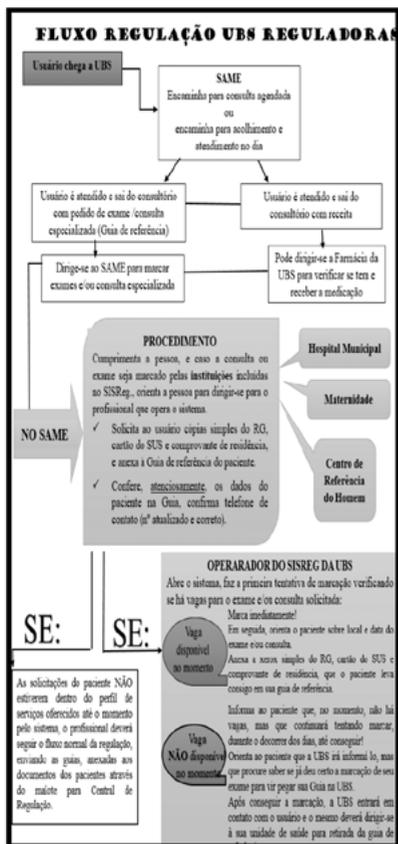
Em 2018 a secretaria realiza a instalação do Sistema de Regulação com a participação de médicos reguladores iniciando

com uma breve capacitação dos servidores diretamente envolvidos com o manejo do sistema. Reconhecemos, porém, que é somente na prática que identificamos com mais clareza todos os problemas que envolvem a complexa operacionalização de um sistema em rede. Era necessário muito além do que operacionalizar o sistema, era preciso envolver todas as pessoas que operam o sistema, direta e indiretamente, era preciso uma incorporação gradativa e uma aprendizagem coletiva, inclusive dos profissionais que solicitam exames e consultas de especialistas, a população, para lidar com a regulação desses serviços para uma população tão numerosa.

Nesse contexto, os profissionais do SAME eram pessoas que lidavam diariamente com o sistema, tanto em termos de operacionalizar, encaminhar e informar a população. Tanto os profissionais das 13 UAPS em que funcionava a Regulação como os demais nos apresentaram diversas dúvidas de como proceder durante a formação. Eles precisavam se familiarizar e conhecer as regras, que ainda não estavam claras, e traziam as seguintes dúvidas: como proceder com as guias de referências quando não se conseguiam vagas instantaneamente; como contactar os pacientes, quando fossem marcados sem a presença deles; como proceder quando a solicitação requerida não contemplasse o serviço ofertado no SISREG. Enfim era necessário compreender toda a operacionalização do sistema e sua articulação em rede para que pudessem lidar de forma correta orientando a população.

No intuito de colaborar para amenizar estes problemas a coordenação do NEPS visitou a Central de Regulação passando um tempo conversando com as pessoas que operam o sistema para compreender o fluxo. Percebemos que o fluxo e suas regras não estavam registrados como um desenho, e as pessoas operacionalizavam a partir de regras e normas que já tinham anteriormente a descentralização, mas que tais regras não haviam sido compartilhadas com os profissionais das UAPS. Diante da necessidade levantada pelos próprios servidores, a equipe do NEPS realizou uma imersão no serviço de regulação municipal, reuniu-se com a gestão para compreender melhor tudo que estava sendo proposto e o que se gostaria de alcançar. Após isso, nos propomos a

desenhar o fluxo a partir das regras que nos foram repassadas, e então, compartilhar esse Desenho de forma didática com os profissionais do SAME, sobretudo os que trabalhavam nas unidades reguladoras. Fizemos o desenho do fluxo da Regulação de exames laboratoriais realizadas pelo Laboratório contratado por Caucaia. Era preciso levantar as principais problemáticas no serviço, conhecer o funcionamento e desenhar um fluxo simples e eficiente. Ao final fizemos o desenho do fluxo dos dois serviços, propostos pelo NEPS e validados pela gestão, bem como, pelos samistas das referidas UAPS. Esses fluxos foram avaliados como funcional pelos servidores e passou a ser divulgado e utilizado nas UAPS da Caucaia, colaborando para sua incorporação e melhorando o repasse das informações para a população. Segue o Desenho dos dois Fluxos:



- Mostra de Aprendizagem: celebrando os frutos do trabalho

O Curso Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde, assim como uma gestação, teve uma duração de 9 meses. Esse tempo não foi previsto, uma vez que novos assuntos ampliaram o número de encontros presenciais. Não obstante, observamos que o tempo foi razoável para instaurar uma abertura para as mudanças por nós pretendidas.

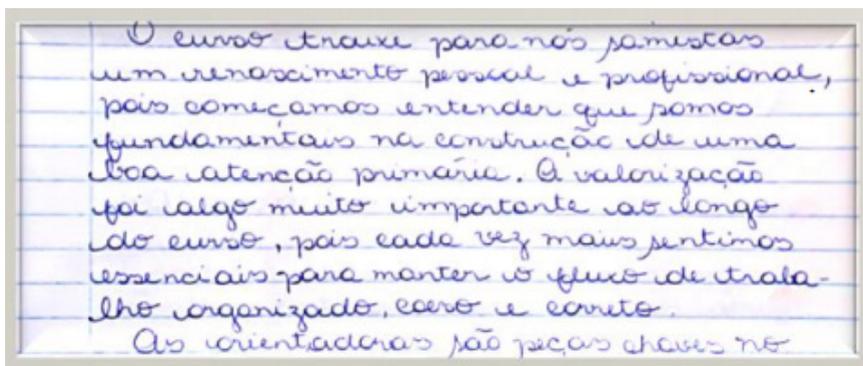
Para celebrar essa grande colheita de resultados propusemos compartilhar em um evento promovendo uma grande Mostra de Aprendizagem, com intuito de também valorizar o empenho de todos e ritualizar a abertura de um novo momento para rotina desses profissionais.

Encerramos então o curso com um Evento Mostra de Aprendizagem, ocasião em que todos os profissionais do SAME de Caucaia participantes da formação mostraram orgulhosamente seus resultados, sentindo-se profissionais da saúde. Esse foi um sentimento importante para essa categoria que antes da formação não se sentia e não se incluía como um profissional da saúde. Cada um foi desafiado a apresentar criativamente como estava sua nova Rotina utilizando expressões artísticas, tais como, produções de painéis, banners, cartazes, slides, músicas, poesia, dança, e outras formas.

Com o intuito de valorizar a categoria e celebrar a colheita de resultados dando-lhe visibilidade, convidamos alguns profissionais do serviço no nível da gestão para compor bancas de apreciação dos trabalhos apresentados pelos samistas. Foi um momento rico de valorização desses profissionais e surpresa para coordenadores e gestores que puderam ver o potencial e a importância do nível médio para melhoria dos serviços da APS.

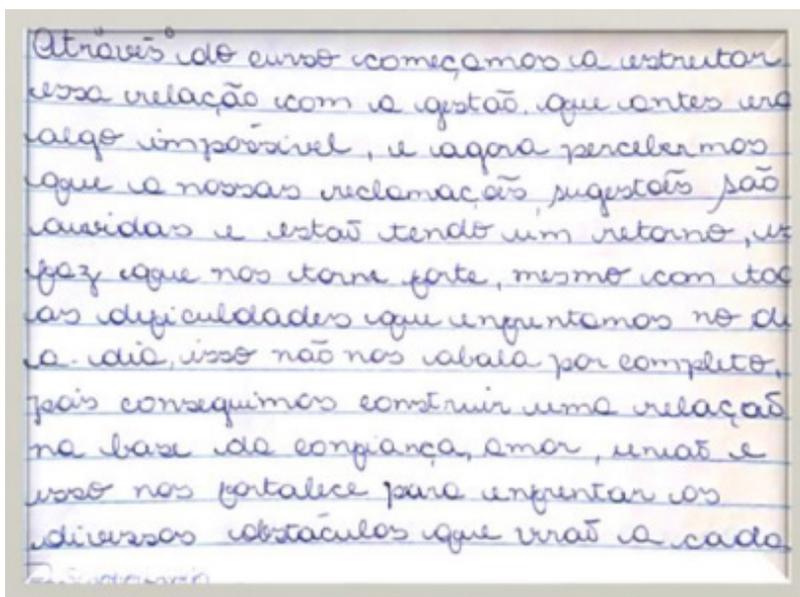
Os profissionais apresentaram suas UAPS e seus arquivos antes e depois do curso. Estiveram presentes no evento, para nossa alegria e surpresa, a convite dos samistas, dezenas de ACS que participaram das apresentações junto com seus colegas do SAME. Foi um momento de valorização e empoderamento profissional que sensibilizou e emocionou a todos nós. Neste evento compartilhamos

a colheita de nossas belas sementes que agora já mostravam flores com promessas de frutos. Dentre muitas falas de agradecimentos nos relatórios produzidos pelos samistas destacamos esta fala por representar a de muitos. É uma fala de Francialine Gomes e de Wanderley Sales da equipe SAME de Arianópolis. Recortamos aqui um pedaço porque tem palavras que merecem ser emolduradas pelo poder da palavra, pelo capricho da escrita pelo que representa:



O curso trouxe para nós samistas um renascimento pessoal e profissional, pois começamos a entender que somos fundamentais na construção de uma boa atenção primária. A valorização foi algo muito importante ao longo do curso, pois cada vez mais sentimos essenciais para manter o fluxo de trabalho organizado, cuidar e ensinar.

As orientadoras são peças-chave no



Através do curso começamos a estruturar essa relação com a gestão, que antes era algo impossível, e agora percebemos que as nossas reclamações, sugestões são ouvidas e estão tendo um retorno, usamos o que nos torna forte, mesmo com todas as dificuldades que enfrentamos no dia a dia, isso não nos abala por completo, pois conseguimos construir uma relação na base de confiança, amor, união e isso nos fortalece para enfrentar os diversos obstáculos que vêm a cada dia.

Concluimos trazendo uma metáfora que utilizamos durante a formação para reconstruir o sentido e valorizar esta função nas UAPS. Comparamos a UAPS com uma árvore. As raízes representam a gestão do SUS, da qual provém a sustentação e a função de absorção de nutrientes; a copa com suas folhas e frutos as pessoas saudáveis; o caule representa os profissionais que fazem assistência como técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e NASF; os profissionais do SAME agentes administrativos funcionam como uma seiva, sem a qual não há alimentação e retroalimentação para fazer a árvore ficar bem nutrida e viver! É através do SAME que circula praticamente todas as informações que devem ser veiculadas para as diversas partes de um sistema.

Foi isso que nós facilitadores aprendemos com os samistas. Exergar com eles e para eles o que representa sua função neste grande sistema complexo que é o SUS. Esse foi um desafio imenso para nós do NEPS, que nos empenhávamos cada vez mais a partir dos resultados que víamos acontecer ao longo do processo. Com paciência e muito afeto concluimos a formação com o sentimento de dever cumprido e plena confiança nas mudanças que nos respaldaram para garantir o sucesso e nos encorajar para seguir com as demais categorias de nível médio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde**. CONASS. Brasília: CONASS, 2011.
- BERGAMINI, C. W. **Liderança. Administração do Sentido**. São Paulo: Atlas, 1994.
- CAVALCANTE, R. M. B.; GÓIS, C. W. L. (e colaboradores). **Educação Biocêntrica. Ciência, Arte, Mística, Amor e Transformação**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2015.
- MARIOTTI, H. **As Paixões do Ego. Complexidade, Política e Solidariedade**. 2ª ed. São Paulo: Palas Athena, 2002.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001.
- SESA, **Projeto Qualifica APSUS**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/qualificaapsus-ceara/> Acesso em: 28.09.2019.

CAPÍTULO 14

PROFISSIONAIS DO BEM-ESTAR E A CONSTRUÇÃO DE UMA AMBIÊNCIA ACOLHEDORA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE CAUCAIA

Maria Idalice Silva Barbosa
Emanuel Rodrigues Morais

A Humanização das práticas em saúde é sempre uma demanda em todos os pontos da rede de atenção à saúde. Entretanto, os processos formativos, ou mesmo as diretrizes e condições para oferta de serviços humanizados, se tornam surdos para algumas vozes, sobretudo a dos profissionais de nível médio, que atuam em todos os pontos da rede de serviços, por meio da atuação de diversas categorias profissionais que interagem constantemente com a população, e são alvo de constantes queixas e reclamações.

Quando iniciamos em Caucaia um processo formativo voltado para Humanização dos serviços na APS propomos uma formação em serviço voltada para os profissionais do nível médio e fundamental, por compreendermos que estes são profissionais que estabelecem o primeiro contato diariamente com a população que chega. Dentre estes profissionais, uma categoria que nunca foi lembrada como atores importantes para humanização dos serviços são os profissionais responsáveis pela Limpeza das UAPS. Ao reconhecer que um serviço humanizado depende da renovação das relações sociais e das práticas de todos os trabalhadores da saúde, envolvemos todos os profissionais da limpeza em um processo formativo voltado para humanização da atenção em Caucaia.

O enfoque da Educação Permanente busca representar uma mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo

incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana, no contexto real em que ocorrem; a prática como fonte de conhecimento e de problematizações, inspiradoras para novas atitudes e comportamentos.

Foi nesta perspectiva que elaboramos este curso integrado sistemicamente à proposta geral de abordar a humanização dos serviços de saúde por meio do Curso Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde. Envolver os profissionais da limpeza faz parte da estratégia de propor uma formação em serviço baseada em três pilares: humanização da atenção; resolutividade de Fluxos e Itinerários de pacientes da rede de serviços; e a Ambiência Acolhedora.

Para operacionalizar esta formação, cuja principal ênfase seria o pilar da ambiência, envolvemos todos os profissionais que atuam na limpeza das UAPS de Caucaia. Como estratégia operativa este curso exigia contarmos com uma equipe de facilitadores de modo a promovermos uma formação ampla e descentralizada. Em função de sua atuação fixa em cada distrito sanitário de Caucaia, seu vínculo com as equipes da Estratégia Saúde da Família, convidamos os profissionais das equipes do NASF dos 6 distritos de Caucaia para colaborar conosco. Essa estratégia era indispensável porque, percebemos, por ocasião de vários encontros que realizamos com os profissionais da limpeza, com intuito de apresentar a proposta e convidá-los para o processo formativo, pois gastos com deslocamentos inviabilizaria a adesão dos trabalhadores. Propomos então, uma formação descentralizada nos territórios com certificação de carga horária que poderia ser contabilizada para progressão de carreira para os funcionários concursados. Caucaia conta com seis equipes de NASF (uma para cada distrito sanitário), 16 profissionais (5 assistentes sociais, 3 nutricionistas, 2 educadores físicos, 2 fonoaudiólogas, 3 terapeutas ocupacionais e 1 fisioterapeuta) que aceitaram o convite para participar da formação como facilitadores do curso.

Iniciamos então uma formação dupla, que acontecia em paralelo com a formação dos profissionais do SAME e os atendentes de farmácia. Uma primeira, voltada para formar facilitadores em

EPS, envolvendo os profissionais do NASF que iriam aderir para integrar a equipe de facilitadores do curso, e organizamos o público em 6 turmas, uma para cada distrito. Caucaia contava com um total de 81 profissionais que atuavam na limpeza das 46 UAPS.

Do mesmo modo que os demais profissionais de nível médio, os profissionais da limpeza se surpreenderam bastante com o convite, pois nunca haviam participado de capacitação alguma. Ante ao convite, uma funcionária expressou sua surpresa: “Há 30 anos sou concursada e trabalho na limpeza e nunca foi ofertado por anos nenhum curso!” Observamos também que todos eles não se percebiam como profissionais da saúde e tinham pouca noção da dimensão de sua responsabilidade ao realizar a limpeza dos diversos ambientes das UAPS, no sentido de garantir que os diversos espaços permaneçam diariamente livres de contaminações, e com uma ambiência acolhedora.

Em nosso percurso de visitas às UAPS para leitura de contexto, em conversas e reuniões que fizemos com os profissionais das equipes, constatamos que a limpeza era realizada de forma empírica, não seguiam normatizações para garantir a higienização dos diversos ambientes, ou padrões de condutas, zelando pela manutenção da limpeza; desconheciam o uso apropriado de produtos de limpeza, higienização, uso de EPI's, etc. A visão que predominava sobre limpeza e higiene não distinguiu entre o modo de limpeza que realizavam em suas casas, e o modo como deveriam proceder em ambientes com risco de contaminações. Observamos uma rotina de trabalho com pouca articulação com os demais profissionais das UAPS e os pacientes que frequentam e transitavam diariamente os serviços.

Nesse cenário, a EPS se propõe a incorporar o ensino-aprendizagem no cotidiano dos serviços de saúde, modificando estratégias educativas nas quais o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem, e o profissional como ator reflexivo e construtor de saber (FIGUEIREDO, 2012; GIGANTE; CAMPOS; 2016). Assim sistematizamos as necessidades de aprendizagem e buscamos conversar com os profissionais da

vigilância ambiental e do almoxarifado para colaborar conosco trazendo as necessidades gerais mais amplas relacionadas ao manejo de resíduos sólidos em saúde, distribuição de material de limpeza e construir conosco proposições para a matriz curricular.

A imersão no território para observação de processos de trabalho foi fundamental para o reconhecimento dos problemas e proposição de soluções. Realizamos 6 reuniões com técnicos da vigilância ambiental com o objetivo de fazer o desenho da matriz curricular de forma participativa pautados pela integração ensino-serviço-comunidade para abordar os problemas percebidos e entendidos por todos, como “nós críticos”. Dentre os temas levantados, identificamos: desconhecimento sobre o SUS como sistema de saúde público e universal tendo a saúde como direito de todos; falta de capacitação de recursos humanos no tema Higiene e Limpeza (limpeza de ambientes com risco de contaminação como a UAPS, falta de Equipamentos de Proteção Individual); segurança do trabalhador; e rotinas de Trabalho sem normatização.

Esses “nós críticos” do cenário nos traziam os desafios para a elaboração dos objetivos de aprendizagem do curso. Era importante que esses trabalhadores se percebessem como profissionais da saúde, identificando-se como trabalhador do SUS, e compreendessem a importância de sua função de limpeza e higienização em ambientes com risco de contaminação como as UAPS. Era importante criarmos estratégias pedagógicas para que, de forma simples, pudessem se apropriar das normatizações (Procedimentos Operacionais Padrão – POP) e identificassem condições para acompanhamento e avaliação constante do trabalho da equipe de limpeza.

Elaboramos com base nas necessidades de aprendizagens identificadas, uma matriz curricular integrada ao Curso de Ambiência Acolhedora para as UAPS com ênfase na Higiene e Limpeza. Além dos temas comuns já traçados na matriz geral, relacionando a política de humanização no tocante às relações interpessoais no trabalho e a política de Saúde do SUS, propusemos temas específicos, para abordar os problemas elencados. Segue abaixo o itinerário formativo com a carga horária, conforme certificação:

MATRIZ CURRICULAR - PROFISSIONAIS DA LIMPEZA		
TEMAS GERADORES / DISCIPLINA		Carga Horária
Temas Comuns	1. Políticas Públicas do SUS	4 h/a
	2. Princípios Doutrinários e Organizativos do SUS	8 h/a
	3. Relações interpessoais – empatia, simpatia e gentileza	8 h/a
Temas específicos para categoria	4. Ambiência Acolhedora e sua relação com a saúde humana	8 h/a
	5. Rotina de Trabalho e Implantação de Procedimentos Operacionais Padrão	12 h/a
	6. Plano de Gerenciamento de resíduos em Saúde	8 h/a
	7. Biossegurança I e II	12 h/a
Carga horária		60 h/a
Atividades de Prática Profissional		20 h/a
Carga Horária Total		80 h/a

Nosso objetivo principal com a formação da categoria, além de qualificar sua atuação, era valorizar o trabalho dos profissionais da limpeza, contribuindo para a equipe identificar a importância de sua função em manter uma ambiência acolhedora nas UAPS, com uma compreensão ampla sobre higiene e limpeza, incluindo o componente da beleza e harmonia, como item indispensável para a qualidade dos serviços de saúde em seus atributos de hospitalidade, humanização e acolhimento, além de se perceber como profissionais da saúde.

De profissionais da limpeza à Profissionais do Bem-estar

Ao longo do curso, contamos com uma carga horária dedicada para encontros presenciais em que por meio de vivências pedagógicas, facilitadas pelos profissionais do NASE, problematizamos os temas, somada com a carga horária dedicada às atividades para serem realizadas nas unidades, conforme previsto na proposta pedagógica do curso.

Um dos aspectos que destacamos para o qual dedicamos algumas vivências pedagógicas foi evidenciar para os profissionais da limpeza a sua importância como trabalhador da saúde na UAPS. Além de trabalharmos os temas relacionados ao SUS como política pública, baseado em princípios doutrinários e organizativos, trabalhamos outros aspectos para dar visibilidade à importância de

sua função, tanto para si mesmo, como para os demais profissionais das equipes de saúde da família. É comum uma invisibilidade dos profissionais da limpeza em diversas instituições, públicas e privadas. Como estratégia para serem vistos de forma positiva na UAPS propusemos que os profissionais da limpeza realizassem uma entrevista com os profissionais da assistência (médicos, enfermeiros e dentistas) com perguntas relacionadas ao descarte de resíduos em saúde. E assim, eles entrevistaram esses profissionais com 4 perguntas. 1) Quais as suas preocupações relacionadas ao descarte de material no seu dia a dia de trabalho? E por quê? 2) Quais as suas preocupações relacionadas à limpeza do seu ambiente de atendimento? Por quê? 3) Quais as dificuldades que enfrenta para compartilhar estas preocupações com a equipe de limpeza? 4) Que sugestões têm para melhorar?

A intenção era conhecer o que pensavam os médicos, enfermeiros e dentistas sobre as questões relacionadas a Higiene e Limpeza dos ambientes nas UAPS. Suas respostas seriam subsídios, tanto para nós da gestão conhecer melhor sobre os problemas relacionados ao descarte de resíduos em saúde, como para evidenciar para as equipes, a importância de sua função, e ainda deixar claro para os próprios profissionais da limpeza, a necessidade de normatização de condutas a partir da importância do seu trabalho.

Inspirados na metodologia da pesquisa qualitativa, solicitamos que as respostas aos questionários fossem levadas para os encontros presenciais. Em nossa metodologia trabalhamos com perguntas e respostas sistematizadas em painéis, cujo conteúdo é analisado a partir de uma classificação e categorização, e devolvidos ao grupo no encontro seguinte. Esse procedimento permite aos profissionais ter uma visão geral, incluindo as ideias de todos os profissionais da limpeza do município. Os painéis funcionam como uma ferramenta que permite ao grupo visualizar todas as ideias, ampliando sua percepção a partir da visão do outro, e gerar reflexão sobre os diversos temas abordados.

Este trabalho de sistematização era feito inicialmente em sala de aula, com a orientação dos facilitadores para classificar e categorizar as respostas da turma, em painéis. Todo o material era

recolhido pelos facilitadores e levados para coordenação do NEPS que, por sua vez, sistematizava as respostas de todas as 6 turmas. Este material era incluído no fio condutor de problematização do encontro seguinte gerando maior conhecimento sobre o tema, tanto para nós da gestão, como para os facilitadores e os profissionais da limpeza. Todos nós, juntos, sempre aprendíamos! Segue abaixo uma visão geral dos problemas relacionados ao descarte de resíduos em saúde nas UAPS de Caucaia.

Painel - Descarte de resíduos em saúde de Caucaia

<p>Preocupações relacionadas ao Descarte de Material</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descarte inadequado do lixo; • Ausência de um recipiente adequado para reter o lixo séptico; • Necessidade de regularidade no recolhimento; • Material hospitalar ser descartado junto ao lixo comum: Resíduos hospitalares trazem perigo ao meio ambiente e a população devido aos riscos de contaminação. 	<p>Preocupações relacionadas à Limpeza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de atitude dos profissionais em ver o colega do setor limpando e não se disponibilizar para ajudar; • Há necessidade de uma regularidade maior na limpeza do consultório, bem como provimento de material e uma limpeza geral periodicamente; • A frequência com que a limpeza é realizada: a profissional que executa a limpeza não é assídua no trabalho; • É importante porque o local limpo passa segurança para os pacientes referente aos procedimentos realizados para diminuir os riscos de contaminação.
<p>Dificuldades em compartilhar estas preocupações com a equipe de limpeza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na comunicação, por não compreender em ajudar o próximo; • Falta de EPI'S e rotina de limpeza tipo vacina e sala de procedimento; • Há necessidade de uma coordenação no posto para acompanhamento dos serviços de limpeza bem como conscientização e orientação aos funcionários; • Falta de receptividade por parte de um dos profissionais da limpeza; • Nenhuma, porém falta local apropriado para alguns procedimentos se realizarem. 	<p>Que sugestões têm para melhorar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais serem mais ativos ao que foi delegado a sua função; • Orientação continuada aos funcionários sobre a importância de um ambiente limpo de forma adequada; • Total esclarecimento aos funcionários dos riscos do serviço de prestação de saúde. • Sensibilizar a profissional para o trabalho em equipe.

Fonte: coordenação NEPS Caucaia, 2018.

O painel de respostas dos profissionais entrevistados, compartilhadas nos encontros seguintes, evidenciava para as turmas, a necessidade de melhorar seus processos de trabalho, ao mesmo tempo que valorizava essa função na APS, trazendo a dimensão de sua importância para o bom funcionamento de toda UAPS. Esta estratégia participativa que inclui as ideias de todos, tinha como

efeito gerar compromisso com a mudança porque fazia com que os profissionais se sentissem respeitados em suas ideias e valorizados em sua função. As estratégias de solução e a necessária normatização de conduta não era algo imposto, mas nascia de uma reflexão profunda sobre seus processos de trabalho e as possibilidades de melhoria. Além disso, trazia ricos elementos para compartilhar com a gestão sobre os problemas relacionados ao descarte de resíduos em saúde, tanto em relação aos processos de trabalho das equipes de limpeza, como os insumos necessários e organização de material de limpeza adequado para as UAPS.

Todos esses diálogos trouxeram novos conhecimentos e, ao final do curso, todos expressaram uma compreensão ampliada de sua função e sugeriram que não mais queriam ser chamados de profissionais da limpeza, a visão ampla permitiu com que eles se identificassem e quisessem ser chamados como Profissionais do Bem-estar.

Desenvolvendo a sensibilidade para a percepção estética na construção da ambiência acolhedora

Com o intuito de trabalharmos a percepção estética dos profissionais da limpeza realizamos uma vivência pedagógica trazendo os conceitos do Feng Shui como forma de criar beleza e harmonia nos ambientes. Como atividade de prática profissional orientamos que cada um percorresse todos os ambientes de sua unidade, registrando em um painel, itens relacionados à percepção estética que consideravam feio ou bonito. Solicitamos que preenchessem um quadro com 4 questões: 1) Liste o que considera Feio e Necessário; 2) Liste o que considera Feio e Desnecessário; 3) Liste o que considera Bonito; e 4) O que faria para tornar o ambiente mais bonito, adequado e harmônico.

Geralmente, os espaços públicos são “terra de ninguém”, e a preocupação se limita apenas ao uso do espaço e alguns com sua limpeza. Não há qualquer preocupação com a estética e harmonia, elementos fundamentais para criar uma ambiência acolhedora.

Nossa intenção com esta vivência pedagógica, além de gerar uma reflexão sobre a estética dos ambientes, era desenvolver uma sensibilidade do olhar para os diversos ambientes e despertar para responsabilidade que cada um tem para tornar os espaços mais harmônicos e esteticamente mais bonitos para convivência humana. Ao analisarmos as respostas notamos algo interessante na lista da categoria Bonito. Além de itens relacionados à mobília e estrutura física dos ambientes, incluíram o comportamento das pessoas e a qualidade dos serviços nesta categoria.

O que considera BONITO	Exemplo
O comportamento das pessoas	✓ Humanização no atendimento e acolhimento das enfermeiras e médica
Qualidade de serviços ofertados	✓ Vacina para a população ✓ Lanche para os pacientes
A estrutura física dos ambientes	✓ Mato cortado ✓ Caixinhas de medicamentos da farmácia ✓ Instalações funcionando corretamente

Fonte: Manual 3 Curso Ambiência Acolhedora para UAPS com ênfase na Higiene e Limpeza.

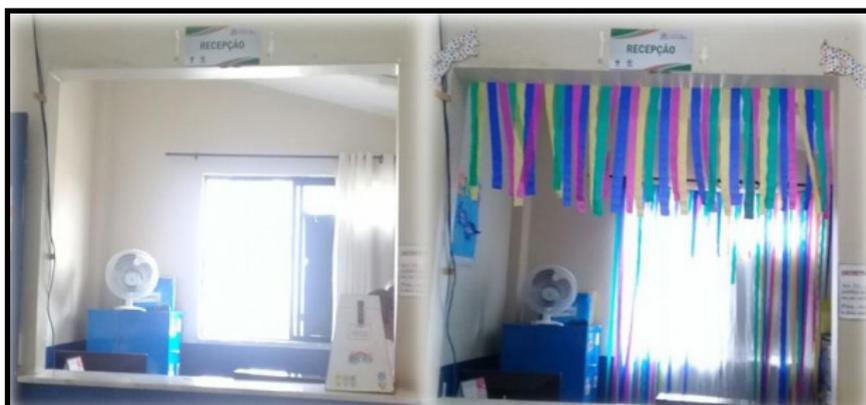
Para os itens listados na categoria Feio, o comportamento humano não foi incluído, tampouco a qualidade dos serviços, porém os processos de trabalho foram citados, quando desorganizados. A percepção dos profissionais permaneceu mais focada nos objetos e na limpeza, conforme observamos no quadro a seguir:

O QUE CONSIDERA FEIO	NECESSÁRIO	DESNECESSÁRIO
• Utensílios sem manutenção	✓ Geladeira da vacina velha e enferrujada ✓ Pastas de arquivo morto no SAME ✓ Cadeiras insuficientes	✓ Bebedouros (sem manutenção, troca do filtro);
• Sujeira e poluição visual	✓ Material de publicidade para população	✓ Mato ao redor do posto; ✓ Anúncios (antigos, vencidos); ✓ Paredes sujas e riscadas; ✓ Pintura velha e pichação;
• Mobília sem uso (Entulhos)	✓ Mobílias (Armários e móveis enferrujados, cadeiras insuficientes)	✓ Cadeiras quebradas ✓ Cadeira de dentista não usada
• Estrutura Física	✓ Estrutura (pias com problemas, luzes queimadas, porta de entrada da recepção)	✓ Área isolada sem serventia
• Processos de trabalho	-	✓ Desorganização de alguns setores

Em relação às sugestões para tornar o ambiente mais bonito, adequado e harmonioso os itens inclusos na categoria foram oferta de serviços, reformas de estrutura, conforto e até reuniões para organização dos processos de trabalho.

O que faria para tornar o ambiente mais Bonito	Exemplos
<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de serviços 	Wi-fi e música ambiente
<ul style="list-style-type: none"> • Reforma do prédio, com aquisição de mobília 	Bancos confortáveis
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene e limpeza 	Limpeza, organização e manutenção
<ul style="list-style-type: none"> • Conforto 	Um som ambiente, plantas
<ul style="list-style-type: none"> • Organização de processos de trabalho 	Reuniões, havendo momentos de descontração e relaxamento.

Fonte: Manual 3 Curso Ambiência Acolhedora para UAPS com ênfase na Higiene e Limpeza.



Antes e depois da Ambiência da UAPS.

Um acontecimento marcante não previsto na matriz curricular relacionado ao tema da estética, beleza e harmonia de ambientes foi uma aula sobre o uso do chá. A necessidade de abordar o tema surgiu a partir de visitas que o prefeito de Caucaia estava fazendo às UAPS do município. Em suas observações, o prefeito notou que os pacientes vinham de longe e chegavam cedo, e que era necessário ao serviço disponibilizar uma “merenda” para estas pessoas. E por sugestão do prefeito um espaço foi destinado em cada UAPS para servir chá, café e biscoitos ao público. Essa simples sugestão gerou vários “problemas” para serem resolvidos nas UAPS. Todos concordavam com a importância de servir o chá com biscoitos, porém havia a preocupação com a higiene, bem como, os tipos de chá, o uso do açúcar, uma vez que havia pessoas com diabetes e hipertensas. Surgiram então, várias questões: será que fazemos chá da maneira correta? Existem técnicas mais apropriadas para fazer chá de acordo com a planta? E o paciente diabético? Quais ervas poderiam contribuir para aumentar ou para diminuir a pressão? De que forma vamos servir o açúcar?



Cantinho do chá.



Oficina de Artesanato.

Convidamos para contribuir com o curso uma nutricionista do NASE, estudiosa do assunto, que se responsabilizou de realizar oficinas com dicas valiosas sobre como preparar o chá ou café, o uso do açúcar e/ou adoçante para os profissionais da limpeza, que eram os responsáveis por fazer o chá e cuidar da higiene do “cantinho do chá”.

Outro aspecto em relação ao tema do chá que preocupou os profissionais era justamente sobre a estética do ambiente, chamado carinhosamente de “cantinho do chá”. Era preciso torná-lo mais bonito e atraente. Convidamos então uma artista e funcionária da SMS que se disponibilizou gentilmente a fazer oficinas de artesanato com uso de materiais reciclados, para confeccionar recipientes para colocar o açúcar e os biscoitos. Fazendo uso de materiais comuns aos ambientes de trabalho como recicláveis, artigos de decoração, vidros, plásticos, fitas, cola, foi realizada uma oficina com o objetivo de ensinar técnicas de confecção de artesanato e decoração de ambientes. Foi um grande sucesso.

Davini (2009) destaca alguns pontos do modo tradicional de interpretar os processos educacionais em serviço, entre eles, a simplificação, que reduz o problema da educação de pessoal a

uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, sem a compreensão substancial de seus enfoques e sem a compreensão estratégica do contexto político institucional de realização; a visão instrumental da educação que pensa processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual, e não como parte de uma estratégia de mudança institucional. Assim, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere que requer flexibilidade em sua condução de forma a ampliar e aprofundar o aprendizado e gerar mudanças efetivas.

Uma ambiência harmônica também depende da segurança do trabalhador: Diagnóstico da situação de resíduos sólidos de Caucaia segundo os profissionais da limpeza das UAPS

Para trabalhar os temas sobre Gerenciamento de Resíduos em Saúde e Biossegurança realizamos um diagnóstico participativo, por meio da elaboração e aplicação de um Questionário com perguntas semiestruturadas, com objetivo de compreender de que forma estava sendo feito o recolhimento, acondicionamento e descarte de resíduos sólidos. Indagamos também sobre o uso e disponibilidade de EPI's; sinalização com lembretes e orientação educativa dirigidas a funcionários e pacientes, e ainda sobre possíveis acidentes envolvendo manuseio de material perfurocortante.

As respostas aos questionários foram recolhidas, e suas respostas analisadas, e seu resultado devolvido aos profissionais nos encontros presenciais. Do total de 81 profissionais participantes do curso, 81% das pessoas responderam. Comentamos a seguir, de forma resumida, os itens do Diagnóstico.

Em relação ao recolhimento do lixo/resíduo nas UAPS, a maioria, 47%, disseram que costumam juntar os lixos/resíduos de todos os setores: (salas: dentista, procedimentos, vacina; consultórios de atendimento), com exceção de material perfurocortante, que recolhem separadamente, e levam para o local de onde vai ser

recolhido da UBS organizando, em separado, por tipo. Outros 40% do total, assinalaram que na cozinha, juntam o lixo comum sem separar e levam para o local de onde vai ser recolhido nas UBS. Constatamos nas respostas que somente 6%, costumam juntar o lixo/resíduo, conforme encontram nas lixeiras de todos os setores (salas: dentista, procedimentos, vacina; consultórios de atendimento) e levam tudo junto para mesmo local, para ser recolhido da UAPS. Apenas 7% informaram que costumam separar o lixo orgânico dos demais tipos: vidro, plástico, papel, metal etc. e levam para os locais de onde vão ser recolhidos, organizando em separado.

O diagnóstico nos mostrava que, no geral, quando se recolhe o lixo/resíduos nas UAPS os profissionais costumam separar apenas o material perfuro cortante. Não foi adotado ainda a separação dos tipos de lixo tais como: orgânico, vidro, plástico etc. Com satisfação percebemos que alguns profissionais já adotam esse procedimento, embora sejam poucos profissionais.

Em relação aos locais de acondicionamento de resíduos constatamos pelas respostas que na maioria das UAPS o lixo/resíduo é recolhido e colocado fora do prédio. Porém, destes, 36%, ficam fora, em locais abertos, e 34% ficam fora, em locais fechados. O questionário também perguntava sobre a periodicidade do recolhimento do lixo nas UBS pelos carros. Percebemos que 44% deixaram esta pergunta em branco, indicando que talvez não saibam responder ou não compreenderam a pergunta. Todavia, dentre as pessoas que responderam constatamos que 16% afirmaram haver um recolhimento semanal, outras 15% afirmaram não ter data certa. Poucos informaram recolhimento, sendo que 5% afirmaram haver recolhimento mensal e 6%, quinzenal.

Sobre as perguntas relacionadas ao recolhimento do lixo contaminado (perfurocortante e infectante) constatamos pelas respostas que a periodicidade de recolhimento deste tipo de lixo varia bastante; 22% dos profissionais afirmaram que o recolhimento é quinzenal, 15% afirmaram ser mensal, e 25% profissionais assinalaram que o recolhimento não tem data certa; apenas 3% assinalaram haver recolha semanal do lixo contaminado.

Sabíamos que a gestão da saúde ainda não disponibilizou EPI para os profissionais da limpeza, e no questionário perguntamos sobre a disponibilidade e o uso desses equipamentos (luvas e botas), para saber até que ponto seu uso seria incorporado. Em suas respostas 44% nos afirmaram que não usam por não ter disponível no seu ambiente de trabalho; 40% responderam que se tivesse disponível usariam todos os dias; apenas 16% afirmaram que teriam dificuldades de usar, e só usariam quando fosse estritamente necessário.

Em relação às perguntas sobre cartazes educativos que comunicam a importância da higienização das mãos nas pias e nos banheiros, devido ao fato de haver muitas respostas em branco, concluímos que não há tais orientações.

Ao final, em relação às perguntas sobre os possíveis acidentes de trabalho relacionados ao manuseio de material perfuro cortante, novamente, tivemos muitas respostas em branco. Contudo dos que responderam, 34 pessoas não tiveram nenhum acidente do tipo. Contudo, 13 pessoas responderam afirmativamente. Das pessoas que sofreram esse tipo de acidente, 9 delas, receberam orientação sobre o que fazer, e apenas duas, não receberam orientação após o acidente. Após esses acidentes as pessoas afirmaram tomar medicação, procuraram fazer exames e foram ao hospital, segundo afirmaram em suas respostas.

Esse diagnóstico mostra uma visão panorâmica dos problemas que a gestão da saúde precisa abordar na melhoria dos processos de trabalho envolvendo recolhimento, acondicionamento e descarte de resíduos em saúde. É um tema que tem uma normatização e, normalmente o ambiente hospitalar costuma ser priorizado. Mas a qualidade do serviço, sobretudo, no que se refere à humanização está relacionada a um ambiente não apenas agradável, mas livre de contaminações e riscos à saúde dos trabalhadores e dos usuários. Quando abordamos o tema Biossegurança elaboramos círculos de diálogo com objetivo de identificar os principais tipos riscos tais como: físico, químico, biológico, acidentes, ergonômico a que os profissionais da saúde estavam expostos. Problematicamos este tema abordando a saúde do trabalhador e a importância do uso de

EPIs, bem como, esclarecendo as responsabilidades individuais e da gestão, na prevenção de tais riscos.

Um risco comum e pouco observado nos ambientes das UAPS envolve a presença de criadouros do mosquito *aedes aegypti*. Os Agentes de Combate as Endemias (ACE) fazem parte das equipes de trabalhadores da APS, porém ainda há pouca integração entre esses profissionais e as equipes de saúde da família. Uma das atividades que propusemos nas UAPS foi uma parceria com os ACE para fazer uma visita de inspeção nos diversos ambientes das UBS para averiguar possíveis locais como criadouros de focos do mosquito. Este foi um trabalho de integração em que as atividades educativas com orientações sobre a prevenção da dengue e a eliminação de focos do mosquito foram realizadas com sucesso em quase todas as UAPS.

Normatização de condutas para garantia de ambientes saudáveis e livre de contaminações: produtos de gestão

Todo processo formativo gerava um rico aprendizado, não apenas para os profissionais da limpeza, mas para os facilitadores do NASF que não tinham familiaridade com os temas relacionados à biossegurança e saúde do trabalhador, e sobretudo, para gestão da saúde.

Para normatizar a rotina desses profissionais convidamos a turma de facilitadores para elaborar em sala de aula com a participação dos alunos, procedimentos operacionais padrão (POP) para higiene e limpeza dos ambientes: banheiro, consultório odontológico, sala de vacinas, sala de expurgo, sala de procedimentos, sala de esterilização e cozinha.

Propusemos então atividades pedagógicas em que a partir da sugestão e análise de como procediam, normalmente, antes do curso, com a limpeza de cada ambiente. Problematizamos os procedimentos utilizados articulando os conceitos de contaminação e risco já abordados. A partir disso os procedimentos eram repensados e refeitos, apresentando uma normatização de como realizar o

procedimento da forma segura e livre do risco de contaminação. Ao final, os facilitadores, mediante visitas as unidades validaram 7 POP's, um para cada ambiente das UAPS, que foram disponibilizados para gestão da APS de Caucaia.

Ao final do processo formativo todos nós tínhamos aprendido uns com os outros e saímos mais ricos em conhecimento. Era preciso celebrar! Propusemos um Evento com uma Mostra de Aprendizagem, ocorrida no dia 14 (catorze) de dezembro de 2018. O Evento tinha por objetivo compartilhar a aprendizagem coletiva gerada a partir do tema: Acolhimento na APS: a contribuição dos profissionais operacionais de higiene e limpeza. Foi um Evento com muitas surpresas, uma tarde intensa com atividades dedicadas para os profissionais da limpeza e os facilitadores apresentarem aprendizados e celebrarem a conclusão da formação.

Cada turma em cada distrito foi orientada a apresentar de forma lúdica e criativa o que consideraram de relevante no aprendizado no decorrer do curso. Houve apresentação de cordel, paródia, danças folclóricas, depoimentos emocionantes, cartazes e apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) já validados.

Consideramos fundamental na Educação Permanente em Saúde essa porosidade à realidade mutável e mutante do cotidiano de profissionais e serviços de saúde e, conseqüentemente, sua ligação política com a transformação do perfil profissional da saúde pública e de serviços, a partir de uma atitude reflexiva que conduza a autoanálise, autogestão e experimentação. (CECCIM, 2005).

Aprendemos juntos com os profissionais do Bem-Estar

O curso teve início em maio de 2018, com noventa e cinco profissionais matriculados e finalizamos em novembro deste mesmo ano, com 81 aptos a serem certificados. Dos profissionais que estavam impossibilitados de serem certificados, dois foram por desistência do curso alegando motivos particulares, e 12 por não cumprirem a carga presencial mínima exigida (75%).



Aulas do curso de Ambiência Acolhedora.

Todo processo de aprendizado em EPS envolve vários atores e etapas. Entre os atores tivemos a colaboração dos profissionais da vigilância ambiental e dos facilitadores de cada turma, além do acompanhamento da coordenação distrital de Caucaia e da colaboração do coordenador do almoxarifado com quem tivemos várias reuniões para tratar da distribuição de materiais de limpeza.

Os serviços de saúde são organizações complexas e a aprendizagem significativa em serviço se constitui caminho não linear, complexo, que favorece adesão e engajamento dos trabalhadores. Nossa abordagem foi pautada no conhecimento emergido das situações as quais envolvemos os profissionais no seu cotidiano de trabalho, razão pela qual a torna importante para a transformação do SUS e para o desenvolvimento dos profissionais. (SOUSA et al., 2015). A Educação Permanente em Saúde, portanto, está carregando a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho, e até a formação, em pauta de análise objetivando construir espaços coletivos para a reflexão, avaliação e ação (ALMEIDA, 1999; BALBINO et al., 2010).

Entre as etapas, destacamos o valoroso trabalho de imersão no serviço para subsidiar a elaboração de fios condutores de problematização das rotinas e processos de trabalho, no decorrer da

execução do curso. Foi um processo formativo bastante dinâmico, complexo e que exigiu por parte da equipe de Educação Permanente em Saúde experiência, profundo conhecimento dos processos de trabalhos, extensa e boa parceria entre atores envolvidos e, por fim, tempo e dedicação

Foram muitas perguntas, e muitas respostas compartilhadas gerando ricas reflexões sobre realidade vivida e os processos de trabalho com a maior precisão possível, sobre as multirealidades encontradas, desafios, conquistas e propostas de interferir de maneira positiva, proativa e interdisciplinar nos processos de trabalho. A lição que fica é que todos ganham com o aprendizado coletivo, todos ganham quando reconhecem que têm muito para aprender uns com os outros. Todos ganham, quando sabiamente, valorizam-se uns aos outros e criativamente se disponibilizam para trabalhar juntos, e mudar o que é preciso.

É a educação no serviço e para o serviço. “No serviço”, porque está imerso na imensa capilaridade e vastidão de atos e atores que fazem o cotidiano do trabalho na saúde pública. Cenário este recheado por muitas realidades, tanto de encontros quanto desencontros. “Para o trabalho”, pois esse espaço de debate, diálogo, pesquisa, exposições, partilha, comunicação, ensino e aprendizagem tem como foco resolver problemas levantados a partir do trabalho. O processo de ensino-aprendizagem envolve dinamicidade, domínio e criatividade. Dinamicidade porque está em constante movimento. Exige por parte de quem pratica o domínio, seja de conteúdo ou de técnicas pedagógicas e didáticas. E criatividade porque todo processo precisa ser degustado, apreciado, experienciado. Criado. Vivido.

Rubem Alves entendeu bem essas facetas do processo ensino-aprendizagem. Quando escreve “Eu quero desaprender para aprender de novo [...]” registra o autor a necessidade precípua de que esse processo deve partir do indivíduo enquanto protagonista principal que percebendo-se incomodado aceita o desafio de aprender de novo. Mesmo que para isso, seja inevitável revisitar e mudar antigos aprendizados: “[...] raspar as tintas com que me pintaram.”

Conclui de forma brilhante: “Recuperar sentidos”. Todo o processo ensino-aprendizagem está envolto numa atmosfera de que o fazer só traz significado quando precedido do ser. É exatamente aqui, no ser, que reside a essência: fazemos porque somos. Somente assim encontra-se o SENTIDO, ou melhor, parafraseando Rubem Alves, recupera-se o sentido.

O curso *Ambiência Acolhedora* em UAPS com ênfase na higiene e limpeza segundo percepção da equipe do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e relatos dos participantes, ofereceu oportunidade para “desaprender para aprender de novo”, “raspar as tintas [...]” e “recuperar sentidos”. Por ocasião da Mostra de Aprendizagem realizada no final do curso em dezembro de 2018, todas as turmas foram convidadas a apresentar seu aprendizado. Cada turma preparou seu trabalho de forma criativa. Houve dança, pintura, cordel e paródia. Destacamos alguns trabalhos que traduz esta renovação de sentidos do aprendizado.

Paródia

Música: Dança da Vassoura,

Banda Molejo.

Autores da paródia: Jacy Amadeu da Silva e Lais gomes Araújo.

*Diga aonde você vai
que vou limpando
Diga aonde você vai
que vou limpando
Vou varrendo, vou limpando
Espanando, higienizando
Eu chego aqui pela manhã
Tem paciente de montão
Eu priorizo a recepção
E antecipo o serviço então
Início com a faxina
no consultório da doutora
Segundo os padrões
de nossa supervisora*

*A sala de vacina
nos pede mais atenção
Não passo a vassoura,
só uso o pano de chão
Chego no ambulatório
para a limpeza matinal
Curativo, glicemia
e pressão arterial
Lugar de movimento
sempre muito frequentado
Por isso vou manter
sempre limpo e
higienizado
Varre pra esquerda,
varre pra direita
Elimino a poeira,
a limpeza é de primeira
Somos o apoio operacional
Curso de Ambiência
nos formando e
preparando
Educando e incentivando
um profissional ideal.*



Eu sou importante! Eu faço parte do SUS!

Autoras: Josiene gomes e Luciana Silva (Distrito 3)

Este curso começou com muita apreensão!

Todo mundo preocupado qual seria a intenção

Participar de um curso desse com uma dor no coração

Será que serviços gerais é mesmo importante ou não?

Logo no primeiro dia vimos tudo diferente

Falamos de nossas histórias

O que nos deixou contentes

Tivemos uma surpresa, uma grande satisfação

Em saber que os facilitadores nos ensinaram com atenção ... aprendemos que em nossa Unidade existe o feio e o belo

e que depende de nós tudo ficar mais singelo

pois gentileza gera gentileza

Se tratarmos todos bem

Tudo ficará uma beleza

amizades foram feitas ao longo de nossos encontros

Toda quarta feira tinha sempre um encanto ...

A criação do SUS chamou muita atenção

Trazendo saúde a todos sem nenhuma distinção

Um sistema único e organizado levando prevenção

E saúde para toda a nação

É uma pena que, muitas vezes, seja apenas uma ilusão

Mesmo tendo leis que protegem o cidadão, seus direitos são negados sem nenhuma explicação.

No entanto, reconhecemos que muita coisa mudou

Não só par ao usuário, mas para o colaborador.

No Seminário aprendemos a importância de reciclar e Luzia nos ensinou materiais reutilizar

...num dia de empolgação

Pessoas inteligentes não jogam lixo no chão!

Preservar é nossa obrigação!

Secretaria precisamos de EPI's para nossa proteção, material suficiente nunca deve faltar

Com boa qualidade pro posto limpo ficar!

O que realmente mudou foi nossa forma de pensar

Crescemos em autoestima e nos importamos com o que realmente é para se importar

Mesmo trabalhando com rodo, vassoura e pano de chão e pá, entendemos que não importa a função, reconhecemos que somos importantes onde quer que fomos atuar

Fica aqui a esta equipe a nossa gratidão, nos restou aprendizado e muita renovação.

Sigamos limpando as UBS com muita dedicação, reconhecendo que somos importantes dentro e fora de nossa função

Boa tarde a todos
apresentação,

Ao longo desses meses de curso e os
encontros adquirimos muitos conhecimentos,
trocamos experiências e fizemos amigos
construímos não só um novo grupo mas
uma nova família. Certeira.

Nos fazemos parte do "SUS", sem
somos profissionais da saúde tbm, pq.
a cada dia fazemos o nosso trabalho
com cuidado, responsabilidade e
dedicação pois se o médico atende,
o enfermeiro e os técnicos e o pessoal
do Samu fazem seu trabalho e pq.
nós antes entramos com a limpeza,
pois um ambiente limpo fica agradável

Trecho de carta de apresentação dos profissionais que participaram do curso de Ambiente Acolhedora com ênfase na Higiene e Limpeza durante a Mostra de Aprendizagem em dezembro de 2018.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- BALBINO, A. C. at all. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 249-266, jul./out. 2010.
- BRASIL. **Portaria GM/MS no 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1ª ed. rev. Brasília, 2018.

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

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.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. IN: 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: Ministério da Saúde, 2006.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde:** apoio Paideia e formação. Tese 2012. (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

GIGANTE; L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 747-763, set./dez. 2016.

SOUSA, F.L; PONTE, M.A. C; LINHARES, A.K.N; CAVALCANTE, A.N;DIAS, M.S.A;SOARES, C; TAJRA, F.S; TEIXEIRA, E.H. A Política Municipal de Educação Permanente em Sobral- CE, in SANARE, v 7, n. 2, p 14-22, jul./dez. 2008

TEIXEIRA, M. S. S.; ROCHA, I. R.; FEIJÃO, R. F. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de sobral (CE). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Vol. 3, Nº 1, Ano E, 2015.

CAPÍTULO 15

AMBIÊNCIA ACOLHEDORA NO ATENDIMENTO DA FARMÁCIA EM SUA INTERFACE COM A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAUCAIA

Maria Iracema Rocha de Andrade
João Carlos Barbosa Cavalcante
Maria Idalice Silva Barbosa

O desenvolvimento de medicamentos é um aspecto fundamental para o controle de doenças e contribui com a melhoria da qualidade de vida da população e com o aumento da expectativa de vida de indivíduos e grupos populacionais. Por outro lado, gera uma demanda sempre crescente por novos medicamentos e inovações tecnológicas no setor. Este cenário requer um gerenciamento efetivo que garanta o acesso de tais medicamentos à população, uma vez que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, conforme assegura nossa Carta Magna Constitucional.

A Política Nacional de Medicamentos busca superar a visão restrita da Assistência Farmacêutica (AF) com foco apenas no medicamento ao integrá-la à rede de serviços de saúde como política pública do SUS. Para isso, assume como finalidade “a garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos; e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais”. (BRASIL, 2014, p. 26). E, conforme esclarece Pupo (2014), a AF possui componentes de natureza técnica, política, científica e administrativa nas redes de atenção à saúde, se apresentando, portanto, como uma estratégia para o sistema de saúde. (PUPO et. al., 2014).

Seguindo essa diretriz a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2004, engloba todo um conjunto de ações que coloca o medicamento como um insumo essencial, com uso racional e garantias de acesso. Envolve, para isso, ações de promoção, proteção e recuperação à saúde. Esta visão ampla da AF no Brasil pressupõe investimentos para o desenvolvimento científico, tanto por meio de pesquisas, como da própria produção de medicamentos e insumos. Esta produção, por sua vez, requer seleção de medicamentos, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade (produtos e serviços), avaliação de sua utilização em termos de resultados na melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2014).

Segundo analisa Bruns, a gestão da AF se apresenta hoje como um dos maiores desafios na área da saúde devido ao seu alto custo e grau de complexidade, uma vez que envolve, além de componentes assistenciais, técnicos, logísticos e tecnológicos, abrangendo também, aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais. Somado a isso, ainda convivemos com a baixa qualificação dos serviços farmacêuticos, um aumento crescente da demanda de medicamentos pela população, escassez e má gestão dos recursos públicos (BRUNS, 2014). Nesse contexto, conforme alerta Ali (2009), administrar a escassez de recursos, consolidar a gestão dos processos envolvidos da AF no Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial para maior disponibilidade e, conseqüentemente, uma maior acessibilidade dos medicamentos pela comunidade (ALI, 2009).

No município de Caucaia a AF é realizada pela Divisão de Assistência Farmacêutica (DIASF), vinculada à Secretaria de Saúde, e abrange toda a logística e gestão de insumos e medicamentos dos programas relacionados à atenção primária, atenção secundária ambulatorial, envolvendo a rede de saúde mental com os CAPS, e o componente especializado do Ministério da Saúde.

Os nós críticos no serviço ofertado pela DIASF em Caucaia desembocam, em grande medida, no atendimento aos usuários nas farmácias, seja nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS), que atualmente, são acolhidos em 46 UAPS, como também, nos

serviços especializados da rede, como os dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os atendentes de farmácia são os responsáveis por atender os usuários e realizar todos os processos envolvidos na logística e gestão dos medicamentos dentro das farmácias nas UAPS. Na DIASF, nossa inquietação era grande devido aos inúmeros questionamentos advindos por estes profissionais, que sempre nos traziam dúvidas, tanto em relação à condução de determinadas situações que vivenciavam em sua prática profissional, como no tocante a conhecimentos técnicos, que geravam certa insegurança para lidar, diariamente, com suas atividades de rotinas nas farmácias das UAPS.

Nós da DIAF reconhecíamos que a melhoria do cenário da AF em Caucaia estava atrelada à formação de pessoal. Como já alerta Garcia (2012) a contratação de profissionais com exigência de certificação de curso técnico de farmácia contribui para uma seleção de profissionais com melhor capacidade técnica, contudo, como esclarece o autor, mesmo contratando profissionais com este nível de formação, ainda é necessário que, ao ingressarem no sistema, sejam capacitados, sobretudo, para o desenvolvimento de habilidades de comunicação com o paciente e com os demais membros da equipe multiprofissional. Infelizmente essa não era a realidade da AF de Caucaia. O município conta com profissionais de nível médio, porém sem a formação técnica em farmácia.

A partir da nova gestão municipal, iniciada em 2017, esta situação começou a melhorar quando houve a implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), na secretaria de saúde, oportunizando a DIASF a contar com um apoio para capacitação de seus profissionais atendentes de farmácia. Foi neste cenário que iniciamos a parceria entre o NEPS e a DIASF, e os atendentes de farmácia foram inclusos, como público, do Curso de Ambiência Acolhedora para Unidades de Atenção Primária em Saúde com ênfase no atendimento da farmácia.

O Curso de Ambiência Acolhedora para UAPS envolvia os profissionais do nível médio da APS, e tinha uma proposta operativa embasada em três pilares: a Humanização do cuidado em saúde, a

resolutividade do serviço em seus fluxos e itinerários e a construção de uma ambiência acolhedora no serviço da APS de Caucaia. Os problemas relacionados ao atendimento aos usuários era a questão central a ser abordada nessa formação, com o foco na Humanização, programada para acontecer de forma integrada e concomitante a outros dois cursos, envolvendo a recepção do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e as equipes de limpeza das UAPS, profissionais de nível médio da APS.

Este curso, por integrar a formação ampla já tinha, portanto, uma proposta de matriz curricular comum para estas 3 categorias. Reconhecendo que a melhoria do atendimento na farmácia no sentido da humanização envolve a resolutividade e, portanto, requer abordar os problemas específicos da AF do município, buscamos integrar ao curso temas pertinentes à Assistência Farmacêutica. Com esta finalidade firmamos uma parceria entre o NEPS e a DIASF direcionada para elaboração de competências específicas, visando abordar as necessidades de aprendizagem que o cenário da AF vivia no município.

Seguindo a diretriz de integrar ensino-serviço-comunidade, realizamos um trabalho com duração de, aproximadamente, dois meses, assegurando incluir as necessidades de aprendizagens apontadas, tanto pelos coordenadores da DIASF, como pelos próprios atendentes de farmácia. Elaboramos, em conjunto, uma matriz curricular com temas geradores e objetivos de aprendizagens contemplando temas específicos da Assistência Farmacêutica.

A escuta qualificada na integração ensino-serviço-comunidade

Neste trabalho de análise de contexto para desenho da matriz curricular integrada, percebemos que as inquietações vividas pelos coordenadores da DIASF envolvendo o atendimento ao público tinham relação direta com as deficiências relacionadas a operacionalidade do serviço, relacionadas ao recebimento e armazenamento de medicamentos, incluindo sua dispensação. Era preciso padronizar procedimentos, que deveriam estar de

acordo com padrões de normatização a serem seguidos em todas as farmácias das UAPS. Percebemos que embora já existisse um padrão de normatização e condutas para os processos de trabalho nas UAPS de Caucaia, havia uma discrepância em como cada atendente de farmácia conduzia em sua prática diária.

O curso de Ambiência Acolhedora para UAPS com ênfase no atendimento em Farmácia se propunha a suprir um déficit na aprendizagem desses profissionais, tanto no conhecimento sobre o SUS, como na condução do atendimento humanizado, incluindo, questões práticas em seu trabalho diário, realizado ainda sem a unificação das normas e rotinas nos processos técnicos das atividades nas farmácias.

Do mesmo modo como aconteceu no desenho dos demais cursos voltados para o nível médio na APS, além de ouvir a percepção dos coordenadores do serviço da DIASF, nós do NEPS, entrevistamos os profissionais atendentes de farmácia, buscando compreender sua visão sobre os problemas enfrentados em suas rotinas.

Em seus relatos, os atendentes de farmácia viviam problemas semelhantes ao que acontecia com os profissionais do SAME e os responsáveis pela limpeza, porque, como eles, eram pessoas que ingressavam no serviço nas UAPS da mesma forma, por meio de seleção pública, com requisito do ensino médio, e que não recebiam nenhum tipo capacitação para o trabalho. A aprendizagem acontecia de maneira informal no serviço, com base no repasse de informações e procedimentos recebidos dos próprios colegas que tinham maior experiência, e que se dispunham a ensinar aos que chegavam, o que dificultava o trabalho da DIASF.

Em nossas entrevistas com estes profissionais constatamos que as questões que nos apresentavam eram condizentes com os relatos feitos pelos profissionais da DIASF, acrescidas de problemas relacionados com as prescrições que recebiam no dia a dia. Tais problemas tinham relação direta com as dificuldades do serviço, sobretudo, dos médicos, em lidar com o elenco de medicamentos que compõe a lista disponibilizada para a Atenção Primária do SUS. Constatamos que os problemas mais enfatizados por esta categoria

foram relativos às prescrições médicas. Eram problemas que iam desde a letras totalmente ilegíveis, que dificultavam a dispensação correta, até questões relacionadas às dificuldades dos médicos para lidar corretamente com o elenco dos medicamentos, próprio da APS, em conformidade com a apresentação desses medicamentos. Assim, por exemplo, era comum chegar aos atendentes prescrições feitas com os nomes de remédios que tem apenas nas farmácias comerciais, e não nas farmácias das UAPS, gerando dúvidas e conflitos para os pacientes, e muitas vezes, para os atendentes, sobretudo, para aqueles que também ainda não estavam totalmente familiarizados com a lista de medicamentos das UAPS.

Conforme Correr (2014), o uso racional de medicamentos requer uma série concatenada de eventos como condição de êxito nos resultados terapêuticos do uso de medicamentos. Correr descreve 5 etapas fundamentais nesta série de eventos, ao final da qual, podem ser alcançados os resultados terapêuticos desejados. São elas:

- Definição clara do objetivo terapêutico do uso do medicamento;
- Prescrição do medicamento apropriado, de acordo com dados de eficácia, de segurança e de adequação ao indivíduo;
- Adequação da prescrição quanto à forma farmacêutica e ao regime terapêutico;
- Disponibilidade do medicamento de forma oportuna e acessível de acordo com critérios de qualidade exigidos.
- Dispensação em condições adequadas, com orientação ao usuário. (CORRER, 2014, p. 37).

Ora, o uso racional de medicamentos é uma das finalidades mais importantes da Assistência Farmacêutica. Para Correr, este uso consiste “em maximizar os benefícios obtidos pelo uso dos fármacos, em minimizar os riscos decorrentes de sua utilização (acontecimentos não desejados) e em reduzir os custos totais da terapia para o indivíduo e a sociedade”. (CORRER, 2014, p. 38). Disto depende o seguimento correto desta série de eventos descrita acima, e exige, não apenas a disponibilidade do medicamento, mas um trabalho articulado de diversos profissionais da rede de serviços do SUS. Ao serem indagados sobre suas dificuldades cotidianas

no serviço das farmácias ouvimos uma série de dificuldades por parte de toda a rede de serviços, e não apenas dos atendentes, em dar continuidade a estas etapas na garantia do uso racional dos medicamentos na APS do SUS, vale ressaltar.

É comum na rotina das UAPS os atendentes de farmácias receberem receitas sem a data, o nome e/ou carimbo do médico, ou mesmo, a origem da receita. Isso gera sérios problemas favorecendo a desconfiança sobre a veracidade da receita, gerando conflitos que podem prejudicar os usuários. Claro que isso requer uma busca por corrigir tal problema, que acaba gerando conflitos com os usuários. Exemplo disso acontece quando o atendente recebe prescrições sugerindo concentrações que, muitas vezes, não estão de acordo com a apresentação dos remédios disponíveis nas farmácias das UAPS. Isso acaba por causar confusões entre as orientações feitas pelos médicos e as adequações que os próprios atendentes têm que fazer para dispensar a quantidade correta, conforme prescrições, adequando à apresentação dos medicamentos que dispunham em estoque, de acordo com suas posologias.

Uma questão semelhante relacionada ao tema que causa confusão no momento da dispensação é o atendente receber prescrições com sugestões de quantidades de caixas para um determinado tratamento, não condizendo com a quantidade adequada do medicamento a ser dispensado. Isso causa desentendimentos com a população porque o paciente se atém e exige a quantidade especificada na prescrição, e o atendente, por sua vez, busca dispensar a quantidade adequada, conforme preconizado na literatura, seguindo a orientação recebida dos profissionais da DIASF.

A dispensação dos medicamentos de uso contínuo na APS também é motivo de preocupações. Segundo relatam os atendentes, acontece por vezes, de alguns prescritores especificarem somente a quantidade de medicamento para tratamento mensal. Isso é motivo de conflitos na dispensação para os meses subsequentes porque, uma vez que a prescrição tenha sido dispensada para o período de 30 dias, já não é mais possível receber o medicamento durante

o período de 6 meses, o tempo mínimo necessário na APS para o paciente portador de condições crônicas, retornar ao médico, para acompanhamento dos casos de doenças como a hipertensão e a diabetes. E quando no mês seguinte o paciente precisa retornar, fica complicado a dispensação dos medicamentos que exige renovação da receita e nova consulta, causando problemas na agenda dos profissionais.

Ainda com relação a este tema ouvimos dificuldades relacionadas aos medicamentos antimicrobianos (anti-inflamatórios), cujas prescrições são realizadas, por vezes, em desacordo com a Portaria 344/88, que orienta a prescrição de tais itens em receituário de controle especial com identificação do local onde foi prescrito. Segundo contam os atendentes de farmácia, é comum receber tais medicações feitas em receituários comuns, sem a devida identificação, dificultando a dispensação do medicamento, sobretudo, quando o medicamento falta em determinada UAPS e o paciente precisa receber em outra.

A infraestrutura das farmácias nas UAPS foi também abordada como alvo de dificuldades pela categoria. Como alguns prédios são alugados, os espaços destinados às farmácias nas UAPS nem sempre atendem as normatizações arquitetônicas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Temos relatos de dificuldades quanto ao tamanho do espaço. Há alguns em que não é possível acomodar a geladeira de insulinas, que acaba sendo colocada em outro ambiente na UAPS, acarretando demora na dispensação aos pacientes. Dificuldades também quanto à localização da farmácia dentro do prédio da UPAS que dificulta a comunicação com os usuários, porque em alguns casos, à tarde, as janelas que permitem a dispensação de medicamentos, ficam totalmente expostas ao sol, obrigando as pessoas também ficarem expostas ao sol para esperar o atendimento. E, por fim, também foi mencionado pelos profissionais problemas envolvendo seus processos de trabalho nas farmácias. Eles expressaram suas apreensões sobre a informatização do serviço com o uso do Sistema Hórus. Com a instalação do sistema, algumas farmácias terão que ser adaptadas em termos de espaço, pois a

obrigatoriedade de registro causará mais demora na dispensação da medicação, tornando o tempo de espera bem maior, formando filas. O tempo de dispensação dos medicamentos será maior com o uso do sistema Hórus, esclarecem eles, porque o computador fica localizado numa mesa, enquanto que, na maioria das farmácias, há um pequeno balcão de dispensação, geralmente, numa altura apropriada para pessoas em pé. O atendente terá que localizar o medicamento nas prateleiras, registrar a dispensação no sistema no computador, localizado no birô, e somente depois, levantar-se para dispensar o medicamento, no espaço destinado à comunicação com o público para isso. Isso traz uma questão importante para ser equacionada com a implantação do sistema informatizado e o padrão de arquitetura de comunicação com o público, padronizado nas farmácias das UAPS.

Fazendo o melhor dentro dos limites – a farmácia também é um lugar de organização e acolhimento

Toda esta análise do cenário nos trouxe um aprofundamento nos problemas enfrentados pela AF no município que afetavam todo fluxo de serviços da rede relativa aos medicamentos das farmácias das UAPS. Essa leitura foi fundamental porque nos deu uma clareza sobre os limites do curso, com o foco no acolhimento e já nos sinalizou a necessidade de outras formações, envolvendo não apenas os atendentes de farmácia, mas outros profissionais da rede de serviço com o foco no uso racional de medicamentos visando a melhoria da AF no município.

Com base no cenário traçamos as competências, os temas geradores, objetivos de aprendizagem com seus fios condutores de problematização, considerando que os problemas enfrentados extrapolavam o escopo de responsabilidade dos atendentes de farmácia.

Reconhecemos que o bom desempenho de seu trabalho está fortemente imbricado com os serviços em toda a rede, o trabalho dos diferentes profissionais prescritores, bem como, as questões

relacionadas à informatização do serviço, e o modo como este trabalho será organizado. Abordar todo o problema exigirá envolver, posteriormente, os médicos para tratar do assunto no que diz respeito a adequações de procedimentos, os profissionais da informática, na implantação e capacitação para o uso do sistema Hórus.

Todo este trabalho relacionado ao desenho de currículo nos dava clareza sobre que competências e temas deveríamos incluir, e também quais limites eram ainda impostos pelo cenário. Cada matriz curricular proposta para as categorias de nível médio no Curso de Ambiência Acolhedora para UAPS, nos proporcionava mais nitidez sobre a natureza complexa dos serviços em suas imbricações, ou seja, todas as funções estão interrelacionadas e o bom desempenho de um depende do outro, nos fazendo pensar sobre a grande relevância do pensamento sistêmico para compreender e propor soluções visando a melhoria dos serviços em rede do SUS.

Para avançarmos no trabalho de melhoria dos serviços na DIASF partimos na certeza que o curso seria apenas um primeiro passo. Era preciso ainda um trabalho direcionado para melhorar, desde a estrutura física das farmácias que, muitas vezes, não era a melhor em função da arquitetura dos prédios em que algumas UAPS funcionavam, até problemas relacionados às competências médicas, nas prescrições adequadas para o serviço de APS.

A formação proposta, embora com limitações, seria um avanço para melhorar este quadro. Como competências para os atendentes de farmácia delineamos que, ao final do curso, os atendentes de farmácia deveriam ser capazes de:

- Organizar sua Rotina de trabalho na Farmácia agindo com resolutividade frente aos problemas cotidianos.
- Articular suas responsabilidades na atenção primária à rede de serviços de saúde do SUS em seus diversos níveis de atenção;
- Acolher de modo adequado pessoas em sofrimento psíquico;
- Organizar o funcionamento da farmácia de acordo com os POPs;
- Organizar e orientar adequadamente o fluxo de recebimento e dispensação de medicamentos na atenção primária do SUS.

A partir dessas competências traçamos temas geradores específicos para a categoria profissional, integradas aos temas comuns do Curso de Ambiência Acolhedora para UAPS. Segue abaixo a matriz curricular, conforme certificação:

MATRIZ CURRICULAR ATENDENTES DE FARMÁCIA

DISCIPLINA	Carga Horária	
Temas Comuns	1. Políticas Públicas do SUS	8 h/a
	2. Princípios Doutrinários do SUS	8 h/a
	3. Princípios Organizativos do SUS	8 h/a
	4. Empatia e Simpatia nas Relações interpessoais	8 h/a
	5. A gentileza no atendimento ao público e a gratidão nas relações interpessoais	10 h/a
	6. Comunicação Não Violenta	8 h/a
Temas específicos para categoria	7. Princípios de Farmacologia	16 h/a
	8. Aquisição de medicamentos	8 h/a
	9. Recebimento e armazenamento	10 h/a
	10. Dispensação e entrega de medicamentos	8 h/a
	11. Sistema Horus	8 h/a
Carga horária	120 h/a	
Atividades de Prática Profissional	60 h/a	
Carga Horária Total	180 h/a	

Todos os temas seguiam a metodologia adotada pelo NEPS. Resgatamos a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), abordamos as políticas públicas da saúde, os princípios e diretrizes do SUS e seu funcionamento em rede e a Política Nacional de Humanização. Trabalhamos aspectos técnicos de fluxos e processos de trabalho, momento em que foram revisados, avaliados e validados os Procedimentos Operacionais padrão (POPs) às rotinas, e relacionadas ao serviço de farmácia das unidades. Embora o Sistema Hórus estivesse previsto na matriz, ainda não foi possível realizar as aulas desta disciplina que aguarda finalizar o processo de informatização das farmácias das UAPS.

Para viabilizar o curso foi necessário envolver os farmacêuticos da DIASF na equipe de facilitadores. Contávamos com a equipe de profissionais do NASF nesta condução, porém havia apenas uma farmacêutica para todas as equipes do NASF-AB de Caucaia. Precisávamos formar todos atendentes de farmácia das 46 UAPS, e as aulas do curso precisavam da mediação dos farmacêuticos nos temas específicos. A equipe do NEPS então convidou para compor a equipe de facilitadores, os farmacêuticos do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Divisão de Assistência Farmacêutica (DIASF), tendo ainda participação de um profissional da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) sediada no município.

A Farmácia das UAPS: uma ambiência de acolhimento e organização

Um dos temas vivido durante o curso que resultou em melhoria na ambiência para as farmácias resultando em ferramentas de gestão foi a revisão e validação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) relativos a aquisição, recebimento, armazenamento e dispensação de medicamentos. Abordamos este tema como atividade prática e fizemos uma validação dos POP's realizada pelos próprios atendentes de farmácia, sob acompanhamento e supervisão dos farmacêuticos que facilitavam o curso.

Esse procedimento de validação foi feito, cuidadosamente, em sala de aula com objetivo de maior apropriação por parte deles em relação à normatização contida nos POPs. Durante os encontros presenciais, direcionados por uma vivência pedagógica, solicitamos primeiro que os profissionais fizessem uma leitura atenciosa verificando se a descrição do POP está conforme o item "O que deve conter um POP?". Em seguida orientamos para comparar a rotina de trabalho deles com os procedimentos indicados nos POPs correspondentes. Por fim, a orientação era para identificar as não-conformidades no uso do POP, e esclarecer os motivos que ocasionam estas inconformidades, destacando as consequências para o serviço. Com esta atividade proporcionamos uma reflexão sobre a adequação de suas práticas, tanto de forma individual, como

coletiva, gerando uma compreensão da necessidade da normatização do serviço e uma apropriação dos POP's e das normas.

Para facilitar o entendimento do POP de Armazenamento, utilizamos como fundamento teórico os conceitos descritos por Storpirtis (2008). Há vários aspectos que se devem ter em mente para um bom armazenamento de materiais. Para o armazenamento de medicamentos, podem-se seguir estes critérios:

- Armazenar os produtos por forma farmacêutica;
- Armazenar os produtos pelo nome do princípio ativo em ordem alfabética rigorosa, da esquerda para a direita;
- Observar o empilhamento máximo permitido para o produto (ver recomendações do fabricante);
- Observar a temperatura ideal na qual o produto deve ser armazenado;
- As caixas que forem abertas devem ser riscadas, indicando a violação, a quantidade existente anotada, e, em seguida, a caixa deve ser lacrada.

As áreas de armazenamento devem, portanto, serem identificadas de acordo com o grupo, e os produtos armazenados de maneira que permita a perfeita visualização do nome, número de lote e prazo de validade. Assim, como regra adotamos que aquele medicamento que for vencer primeiro, deve estar à frente e do lado esquerdo. As áreas que abrigarão os materiais precisam ter as seguintes características:

Ausência de umidade e de calor ou frio excessivos (temperatura não superior a 25 graus Celsius), com temperatura controlada;

- Proteção contra animais e parasitas;
- Proteção contra incêndio;
- Boa circulação de ar;
- Disposição adequada para movimentação de pessoas e materiais;
- Área administrativa;
- Área para produtos que necessitam de temperatura controlada;
- Área para produtos inflamáveis.

Antes de abordar o POP de Dispensação, fizemos uma atividade com intenção de clarificar a diferença entre Entregar e

Dispensar um medicamento, e elencamos 4 passos importantes para dispensação de medicamentos;

PASSO 1 - Identificação do usuário;

PASSO 2 - Identificação correta do medicamento;

PASSO 3 - Cálculo da quantidade correta do medicamento prescrito para o tratamento;

PASSO 4 - Orientações acessórias aos medicamentos prescritos.

O resultado destas atividades pedagógicas gerou efeitos surpreendentes. Percebemos que houve um movimento de todos esses profissionais com o intuito de organizar melhor seu setor, de tentar obter melhorias, e de uma maior integração com os demais profissionais nas UAPS. Ficamos surpresos quando vimos que alguns atendentes de farmácia até financiaram, por iniciativa própria, visando uma melhor organização de sua farmácia, investindo na compra de caixas plásticas para acondicionamento dos fármacos, conforme tinham aprendido no curso, enfatizando a importância de uma ambiência acolhedora. Outros ainda organizaram em caixas, devidamente etiquetadas e enfeitadas artesanalmente, deixando o ambiente mais bonito e harmônico.

Houve também uma melhora na preocupação por parte dos atendentes em relação à identificação dos usuários, evidenciada com o reconhecimento da importância de ter o número do cartão do SUS. A preocupação era fazer com que a população compreenda a importância de trazer o documento, mas a questão principal era também não permitir que a pessoa precise voltar, caso não estivesse com seu cartão. Isso era algo corriqueiro no serviço e provocava conflitos e aborrecimentos. Os atendentes perceberam que nestes casos sua conversa deveria ser pedagógica e não meramente normativa, se restringindo ao repasse da regra condicionando o atendimento ao número do cartão SUS. A orientação deveria ser pedagógica, era fundamental atender e não prejudicar as pessoas quando elas não têm o número, quando esquecem, ou não trazem o cartão, procurando alternativas para contornar a situação, e assim acolher bem o usuário, encaminhando para o SAME para registro adequado.



Como atividade de prática propomos aos atendentes de farmácia realizarem seminários para a comunidade com objetivo de esclarecer a população a organização e as regras do serviço de atendimento na farmácia. Estes eventos foram realizados em parceria com os profissionais do SAME com bastante esmero.

No intuito de gerar outra importante e necessária ferramenta de gestão para contribuir na melhoria da AF de Caucaia, promovemos uma classificação de todas as farmácias nas UAPS com objetivo de monitorar e avaliar seu funcionamento na perspectiva de melhoria contínua levando em conta o contexto em que se insere cada uma. Assim o NEPS, em parceria com a DIASE, propôs a classificação de

todas as farmácias das UAPS elaborando, para isso, critérios levando em conta três categorias: a infraestrutura do setor, sua organização e os processos de trabalho.

Ao final do curso todos os atendentes de farmácias foram convidados para avaliar e classificar, com base nestes critérios, as farmácias em suas UAPS. Nosso intuito em envolver os atendentes neste trabalho era também gerar mais clareza sobre as responsabilidades de cada ente, distinguindo as tarefas que cabem à gestão e aos atendentes, na melhoria contínua dos serviços de receber, dispensar e registrar a medicação prescrita na rede de serviço da APS de Caucaia.

Esta classificação se apresenta, portanto, como uma ferramenta de gestão para melhoria contínua dos serviços por parte da secretaria de saúde em sua gestão dos serviços. Abaixo, temos a classificação de cada uma das farmácias de cada distrito, realizada no ano de 2018:

ÁREA DISTRITO I		Nível		
		A	B	C
UBS Dr. Joaquim Braga	Planalto Caucaia			
UBS Assistência à Criança – CAIC	Pe. Júlio Maria			
UBS Terezinha Lima Moreira	Parque Soledade I			
UBS Ana Clara Castro Miranda	Parque Soledade II			
UBS Maria dos Passos Matias Gomes	Novo Pabussú			
UBS M. Firmino Mendes - Dona Cotinha	Centro			
UBS Indígena Pe. Júlio Maria	Pe. Júlio Maria CESIT	Não participou		

ÁREA DISTRITO II		Nível		
		A	B	C
UBS Francisco Ferreira da Silva	Itambé			
UBS Ernandes Pires de Sousa	Iparana			
UBS Maria dos Santos Menezes	Icarai/Barra Nova			
UBS Célia Nascimento	Jardim Icarai			
UBS Pedro Gabriel de Oliveira	Parque Leblon			
UBS Rita de Cássia Oliveira Eugênia	Mestre Antônio			
UBS Rodrigues dos Santos	Tabuba / Parazinho			
UBS Valdenúzia Moreira Bastos	Pacheco			
UBS Maria Helena Aguiar	Cumbuco			

ÁREA DISTRITO III		Níveis		
		A	B	C
UBS João Marcolino de Oliveira	Sítios Novos			
UBS João Rodrigues da Silva	Genipabú			
UBS Luiz Costa Oliveira	Capuan			
UBS Antônio Brasileiro	Primavera			
UBS Inácio Monteiro Gondim	Catuana			
UBS Maria F. do Nascimento	Matões			
UBS Tecla Gonzaga Sales	Tabuleiro Grande			

ÁREA DISTRITO IV		Níveis		
		A	B	C
UBS Maria de Jesus Ferreira	Picuí (Não participou)	-	-	-
UBS José Maria Matos	Carauçanga			
UBS Rocilda Oliveira Pontes	Metrópole			
UBS Sérgio Rodrigues Teixeira	Nova Metrópole			
UBS Dr. Renato Braga	Bom princípio			
UBS Eduardo Nogueira Jr.	Arianópoles			
UBS Emanuel Gomes da Silva	Toco			
UBS Júlia Pessoa De Araújo	Mirambé			
UBS Nilda Matos Brito de Miranda	Tucunduba			

ÁREA DISTRITO V		Níveis		
		A	B	C
UBS Antônio J. P. Machado – Araturi	Associação Guadalajara			
UBS Francisca Carlota de Matos	Guadalajara			
UBS Francisco Paulo Pontes	Marechal Rondon			
UBS Francisca de Fátima L. da Costa	Associ. Guadalajara			
UBS Ametista de Oliveira Bastos	Novo Guadalajara			
UBS Lar Fabiano de Cristo – CAPEMI	Marechal Rondon			
UBS C. Integrado de Desenv. Infantil – CIDI	Marechal Rondon (Paulo P.)			

ÁREA DISTRITO VI		Níveis		
		A	B	C
UBS Novo São Miguel	Novo São Miguel			
UBS Afonso de Medeiros	Tabapuá			
UBS Dr. Francisco Djalma Soares	Tabapuazinho			
UBS Ednir Carneiro Galeno	Potira I			
UBS Giselda Magalhães Bezerra	Potira II			
UBS Maria de Lourdes Gomes Dantas	Parque Albano			
UBS Velho São Miguel	Velho São Miguel			



Turma de Atendentes de Farmácia e Equipe de Facilitadores farmacêuticas de Caucaia.

O dinamismo dessa atividade foi muito importante, pois impulsionou os atendentes de farmácia no empenho relacionado às mudanças necessárias para que obtivessem o melhor nível, respeitando as características próprias de cada unidade, e proporcionando clareza de seu papel. Muitas vezes, a precariedade do espaço não permite que as pessoas se empenhem de ofertar um bom serviço, uma vez que os critérios deixavam claro que o bom serviço não se relacionava apenas a uma boa infraestrutura, mas diz respeito também, a processos de trabalho que, muitas vezes, independem da infraestrutura. Esta atividade proporcionou maior empenho porque resultou numa maior compreensão de que a qualidade pode, e deve, ser equacionada ao cenário em que o serviço é oferecido, embora não se tenha as condições ideais.

Sabemos que uso correto de um medicamento está condicionado a toda uma articulação de processos de trabalho de equipes de saúde em diversos pontos da rede de atenção à saúde.

Geralmente cabe ao médico iniciar esta cadeia com a seleção do medicamento a ser prescrito, sendo que os enfermeiros e farmacêuticos se corresponsabilizam pela implementação e ajuste no plano terapêutico, dando suporte aos pacientes e monitorando os resultados. Falhas no uso e condições essenciais acarretam sofrimento, podendo levar à morte, gerando prejuízos para o sistema de saúde e para a sociedade. (CORRER, 2014).

Os serviços de Assistência Farmacêutica, não apenas no Brasil, mas em diversos países desenvolvidos, enfrentam uma dupla carga de problemas que envolve políticas de gestão, que estruturam e direcionam o acesso ao medicamento, em quantidade e qualidade, por parte da população, como também, envolvendo o uso, em si, dos fármacos. Esta gestão da AF precisa evoluir e desenvolver estratégias e políticas para o enfrentamento de problemas relacionados à automedicação, pluralidade de prescritores, com suas diferentes especialidades, uma alta prevalência de doenças crônicas que acarretam uso contínuo de vários tipos de medicamentos, tudo isso acarreta novas necessidades para as quais os serviços de saúde ainda têm grandes dificuldades de compreender, abordar e atender. (CORRER, 2014).

Sabemos que muito precisamos ainda avançar nesta direção. Sabemos que nem todos os problemas que levantamos durante nossa escuta qualificada no contexto pode ser abordado nesta formação. Sabemos que isso exigira mais esforço e envolvimento de mais pessoas para obtermos mais impactos nos serviços no que diz respeito à melhoria da Assistência Farmacêutica de Caucaia.

Reconhecemos que todo o processo que vivenciamos estava sendo importante e espaço de aprendizagem para nós todos. Este curso afinal era apenas o começo de um longo caminho a ser percorrido na gestão das UAPS. Tivemos alguns pequenos avanços nesta direção e celebramos isso durante o Evento final que congregou todos os participantes do Curso em uma Mostra de Aprendizagem que juntou todos numa celebração do processo de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALI, G. K. M. How to establish a successful revolving drug fund: the experience of Khartoum state in the Sudan. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 2, p. 139-142, fev. 2009
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52.
- BRASIL. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Rev. Adm. Pública** [online]. vol.48, n.3, pp.745-765. 2014.
- CORRER, C. J. O medicamento como insumo essencial das ações de saúde. In: BRASIL. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, p. 37-52, 2014.
- GARCIA, E. D.; LLAMAZARES, C. M. F.; HERNANDEZ, M. A. C. Medication reconciliation: passing phase or real need? **Int J Clin Pharm**. n. 34, n. 6, p. 797-802. 2012
- PUPO, G. D.; LEITE, S. N.; DIEHL, E. E.; SOARES, L.; FARIAS, M. R.; SANTOS, R. I. **A Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde**. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. Florianópolis - SC, 2014.
- STORPIRTIS, S.; MORI, A.L.P.M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **O Farmacêutico na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar** In: Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Rio de Janeiro: Gua nabara Koogan, 2008.

CAPÍTULO 16

A UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO UMA ORGANIZAÇÃO VIVA: A FORMAÇÃO DO GERENTE EM CAUCAIA

Maria Idalice Silva Barbosa

Para começo de conversa, uma história...

Começo com uma história de um autor desconhecido. Um senhor velhinho com idade bem avançada, apesar dos seus 92 anos, ainda tinha disposição de trabalhar a terra, estava agachado cuidando com todo carinho de uma planta que acabara de fincar na terra. Um jovem que morava ali perto e sempre via o senhor com aquela idade ainda trabalhando, aproximou-se do velho e perguntou: “que planta é essa que o senhor está cuidando?”. Ao que o senhor, levantou lentamente, e olhando para o jovem, e respondeu com orgulho: “será uma bela jabuticabeira, meu rapaz!” “Ah! Que bom! E quanto tempo teremos que esperar para comer de seus frutos aqui na vizinhança?” Indagou o rapaz. O velho olhou para o broto que crescia aos seus cuidados, e respondeu: “pelo menos uns quinze anos!”.

O rapaz com sua juventude e pragmatismo a vicejar indagou com certa ironia: “o senhor espera ainda viver tanto tempo assim?! O velho silenciou, olhou para o horizonte e todas as árvores ao redor, e respondeu calmamente: “Não. Não creio que viva mais tanto tempo assim! Já estou quase no final de minha jornada”. O moço insistiu em questionar a atitude do ancião e perguntou: “E que vantagem o senhor leva com esse empenho de plantar essa árvore, desgastando sua saúde se não vai usufruir de seus frutos?” O velho pegou-lhe pelo braço e caminhando lado a lado com o jovem pediu que observasse as árvores do caminho. Em certa altura, disse o velho.

“Desde que nasci moro aqui, e quando era moço gostava de subir em algumas destas árvores para saborear seus frutos, desde que nasci elas já estavam aqui! Muitas destas árvores já estavam aqui porque alguém as plantou, ou mesmo, os pássaros ou o vento as semeou. Certamente, não comerei de seus frutos, contudo, você poderá comê-lo! E essa é a vantagem que eu levo meu rapaz! Quem colheria jabuticabas se pensasse na longa espera de colher seus frutos? Quem plantaria árvores se pensasse somente na vantagem para si e sua geração?!”

Esta história nos inspira a pensar que o SUS que temos hoje é uma árvore que sempre precisa ser cultivada e seus frutos colhidos por muitas gerações à frente. Suas sementes espalhadas pelo Movimento da Reforma Sanitária precisam de cuidado e empenho para gerar os frutos que queremos como sociedade: saúde como um direito universal, público, integral e equânime. Muito temos em gratidão pelo empenho de muitos dos que integram essa geração que embalou esse movimento. E mais ainda, temos que nos movimentar para continuarmos a reforma que precisamos.

É com esse espírito que a Educação Permanente em Saúde se propôs a animar a elaboração e proposição de um processo formativo para os gerentes de Caucaia no intuito de construirmos juntos uma aprendizagem coletiva para seguirmos avançando na consolidação do SUS que queremos.

Aprendizagem Coletiva: a UAPS como um organismo vivo

Foi buscando trilhar um novo caminho para a aprendizagem coletiva que organizamos a primeira fase do processo formativo direcionado para os gerentes das UAPS de Caucaia. Para trilhar esse caminho é necessário saber, não apenas sobre o fruto da árvore que plantamos, mas do estágio em que ela se encontra, porque sendo semente, precisa ser plantada, sendo broto, exige cuidados, sendo árvore, precisa ser podada e zelada.



Com esta percepção todo processo de aprendizagem deve ser organizado conforme a realidade vivida, em harmonia e consonância com o conhecimento que o coletivo acumulou. Digo isso porque é mais comum a atitude do rapaz da história, do que a do velho. É mais comum e quase óbvio para as pessoas quererem os frutos de imediato sem terem plantado, sem ter que regar e esperar o crescimento. É mais comum pensar que ninguém antes plantou algo, e viver a ilusão de que sempre foi assim; não guardamos coletivamente a memória dos que vieram antes e o que fizeram; é mais comum ignoramos os percursos não quereremos saber o que deu certo e o que não deu nas tentativas dos que fizeram antes de nós, e acabamos com isso, fazendo “queimadas” para reiniciar nova plantação. Essas são metáforas que traduzem um certo modo de agir nas organizações públicas e privadas quando ignoramos os feitos das gerações anteriores.

Foi nesta perspectiva que iniciamos o curso de gerentes sem ainda ter uma matriz de curso pronta, apesar de termos muitos elementos da realidade para balizar a proposição de uma. Optamos por viver uma primeira fase dedicada a mergulhar mais nos problemas inerentes ao exercício da função de gerenciamento de uma UAPS

em Caucaia, bem como, buscarmos alinhar o conhecimento que já vínhamos trabalhando juntos aos demais profissionais de saúde, sobretudo, os de nível médio.

Em função disso escolhemos iniciar uma primeira fase de encontro dedicada ao tema Acolhimento, problematizando outros aspectos dos processos de trabalho inerentes ao tema, no intuito de gerar novos aprendizados e vislumbrarmos que caminhos de aprendizagem e desenvolvimento precisamos trilhar juntos, articulando ações da gestão central e a gestão descentralizada nas UAPS.

Nesta primeira fase dedicamos um tempo de 5 meses para vivermos um fio condutor de problematização do acolhimento em saúde. O primeiro encontro foi dedicado para receber os novos gerentes, indagar as questões que os inquietavam e animavam para a função, bem como, conhecer o que pensam sobre essa função e o que precisam aprender para exercê-la com competência. Nossa intenção foi ganhar subsídios para seguirmos a trilha da formação de gerentes após esta primeira fase.

Seguimos com esta fase inicial tratando o Acolhimento iniciando o fio condutor de problematização com a temática do Acesso aos serviços na Atenção Primária de Caucaia. Trabalhamos com vivências pedagógicas realizadas na perspectiva do desenvolvimento da Inteligência Afetiva dedicadas ao fortalecimento de vínculos entre os gerentes e a valorização desta função para gestão de Caucaia.

Aliamos encontros presenciais com a proposição de atividades de experimentação a serem conduzidas pelos gerentes em sua UAPS, com a intenção de fortalecer sua liderança perante às equipes de saúde da família que gerenciavam. Segue abaixo a proposta do primeiro encontro com o conteúdo, objetivos de aprendizagem e atividades de prática:

Encontro 1	
Temas	Objetivos de Aprendizagem:
1. Acesso aos serviços na atenção primária de Caucaia	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar e fortalecer vínculos entre os profissionais; • Relacionar práticas da gestão da APS e a garantia de acesso aos serviços; • Identificar fatores que dificultam o acesso considerando a base territorial da UBS; • Propor medidas para melhorar o acesso ao serviço na APS.
<p>ATIVIDADE PARA EXPERIMENTAÇÃO</p> <p>Fazer Análise da Demanda Espontânea em sua UBS em parceria com o SAME;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agendar um encontro com os profissionais do SAME; 2. Coordenar o encontro, orientar e acompanhar as atividades (Roteiro) para estudo estatístico da demanda espontânea de sua UAPS. <p>Conduzir Encontro com toda Equipe de Saúde para compartilhar o Estudo da Demanda Espontânea da UBS em conjunto e construir soluções em conjunto para melhorar o Acesso.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agendar um encontro com toda equipe de profissionais de sua UBS 2. Coordenar o encontro, orientar e acompanhar as atividades, compartilhando o estudo estatístico da Demanda Espontânea feito pelos profissionais do SAME. 	

Durante esse encontro vivenciamos juntos um fio condutor de problematização sobre o Acesso aos serviços com uma pergunta que foi respondida e sistematizada pelo grupo, em painéis:

“Considerando o contexto dos territórios e o cotidiano de trabalho nas UBS e a gestão de saúde do município, identifique fatores (visíveis e invisíveis) que dificultam e facilitam o Acesso aos serviços em sua Unidade de Saúde?”

A partir de suas respostas refletimos sobre o Acesso à APS do SUS e as dificuldades e facilidades, de acordo com a realidade de Caucaia, em sua diversidade, refletindo até que ponto nosso modo de organização amplia ou restringe o acesso às famílias, e a importância do SUS como política de acesso à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Foi um momento rico que proporcionou a todos uma compreensão mais ampliada da realidade de Caucaia, proporcionando uma visão panorâmica e oportunizando aos profissionais, perceber a importância do papel do gerente para

melhorar a realidade da saúde do município em termos de ampliação do acesso. As reflexões do grupo, sistematizadas em forma de painéis, foram recolhidas e, por sua vez, sistematizadas pela equipe do NEPS em forma de Texto Coletivo para servir de base para o encontro seguinte. Apresentamos a seguir o texto produzido com as reflexões do grupo.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE CAUCAIA: A VISÃO DOS GERENTES DAS UAPS

Nós gerentes das Unidades de Atenção Primária em Saúde de Caucaia durante os encontros de formação realizamos uma Análise dos fatores que facilitam e dificultam o Acesso das pessoas aos nossos serviços. Fizemos esta análise considerando, de um lado, os territórios e as famílias em estão localizadas nossas UBS, e de outro, as questões vivenciadas pelas equipes de nossas UBS e a gestão em saúde de maneira geral.

Facilidades e Dificuldades do Acesso relacionadas ao Território e Famílias

“Foi consenso geral que o vínculo que construímos com as famílias é muito importante para o Acesso, bem como, o acolhimento e a humanização do atendimento.”

“Percebemos que quando a população reconhece a UBS como porta de entrada, e o SUS como serviço universal, esse reconhecimento é um fator que para nós facilita o Acesso, mas isso depende muito da credibilidade, pois as pessoas buscam os serviços por acreditarem e gostarem dos profissionais.”

“De uma maneira geral todos concordamos que quando as pessoas têm um grau de instrução melhor, isso facilita a compreensão, ou seja, as famílias com maior escolaridade conseguem acessar mais os serviços. A baixa escolaridade se torna barreira de acesso quando relacionada ao baixo autocuidado por parte das famílias. Percebemos que há a questão do imediatismo da população, que exige atendimento

imediate, muitas vezes, desconsiderando as regras do atendimento. Quando é preciso modificar o processo de atendimento a não compreensão dos novos processos é um fator que dificulta esse acesso. Identificamos também que uma boa parceria com escolas e creches de nosso território pode contribuir facilitando o acesso da população, sendo que as redes de apoio contribuem muito para isso. Percebemos a importância de lideranças bem informadas e da parceria com o Conselho local de Saúde como importante fator que melhora o acesso das pessoas de nossa área aos nossos serviços.”

“O transporte coletivo insuficiente e precário foi um aspecto central na análise de todos os distritos. Há localidades que tem barreiras geográficas. Apesar de muitas UBS ter uma boa localização ainda há muitas que possuem barreiras geográficas, como por exemplo, comunidades distantes, cujo acesso é difícil pela falta de estrada. Exemplo disso foi o distrito 2 do litoral em que para chegar a uma das UBS as pessoas precisam subir as dunas, fator que nos preocupa para garantir o atendimento para essas pessoas com prioridade.”

“Outro aspecto relacionado a isso são as áreas de fronteiras entre as UBS, motivo de conflitos entre a população e os serviços que não compreendem e, por isso, têm dificuldades de aceitar qual a UBS que está vinculada, causando problemas quando buscam os serviços. Ligado a isso temos também os casos de paciente que não reside, mas o parente sim. Precisamos nos organizar para lidar com esses casos da melhor maneira possível sem esquecer que o SUS é universal.”

“Outro aspecto que para nós melhora o Acesso está relacionado à Territorialização, porque quando a área é coberta por ACS certamente o acesso é melhor, pois há uma proporcionalidade entre profissionais e população. Quando contamos com ACS comprometidos com a população de suas microáreas, também é fator fundamental.”

“Reconhecemos que a grande extensão das nossas localidades, somado a grande densidade populacional com número de família excedentes para número de equipes mais proporcional como fatores que dificultam as pessoas acessarem os serviços do SUS. Ainda temos em muitos territórios áreas descobertas por ACS, cujas UBS são distantes.”

“Outro consenso geral dificultador do acesso são as condições sociais desfavoráveis, principalmente, as violências, as áreas de risco e a criminalidade. São fatores que geram insegurança para todos devido às áreas de conflitos com a presença de facções do crime organizado.”

“Um aspecto geral que facilita a população ao acesso aos profissionais da saúde, são os pontos de apoio com atendimento descentralizado, aspecto importante de nossa organização na garantia do acesso.”

“Reconhecemos também que o horário de funcionamento é um aspecto central relacionado ao acesso. Nem sempre as nossas UBS funcionam no horário em que toda a população pode acessar em função do trabalho das pessoas. A falta de informação sobre o funcionamento da UBS é fator dificultador desse acesso.”

Facilidades e Dificuldades do Acesso relacionadas aos Serviços e a Gestão

“A organização e a gestão dos serviços de saúde são fundamentais para melhoria contínua do Acesso. Claro que para isso precisamos de insumos e medicamentos, cuja falta ainda é realidade em nossos serviços. Percebemos que muito já foi realizado em termos de melhoria e reforma de Unidades de Saúde. Porém, ainda temos em alguns territórios condições físicas e estruturais precárias de nossos equipamentos, com espaço físico inadequado, pois um bom espaço físico com conforto é algo importante para facilitar o acesso.”

“Reconhecemos que ainda faltam recursos e vivenciamos em algumas realidades dificuldades de manutenção de nossos equipamentos que se tornam obstáculo não só para o acesso, mas para resolutividade dos serviços que, por vezes, fica a desejar na oferta de medicamentos, exames e insumos, por exemplo.”

“Para que o Acesso melhore é fundamental um quadro de profissionais suficiente para evitar a sobrecarga de trabalho com equipes incompletas. O trabalho do ACS é de grande importância para melhoria do Acesso, reconhecemos que temos ACS que são proativos e, embora tenhamos que avançar no acompanhamento do trabalho do ACS, cujo trabalho, por vezes, tem uma baixa resolução, reconhecemos a importância da contratação de novos ACS.”

“As equipes também precisam de ampliação, bem como, a disponibilização de transporte com carros suficientes que nos permita deslocamento para os atendimentos descentralizados e visitas domiciliares que certamente ampliam em muito o Acesso das pessoas aos serviços da APS.”

“Considerando que o vínculo é fundamental para o acesso ainda vivemos em algumas Unidades a rotatividade de profissionais. Outro aspecto em nossas equipes que dificultam o Acesso está relacionado a falta de pontualidade e assiduidade de alguns profissionais das nossas equipes.”

“Considerando que um acolhimento humanizado é fundamental para garantirmos a melhoria contínua e credibilidade de nossos serviços perante a população foi consenso entre que nós nesta análise que a capacitação das equipes promovida pela gestão tem sido um fator que tem colaborado para melhorar o Acesso, tornando as equipes mais colaborativas e com mais capacidade de acolhimento.”

“Percebemos uma gestão preocupada em trabalhar nos moldes técnico-científicos que nos oferece abertura e espaço para discussão. Contabilizamos isso como algo que facilita e melhora o acesso por parte de nossas equipes, sobretudo porque percebemos, por parte de muitos profissionais um anseio de conhecimento e oportunidades.”

“Um aspecto que consideramos importante é construirmos um espírito cooperativo, solidário e acolhedor por parte de nossas equipes. A equipe é um fator fundamental para ampliar o acesso, não somente em termos de sua capacidade acolhedora, mas também, no que diz respeito à resolutividade melhorando a organização da agenda espontânea e programada.”

“Todavia, mesmo com tudo isso, ainda precisamos melhorar muito. Ainda temos uma baixa formação de nossos agentes administrativos com baixa resolutividade no serviço. Reconhecemos que o modo de organizar o atendimento da demanda espontânea e programada pode melhorar. Percebemos, porém que temos ainda equipes com processos diferenciados em decorrência dos profissionais e do território.”

“A falta de informação é uma barreira que precisamos superar, melhorar nossa comunicação, com serviço do malote e um telefone para as equipes. Para nós a implantação do SISREG, UNISUS, CNS,

SIPNI, E-SUS e Prontuário eletrônico com informatização das equipes são aspectos muito importantes que precisam avançar, pois ainda convivemos com a demora ou falta de exames. Para que a implantação e consolidação desses processos avancem é necessário capacitações regulares, cursos, ouvidoria e rotina de reuniões de equipes para ampliação do conhecimento e melhoria de nossos processos, bem como, fortalecer a proximidade da gestão e dos profissionais.”

“Nossas equipes podem contribuir melhorando o acesso quando superarmos a “cultura de atendimento por programas” com distribuição de fichas e filas. A nossa organização institucional precisa acompanhar as mudanças remodelando os horários. Ainda é presente entre nós a cultura da “carteirada” e favorecimentos políticos, aspectos ainda presentes que dificultam o acesso e contribuem para que percamos nossa credibilidade perante à população. Precisamos aprender com criatividade a encaminhar esses casos e melhorando pedagogicamente nossa relação com a população para entender a universalidade e equidade do SUS.”

“Reconhecemos que a melhoria do acesso depende de assumirmos mudanças com criatividade em nossa organização das agendas para que diminua faltas e atrasos na agenda programada por parte da população, e acolhimento com classificação de risco e triagem da demanda espontânea para diminuir as faltas, e ninguém volte sem o acolhimento.”

“Para isso precisamos cuidar de nossos processos de trabalho em equipe para que todos se motivem, não tenham dificuldades de cumprimento de carga horária de serviço. Ressaltamos a importância de superarmos juntos a ‘mentalidade viciante no serviço público’ que ainda temos em alguns profissionais” relevando a falta de compromisso. Precisamos superar isso e cuidar de nosso espaço de trabalho superando dificuldades de interação entre nós profissionais, colaborando para tornar nossas equipes coesas e colaborativas, com união e perseverança para fazermos o melhor a cada dia.”

O Texto Coletivo expressou de forma viva a dimensão do acesso aos serviços de saúde no SUS conforme a realidade vivida em Caucaia. As ideias contidas nos permitiam, por um lado, enxergar mais claramente em que é possível melhorar na organização dos serviços para ampliar o acesso das pessoas; por outro lado, permitiam também, ao grupo se ver no espelho, ou seja, perceber como estavam contribuindo em suas funções para ofertar um serviço de maior ou menor qualidade. O texto coletivo era uma ferramenta que nos dava uma base para iniciarmos uma reflexão sobre o SUS evidenciando que é possível melhorar os serviços e desconstruirmos a ideia da precariedade inerente e apesar dos desafios de subfinanciamento. Era uma ferramenta que ajudava nas reflexões sobre as possibilidades de organizar os serviços a partir de uma ação local, melhorando a forma como cada UAPS organiza o serviço, conforme a dinâmica de cada território. Tínhamos um material riquíssimo para o encontro seguinte que foi organizado da seguinte forma:

ENCONTRO 2	
Temas	Objetivos de Aprendizagem
2. Acesso aos serviços na atenção primária do SUS 3. Cultura e Clima Organizacional 4. Demanda Espontânea e Demanda Programada	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar e fortalecer vínculos entre os profissionais; • Diferenciar cultural e clima organizacional; • Analisar agenda de demanda espontânea e programada na UBS em sua ampliação de acesso.

ATIVIDADES DE EXPERIMENTAÇÃO

Preparação da Organização das Agendas nas UBS com encontros individuais com os profissionais de suas equipes, entre eles enfermeiros e médicos.

ENCONTRO COM OS MÉDICOS, ENFERMEIROS E DENTISTAS DE SUA UBS

- Combine com os enfermeiros de sua UBS um horário para conversar sobre a agenda;
- Leve as proposições de Agendas estudadas no curso, bem como, os Tempos para fazer ponderações e análise conjuntas;
- Organize, junto com sua equipe de enfermeiros, uma lista de atividades da enfermagem considerando suas ações na assistência, visita domiciliar, ações de prevenção e promoção de saúde e atividades administrativas.

ENCONTRO COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

- Compartilhe a importância da agenda e o trabalho que está sendo feito com as agendas na UBS junto aos enfermeiros, dentistas e médicos;
- Pergunte aos ACS e dê a palavra para cada um comentar sobre como é sua rotina de trabalho durante uma semana e solicite a cada um que liste numa folha de papel todas as atividades que realiza durante a semana, no período da manhã e da tarde.
- Apresente a agenda mensal padrão para negociação dos ACS (Leve esse modelo para auxiliar)
- Solicite a cada um que apresente uma agenda padrão de suas atividades dos ACS

ENCONTRO COM O SAME

- Informe sobre os encontros que realizou com os profissionais enfermeiros, médicos e dentistas com objetivo de pactuar a agenda para experiência de 2 meses. Explique a importância do trabalho do SAME para o sucesso da experiência;
- Oriente aos profissionais responsáveis pela agenda programada na proposta e pergunte:
 - Que desafios /entraves vocês conseguem antecipar para ser enfrentado?
 - Que sugestões vocês tem para resolver ou amenizar para conseguirmos sucesso no experimento?

O que vocês terão que modificar e/ou acrescentar na rotina de vocês para colaborar no sucesso do experimento das agendas ?

Este encontro foi muito importante para gerar um aprendizado coletivo com base na realidade do município e clarear o papel de cada um neste processo de implantação de mudanças relacionadas à organização do serviço na APS.

Comumente os serviços nas UAPS são organizados com base em programas que consistem em dedicar turnos de trabalho para ofertar consultas direcionadas a este ou aquele programa, tais como: pré-natal, planejamento familiar, puericultura, acompanhamento das doenças crônicas como diabetes e hipertensão, etc. Esse modo de organização prioriza a agenda programada em detrimento da

demanda espontânea, o que acaba formando filas com distribuição de fichas. Tal modelo dificulta o acesso, sobretudo, da demanda espontânea, e põe em cheque a credibilidade da população.

Esse modo de organização era adotado ainda em Caucaia e vínhamos trabalhando para modificá-lo, concentrando esforços nas UAPS “modelo” para organizar os serviços com base nas diretrizes do QualificaAPSUS. Com a nomeação dos gerentes, chegara a hora de reorganizar os serviços de forma mais ampla.

A experiência com as UAPS “Modelo” nos proporcionara uma visão clara sobre as dificuldades para gerar a mudança com aceitação e engajamento de todos. Tivemos oportunidade de perceber os nós críticos e os pontos de resistências da cultura organizacional e seus padrões de relacionamento para possibilitar o reordenamento dos serviços, de maneira a tornar a APS mais alinhada com sua função de porta de entrada e ordenadora do cuidado em saúde da rede de serviços.

A equipe do NEPS colaborava com a gerencia distrital compartilhando os problemas e contando com as opiniões e sugestões da coordenadoria distrital nos processos formativos dos profissionais de nível médio, quando trabalhamos o tema Acolhimento com enfoque na Humanização. As mudanças geradas por essas formações eram sentidas e acolhidas pelos profissionais das equipes de saúde família, e doravante, precisávamos avançar no tema acolhimento, só que desta vez, enfocando os processos de trabalho das equipes, conduzidos pelas gerencias.

Com o propósito de ampliar as mudanças requeridas para ampliar o acesso por meio da reorganização dos processos de trabalhos das equipes de saúde da família para além das UAPS modelo, direcionamos o processo formativo para esse segundo encontro do grupo, com base no cenário de acesso que os gerentes tinham traçado, visando gerar mudanças no acolhimento aos usuários. O Acolhimento em saúde é uma ação que envolve os diversos profissionais da UPAS, requerendo o engajamento de todos. Iniciamos compartilhando as atividades realizadas durante o mês pelas gerências com objetivo de aprendermos como foi vivido o

processo por cada gerente, o que foi obstáculo para tarefa e o que foi ponto de apoio, bem como, compartilhar as lições aprendidas por eles. Muitas dificuldades e facilidades eram comuns, e outras, eram peculiares ao contexto de cada território, a depender do número de sua população, de áreas descobertas, de recursos humanos engajados e capacitados, e do contexto social, político e cultural do território.

A partir destas reflexões sobre o cenário buscamos elaborar um consenso sobre os conceitos de Demanda Espontânea, Demanda Programada, e ainda, o que alguns chamavam de Demanda Livre. Talvez pareça óbvio que os profissionais da saúde conheçam tais conceitos. Por um lado, sim, empiricamente, todos operacionalizam esses conceitos. O que queríamos era gerar uma compreensão ampliada, sendo consenso de todos sobre o modo como isso acontecia na rede de UAPS do município e refletirmos até que ponto, o modo como operacionalizamos isso nas unidades amplia ou restringe o acesso. Isso era importante porque normalmente as pessoas organizam os atendimentos sem, no entanto, buscar refletir quais aspectos podem ser melhorados para ampliar o acesso. Elas costumam dar seguimento ao modo de funcionar conforme encontrado em sua chegada à instituição.

Foi possível, então, contrastar as dificuldades apontadas pelo cenário por eles descrito no texto coletivo, com o modo como estava organizado o acolhimento nas UAPS. Isso era extremamente importante porque geralmente os profissionais chegam à APS, e já encontram um modo de funcionamento com o qual se adapta e costumam dar seguimento, sem questionamentos se seria possível fazer diferente, considerando a natureza da APS como porta de entrada do SUS. O texto coletivo funcionava como uma ferramenta importante que tinha a leitura deste coletivo e não se restringia ao olhar somente da gestão, isso dirimia resistências e fazia com que as pessoas se sentissem respeitadas em sua leitura da realidade, possibilitando engajamento e compromisso do grupo.

Essa reflexão só pode ser aprofundada com auxílio de um processo formativo com total apoio da gestão. Nem sempre é fácil e rápido implantar mudanças numa cultura organizacional.

Por isso, neste encontro, abordamos também, o tema da Cultura Organizacional para favorecer essa reflexão.

A nossa experiência com as UAPS “modelo” nos deixou duas grandes lições. A primeira era que cada UAPS tinha um ritmo e modo de funcionamento, de forma que não podíamos homogeneizar uma proposição de mudança, com modelos a serem copiados de forma homogênea, porque cada UAPS, claramente, deveria adaptar as mudanças, conforme sua realidade, com seus limites e possibilidades. A segunda era que a imposição de uma forma correta ou modelo ideal funcionava mais como obstáculo, gerando resistências, do que como motivo de engajamento para os profissionais. As UAPS “modelo” eram para nós experiência que nos traziam lições de como fazer melhor podendo ser este fazer diferente do que foi vivido na experiência.

Em síntese, esse encontro foi muito importante para gerar reflexões sobre a responsabilidade de gerar processos de mudança, considerando a Cultura Organizacional e adaptando as diretrizes dos Projetos e Políticas do Estado, de acordo com as realidades vividas. Tomamos como base, não um modelo a ser seguido por todos de forma acrítica. Tínhamos o Projeto QualificaAPSUS como referencial a ser adaptado com base na realidade vivida, conforme registrada no texto coletivo, que os próprios gerentes apontavam. Em outras palavras, o sentido para gerar as mudanças desejadas era reorganizar o modo de fazer de cada um, de modo a ampliar o acesso e superar as dificuldades por eles mesmos apontadas, de acordo com análise crítica da realidade vivida.

Percebemos que esse modo de problematização gerava compromisso e engajamento de todos, dirimindo resistências e criando o sentido ético-político para suas ações como gerentes. Eles não tinham que, simplesmente, obedecer ao que a coordenação estava propondo, ou tentar fazer tudo de acordo com um modelo. O objetivo era criarmos progressivamente uma consciência ampliada das necessidades de mudanças, por uma percepção de que não deveriam seguir uma receita, ou fazer igual como outro colega estava fazendo em outra UAPS. Foi possível a todos propor com segurança

qual o melhor caminho para seu território com base em sua análise, foi possível ter o trabalho dos colegas e das UAPS “modelo” como inspiração para adaptar as novas mudanças em sua equipe de saúde da família. A vantagem era fomentar um processo solidário sem competições e comparações entre os profissionais.

Como atividade de experimentação, a proposta foi realizar um Estudo quantitativo da Demanda Espontânea, identificando também os tipos peculiares a cada UAPS. Isso nos permitiu gerar reflexões e entendimentos sobre a necessidade de melhorar o acesso e superar as limitações que o atendimento por programa impunha, permitindo a toda equipe perceber, de maneira crítica, se o serviço ofertado em sua unidade era de fato, o melhor, ou se ainda era possível avançar, diante de cada realidade. Novamente o convite era olhar para o espelho, olhar para o contexto, olhar atentamente para a instituição em seu modo de funcionar.

Esse encontro também nos permitiu gerar uma aprendizagem coletiva distinguindo de forma mais clara demanda espontânea de demanda programada, organizando o serviço para ampliar o acesso, conforme a realidade de seu território. Isso é muito importante, porque, por exemplo, quando estamos em um território que tem uma barreira geográfica, e as pessoas precisam acordar mais cedo, como é o caso de uma UAPS no litoral, que para algumas famílias chegarem ao posto, precisam subir, literalmente, por uma duna, e não há transporte. Nestes casos é preciso sensibilidade e análise crítica para perceber e equacionar os atendimentos de uma demanda espontânea que precisa ser atendida com mais urgência e a pessoa que veio de longe e que, dificilmente, poderá retornar, mesmo que sua demanda não seja mais urgente.

Para isso, é preciso olhar para as UAPS como organismos vivos que se adaptam ao contexto em que operacionalizam sua função no sistema SUS. É preciso encarar as unidades como sistemas complexos articulados de forma sistêmica com a realidade viva do território. Esse modo de perceber e sentir a realidade é condição indispensável para conseguirmos implantar mudanças nos processos de trabalho de forma sustentável. E, por vezes, é preciso flexibilidade

que uma agenda que costuma estabelecer um dia para atender pessoas que vêm de longe, não pode, simplesmente, deixar de existir em certos contextos.

Assim, o referencial para melhoria dos serviços passou a ser os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS e suas diretrizes de ordenamento da APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado, responsável pela longitudinalidade da atenção à saúde. Mas esse ordenamento depende do gerenciamento a partir de uma visão crítica e sensível da realidade para representar um salto qualitativo no serviço de APS com garantias de incorporação nas rotinas pelos profissionais.

O terceiro Encontro de formação dos gerentes foi dedicado, finalmente, para refletir sobre as modelagens de Acolhimento que mais se adequavam ao contexto dos territórios. Outro assunto importante abordado foi o tema Liderança. Como atividade de experimentação sugerimos que, junto com suas equipes de saúde da família, decidissem que modelagem seria possível seguir, realizando em parceria com toda equipe um experimento de 2 meses, para ser aperfeiçoada e incorporada ao serviço.

Encontro 3	
Temas	Objetivos de Aprendizagem
1. Modelagens de Acolhimento 2. Liderança	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar e fortalecer vínculos entre os profissionais; • Relacionar práticas da gestão da APS e a garantia de acesso aos serviços; • Diferenciar chefia e liderança; • Diferenciar modelagens de Acolhimento e estabelecer critérios para adaptação ao contexto.
ATIVIDADE DE EXPERIMENTAÇÃO NA UAPS <ul style="list-style-type: none"> • Reunião com equipe para compartilhar ideias sobre o Acolhimento (convide alguém para fazer um apresentação sobre Humanização e Acolhimento) • Apresentar para a equipe Modelagens de Acolhimento; • Definir uma modelagem de acordo com o contexto local e a estrutura física de sua UBS • Construir coletivamente um Fluxograma para experimentação pela equipe, definindo a função de cada um no Acolhimento. 	

Além de compartilhar as experiências de como cada um estava conduzindo as mudanças em suas unidades, apresentamos e conversamos sobre as diversas modelagens de acolhimento no intuito de aprofundar o tema e dar segurança na proposição de mudanças de forma orgânica adaptada ao contexto de cada território. Assim, todas as mudanças propostas eram sugeridas com cuidado e progressividade, com base na escuta atenta de cada um, e com sólido conhecimento e embasamento na realidade de cada território.

Neste terceiro mês de trabalho percebemos avanços em todas as equipes que, embora não caminhassem no mesmo ritmo, partilhavam uma compreensão comum sobre a necessidade de mudança que a gestão estava propondo na organização dos processos de trabalho de todas as equipes. Havia um aprendizado coletivo!

No Encontro seguinte finalizamos a fase dedicada ao tema Acolhimento com ênfase na reorganização dos processos de trabalho, e introduzimos nova temática para continuidade: o controle social e a territorialização e finalizando esta primeira fase do curso.

Encontro 4	
Temas	Objetivos de Aprendizagem
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acolhimento em saúde e seus desafios para os diferentes contextos nas UAPS; 2. Controle Social no SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar e fortalecer vínculos entre os profissionais; • Diferenciar modelagens de Acolhimento e estabelecer critérios para adaptação ao contexto;
<p>ATIVIDADE DE EXPERIMENTAÇÃO</p> <p>Conversar com os membros do Conselho local de saúde, e apresentar o trabalho de Acolhimento que vem sendo realizado na UBS e o Relatório do Painele da Cidadania e seus encaminhamentos (caso não haja conselho atuante, convidar a mesa diretora que foi formada e um membro do conselho municipal para estudar possibilidades de refazer o conselho);</p>	

Ao compartilharmos todo o trabalho realizado até o momento, o grupo apontou a necessidade de trabalhar junto aos enfermeiros um curso sobre Classificação de Risco para APS do SUS como uma atualização a ser ofertado aos enfermeiros e técnicos de enfermagem na modalidade de Educação Continuada. Havia uma necessidade de dar continuidade na consolidação das mudanças que, à medida que estavam sendo experimentadas, ficava mais perceptível as vantagens de organizar melhor os serviços para os próprios profissionais, sendo conduzidas e implementadas pelos gerentes das UAPS de Caucaia com zelo, compromisso e engajamento.

Ao final, quando fizemos um compartilhamento sobre a trilha percorrida com a modelagem de acolhimento que foi possível adotar em suas UAPS, indagamos ao grupo de gerentes quais surpresas positivas percebiam no caminho, e que dificuldades tinham para avançar. Sistematizamos suas respostas em painéis, cuja visualização, nos deu um panorama geral da trilha percorrida até o final desta primeira fase, que durou de maio a setembro de 2019.

Em relação às surpresas positivas todo o grupo destacou estar surpreendido, percebendo suas equipes com mais união, coesão, adesão às propostas e um maior engajamento e envolvimento em todas as equipes. Indagamos este aspecto como surpresas porque inicialmente para o grupo não é fácil perceber mudanças positivas. O cotidiano tenso e intenso nas UAPS turva a visão para as possibilidades do trabalho poder fluir de forma mais tranquila a partir de mudanças combinadas e conduzidas de forma progressiva e orgânica, conforme estávamos propondo.

Nesta perspectiva é que os gerentes apontaram ainda, na categoria surpresa positiva, que percebiam uma maior satisfação em suas equipes, e também, por parte da população; e em todas as UAPS já havia um tempo menor de espera das pessoas pelo atendimento, também notaram que diminuiu o tempo de espera para agendar uma consulta em todas as UAPS, e que o fluxo do serviço havia se acelerado. Foram unânimes em reconhecer que as mudanças experimentadas até o momento tinham ampliado o acesso, e tornado os serviços mais humanizados, constatando uma melhoria na qualidade dos serviços de forma geral.

No que se referem às dificuldades para continuar avançando, eles nos apontaram a falta de profissionais e que ainda não dispunham de recursos humanos suficientes em suas UAPS. Ainda havia uma demanda reprimida, apesar das melhorias implantadas. Apontaram também que precisaria melhorar a disponibilização dos insumos e transportes ainda insuficientes para o volume da demanda atendida e as áreas ainda descobertas de alguns territórios. Para avançar na melhoria do acolhimento seria importante informatizar as UAPS e capacitar os profissionais enfermeiros para classificação de risco. Apesar de perceberem as melhorias, ainda notavam resistências às mudanças nas UAPS e a população em certa medida ainda precisava compreender as mudanças.

No discurso coletivo dos gerentes ficou notório que as surpresas positivas e inspiradoras e que as dificuldades não são intransponíveis, mas requerem empenho de todos e da gestão do município para seguir avançando. Percebemos que já podemos contar com a colaboração, compromisso e engajamento dos gerentes com as mudanças. Percebemos que uma equipe de gerentes começara a se formar; notamos que uma equipe começava a ter esperança de que era possível construir um SUS melhor e que os frutos a serem colhidos podem até ser saboreados por eles mesmos. Era possível “saborear as jabuticabas”, como árvore do SUS, que fora semeada desde o movimento da Reforma Sanitária brasileira, que fez da saúde um direito de todos e dever do Estado.

Os passos seguintes...

Nossa aprendizagem como facilitadores dessa formação, que estava apenas começando, é compreender a delicadeza do percurso, respeitar o funcionamento das UAPS como um organismo vivo, um sistema complexo que requer flexibilidade e capacidade de adaptação ao contexto; requer abertura para mudanças a partir do respeito, participação e envolvimento de todos no processo.

Um ponto importante para dar seguimento a esse processo de aprendizagem e formação de um grupo de gerentes era trabalharmos na efetivação de um processo formativo para incorporação de novas

competências e o desenvolvimento da Inteligência Afetiva. Isso é um desafio importante para um contexto tão diverso, como Caucaia. Temos seis territórios, cada um, com suas características peculiares pertinentes ao litoral, ao sertão, à serra, e também, ao urbano que integra a região metropolitana da capital Fortaleza, um município que abriga uma diversidade étnica, com uma população indígena, quilombola, cigana numa convivencialidade diversa; com uma movimentação turística por suas praias; com empreendimentos de relevância como complexo portuário que trazem à cidade outros povos, entre eles os coreanos que convivem com a população local.

Nossa experiência no Núcleo de Educação Permanente em Saúde já nos deixava uma lição. Não podíamos prescindir de trabalharmos com processos de aprendizagem desenvolvimento na direção da Inteligência Afetiva. Isso para nós é a base para seguirmos com um processo que não temos de antemão as ferramentas, que são construídas no percurso de forma coletiva. É preciso ainda criar, inovar em muitos aspectos para coordenar e gerenciar sistemas complexos. Sem produzir compromisso e engajamento, essa tarefa passa a ser apenas função de experts, especialistas que desconhecem o contexto porque não o vivenciam.

A solução para os inúmeros problemas pertinentes às UAPS se encontra no próprio contexto em que foram geradas e, portanto, é preciso paciência, diálogo, compromisso, empenho e trabalho em equipe para enxergar esse caminho de experimentar coisas novas em direção ao melhor. A solução é orgânica, própria àquela instituição, não há fórmulas ou modelos. O que há são parâmetros para referenciar as ações, conceitos válidos para serem operados adaptados aos contextos, valores a serem cultivados de acordo com o padrão relacional de cada instituição.

A expertise no gerenciamento de sistemas complexos não diz respeito a fazer com que um grupo seja capaz de seguir fórmulas, protocolos ou modelos, e sim, de usar a sensibilidade e a inteligência para ler padrões de relacionamento, para criar ferramentas de soluções orgânicas, suscitando engajamento e compromisso de grupo na direção da mudança que queremos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, M. I. S. **Participação. Eus que tecem nós.** 2006. 152f (Dissertação) Mestrado em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2006.

BARBOSA, M. I. S. **O Vínculo na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde do Brasil.** 2015. 413f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2015.

VILAÇA. E. M. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, 2015.

BRASIL, **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados.** CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

CAPRA, F. **As Conexões Ocultas. Ciência par uma vida sustentável.** São Paulo: Cultrix, 2002.

CAPÍTULO 17

IMUNIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RENOVANDO A RELAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A ENFERMAGEM

Ana Carolina Bezerra Moreira
Kisia Dolores Almeida Pinheiro
Maria Idalice Silva Barbosa

A ênfase do acompanhamento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pela enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem focado na tarefa de supervisionar e avaliar. Deparamo-nos hoje cada vez mais com um distanciamento entre essas categorias profissionais nas equipes de saúde da família, que anuncia a necessidade de uma reconfiguração desta tarefa de supervisão, muito em função das mudanças ocorridas ao longo das últimas décadas.

O trabalho conjunto do ACS e enfermeira(o) estão na raiz que compõe a história do SUS no país, e é sobre esse tema que apresentamos aqui algumas reflexões em função da experiência que vivemos no curso como facilitadoras do curso de Atualização em Sala de Vacina para agentes de saúde.

Como sabemos, a reconfiguração do sistema de saúde no Brasil, em decorrência da Constituição Federal de 1988, e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, provocou mudanças relevantes nas formas de organizar o cuidado e a assistência em saúde. Um importante passo foi a criação da Atenção Primária em Saúde (APS) como porta de entrada da assistência da população, com ênfase no cuidado integral e continuado, na abordagem comunitária e familiar, no fortalecimento de vínculo da equipe com a população adscrita, além da capacidade de coordenar e resolver casos e itinerários terapêuticos. (STARFIELD, 2002).

As primeiras experiências que inspiraram a ESF como modelo de APS para o SUS no Brasil foram as atuações dos agentes de saúde, cuja relevância de atuação estava na ênfase na promoção de saúde. O Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) surge no Ceará com o objetivo de reverter indicadores de mortalidade infantil, ao mesmo tempo em que oportunizava emprego para as mulheres no interior cearense, frente ao período da seca, no ano de 1987. Este trabalho no Ceará era normalmente oferecido aos homens, na busca de amenizar a situação decorrente dos grandes períodos de estiagem no Estado. Com parte dos recursos destinados também às mulheres, foi priorizada a realização de ações voltadas para melhoria da saúde materno-infantil, com grande sucesso em seus resultados.

Em 1994, quando o Ministério da Saúde lança o PSF como estratégia da Política Nacional de Atenção Primária, inclui todos os agentes de saúde nas equipes, cujo trabalho passou a ter caráter organizativo, complementar e substitutivo ao PACS, ampliando seu escopo de ações em saúde. As ações dos ACS, acompanhadas e orientadas por um enfermeiro(a), passavam a integrar as equipes de saúde em todo território nacional. A partir de 1996 esses programas convergiram e tornaram-se a Estratégia de Saúde da Família, hoje, estruturante da organização dos serviços de atenção primária do SUS.

Atualmente os ACS, até agosto de 2018, já somam 263.756 trabalhadores, compondo as equipes de Saúde da Família, cuja atuação já contribuía para a estruturação da APS e sua extensão em todo território nacional (BRASIL, 2018). Quando foi instituído oficialmente pelo MS, em 1991, por meio do PACS, suas atribuições incluíam o desenvolvimento de atividades sanitárias consideradas de baixa complexidade e alto impacto, como a terapia de reidratação oral, o estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, bem como, o acompanhamento de gestantes e do crescimento de crianças, alcançando significativas melhorias em indicadores como a morbidade e a mortalidade materna e infantil. (MOROSINI; FONSECA, 2018).

O Ceará deu relevante contribuição para o sucesso do PACS em todo país por ter seu trabalho creditado a resultados significativos na queda das Taxas de Mortalidade Infantil (TMI). Segundo relata Andrade (2016), de acordo com UNICEF, o Estado obteve a maior redução da TMI no período de 1991 a 2006, quando registramos 70,1% mortes crianças menores de 1 ano, para cada mil nascidas vivos, em 1991; sendo que, em 2003, essa taxa cai para 30,8%, representando um declínio proporcional de 56,7%. Isso se deve a um minucioso trabalho que o Estado vinha promovendo em prol da saúde da criança que inclui uma melhoria das taxas de coberturas vacinais, sobretudo, das principais vacinas destinadas a crianças menores de 1 ano, bem como, no cuidado, na avaliação e registro do que vinha sendo realizado.

Avanços significativos foram sendo conquistados no Ceará nas últimas décadas com o registro das informações em saúde promovidas, não somente pelo aperfeiçoamento dos sistemas oficiais, como o SIM e o SINAM, mas incluindo também, um excelente trabalho, voltado especialmente, para a avaliação e registro das informações relativas à saúde materno-infantil realizado pelo UNICEF em parceria com o governo do Estado. É o que mostra o resultado das pesquisas sistemáticas realizadas ao longo das últimas 4 décadas com as várias edições da Pesquisa Estadual de Saúde Materno Infantil (PESMIC). O Ceará foi o pioneiro em adotar estudos desta natureza feito com base em pesquisa transversal, de base populacional, para coleta de dados sobre a saúde de mulheres em idade fértil, incluindo informações sobre seus filhos menores de 3 anos, com aplicação de questionários em uma amostra representativa para todo Estado. (ANDRADE, 2016).

Como nos informa Andrade, no Ceará, já passamos pela 5ª edição da PSMIC que registra informações sobre as ações de promoção da saúde materno infantil no Estado ao longo de 20 anos, realizando sistematicamente este tipo de estudo, mantendo a mesma amostra e metodologia. São investigações abrangentes que agregam informações sobre a saúde da criança registrando: TMI, cobertura do Programa de controle do crescimento e desenvolvimento,

prevalências de taxas de desnutrição, diarreia (com uso do TRO), e de Infecções Respiratórias (IRAS), além da cobertura vacinal e da utilização dos serviços de saúde. Para as informações relacionadas, especificamente, sobre a saúde da mulher, o estudo reúne informações relacionadas às coberturas de pré-natal, planejamento familiar e exames de prevenção ginecológica do câncer, escolaridade, condições de renda e de moradia. (ANDRADE, 2016).

Em 1993, os 183 municípios cearenses já contavam com a atuação dos ACS que davam uma relevante contribuição para os resultados positivos nas PESMIC's, como nos informa Andrade (2016). Em sua segunda edição, o estudo já mostrava uma significativa redução nas taxas de mortalidade infantil em seu componente pós-neonatal, fazendo com que a preocupação geral migrasse para o componente neonatal. Esse fato impulsionou políticas públicas no Estado, como o Programa Viva Mulher com objetivos de melhorar indicadores de saúde materna. Andrade nos esclarece ainda que as edições seguintes das PESMIC's, realizadas nos anos de 1994, 2000 e 2007, continuaram registrando avanços na saúde materno-infantil em todo o Ceará.

Estas pesquisas mostravam que 100% das crianças cearenses menores de 1 ano estavam vacinadas contra o sarampo; que o aleitamento materno exclusivo para crianças de 0 a 4 meses havia dado um salto, saindo de apenas 2,3%, em 1990, para 34%, no ano de 2007; que os dados sobre aleitamento materno em crianças com idade entre 12 e 15 meses, tinham praticamente duplicado, quando comparados ao ano de 1987, que registrava apenas $\frac{1}{4}$ das crianças entre 12 e 15 meses, saltando para metade na mesma faixa etária, acompanhada de uma drástica queda na prevalência de baixo peso que era de 12,5% em 1987, passando para 4,7% em 2007 demonstrando 62% de redução da taxa.

Em função das várias edições da PESMIC realizadas durante estas últimas décadas ficamos sabendo que, embora possamos contar com uma mudança significativa no quadro da saúde materno infantil relacionada à ampliação do acesso à água por parte das famílias, e avanço no grau de instrução das mães, o que praticamente

permaneceu inalterado foi o percentual de famílias que vivem com renda inferior a um salário mínimo que, em 1987, era de 52,5%, e ao final de duas décadas, em 2007, este percentual foi apenas para 58,1%, o que ainda requer um grande empenho no avanço do trabalho extrapolando o setor saúde.

Reconhecemos em nosso cotidiano na ESF que o distanciamento entre a enfermagem e os ACS é um aspecto preocupante porque descaracteriza muito e se distancia das atividades de promoção de saúde que definem a natureza do nível de atenção primária de base territorial fincada na universalidade, integralidade e equidade.

Uma necessária ressignificação do trabalho do ACS

Frente a este cenário não resta dúvida da relevância do trabalho do ACS para APS do SUS. Contudo, hoje, parece que estamos diante de uma estagnação e um arrefecimento de suas ações no âmbito da ESF. Percebemos, de forma geral, um distanciamento entre o ACS e a enfermagem no que diz respeito ao acompanhamento efetivo de suas ações e registro de resultados para além dos avanços já alcançados no que se refere à saúde materno infantil. Talvez os avanços na informatização das informações em saúde produzidas pelos ACS, antes registradas em sistemas como o SIAB, e hoje com o E-SUS, não tenham avançado na mesma eficácia na produção de novas ferramentas de supervisão e avaliação de seu trabalho. Talvez os ACS não disponham de novas tecnologias em saúde para ampará-los em suas ações de promoção de saúde junto aos grupos e a comunidade.

No Ceará apenas alguns municípios, como por exemplo, Itaitira e Horizonte, conseguiram êxito na incorporação do uso do e-SUS em seu cotidiano de serviço. Vemos hoje não um avanço, mas uma estagnação, ou mesmo, uma desfiguração das atribuições do ACS. Não é mais consenso o foco de suas atribuições nas ações de promoção de saúde, passando a ser alvo de revisões na Política Nacional de Atenção Básica, em 2017. Desde o início da profissão, a

atividade central era sempre articular a população com os serviços, compreender os determinantes de saúde e doença, e articular ações de promoção, prevenção e cuidado a saúde. Até 2006, nos documentos normativos, as atribuições dos ACS enfatizavam o caráter educativo do trabalho, com atividades de orientação e acompanhamento das famílias e de grupos específicos, de mobilização social, de articulação intersetorial e de produção de informação. O cerne de atuação prioritário era o território, e a visita domiciliar era a estratégia principal. (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Ao longo dos anos mudanças ocorreram principalmente no perfil da categoria, como por exemplo, a escolaridade. No início a exigência era apenas ler e escrever. Após a lei de 2002, foi exigido ensino médio, como condição de certificação de sua formação técnica, no âmbito do SUS. (BRASIL, 2002). Entretanto, esta formação técnica, apoiada pelo Ministério da Saúde, não foi concluída na maioria dos Estados. O papel do ACS de mediador entre os serviços, os profissionais de saúde e os moradores dos territórios sempre fora exaltado por, efetivamente, contribuir nesta comunicação, sem, entretanto, avançar no reconhecimento da categoria como profissional técnico do SUS.

Com a consolidação do Sistema de Saúde, muitos documentos foram formalizados, legalizando e regulamentando a assistência em saúde. A exemplo disso, a Portaria N° 2.488, de 21 de Outubro de 2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com o passar dos anos e com as publicações das PNABs, explicita-se um redirecionamento nas diretrizes do trabalho e uma normatização das funções dos ACS. Ressaltamos que algumas modificações significativas ocorreram entre as publicações da PNAB de 2011 para 2017. Uma delas refere-se à mudança do número mínimo de ACS/equipe, que era de quatro na PNAB anterior, e na atual não está definido, considerando-se apenas um ACS/equipe. Outra mudança refere-se à recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de

maior risco e vulnerabilidade e não mais 100% da população da ESF (PNAB, 2017). Percebemos com isso que, de um lado, a categoria tem uma importância política, uma vez que as leis como a do piso salarial são aprovadas, em contrapartida, de outro lado, a categoria sofre alterações no campo da atuação (MOROSINI, 2017).

Outra alteração de bastante relevância para a APS, foi a retirada à previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser destinada para atividades de formação (PNAB, 2017). Isso inclui todas as categorias da ESF. Entendemos que o SUS é um espaço de formação. Em 2011, os profissionais das equipes tinham o direito de utilizar algumas horas em atividade que capacitassem a formação profissional e melhorasse a atuação, e a partir da publicação de 2017, não há espaço para atividades de educação permanente, e conseqüentemente para qualificação do processo de trabalho na APS. (MELO et al, 2017).

Ao longo da experiência profissional na APS, tem sido um desafio para nós enfermeiras(os), como integrantes da Equipe de Saúde, executar as diversas atribuições referentes à enfermagem, dentre elas, o gerenciamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS, bem como, participar e realizar as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem. Percebemos que, embora reconheçamos que Educação Permanente seja imprescindível para mudanças nos processos de trabalho, a fim de conduzir a uma boa prática de cuidado e melhorar a atuação da assistência, ainda não avançamos na apropriação de metodologias para desenvolver este trabalho de cunho mais pedagógico, par lidar com grupos e comunidades.

Uma experiência significativa que vivemos no tocante a essa questão foi relacionada ao problema de melhoria das coberturas vacinais no município de Caucaia que proporcionou uma rica troca de saberes, além se tornar uma oportunidade de ressignificação do trabalho do ACS tanto para eles, quanto para nós da enfermagem. Apresentamos a seguir a experiência com uma prática educativa com um método que nos ajudou a alavancar uma mudança significativa no que diz respeito à imunização, e estima-se impactos positivos

de curto, médio e longo prazo na saúde da comunidade resgatando a atuação dos ACS enquanto partícipe fundamental da Atenção Primária em Saúde (APS).

Acompanhamento e supervisão do trabalho do ACS ou parceria solidária no desenvolvimento de processos de trabalho na APS?

A proposta do curso de Atualização em Vacina para os ACS de Caucaia se insere no processo de formação voltada para melhoria dos indicadores de Imunização do município. Todos os enfermeiros foram convidados a cooperar nesse processo formativo participando do curso de Gerenciamento de Sala de Vacina, curso este, que tinha como parte de sua carga horária, uma atividade docente voltada para capacitação dos ACS no tema de vacina, bem como, para os técnicos de enfermagem.

A estratégia de formação envolveu as três categorias profissionais diretamente responsáveis pela imunização na APS, sendo planejado e executado pela coordenação de Imunização e o Núcleo de Educação Permanente (NEPS) de Caucaia, que se responsabilizaram diretamente pela formação dos enfermeiros, focando no objetivo de melhorar a situação de cobertura vacinal de todo município.

Em sua estratégia operativa o curso aconteceu em dois ciclos. O primeiro dedicado à formação de um grupo de 25 enfermeiros e enfermeiras que se dividiram em dois grupos, assumindo cada um, a formação de todos os técnicos de enfermagem e de parte dos ACS de Caucaia.

Antes de iniciar o Curso fomos convidados para uma reunião de planejamento de execução dos Módulos, programando as datas e horários para sua realização, sendo que os três cursos aconteciam de forma concomitante. Nos dias que antecediam nossa prática docente junto aos ACS, realizávamos um encontro de facilitadoras (enfermeiras) para preparação e estudo do material didático produzido pela equipe do NEPS, a ser utilizado nos encontros, bem como, organizar recursos audiovisuais como vídeos, músicas

e demais ferramentas de auxílio nesse processo de aprendizagem, conforme orientações recebidas por ocasião de nossa formação no Curso de Gerenciamento de Sala de Vacina.

Cada encontro era preparado com dedicação e transformando em um momento rico de aprendizagem e troca de saberes entre nós enfermeiras e a nossa equipe de ACS. Havia por parte de nossa equipe de enfermagem uma preparação para aprimorar a ambiência de aprendizagem por meio da utilização de uma estrutura confortável, com a escolha de salas de fácil acesso, com ventilação, e disposição das cadeiras em círculos, proporcionando um local favorável à troca de saberes. Além disso, em todos os encontros, eram realizados Ritos de abertura com músicas, vídeos, dinâmicas ou discussões de temas correlacionados às relações humanas como gratidão, gentileza, e relações interpessoais. Essa metodologia era por nós vivenciada no curso de Gerenciamento de sala de vacina e por meio de uma aprendizagem vivencial, organizamos nossos encontros com os ACS seguindo a metodologia.

Havia uma preocupação geral compartilhada para contribuirmos como equipe para a melhoria dos indicadores de imunização, ressignificando a atuação dos ACS no planejamento e avaliação da vacinação no território, bem como, nosso trabalho junto com eles. A partir disso, foi possível resgatar competências para auxiliar no planejamento das ações referentes à imunização, (re)fazer registros, corrigindo as informações pertinentes ao cartão de vacinação, (re)aprendendo a emitir e analisar relatório do SIPNI, planejar ações em parcerias entre enfermagem, técnicos de enfermagem e ACS na busca ativa dos usuários faltosos.

Iniciamos o primeiro encontro construindo coletivamente um Pacto de Convivência acordando regras e informações referentes a horários, uso do celular, higiene da sala que permaneceram conosco durante os demais encontros para consultas ou lembretes. Nesse momento inicial, o objetivo era integrar e fortalecer os vínculos entre os participantes e resgatar as práticas de atuação dos ACS destacando a escolha profissional, os fatos sociais, históricos e políticos da consolidação da categoria. Desse modo, antes mesmo de

iniciarmos com a disponibilização de conteúdos atuais e relevantes sobre imunização, foi necessário que o educando (ACS) se percebesse componente ativo e reconhecesse seu papel e sua contribuição enquanto participante desse processo de aprendizado.

Esse primeiro encontro foi dedicado para fazermos junto com os ACS um resgate histórico de sua função no SUS. Fizemos isso por meio da leitura de parte do livro Os Sanitaristas de Jucás, que conta por meio de uma entrevista com o casal Carlile Lavor e Míria Lavor, um pouco da história de criação do PACS. A intenção era inspirar, trazer para o centro do diálogo a missão que inspirou o programa no Ceará, recordando o sentido da atividade para os ACS que estavam desde o início, e inspirando os que chegaram depois. Ao final do encontro os agentes eram convidados a fazerem perguntas para o casal que estava convidado a fazer o lançamento do livro no município de Caucaia.

A coordenação do NEPS recolheu todas as perguntas para serem direcionadas ao Dr Carlile Lavor convidado para ministrar uma aula magna como parte da formação do curso para os ACS, ocasião em que também faria o lançamento do Livro em Caucaia. Foram muitas perguntas e todas elas organizadas em blocos da seguinte forma:

BLOCO A: O AGENTE DE SAÚDE SUAS HISTÓRIA E AS NOVOS DEAFIOS DA MODERNIDADE

- O que vocês consideram de mais relevante no programa agente de saúde desde sua criação?
- Quais as instituições governamentais que acreditaram e deram suporte para que o Programa fosse sucesso até os dias de hoje, além do Governo Tasso?
- Qual foi a maior dificuldade que vocês encontraram no decorrer do tempo da criação do Programa Agente de Saúde?
- O que acha do Programa ACS hoje em dia? O que fazer para melhorar?
- Que diferença você vê no ACS do início do Programa (passado) para o ACS de hoje?

- Quais os desafios da modernidade vocês veem para a profissão de agente de saúde?
- Por que o trabalho do ACS não é tão valorizado?
- Considerando que objeto do trabalho maior do agente de saúde é família e seu contexto, ele tem que enfrentar violências, doenças surgindo e vários obstáculos para o nosso fazer profissional. O que o Senhor pensa que é necessário fazer para o empoderamento dessa categoria?
- Como vê as novas atribuições que querem implantar para os ACS como, por exemplo, fazer o serviço do técnico de enfermagem?
- O ACS hoje tem o desafio de abrir caminho para os demais membros da equipe de PSF, muitas vezes solitários numa situação de violência, existe políticas públicas que respaldam o trabalho do ACS nesta situação de risco.

BLOCO B: A IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ACS

- O agente de saúde é um profissional que se envolve em várias outras áreas, o que deve ser feito para que este profissional tenha funções próprias e autonomia de atuação?
- Considerando que o agente de saúde trabalha com objetivos e não em cumprimento de rotinas, e que nosso princípio é da equidade para a comunidade. O que você julga necessário para que a gestão compreenda isso?
- Quanto ao Curso Técnico quando poderemos concluir esta formação e nos considerar um profissional técnico?
- O que você acha da seguinte frase que sempre escutamos nas reuniões “o ACS está sempre na ponta”?
- Que melhorias vocês acham que os governantes devem implantar para os ACS?

BLOCO C: O ACS E SUA FORMAÇÃO

- Alguma referência citada na entrevista foi em relação a Paulo Freire, de que forma este educador, pedagogo e filósofo influenciou no trabalho do ACS?
- Dr Carlile e Dra Míria gostaria de saber mais sobre essa forma

de treinamento baseada em Lauro de Oliveira Lima e Paulo Freire que foi utilizada para capacitar agente de saúde.

BLOCO D: SOBRE OS IDEALIZADORES DO PROGRAMA E O LIVRO

- Qual foi a ideia/objetivo principal do livro?
- Vocês se sentem realizados por terem criado o Programa Agente de Saúde e consideram que está dando certo ainda?
- Como vocês se sentem vendo o programa criado numa época tão difícil e hoje em dia ter se tornado essa grandeza reconhecida nacionalmente?

Foram muitas e pertinentes questões que tocavam pontos nevrálgicos da função do ACS hoje na APS do SUS. Claro que todas as perguntas trazem questões complexas para todos nós que fazemos o SUS. Essas perguntas ajudaram a embalar a aula inaugural com a presença de Dr Carlile. Participaram deste momento não apenas os ACS que estavam participando do primeiro ciclo com seus enfermeiros, mas todos os 486 que integram as equipes de saúde da família de Caucaia.

O segundo Encontro foi, então, um momento mais que especial em que nos reunimos todos, enfermeiros e ACS de Caucaia, para o lançamento do livro. O Evento ocorreu no auditório do Convento das Irmãs Cordimarianas com a presença do Dr. Carlile Lavor, convidado especial para ministrar uma aula sobre seu trabalho como sanitarista no SUS, especialmente na criação do PACS. Foi um momento importante em que houve um resgate da história política e social da categoria profissional, impulsionando a ressignificação do trabalho do ACS no SUS. Nossa intenção com o Evento era favorecer um resgate da história do ACS e contribuir para trazer impulso e significado, valorizando o trabalho de Imunização realizado pelos ACS, que foi tão importante no início do PACS.

O terceiro encontro retornava a acontecer nas UAPS de forma descentralizada. O objetivo era compreender mais sobre o calendário vacinal da população de 0 a 2 anos, relembando sobre

os imunobiológicos utilizados, as vias de administração/aplicação e as doses e aprazamentos recomendados. Foi um momento crucial nesse processo, pois percebemos que muitas ACS já não lembravam com precisão do calendário vacinal e foi possível realizar exercícios de fixação para sanar quaisquer dúvidas que ainda vigoravam na prática dessa categoria.

O quarto encontro foi dedicado para compreendermos a importância do feedback nas relações interpessoais para o gerenciamento da sala de vacina, e compartilhar com os ACS a importância do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI). Ressaltamos a importância da informatização dos dados, pois o objetivo fundamental do SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

O quinto e último encontro teve como foco organizar a agenda de visita domiciliar com a priorização da busca ativa de vacinação dos faltosos e compartilhar critérios de acreditação para a sala de vacina.

Como resultado desses encontros pedagógicos passamos a adotar em nossa rotina a prática de reuniões entre toda a categoria de enfermagem, os técnicos e ACS para acompanharmos as coberturas vacinais e traçarmos juntos estratégias de busca ativa de crianças com o objetivo de manter os indicadores dos 7 imunobiológicos que integram o calendário vacinal de crianças até anos de idade.

Percebemos ao longo desse processo que, quando resgatamos o sentido mais comum atribuído à busca ativa, encontramos a definição de ir à procura de indivíduos com o fim de uma “identificação sintomática”, principalmente, das doenças e agravos de notificação compulsória para orientar adequadamente a aplicação

de medidas de controle. Contudo, Busca Ativa, também passou a ser para nós entendida como um movimento de ir à contracorrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território. Essa mudança de sentido proporcionou acessar o território do usuário, estabelecer vínculo terapêutico e se integrar mais ao seu meio cultural. (BRASIL, 2005).



Aula do Curso Atualização em Vacina para ACS.

Percebemos que, ao serem orientados e para se dedicarem a realizar a busca ativa, os ACS conseguiriam identificar as crianças faltosas no período da vacinação, identificando os motivos que levaram ao atraso e realizando o resgate desses indivíduos à Unidade de Saúde.

Como resultado do Curso, houve a aplicação de uma nova ferramenta/instrumento para auxiliar na execução dessa prática. Uma ferramenta importante para colaborar no trabalho do ACS. O Instrumento oriundo desse processo foi denominado Registro Nominal do ACS / Situação vacinal familiar. Nele consta o nome da criança, a data de nascimento, 17 imunobiológicos (BCG; Hepatite B; VIP; Penta; VORH; Pneumocócica; Meningocócica; Tríplice Viral; Tetra Viral; VOP; Hepatite A; DTP; Varicela; HPV; dTpa; dT e influenza) e suas respectivas doses com local para aprazamento. Desse modo teríamos uma ferramenta de controle das crianças com vacinação atrasada a fim de melhorar os indicadores.

Este Instrumento elaborado está sendo utilizado também nas consultas de puericultura para atualizar a situação vacinal de cada indivíduo e nas reuniões mensais de entrega de consolidado dos ACS por meio da aplicação do SSA2 para controle interno de cada equipe. Nesse momento, ocorre a inspeção e checagem dos cartões espelho de vacinação para identificar atrasos ou alertar vacinas com aprazamentos a curto prazo. Assim, ao realizar as visitas domiciliares subsequentes, os ACS já iriam priorizar as pendências identificadas e reforçariam a importância da imunização.

Considerações Finais

O Curso proporcionou uma melhoria na execução dos processos de trabalho com um controle sobre a imunização das crianças menores de 2 anos do território. A partir do conteúdo apreendido, foi possível aplicar métodos de certificação de qualidade na sala de vacina, seguindo normas e POPs necessários a acreditação e utilizar um novo instrumento para o gerenciamento da imunização infantil da área adscrita.

Além disso, foi possível realizar um resgate e ampliação dos conhecimentos de nós enfermeiros e ACS por meio de uma recapitulação de um conteúdo essencial à Atenção Primária, além de aproximar e melhorar a relação com a equipe de enfermagem, incluindo o vacinador. O desafio de mediar a capacitação, incorporando o papel de educando e facilitador, ressignificou os processos de trabalho e o olhar mediante a problemática da imunização no nosso território.

A educação permanente teve papel essencial nesse processo, pois possibilitou além da atualização, subsídios para a construção do processo de supervisão, que se constitui como uma prática necessária e eficiente na atuação das ESF, com o objetivo de manter elevada a qualidade prestada aos usuários, visando à promoção da saúde. Consideramos necessário retomar a formação técnica do ACS, reafirmar que é um processo que deve ser implementado integralmente e oferecido a todos. É imprescindível fortalecer a

educação em saúde como o eixo principal do trabalho dos ACS, e produzir políticas públicas para a qualificação desse trabalho, de modo que atenda aos diferentes contextos sociais e territórios (MOROSINI, 2017)

A educação é uma ferramenta capaz de formar indivíduos com consciência crítica para que possam exercer ativamente seu aprendizado e não apenas reproduzir informações. A inserção de atividades de Educação Permanente na APS aliada ao uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem promove uma ampliação na abordagem integral e contextualizada dos profissionais e comunidade. Tais práticas devem ser realizadas com a convicção de que a mudança é possível com comprometimento e deve ser baseada no diálogo com os saberes prévios do educando, e na análise crítica da realidade, para a construção compartilhada de um processo educativo que valorize as singularidades dos sujeitos inseridos nesse processo. (FALKENBERG et al, 2014)

Então, mediante a problemática da melhoria de indicadores em saúde como a cobertura vacinal, e da necessidade de reciclagem de conhecimentos dos enfermeiros e dos ACS, a experiência da capacitação dos ACS referentes à imunização, proporcionou uma rica troca de saberes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F. M. O. **O Valor Social da criança para o governo: motivações dos gestores públicos do Ceará para priorizar a saúde infantil.** 2016. 188f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará.

BARBOSA, M. I. S. **O Vínculo na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde do Brasil.** 413f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6. ed. Brasília, DF, 2005b.

- FALKENBERG, M.B; et al. Educação em Saúde e Educação na Saúde: conceitos e implicações para a Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.
- FERREIRA, V.F; et al. Educação em Saúde e Cidadania: Revisão Integrativa. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 363-378, maio/ago. 2014.
- LAVOR, A. C H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Um novo profissional para novas necessidades em saúde. **Sanare**, Sobral, Ano V, n.1, p. 121-128, jan/mar. 2004.
- MELO LP de; et al. A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2017.
- MOROSINI M.V.G.C; FONSECA A.F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 261-274, setembro 2018.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 726. 2002.

CAPÍTULO 18

AValiação DO CURSO DE GERENCIAMENTO EM SALA DE VACINA NA VISÃO DA ENFERMAGEM DE CAUCAIA

Maria Idalice Silva Barbosa
Emanuel Rodrigues Morais

Quando propusemos uma formação voltada para melhoria dos indicadores de Imunização de Caucaia realizado em dois ciclos, abrimos um leque de desafios. O primeiro ciclo gerou ricos aprendizados a serem compartilhados. Ao final do segundo ciclo de formação, reconhecemos que estamos apenas no início.

Propor uma formação sistêmica envolvendo três categorias profissionais na perspectiva de gerar uma colaboração interprofissional na rotina de seus processos de trabalho, foi uma experiência rica em aprendizado coletivo. Sabemos, contudo, que ainda há muitos desafios para melhorar o desempenho de todos que fazem parte deste complexo sistema, dentro de um sistema maior que é o SUS.

A avaliação deve ser parte contínua e sistemática do trabalho na Imunização. Quando finalizamos o segundo ciclo de formação, em setembro de 2019, propusemos uma avaliação de todo o curso aplicando um questionário com perguntas fechadas. Somado a isso, fizemos também perguntas abertas, para termos uma avaliação de cunho mais qualitativo, em que os enfermeiros foram convidados a responder perguntas em forma de Carta dirigida aos facilitadores do curso, deixando a critério a identificação ou não dos autores/remetentes.

O município de Caucaia conta hoje com corpo de trabalhadores da enfermagem em que 76,4% são concursados, e ainda 23,5% contratados. A maioria destes profissionais tem

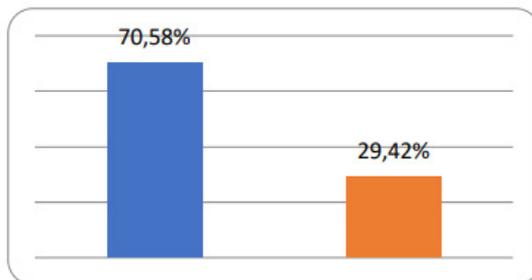
experiência de atuação acima de 7 anos na APS do SUS, alguns passam de 15 anos. Foi a este grupo que solicitamos que avaliassem o curso em termos de qualidade, respondendo um questionário com perguntas relacionadas a seus conteúdos, metodologia, desempenho de facilitadores, recursos bibliográficos, sala de aula etc.

No questionário, solicitamos que assinalassem, numa escala de decrescente de 5 a 1, na proporção de Excelente, Bom, Regular, Insuficiente e Ruim. Em suas respostas, a maioria dos enfermeiros avaliaram estes itens na escala entre excelente e bom, conforme mostra a tabela abaixo:

ITENS	Ex.	Bom	Reg.	Insf.	Ruim
	5	4	3	2	1
Conteúdo (objetivos de aprendizagem)	52,94 %	47,06 %			
Metodologia utilizada pelo curso	52,94 %	41,17 %	5,89 %		
Desempenho dos facilitadores de grupo	79,41 %	20,39 %			
Recursos bibliográficos disponíveis	50 %	44,11 %	2,91 %	2,91 %	
Salas disponíveis para aulas didáticas	61,76 %	35,29 %	2,95 %		
Qualidade da alimentação	41,17 %	50 %	8,83 %		
Tempo de duração do curso	38,23 %	58,82 %	2,95 %		

Fonte: coordenação da Educação Permanente em Saúde, 2019/ Caucaia.

Perguntamos também sobre o nível de contribuição que o curso teve em melhorar a sua prática na UAPS, assinalando numa escala crescente, de 0 a 5, indo de Nenhuma, Pouca, Regular, Boa e Excelente Contribuição. As respostas nos apontaram 70,58% com excelente, 29,42%, como boa contribuição, não havendo nenhuma resposta assinalando os demais itens.



Fonte: Núcleo de Educação Permanente em Saúde, 2019/Caucaia.

Indagamos também no questionário a respeito da utilidade dos temas abordados pela matriz curricular do curso solicitando ao grupo que graduassem numa escala de 0 a 4, entre Muito Importante, Importante, Regular e Pouco Significante. Novamente, a categoria avaliou todos os conteúdos do curso nas categorias Muito Importante e Importante, conforme mostra a tabela abaixo:

CONTEÚDOS	M. Imp.	Imp.	Reg	P.Sig
	4	3	2	1
1. Imunização e barreira de acesso na APS	79,41 %	20,59 %		
2. Planejamento e avaliação da vacinação na APS	79,41 %	20,59 %		
3. Uso de Protocolo para gerenciamento da sala de vacinas	91,17 %	8,83 %		
4. Calendário vacinal (estudo de casos)	79,41 %	20,59 %		
5. Calendário vacinal para pré-maturos	73,52 %	26,48 %		
6. Efeitos adversos pós-vacinal	76,47 %	23,53 %		
7. Mitos e verdades sobre vacinação	58,82 %	41,18 %		
8. Uso de SI-PNI	73,52 %	26,48 %		
9. Vacinação segura: qualidade das vacinas e da vacinação	91,17 %	8,83 %		
9.1 POP's da Sala de Vacina	82,35 %	17,65 %		
9.2 Fluxo de Acidentes biológicos	73,52 %	26,48 %		
9.3 Plano de contingência de queda de energia	70,58 %	29,42 %		
10. Prática docente com os ACS	64,70 %	32,35 %	2,95 %	
11. Prática profissional – condução de reuniões com técnicos e ACS	76,47 %	23,53 %		
12. Relações interpessoais e fortalecimento de vínculos	73,52 %	26,48 %		

Fonte: coordenação da Educação Permanente em Saúde, 2019/ Caucaia.

Também perguntamos sobre seu nível de satisfação com o curso solicitando que indicassem numa escala de 0 a 4, indicando: Insatisfeito, Regular, Satisfeito e Muito Satisfeito. A maioria dos enfermeiros e enfermeiras, 58,82%, indicaram estar muito satisfeito com a formação e 41,18% assinalaram estarem satisfeitos. Ninguém assinalou regular ou insatisfeito.

No questionário havia ainda uma pergunta aberta solicitando que indicassem alguma atividade que já consideram fazer parte de sua rotina após o curso. A turma listou os seguintes itens:

- Visitação diária à sala de vacinas;
- Verificar a Temperatura da geladeira;
- Cuidados com a sala de vacinas;
- Utilizar a Lista de faltosos para a busca ativa;

- Observação/orientação do trabalho executado pelo técnico;
- Prática docente/acompanhamento com ACS;
- Fechamento de mapas;
- Sistematização da rotina de trabalho;
- Registro compartilhado por profissionais da enfermagem (vínculo);
- Acompanhamento das doses aplicadas;
- Caderneta de vacinação de quem frequenta o posto (independente do motivo da visita).
- Por fim, perguntamos o que eles acrescentariam ao curso, ou que outras sugestões teriam para melhorar. Alguns apontaram mais aulas direcionadas aos técnicos de enfermagem, mais aulas práticas sobre o SI-PNI, solicitaram disponibilização de material, bibliografia e cursos semestrais e/ou atualização anual sobre o tema.
- Em relação à Avaliação Qualitativa, solicitamos que redigissem Cartas endereçadas aos facilitadores do Curso, tendo como orientação as seguintes perguntas:
 - Quais eram suas expectativas positivas e negativas relacionadas ao curso?
 - O que mais surpreendeu você ao longo do processo de formação?
 - Destaque as três aprendizagens mais relevantes para você como gerente de sala de vacina;
 - Destaque a principal mudança na sua rotina de trabalho relacionado à sala de vacina;
 - Destaque duas ou três mudanças em sua relação com os técnicos de enfermagem;
 - Que aprendizados foram gerados a partir dos encontros com seus ACS?
 - Qual o maior desafio que você vai enfrentar para dar continuidade às reuniões com seus ACS e técnicos de enfermagem e de que forma pretende superar?
 - Que sugestões você tem para coordenação da Imunização do município?

Todas as cartas foram digitadas, em seguida, lemos atentiosamente todas elas e categorizamos o conteúdo das respostas em 5 categorias: Sobre a importância e os desafios no Gerenciamento da Sala de Vacina; Sobre a relação da enfermagem com os Técnicos de Enfermagem; Sobre a relação da enfermagem com os Agentes Comunitários de Saúde; Sobre o Trabalho de Equipe e a Colaboração Interprofissional; Impressões sobre a metodologia adotada; Sobre o processo de formação e sugestões e desafios de melhoria e de continuidade. Seguem abaixo os trechos mais significativos em cada categoria:

Sobre a importância e os desafios no Gerenciamento da Sala de Vacina

Percebemos que o Gerenciamento da Sala de Vacina começou a fazer parte de suas Rotinas. É importante que a gestão prossiga por meio de incentivo e avaliação permanente deste trabalho pelos enfermeiros, cuidando para que as diversas outras atribuições de suas rotinas não os retirem de dar atenção ao serviço da Imunização. Destacamos os seguintes trechos das Cartas:

“Hoje consigo organizar melhor a sala de vacinas, e a principal mudança é ir todos os dias na sala de vacina para ver se está tudo em ordem; Dentre todos os aprendizados, quero ressaltar a cobertura vacinal, porque até então não entendia porque vacinávamos, mas não atingíamos a meta. Outro ponto é como funciona a liberação das vacinas, relação estado-município.”

“Aprendemos a fazer a busca ativa no sistema de faltosos, vemos quantas doses aplicamos e o que ainda falta para alcançar a cobertura. Entendi e consegui repassar para a equipe como é calculada a cobertura de cada um dos imunobiológicos que mais utilizamos na APS. Tivemos acesso ao produto de construção do 1º ciclo: POP(s) e também tivemos um espaço para discussão de como podemos implementá-los por meio de reuniões com os profissionais de cada setor nas unidades.”

“Ao longo do curso percebi a importância do assunto e o impacto na saúde da população. A máxima “registrar é preciso” agora é “registrar é essencial”. A rotina de trabalho mudou. Enxergar a sala de vacina é essencial.”

“A principal mudança em minha rotina de trabalho é a avaliação diária do processo de abertura da sala de vacina (procurando saber se de fato tudo está em ordem, de acordo com o que foi passado em sala de aula); Uma das principais mudanças na minha rotina de trabalho foi a visita diária à sala de vacina, agora, com um olhar mais técnico, direcionado a tentar melhorar a qualidade desse serviço dentro da UBS.”

“Hoje tenho um olhar e uma prática diferente. Todos os dias verifico a temperatura da geladeira, estou aprendendo a usar o SIPNI e me sinto mais segura em administrar os imunobiológicos.”

“A consciência do verdadeiro papel do enfermeiro na sala de vacinas foi a principal das três aprendizagens relevantes.”

“Surpreendi-me com a quantidade de atividades a serem feitas diariamente pelo profissional enfermeiro, o qual só tinha de frequentar a sala de vacinas “quando tinha tempo”. Aprendi a importância deste setor dentro de uma UBS, as normas e rotinas a serem postas em prática diariamente. No que diz respeito à rotina de trabalho, visito a sala logo quando chego à Unidade e verifico se tudo está sendo feito como tem que ser.”

“Ao iniciar o Curso de Gerenciamento de Salas de Vacinas na APS tinha como expectativa mais um curso de atualização e um conhecimento atual que não gerasse tanto “movimento”. Ao longo do curso vi o conhecimento tornar-se dinâmico, o que me surpreendeu. Embora cansada e com tantas atribuições, me senti motivada em estudar e contribuir com o conhecimento da equipe e adequar aos poucos a sala de vacina aos padrões de normatizações preconizadas pelo SUS.”

“Fui surpreendida com a real necessidade do gerenciamento da sala de vacina, pois eu estava negligenciando essa atividade.”

“Pude perceber que precisava mudar a forma, digo, a minha rotina na Unidade, criar estratégias em equipe para melhorarmos os indicadores e observar que apesar da tarefa ser árdua, não é impossível.”

“O que muda na rotina é que agora vou à sala de vacina diariamente. Confesso que era raridade haja vista que dividimos os setores entre 3 equipes.”

“Confesso que estava bem distante da sala de vacina e acabava não fazendo um gerenciamento adequado. Com o curso aprendi algumas coisas bem relevantes como utilizar o SIPNI, trazer a listagem de faltosos, e fazer um monitoramento mais eficaz. Com o curso minha rotina mudou bastante, pois passei a frequentar a sala de vacina diariamente, analisando, observando possíveis erros.”

“Os mais relevantes no aprendizado foram os POP(s) e as atualizações em cartão de vacinas, protocolo para sala de vacina. Está relacionado aos POP(s), é a principal mudança.”

“Destaco como aprendizagem o planejamento e avaliação da vacinação na APS, POP(s) e SIPNI, pois melhoraram os fluxos de trabalho, passando a entender o porquê e a importância de cada passo, não somente para gerente como para técnicas.”

“A partir do curso conseguimos implementar estratégias de gerenciamento de sala de vacinas e se apropriar desse espaço, além de integrar os profissionais envolvidos nesse processo, como técnicos e ACS. Aprendizagem relevante como gerente de sala de vacinas é você ser um profissional humano capaz de conversar com sua técnica e saber como está o trabalho.”

“Temos agora na Unidade uma rotina de trabalho desde o início da jornada até o fim do expediente. Fizemos uma escala diária com os ACS para atualização do cartão de vacinas, SIPNI das crianças da área.”

“Hoje sei que as baterias da caixa térmica são acondicionadas da forma correta, antes não eram. Antes, tinha dias que não ia à sala de vacinas, após o curso, virou rotina ir todos os dias.”

“Percebemos a importância do enfermeiro na sala de vacina, de gerenciar este setor, que por muitas vezes ficava esquecido. Agora percebemos que sempre precisa de um ajuste, de um trabalho em equipe.”

“Ressalto a importância da apresentação de instrumentos de avaliação para a sala de vacina, o que nos direciona de forma objetiva e facilita a continuidade dos processos de trabalho.”

Sobre a Relação da enfermagem com os Técnicos de Enfermagem

A formação dos técnicos de enfermagem foi realizada pelos enfermeiros e ocorreu durante o primeiro ciclo da formação. A maioria destes profissionais são contratados e seu engajamento com as mudanças se mostrou mais desafiador. A melhoria de seu desempenho depende de um bom gerenciamento, bem como, de um olhar sensível da gestão municipal. A importância de seu papel no registro adequado das informações é essencial para o Programa, pois é o profissional que opera diariamente o SI-PNI, além de se responsabilizar pela administração das vacinas de uma forma geral, em termos de manutenção de sua qualidade, bem como, do acolhimento a população. Sem um bom desempenho por parte destes profissionais os indicadores ficam estagnados muito em função da falta de registro, tarefa que exige tempo e atenção. A importância do registro sempre fica à margem da importância de administrar os imunobiológicos e somente um trabalho de acompanhamento e vigilância é que permite avançarmos nos registros fidedignas às coberturas.

Os enfermeiros de Caucaia mostram em discurso que o desempenho do técnico precisa ainda de cuidados, e um caminho que se mostrou promissor foi essa responsabilidade de acompanhamento e supervisão da sala de vacina ser assumida pela categoria da enfermagem, uma vez que promove aproximação e troca de saberes.

“A mudança com os técnicos de enfermagem se reflete diariamente, pois hoje trabalhamos em conjunto, onde as dúvidas são resolvidas no momento da assistência, garantindo o cuidado necessário com toda equipe, sendo a promoção da saúde coletiva.”

“Conheci técnicos de enfermagem de vários locais e percebi que eles, além de treinamento, precisam de um carinho muito grande da gestão. São pessoas sofridas e o mínimo que podemos fazer por eles faz uma grande diferença.”

“Conseguí ter relacionamento melhor com a técnica. Conseguí fazer com ela entendesse que vacina é muito importante e está conservada, na temperatura adequada.”

“Com as reuniões com a técnica de enfermagem pude ter uma relação mais próxima e entender suas dificuldades. Toda “mudança” requer tempo para que de fato se transforme na realidade que desejamos. Estamos em crescimento.”

“Com relação aos técnicos a experiência foi negativa, pois a partir do momento que passei a “fiscalizar” suas atividades, eles demonstraram insatisfação e distanciamento.”

“Houve uma maior aproximação com a técnica responsável pela sala de vacina e a troca de saberes foi muito valiosa para o serviço.”

“Meu maior desafio será incluir a técnica de enfermagem nas reuniões com os ACS.”

“Precisa de mais reuniões com os técnicos de sala de vacinas para que eles percebam a importância deles na sala de vacinas.”

“Há mudança em relação ao técnico que já havia feito o curso, mas vejo que não segue o que aprendeu, mas comecei a conversar a respeito.

A conversa com os técnicos agora tornou-se clara e percebe-se que é essencial e reativou essa relação.”

“A minha sugestão é continuar tendo capacitações com os técnicos, pois percebemos muitas manias, falhas que poderiam ser corrigidas com outros momentos.”

“A mudança das técnicas foram que elas estão mais organizadas.

O contato profissional está mais íntimo com a técnica. Ela está mais presente no momento dos atendimentos. A troca de conhecimento entre mim e minha técnica.”

Sobre a relação da enfermagem com os Agentes Comunitários de Saúde

A participação dos ACS na melhoria dos indicadores se dá, sobretudo, com a Busca Ativa, e o acompanhado rigoroso com o cartão de vacina de todas as crianças da área é fundamental. Contudo, este trabalho hoje, com o uso do SI-PNI precisa de articulação com o técnico de enfermagem orientado e acompanhado pelos enfermeiros que, por sua vez, precisam conhecer os indicadores fazendo a leitura das metas para cada imunobiológicos pactuados pela coordenação da Imunização. Garantir os retornos para as vacinas de segunda

dose, vacinar cumprindo rigorosamente o calendário vacinal são desafios que precisam de um trabalho articulado e constante acompanhamento.

Percebemos claramente que o distanciamento da enfermagem em relação aos ACS ocorre muito em função das dificuldades com as orientações, faltam ferramentas adequadas para o trabalho de acompanhamento de forma geral. Realizar a busca ativa a partir da leitura dos indicadores, com mais clareza das metas de cada imunobiológicos, é indispensável hoje para o avanço na melhoria destes indicadores na APS do SUS. Seguem alguns trechos das falas dos enfermeiros sobre sua relação com os ACS a partir das atividades do curso:

“Os encontros com ACS para mim foram um momento mágico, evidenciamos várias dúvidas relacionadas ao calendário vacinal, questionamentos referentes ao que é verdade ou mito com relação à criança que receberá a vacina (como tosse, coriza, temperatura 37°C) se pode se vacinar ou não (a queixa com relação dos técnicos e aos mitos passados pelos profissionais da saúde).”

“Conhecer a história dos ACS foi fundamental e gratificante. Percebi os quanto eles são essenciais e quanto é preciso resgatar o compromisso deles com o trabalho.”

“A prática com os ACS foi desafiadora e prazerosa...O primeiro encontro foi um resgate de história de vida que fortaleceu nossos vínculos. Entendi suas dúvidas e estamos caminhando na busca pelas crianças com vacinação atrasada. Resgatando nosso papel enquanto profissionais da ponta responsáveis pela imunização da população.”

“Dos encontros com os ACS destaco as diferenças de cada um, a forma de trabalhar que difere quando temos numa mesma equipe ACS de diferentes faixas etárias, e que cada um evolui no seu ritmo. Nas reuniões aprendi/conheci um trabalho desenvolvido pelos mais antigos e como esse trabalho era importante.”

“O encontro com os ACS foi bastante válido, principalmente quando apresentei a eles o calendário vacinal das crianças. Desafios? Sempre teremos, pois possuímos muitas áreas descobertas, e assim dificulta a busca ativa das crianças faltosas dessas áreas.”

“Foi de extrema importância o encontro com os ACS, pois assim, pudemos passar as atualizações em vacina, pois eles que estão na ponta e que buscam as crianças, adolescentes e jovens com calendário vacinal desatualizado. Não tive dificuldade na reunião com os ACS e o contato com o técnico de enfermagem e ACS aconteceu com mais intensidade e objetivos.”

“Com relação aos ACS, ainda existe uma resistência deles, mas a gente está tentando e alguns já melhoraram, outros não.”

“Houve muitas surpresas com meus ACS, ao escutá-los.”

“No encontro com os ACS percebe-se ainda a precariedade quanto às informações, sinalizando um acompanhamento mais direcionado quanto aos registros dos dados.”

“Os encontros com meus ACS foram muito produtivos, reflexivos, com bastante discussões entre eles.”

“Passei a me reunir frequentemente com os ACS para avaliação do cartão espelho e para educação permanente.”

“O encontro com ACS me deixou bastante feliz, pois eles foram altamente colaborativos e participativos e sabiam muito sobre o conteúdo.”

“Já com os ACS(s) foi proveitoso, pois serviu para alertar sobre um conhecimento mais profundo das crianças de sua área.”

Sobre o Trabalho de Equipe e a Colaboração Interprofissional

A colaboração Interprofissional foi o foco de todo o processo formativo. Compreendemos que a manutenção sistemática da cobertura vacinal depende de uma visão sistêmica de articulação de todos em um trabalho desenvolvido em rede colaborativa envolvendo diversos setores. Outrossim, a colaboração entre enfermagem, técnicos de enfermagem e ACS é o ponto crucial para movimentar todo o sistema de forma exitosa, porque suas tarefas estão na base da produção dos dados e informações que alimentam o sistema e garante a qualidade dos imunobiológicos. Em sua avaliação os enfermeiros e enfermeiras de Caucaia perceberam claramente a importância deste trabalho em equipe conforme mostra seu discurso.

“O que mais me surpreendeu e continua surpreendendo, foi perceber a mudança de cada profissional, começando a aplicar o que foi aprendido. Busca ativa de faltosos, reunião com técnicas de enfermagem e ACS, supervisão diária da sala de vacina, a tríade enfermeiras, técnicas e ACS é uma aprendizagem que considero mais relevante, pois esse processo, permite que todos os outros sejam possíveis.”

“Vi a importância de reunir a equipe para tratarmos de aumentos [indicadores e metas] relacionados às vacinas. Anteriormente, cada profissional trabalhava de forma independente.

Houve uma maior aproximação com nossa equipe de trabalho, dividindo responsabilidades e metas. Todos se sentem importantes no processo.”

“Não tive dificuldade na reunião com os ACS e o contato com o técnico de enfermagem e ACS aconteceu com mais intensidade e objetivos.”

“Os momentos que tivemos com as técnicas de enfermagem e agente de saúde foram importantes para melhorar os vínculos e expor todas as dificuldades, para que juntos pudéssemos encontrar maneiras de melhorar os indicadores.”

“Parabéns Luiz pela contribuição no uso de seus conhecimentos sobre cobertura vacinais, os gráficos ajudam bastante no entendimento de onde estamos, onde podemos e precisamos chegar para imunizar a população.”

“Em relação ao curso ofertado, sobre vacinas, temos como ponto positivo as melhores coberturas, assim supervisionando o trabalho realizado pelo técnico de enfermagem, e o contato mais direto do técnico de enfermagem com os ACS.”

“Podemos observar o quanto é importante o gerenciamento na sala de vacina, o nosso olhar mais minucioso, interação com nossos técnicos, e principalmente os encontros entre enfermeiros, técnicos e ACS. Como engrandeceu nossos processos de trabalho.”

“Será um desafio o gerenciamento da sala de vacinas diante de tantas atribuições: gerente, enfermeiro assistencial, gerente de sala de vacina, para isso já comprei um quadro horário para colocar o cronograma de todas essas ações. Acredito que há dois grandes desafios: áreas descobertas e as reuniões/agenda de atualizações comunicadas pela gestão de última hora, o que muitas vezes gera choque com as agendas e uma sensação de falta de organização diante de uma organização

e equilíbrio que buscamos e precisamos ter para trabalhar em paz e tranquilidade, visto que trabalhamos com vidas e não queremos, nem podemos deixar nossa população esperando nem ficar remarcando os pacientes.”

“Dos desafios destaco a manutenção desse elo - ACS + técnicos de enfermagem + enfermeiros - em busca de um objetivo comum que é melhorar o serviço de imunização e dar continuidade a esse trabalho iniciado.”

Impressões sobre a metodologia adotada

Percebemos nas redações das cartas que a metodologia ativa adotada pelo curso foi um aspecto importante ressaltado. Houve um reconhecimento do trabalho realizado pelos enfermeiros do primeiro ciclo que colaboraram conosco por parte dos colegas do segundo ciclo. Isso se deu em função da proposição e elaboração do Protocolo de Gerenciamento de Sala de Vacina, que foi feito em parceria com os enfermeiros do primeiro ciclo e compartilhado com os demais. Percebemos também que para alguns ainda há um desconforto com a dinâmica participativa com ênfase no fortalecimento de vínculos, mas no geral foi bastante positiva.

“Confesso que antes do curso iniciar, pensei que se tratava de mais um curso técnico de revisão de manuais, expositivas, distante da realidade vivenciada nas nossas Unidades. No entanto, foi uma surpresa descobrir que a metodologia utilizada nos desafiou a questionar o nosso próprio conhecimento e nossa prática dentro das nossas salas de vacina. Percebi que ao contrário do que imaginava, as coisas não estavam sob controle, não caminhavam como pensávamos, não sabíamos tudo.”

“Parabéns enfermeiros do 1º ciclo por tudo que contribuíram com a elaboração do material que estamos utilizando. Saber que vocês já passaram e conseguiram nos incentivar também a mudanças nos indicadores.”

“O que me surpreendeu foi a didática do curso, que não é algo preso a slides e sim na nossa participação. Os maiores aprendizados foram: 1) Sistema. 2) Saber sobre como funciona os fluxos de vacina; 3) Organização da sala de vacina (caixa térmica, termômetro).”

“Atividades práticas como a montagem da caixa térmica, condução de casos, etc., para mim foi o diferencial. No entanto, alguns momentos, sobretudo de dinâmica, poderiam ser mais objetivos.”

“Curso satisfatório, porém, em alguns momentos ajudaria se as informações fossem repassadas de maneira mais objetiva.”

“Fui surpreendida com um leque de novas amizades nas quais posso contar no momento de dúvidas.”

“A metodologia teórica com conteúdo claros, concisos, objetivos, simples, bem direcionados.”

“Durante o curso fomos surpreendidos com uma metodologia inovadora, aulas dinâmicas e conteúdos bastante importantes, com uma abordagem simples, o que facilitou nosso aprendizado.”

“O que mais me surpreendeu no curso foi a capacidade de nos envolvermos não apenas como profissional, mas como pessoa, nos levando a refletir em casos necessários para nosso engrandecimento pessoal como a ética, postura profissional e reflexão sobre a amizade, compromisso, respeito e melhor delas a esperança que nunca pode se perder.”

Sobre o processo de formação e sugestões e desafios de melhoria e de continuidade

A categoria mostrou estar ciente dos desafios inerentes a manutenção das metas em relação à cobertura de vacinação, e se empenharam em sugestões e análise para dar continuidade ao processo, conforme mostrado a seguir:

“Pude observar minhas falhas durante o curso e também melhorar alguns pontos. Ainda estou em processo de melhoria, isso é o mais importante. Sugiro que a coordenação da imunização nos repasse os informes diretamente... Também sugiro que outros cursos sejam realizados para que futuramente possamos fazer um aperfeiçoamento para sabermos se tudo o que foi construído deu certo.”

“Nosso maior desafio a partir de agora é não deixar o processo se perder e espero que ocorram cursos sequenciais de aprimoramento, avaliação e novas estratégias.”

“Infelizmente, ainda enfrentamos muitas dificuldades, com destaque para a falta de compromisso de alguns profissionais e a falta de insumos e materiais, o que não inviabiliza nosso progresso, mas como foi dito, atrapalha a caminhada. Conseguir manter uma rotina de reuniões com o trio (enfermeiro, técnico e ACS) será um grande desafio, pois quando incitamos mudanças nos processos de trabalho percebemos algumas resistências por uma parte do grupo.”

“A sugestão que deixo é para organizar um site de perguntas e dúvidas que fique disponível para todos com todos os documentos e respostas das dúvidas e perguntas enviadas. Acredito que assim, com um local físico com busca, facilita a consulta das necessidades que surgem no dia a dia. Outros meios como WhatsApp e e-mail dificultam a busca para tomada de decisão imediata.”

“Sabemos que é um trabalho contínuo, diário e que podem ter desafios para continuidade, como demandas excessivas de outros programas, folha de sistemas on-line, internet, impressora, insumos...Mas já temos materiais para tentar driblar esses desafios e fazer melhor com o que temos.”

“Sugiro reuniões rotineiras ordinárias com a coordenação de imunização para darmos continuidade.”

O bom gerenciamento das Salas de Vacinas dependem da qualidade dos recursos humanos e disponibilidade de insumos e a valorização profissional. Apesar da proposição de estratégias para enfrentamento, ainda permanecem muitos desafios. Nem todas as 46 salas de vacinas de Caucaia possuem condições ideais de funcionamento. Isso ficou claro também nos discursos das enfermeiras e enfermeiros, conforme a seguir:

“É preciso um maior investimento e disponibilização de recursos humanos e materiais para Imunização, pois só assim, a teoria será semelhante à prática na sua totalidade.”

“Desejo que o trabalho e a mudança nos indicadores gerem reconhecimento profissional por meio das melhorias nas condições de trabalho e também salarial.”

“Temos o privilégio de fazer parte de um grupo de profissionais capacitados e comprometidos, porém questões logísticas, falta de RH e material nos desanimam no desempenho de nossas atividades.”

“Preciso de um técnico na sala de vacina para ensinar todo esse processo. A mudança de técnico dificulta esse aprimoramento.”

“Eu gostaria que a coordenação/gestão olhasse “diferente” para esses locais mais distantes e com mais carência de ACS. Creio que numa área totalmente coberta, o trabalho seria mais fácil e fidedigno. Mas tenho esperança que, além deste curso maravilhoso, muita coisa boa ainda está por vir.”

“A continuidade no processo de trabalho é necessária, porém, vamos, digo, vai ser um grande desafio, pois terão muitas dificuldades principalmente, em relação à falta de recursos materiais.”

“Um sonho que acho que não seria apenas meu, é uma sala de vacina informatizada, insumos e que não faltem vacinas.”

A avaliação do curso se mostrou no geral bem positiva e alerta para a responsabilidade de continuidade do trabalho. A mudança nos processos de trabalho pode ser alcançada de forma gradativa como mostram os discursos. Todavia, sua consolidação depende do empenho da gestão da saúde no apoio e escuta qualificada dos profissionais que fazem a APS do município.

Gerenciar a sala de vacina, em geral, ainda não é algo presente na rotina da enfermagem na APS, e esse foi um foco importante deste processo formativo. Reconhecemos que o bom desempenho dos enfermeiros neste setor é um ponto de articulação de profissionais que extrapola a APS, atuando integrados, em rede, para que logremos resultados de melhoria e manutenção constante da imunização em patamares seguros para toda população.

Para isso, precisamos melhorar também a compreensão e atuação de todo o pessoal que atuam na Rede de Frios. É fundamental dar continuidade a formações em nível de aperfeiçoamento para os

técnicos de enfermagem, acompanhado de uma valorização salarial para esta categoria, mais condizente com o grau de responsabilidades que assumem. Reconhecemos a importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, cuja melhoria do desempenho e da relação com as equipes de saúde da família depende, em muito, da continuidade de sua formação técnica como trabalhador do SUS.



Evento de encerramento do curso de Gerenciamento de Sala de Vacina.

Ao final, nós da equipe do Núcleo de Educação Permanente de Caucaia agradecemos a colaboração de todo o corpo da enfermagem pelo empenho e seriedade com que se engajaram nesta formação que foi oportunidade singular de uma grande aprendizagem coletiva.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CAUCAIA. Relatório de Avaliação do Curso de Gerenciamento de Sala de Vacina. Núcleo de Educação Permanente em Saúde, 2019.

CAPÍTULO 19

O CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS: OUSADIA E DESAFIOS NO FORTALECIMENTO DA DEMOCRACIA

Rozane de Freitas Alencar
Maria Idalice Silva Barbosa
Francisco Sousa Pires

Um dos maiores legados da construção do SUS com o Movimento da Reforma Sanitária brasileira, sem dúvida, é a contribuição significativa que legou ao Brasil no exercício da cidadania e aprendizagem democrática, revestida em diversos mecanismos de participação social amparados na legislação. Assim é que a Lei 8.142/90 representa um importante Marco Legal em função do qual foram criados os Conselhos e também as Conferências de Saúde que dão vitalidade e legitimidade social ao SUS, desde sua criação.

Claro que uma legislação apenas abre espaço de legitimidade para participação cidadã, e a partir daí se faz necessária sua consolidação e amadurecimento como espaço democrático para a sociedade. Conforme apresenta o documento os “Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde”. (BRASIL, 2006, p. 5). Para que os Conselhos realmente se consolidem como um espaço democrático com capacidade de deliberação sobre políticas de saúde não podemos abrir mão de um compromisso estreito e efetivo com a promoção do conhecimento sobre saúde no país e seu complexo sistema de saúde público, universal, integral e equânime, tal como se propõe o SUS. É justamente para atender esta necessidade que os Conselhos de Saúde assumem o papel de defesa e fortalecimento do SUS como política.

Assim é que é de responsabilidade do Conselho Nacional Saúde deliberar junto com o Ministério da Saúde ações que garantam um direcionamento da Educação Permanente em Saúde para fortalecer o Controle Social do SUS, conforme explicita o Ministério da Saúde “para efeito dessas diretrizes, considera-se educação permanente para o controle social no SUS, os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários (...) Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde, Encontros de Conselheiros, seminários, oficinas, dentre outros”.(BRASIL,2006, p. 9).

A importância do Controle Social vem sendo explicitada e referendada nas diversas Conferências Nacionais de Saúde. Destacamos esta ênfase, por exemplo, por ocasião da XI Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, realizado no ano 2000. Nesta conferência ficou estabelecida diversas interfaces de formação e gestão para o desenvolvimento do controle social a partir do engajamento de seus conselhos, tendo como condição a promoção de processos formativos envolvendo conselheiros em geral.

Os Conselhos de Saúde estão nas diversas esferas de gestão da saúde, municipal, estadual e federal. É um órgão colegiado de caráter permanente, e como tal, só pode ser destituído por outra lei federal. De acordo com a lei 8.142/90 o papel dos conselhos é:

- Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos econômicos e financeiros;
- Acompanhar as verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais;
- Participar da elaboração das metas para saúde;
- Controlar a execução das ações na saúde;
- Deve-se reunir frequentemente.
- Divulgar com antecedência para toda população a data, hora e local das reuniões.
- Deve prestar conta de seus atos para população. (BRASIL, 2006, p. XX).

Em Caucaia, a partir da nova gestão municipal iniciada em 2017 houve um fortalecimento e renovação do controle social fomentado pelo apoio da gestão de saúde para o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Caucaia. Uma importante iniciativa nesta direção foi um trabalho de descentralização das ações deste conselho. Caucaia, como um município de grande porte, com uma população de 360 mil habitantes, conta hoje com a atuação, não apenas de um Conselho Municipal, mas integra a ação de controle social de diversos Conselhos Locais de Saúde (CLS) implantados nos territórios de saúde nos 6 distritos sanitários da cidade.

Foi amparado na Lei nº. 8.142/1990 que o CMS se revestiu de legitimidade para animar a participação da comunidade na área de abrangência territorial das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS), colaborando na criação dos CLS. A ideia de fomentar a participação comunitária surgiu nas Conferências Municipais de Saúde, sendo que naquele momento de uma nova gestão municipal, foi incitada uma ideia de criação de CLS, descentralizando suas ações nos territórios adscritos nas UAPS de Caucaia.

O processo se iniciou com a realização dos fóruns comunitários, momento de articulação e mobilização para a implantação de CLS espalhados em toda cidade. Os 46 conselhos locais de saúde foram empossados estimulando a participação e o empoderamento do controle social. A composição é paritária respeitando os princípios por meio dos fóruns de sensibilização que identificou os atuais atores. Participam do Conselho 12 titulares e 12 suplentes, com um núcleo de condução formado por um presidente, vice-presidente e secretário. O seu processo de organização e funcionamento se encontra hoje em fase de adaptação, sendo criado o colegiado de presidentes e demais membros da mesa diretora que se reúnem mensalmente para a troca de experiências e discussão de um tema central.

Mais recentemente surgiu o implemento da ouvidoria descentralizada, resultado da participação social que resultará no fortalecimento dos CLS. Em todas as UAPS de Caucaia foram instaladas urnas em que as pessoas podem depositar suas ideias,

críticas, reclamações, sugestões e elogios direcionados aos serviços de saúde. As urnas efetivam um canal de participação e diálogo, e alimentam o que chamamos de Painel da Cidadania, espaço que interage diretamente com a população, subsidiando os CLS com debates sobre as demandas da população dos territórios.

A consolidação e sustentabilidade de todos os CLS é o grande desafio. Cada território de Caucaia, com sua expansão em serra, sertão e litoral, tem peculiaridades em seu tecido social com sua história, cultura, modo de vida e atuação de suas lideranças locais envolvendo atuação do povo cigano, litorâneo, indígena e quilombola. Assim, é por meio de câmara técnica do Conselho Municipal de Saúde que os CLS serão acompanhados e monitorados para fortalecer seu funcionamento. E para contribuir neste fortalecimento iniciamos com a gestão de saúde, em 2018, um amplo processo de capacitação dos representantes dos CLS com o objetivo de contribuir para fortalecer o engajamento dando mais solidez ao seu funcionamento.

Por fim o grau de satisfação da população é aferido a partir da boa qualidade de serviço prestado a população com humanização, o estímulo do controle social só evidencia a importância dos conselhos locais para a gestão do sistema único de saúde. Ao término do ano está sendo projetado um grande fórum para a troca de experiências entre os conselhos locais de saúde.

Fomentando a participação social pelos Sujeitos Coletivos: a atuação dos conselheiros de saúde

Os conselhos sociais são mecanismos de participação social, fruto de conquistas dos movimentos sociais desde a redemocratização no final da década de 1980. Eles se apresentam como importantes espaços nas políticas públicas e sociais, por se constituírem um dos instrumentos que assume papel importante na mediação na relação entre Estado e sociedade civil, bem como, funcionam também como mecanismos de expressão, representação e participação da população no controle social democrático.

A participação social é indispensável porque se constitui como um instrumento institucional que visa garantir a proteção social contra riscos e vulnerabilidades, e principalmente, a garantia dos direitos sociais. Os conselhos funcionam como espaços paritários em que a sociedade civil e os prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos discutem, elaboram e fiscalizam as políticas sociais das diversas áreas. Compreendemos e reconhecemos o conselho como um espaço de fazer político, cujo controle é exercido pela sociedade, através da presença e da ação organizada de diversos segmentos.

Quando se reconhece o espaço legítimo da participação popular, compreende-se o controle social democrático como possibilidade da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação das políticas sociais. Nessa perspectiva, os conselhos se constituem como espaços institucionais inéditos, uma vez que articulam organizações governamentais e instâncias da sociedade civil.

A concepção de participação social, por meio do planejamento e fiscalização pela sociedade civil organizada, implica a interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas. Os canais de participação referem-se à ampliação dos sujeitos sociais na democratização do Estado brasileiro, tendo no horizonte uma nova relação Estado-Sociedade, solidificada na democracia, na cidadania e na universalização dos direitos.

Os sujeitos sociais são, portanto, sujeitos coletivos, e assumem papel fundamental nesse processo. A expressão desses sujeitos coletivos se efetiva por meio do controle social e da participação popular. Os Sujeitos Coletivos dos conselhos incorporam e representam, portanto, os movimentos sociais, outros grupos e segmentos com interesses específicos no debate público setorial. Dessa forma, a perspectiva de representação diz respeito aos beneficiários, e também ao conjunto de outros atores envolvidos na execução dessas políticas, tais como, grupos profissionais, setores privados e especialistas. Identificamos, assim, uma amplitude e

diversidade de interesses que, com suas especificidades, demarcam os conselhos no âmbito das políticas sociais, mas também, em campo de atuação de forças e interesses políticos.

Considerando-se que a noção de coletividade se faz pela construção de indivíduos, compreende-se que os sujeitos coletivos são constituídos por sujeitos individuais. Todavia, a consciência e a compreensão da articulação entre a dimensão do pessoal e do coletivo é que determina uma atuação ética e responsável dos conselheiros.

Pensar a intervenção dos conselheiros como sujeitos coletivos no processo de elaboração das políticas públicas, implica reconhecer todos esses elementos já apontados anteriormente. Uma postura adequada dos conselheiros perpassa, portanto, pela compreensão profunda dos conceitos de participação social, democracia e cidadania. Ser conselheiro então exige o compromisso individual com o coletivo, a responsabilidade, o interesse e a consciência do papel de assumir essa função.

Dessa forma, a construção das políticas públicas é feita pela contribuição de muitas mãos, essas se somam e constroem o objetivo coletivo de efetivar, legitimar, defender e garantir direitos. Os conselhos, portanto, permitem agregar reflexões, diálogos, participação, mobilização social. Contudo, não existem sujeitos coletivos sem sujeitos individuais. Os conselheiros são sujeitos sociais, cidadãos, sujeitos individuais, e representam os sujeitos coletivos, que são os segmentos sociais, movimentos e instituições que têm espaço legitimado nos conselhos.

Ao longo dos três últimos anos, a secretaria municipal de saúde de Caucaia vem atuando de forma intensa no fortalecimento do controle social em saúde, sobretudo, no apoio as ações do Conselho Municipal de Saúde e seu processo de descentralização de ações por meio da implantação de Conselhos Locais de saúde, bem como na realização da IX Conferência Municipal de Saúde. Com isso a gestão vem buscando ampliar processos dialógicos e participativos de interação com a sociedade.

Os Conselhos Locais de Saúde conferem uma dimensão ainda mais próxima da população das questões relacionadas ao controle social, a construção social e produção da Saúde. Atualmente, Caucaia já conta com 44 Conselhos Locais de Saúde, faltando a implantação em apenas dois territórios para se ter um conselho local de saúde no território de cada Equipe de Saúde da Família. Neste sentido, apresentaremos como se deu a primeira fase da Formação dos (das) Conselheiros (as) Locais de Saúde.

O Método Integrativo Biocêntrico na formação dos Conselheiros de Saúde de Caucaia

Em 2018 chegando ao final da implantação dos CLS foi dado início ao processo formativo dos conselheiros eleitos no intuito de fortalecer e dar legitimidade às ações destes órgãos de participação social fomentando e fortalecendo a parceria Estado sociedade.

Nesta compreensão, essa proposta de formação dos conselheiros locais de saúde tem suas bases teóricas metodológicas na Psicologia Comunitária (GÓIS, 1994; GÓIS, 2008) e na Educação Biocêntrica (CAVALCANTE; GÓIS; e colaboradores, 2015). Conforme esclarece Góis, “promover a participação e a mobilização requer posturas e métodos, requer formas pedagógicas de agir, que tomem por base as Ciências Sociais e Humanas, a experiência popular, o compromisso com o povo e o respeito à vida”. (GÓIS, 2003. p. 118). A Psicologia Comunitária trazendo em suas principais influências a Psicologia Social Crítica (LANE, 1984; MONTERO, 1994), Teologia da Libertação e a Educação Popular (FREIRE, 1969 e 1973), almeja o desenvolvimento da consciência dos moradores como sujeitos históricos e comunitários, com metodologias participativas.

Esta ciência, então, segundo Góis, está centrada em dois grandes modelos: o de desenvolvimento humano e o da mudança social (busca de alternativas sociopolíticas). Nos dois, está implicado “o reconhecimento da capacidade do indivíduo e da própria comunidade de serem responsáveis e competentes na construção de suas vidas” (GÓIS, 2005, p.36). Assim, tanto o morador como a comunidade terão papel ativo dentro dessa transformação individual e coletiva no sentido da libertação do sujeito e desenvolvimento do seu lugar de moradia.

A comunidade, portanto, para além de um espaço físico, é um espaço psicossocial, construído cotidianamente e, historicamente, por pessoas que interagem numa relação face a face. Os moradores de uma comunidade estão inseridos numa mesma cultura, e assim, sujeitos às mesmas condições socioeconômicas, submetidos à mesma situação política. Portanto, eles tendem a compartilhar também as mesmas dificuldades e potencialidades que a comunidade tem a oferecer.

A Educação Biocêntrica busca criar e facilitar processos de aprendizagem e desenvolvimento humano por meio da expressão dos potenciais de vida. É uma proposta que visa estimular a aprendizagem-desenvolvimento pautada pelo Princípio Biocêntrico através de ações pedagógicas que favorecem o sentido evolucionário da vida, fortalecendo a Inteligência Afetiva para se compreender a vida, desenvolver sua criatividade frente a si mesmo, ao outro e à realidade e desenvolver uma ética de vida face à crise global. Conforme explicam os autores,

A educação que propomos é Biocêntrica, para a vida, vivencial, dialógica, reflexiva, transdisciplinar, transcultural e transcendente; não é antropocêntrica, dominadora, utilitarista, elitista, disciplinar e específica, baseada no poder de quem a controla. É amorosa e constituída dos direitos fundamentais do ser humano: direito à vida, direitos humanos, direitos individuais, direitos sociais e direitos culturais. (CAVALCANTE; GÓIS; e colaboradores, 2015, p.64).

Nesta perspectiva a Educação Biocêntrica propõe um método que não negligencie as dimensões da totalidade, nem privilegie uma em detrimento da outra. O método Integrativo Biocêntrico busca integrar as dimensões da reflexão, diálogo, vivência e ação transformadora em um processo que gere aprendizagem-desenvolvimento em nível ontológico e epistemológico, conforme definem os autores trata-se de um método complexo que parte da facilitação da ação compartilhada, na qual se integram o dialógico, o vivencial, o reflexivo e a ação propriamente dita ou atividade humana.

(...) O método enfatiza o singular e o coletivo, o participativo e a amorosidade. (CAVALCANTE; GÓIS; e colaboradores, 2015, p. 169).

O uso do Método Integrativo Biocêntrico na capacitação dos conselheiros de Caucaia teve a intenção de gerar novos significados para participação social e engajamento dos sujeitos individuais, cuja atuação conjunta, plena de sentido, aglutina e direciona a atuação dos sujeitos coletivos em prol de um SUS cada vez mais democrático na garantia do direito à saúde no Brasil.

Operacionalização da Formativo dos Conselheiros de Saúde de Caucaia

A partir da articulação colaborativa entre o Conselho Municipal de Saúde e a secretaria de saúde é que nasce a proposta de formação dos conselheiros com base no Método Integrativo Biocêntrico que já vinha sendo utilizado pela equipe de Educação Permanente em Saúde nos diversos processos de formação dos profissionais da atenção primária do município.

Com base no panorama descrito até aqui traçamos os seguintes objetivos para capacitação dos conselheiros:

- Contribuir para o fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde;
- Cultivar um espaço de reflexão e prática sobre a participação e o diálogo na produção de saúde;
- Propiciar a formação e desenvolvimento dos conselheiros de saúde, a partir de sua vivencia como conselheiro/a;
- Favorecer o aperfeiçoamento das Políticas Públicas em saúde.

Para cumprir esses objetivos, a formação foi elaborada para ser realizada em 3 encontros presenciais e 2 encontros de atividades de campo, com uma carga-horaria total de 20 horas/aula. Construimos de forma coletiva os temas dos encontros de modo a proporcionar aos conselheiros locais de saúde momentos de reflexão e problematização da função social e histórica dos conselhos na participação social na produção de saúde.

Vale ressaltar que essa etapa do processo formativo não teve como fundamento orientações relacionadas ao marco legal, operacional e/ou administrativo dos CLS. A formação não tratou de formatos de composição de mesa diretora, de unidades de registro dos conselhos, formas de desligamento, visto que essa dimensão está prevista no regimento interno, e que essas informações fazem parte do campo de relação formal que fica na responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde, que o faz com continuidade e sistemática, através das suas reuniões ordinárias e extraordinárias, bem como, no processo inicial de constituição.

Consideramos que o nosso principal desafio neste processo formativo era sensibilizar os conselheiros, unidades, profissionais e a população em geral, sobre o processo de participação social e sua importância na defesa e produção das políticas públicas de modo a favorecer um engajamento social. Em função disto traçamos os seguintes os temas geradores:

Tema 1: Controle Social e a política municipal de Saúde – avanços e desafios.

Esse módulo aborda a história de constituição do Controle Social e da redemocratização do Brasil, no intuito de que os conselheiros possam problematizar e aprofundar sua reflexão sobre as instâncias coletivas. Ainda neste módulo foi pautada a política municipal de saúde, e o processo de criação dos conselhos locais de saúde, que mesmo fazendo parte da estrutura da política de saúde, não é uma instância obrigatória.

Tema 2: Conselho, Participação e a Identidade Pessoal e Social dos Conselheiros – significados e sentidos da atuação.

Esse módulo foca na atuação dos conselheiros, e sua função individual dentro do funcionamento desse coletivo. Desta feita, um eixo importante é a reflexão sobre atribuição e competência, na perspectiva de corroborar para o aprofundamento sobre representatividade e relações de poder. Esse tema se apresenta de forma muito importante, para esses coletivos, visto que as

relações sociais históricas de representação se dão de forma linear e personalista, visto que esse modelo de representação não favorece o fortalecimento dos conselhos locais de saúde, dada a sua característica comunitária e orgânica que lhe confere legitimidade.

Tema 3: Conselhos Locais de Saúde – sujeitos coletivos de construção das políticas de saúde.

Esse é o módulo que busca fomentar a reflexão dos participantes, partindo da experiência acumulada em cada conselho local sobre seu funcionamento e sua capacidade de funcionar como sujeitos coletivos no território. Por isso, foi conversado com os participantes sobre quais elementos capazes de sensibilizar as pessoas para tomar parte dos encontros do Conselho. Ainda nesta direção os conselheiros elaboraram quais as bases e momentos para um encontro ordinário do conselho, para que o mesmo fosse atrativo e capaz de produzir saúde.

Neste sentido, ao longo do processo formativo, fomos construindo juntos, qual seria, de fato, o papel social dos CLS por considerar suas diferenças em relação ao Conselho Municipal de controle social, bem como, por compreender que, em Caucaia, ele se implantou de modo diferenciado.

É importante destacar que os CLS não possuem o mesmo papel dos conselhos municipais de políticas públicas, não fazendo parte de suas competências, o que é exclusivo dos Conselhos Municipais: deliberar sobre as leis; poder de decisão; aprovar as leis; fazer recomendações e alterações nas leis; notificar os órgãos competentes sobre irregularidades; solicitar informações e esclarecimentos sobre questões divergentes; orientar e informar a população sobre direitos e deveres; Colaborar na formulação e elaboração de políticas; acompanhar a execução dos planos e orçamentos; fiscalizar o uso dos recursos públicos, a prestação de contas, as finalidades dos planos e os orçamentos.

Os CLS em Caucaia foram implantados em uma plataforma territorial diferente daquela adotada, de modo geral, nos municípios

que decidem implantá-los, visto que não são instâncias obrigatórias. Assim é que os CLS se configuram como instâncias de diálogo sobre saúde organizados territorialmente, por distrito. Entretanto, em Caucaia, por decisão da gestão de saúde, foram criados 44 conselhos locais de saúde, e sua base territorial são as unidades de saúde, e não os distritos, o que lhe confere um diferencial que reverbera também em seu funcionamento. De acordo com o seu Regimento Interno os CLS assumem as seguintes competências:

- Identificar problemas relevantes na área da Vigilância à saúde de sua atuação que devem ser objeto de negociação entre o Conselho Municipal de Saúde e a gestão municipal;
- Participar do processo de seleção de prioridades locais e da elaboração do planejamento participativo para o enfrentamento de problemas;
- Estar vigilante na sua área de abrangência para que sejam garantidas a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade e humanização da atenção; e a disseminação de hábitos e costumes saudáveis;
- Estimular a criação e o desenvolvimento de espaços de convivência solidária e a disseminação de hábitos e costumes saudáveis;
- Participar do processo de definição das políticas públicas relacionadas com sua área de abrangência, estimulando a ação intersectorial e comunitária para o enfrentamento de problemas;
- Representar o conselho Local de Saúde junto ao Conselho Municipal de Saúde compartilhando responsabilidades;
- Divulgar as metas alcançadas na Unidade Básica de Saúde. (CAUCAIA, 2017).

Ainda que, como já foi dito, o regimento interno presente nas competências do CLS, seu caráter e sua história inovadora precisa também ser contada a partir da própria experiência vivida após mais de 1 ano de existência. Percebe-se que os mesmos, além de suas competências, possuem uma função social, qual seja:

- Sua característica orgânica, de relação face a face, com participação de usuários dos territórios favorece o diálogo sobre o modo de vida comunitária e sobre sua relação com a produção e saúde no território;

- Um espaço pedagógico de aprendizagem-desenvolvimento através da participação social e mobilização social;
- Um elo de integração e parceria solidária entre população e UBS; com o Conselho municipal, com a secretaria;
- É uma instância que progressivamente pode ser articuladora e promotora de uma rede de desenvolvimento comunitário, capaz de integrar também as outras políticas públicas, os grupos existentes e as entidades sociais que atuam ou participam do território.

Operacionalização da formação dos conselheiros

Organizamos a formação com base em uma estratégia flexível e respeitosa do engajamento social dos conselheiros que abdicavam de seus afazeres para estarem conosco neste processo formativo imbuídos de uma vontade de engajamento social em prol da saúde. Assim, as turmas eram compostas conforme analisamos a presença e o compromisso dos conselheiros e com sua ajuda mobilizávamos os demais conselheiros para ir compondo novas turmas.

Neste sentido fizemos encontros formativos em diversos espaços. Realizamos encontros tanto no espaço da Faculdade Terra Nordeste (FATENE), como também encontros descentralizados nos territórios dos distritos de Caucaia. Assim ocorreram a formação integrada de 7 turmas na FATENE, que finalizaram os 3 Módulos previsto na formação. Tivemos também a realização de 4 turmas que aconteceram nos distritos, que concluíram os 3 módulos. Vale ressaltar que estas turmas tinham uma quantidade menor de conselheiros participando e a estratégia de realizá-las nos distritos era justamente para facilitar mais engajamento e participação. Realizamos ainda Encontros Locais que aconteciam na própria Unidade de Saúde. Realizamos 6 desses Encontros. Esta estratégia foi adotada em função de favorecer a participação dos conselheiros do CLS mais distantes. Foram encontros que realizamos, prioritariamente, em locais de difícil acesso, quais sejam, Caraussanga, Bom Princípio, Picuí, Toco, Primavera e Mirambé, que integram a região de sertão de Caucaia.

A participação dos conselheiros não foi algo homogêneo e se dava muito conforme as peculiaridades do tecido social de cada território de Caucaia. Por isso, buscamos flexibilizar critérios e favorecer o engajamento de todos nos processos formativos. Ao final categorizamos três grupos de participantes. Grupo 1 – CLS que teve mais de 8 de seus conselheiros participando da formação; Grupo 2 – CLS que teve entre 3 a 7 de seus conselheiros participando da formação; Grupo 3 – CLS que teve apenas 1 ou 2 de seus conselheiros presentes na formação. Segue abaixo uma síntese de caráter mais quantitativo da participação dos conselheiros na formação.

Nº de CLS e Pessoa (conselheiros) que participaram da formação

Grupo	Distrito 1		Distrito 2		Distrito 3		Distrito 4		Distrito 5		Distrito 6		TOTAL	
	CLS	P	CLS	P										
1	2	20	-	-	2	20	1	13	1	17	1	9	7	79
2	2	8	1	8	4	20	6	57	4	13	5	21	22	127
3	1	2	5	6	1	2	2	3	1	2	1	1	11	16
Total	5	30	6	30	7	42	9	73	6	32	7	31	40	222

Ao longo do processo formativo, foi possível percebermos alguns desafios sobre seu funcionamento no intuito de transcender o caráter fiscalizatório e reivindicatório, tão conhecido nas instâncias participativas, que farão parte dos eixos das ações das próximas etapas. Destacamos alguns questionamentos para reflexões futuras: Como lidar com a periodicidade e com o quórum nas reuniões do conselho?

- Como garantir o fluxo adequado das unidades de registro na direção da gestão municipal, da unidade, da comunidade?
- Como manter viva a reflexão sobre as competências do conselho (coletividade) e atuação dos conselheiros (singularidade)?
- Como favorecer em todos os encontros do conselho um espaço para o fortalecimento da dimensão afetiva e de cuidado?
- De que forma é possível intensificar a participação da população

e outras pessoas que não são, necessariamente, conselheiros?

- Como favorecer que os encontros favoreçam também um processo de leitura da vida comunitária, capaz de subsidiar a elaboração ou reordenamento das ações de saúde?

Um aspecto importante que ainda destacamos no fomento a participação cidadã e fortalecimento do Controle Social é a implantação das Urnas de Cidadania que alimentarão nossos Painéis da Cidadania a serem apresentados em nossas UAPS.



Encontros de Formação dos Conselheiros locais de Saúde de Caucaia.

Urnas da cidadania: um Rito de fomento a participação cidadã

Esta importante iniciativa acontece com o apoio dos CLS em parceria com os profissionais da saúde da APS que consiste em organizar um fluxo para promover a escuta ativa da população, por meio das Ouvidorias. Cada UAPS recebeu uma caixa de ouvidoria em que a população pode expressar suas opiniões, relações e sugestões de melhoria dos serviços.

Este trabalho vem se fortalecendo a cada abertura destas caixas, denominadas Urnas da Cidadania, cujo conteúdo recebe atenção e alimenta os Painéis da Cidadania. A cada mês os gerentes da UAPS se reúnem, juntamente com os membros do CLS para abertura oficial das Urnas. Para isso estabelecemos os seguintes critérios:

- Todas as urnas disponibilizadas nas UBS serão abertas sempre no último dia útil de cada mês, caracterizando uma periodicidade mensal;
- O Rito será coordenado por dois profissionais da UBS designados para a função, mediante perfil;
- Presença da mesa diretora do Conselho Local de Saúde do território;
- Presença da coordenação da UBS, caso possua.

A abertura das urnas é feita a partir de um Rito em que a participação cidadã é fortalecida e referendada. Esta tarefa é feita mensalmente em reunião convocada pelos gerentes da UAPS com a presença de conselheiros. Os profissionais da UAPS que acompanham este Rito foram escolhidos mediante os seguintes critérios: Capacidade de guardar sigilo das informações; Boa comunicação com a comunidade; Bom relacionamento e conhecimento do Conselho Local de saúde.

O momento de abertura das Urnas segue um Rito ao qual revestimos de solenidade no intuito de valorizar e respeitar todo o conteúdo que a população apresenta como queixas, reivindicações, sugestões, etc. Isso é importante porque há uma tendenciosidade para os profissionais dos serviços que, ao se depararem com queixas e reclamações por parte da população, assumem uma postura de defesa dos serviços, e os conselheiros, por sua vez, assumem a postura de defesa da população. Buscando tornar esse momento um espaço de aprendizagem da democracia minimizando as chances de acusações e defesas mútuas, é que orientamos seguir o seguinte Rito:

Convocação

Com a presença de todos em local apropriado, os dois profissionais da UBS designados para a função devem convocar os demais membros a se fazerem presentes no horário a combinar. Registrar o momento com fotos.

Abertura

Esta fala inicial tem como objetivo fortalecer o sentido e firmar a posição ético político dos profissionais e fortalecer o controle social do SUS. O gerente é convidado a abrir o momento com a Palavra de solenidade:

“Estamos aqui reunidos no dia (data), de (mês) de 2019 para celebrar a democracia e fortalecer o Controle Social do SUS. Este momento é dedicado para a escuta atenta e respeitosa da população que, nós profissionais do SUS, atentemos neste território. Assumimos a responsabilidade de considerar e encaminhar as críticas, sugestões e elogios que a população depositou nesta urna com a esperança de ver melhoria nos nossos serviços de saúde”



Leitura da Urna

Após abrir a urna, o grupo faz a leitura categorizando a fala da população em 3 categorias. Separam os conteúdos que expressam elogios, os que expressam críticas e queixas; e os que são sugestões, organizando em um Painel, organizado em três categorias: 1) Que Bom (elogios); 2) Que Pena (críticas e queixas); 3) Que Tal (sugestões).

Encaminhamentos Devidos

Os encaminhamentos são orientados para serem feitos de acordo com as demandas geradas a partir das categorias. O grupo é orientado para analisar os conteúdos respondendo perguntas, para cada item encontrado na urna, no sentido de dar direcionamento ao nível de resolutividade que compete as críticas e queixas deixadas pela população.

- Em qual nível de atenção e responsabilidade esta sugestão, crítica ou elogio deve ser encaminhado de forma a dar resolutividade e/ou compartilhamento desta ideia?
- Que questões são pertinentes para ir ao banco de pauta do Conselho Local de Saúde?
- Após este momento que acontece nas UPAS segue o processo de tratamento dos conteúdos para montar o Painel da cidadania. Isto fica a cargo dos gerentes da UAPS que seguem as seguintes diretrizes:
 - Montar o painel com base nos Relatórios resultantes da abertura e leitura das Urnas da ouvidoria;
 - Os painéis serão expostos de duas maneiras: Painel da Cidadania Digital (UBS com TV) e Painel da Cidadania em banner;
 - Todos os Painéis devem ser alimentados até o final da segunda semana de cada mês.

A cada mês é solicitado aos gerentes das UAPS que se faça um Relatório a ser compartilhado com a gestão da APS e a Ouvidoria do município. Em seguida, segue o processo de alimentar os Painéis da Cidadania nas UAPS. A elaboração do Relatório pelos gerentes é feito

Exclusão	Observação
Críticas individuais endereçadas a um profissional, em específico.	Tais questões serão encaminhadas particularmente.
Sugestões que não têm pertinência no contexto do território.	Tais questões serão desconsideradas.
Inclusão	
Críticas e sugestões de cunho coletivo relacionadas ao serviço deverão constar no Painel acompanhadas de devida justificativa, encaminhamento e/ou explicação.	Procurar os setores pertinentes às devidas respostas, encaminhamentos com justificativas e explicações pertinentes a cada questão apresentada.

Fonte: Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Caucaia.

mediante uma triagem com critérios para exclusão de conteúdos não pertinentes para serem expostos nas UPAS na montagem do Painel da cidadania. Os critérios para triagem do Painel da Cidadania são os seguintes:

Após triagem (inclusão e exclusão) os gerentes devem identificar, dentre as questões incluídas no Painel, quais encaminhamentos precisam de respostas (justificativas, explicações), anexar ao relatório e devolver para a UBS que não tem TV organizarem o Painel da Cidadania. As profissionais da UBS, então, montam o Painel na UBS.

Este fluxo de comunicação foi elaborado no sentido de estreitar os laços de escuta respeitosa da população em suas queixas e buscar na medida do possível respondê-las. O fluxo não funciona ainda em todas as UAPS, mas tanto a gestão como o CMS se empenha para que possamos ir corrigindo problemas e buscando soluções em parceria com os CLS.

O Controle Social: caminhos para o fortalecimento da Democracia

A partir de todo este trabalho que exige um esforço e valorização da democracia por meio da abertura de espaços legítimos de participação social muitas questões ainda temos que abordar para seguir avançando no fortalecimento dos CLS como instâncias de participação social. Sugerimos alguns pontos para serem abordados nesta direção:



Formação de Conselheiros de Saúde de Caucaia.

- Construir de modo conjunto uma percepção mais organizada e sistemática de ação dos CLS – uma rede de reflexão e ação para a promoção de saúde (integrando em nível local: SMS, CMS, ESF, comunidade, serviços públicos locais e organizações comunitárias);
- Reunião com o Conselho Municipal de Saúde e coordenação para articulação dos conselhos locais de saúde;
- Encontros com os gestores de unidade;
- Sensibilização nas localidades para identificar outras pessoas da comunidade para engajamento nos CLS;
- Manutenção de uma agenda mensal de encontros sob a coordenação da gestão das UAPS;
- Formação em processo com apoio na realização dos encontros (in loco).

A partir de tais questões, muito ainda temos a fazer para seguir avançando. Por outro lado, este avanço está condicionado à medida que reconhecemos o quanto já alcançamos, valorizando cada passo que foi dado em direção ao fortalecimento do Controle Social por meio da participação, construindo degraus para uma sociedade democrática, capaz de assegurar a saúde como direito de todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- CAUCAIA. **Conselho Local de saúde. Regimento Interno**. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria da Saúde. 2017.
- CAVALCANTE; M. R. B.; GÓIS, C. W. L. et al. **Educação Biocêntrica. Ciência, Arte, Mística, Amor e Transformação**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2015.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 3ª edição, Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra S.A, 1970.
- GOIS, C.W.L. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. Petrópolis: Hucitec, 2008.
- GÓIS, C. W. L. **Psicologia comunitária no Ceará**. Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais. Fortaleza, Ceará, 2003.
- GÓIS, C. W. L. **Psicologia Comunitária. Atividade e Consciência**. Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais. Fortaleza, Ceará, 2005.
- LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção de homem para a Psicologia. In S. T. M. Lane & W. Codo (Eds.), **Psicologia Social: O homem em movimento** (pp. 10-19). São Paulo, SP: Brasiliense, 1984.
- MONTERO, M. Vidas paralelas: Psicología Comunitaria en Latinoamérica y en los Estados Unidos. Em Maritza Montero. (Coord.), **Psicología Social Comunitaria: teoría, método y experiencia** (pp. 19-45). Guadalajara: Editorial de la Universidad de Guadalajara, 1994.

CAPÍTULO 20

O APOIO INSTITUCIONAL EM SEU ENTRELAÇAMENTO COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Simara Moreira de Macêdo
Bruna Araújo Rocha
Elvira Clense Braga Rêgo

No Brasil, defender enquanto princípios essenciais do seu sistema de saúde, o acesso universal e a integralidade do cuidado, impõem desafios diários diante de modelos de financiamento que não conseguem acompanhar a intensa densidade populacional e desigualdade social presente em todo território nacional.

Diante da complexidade que envolve o setor saúde, entendemos que viabilizar uma gestão eficiente requer que o planejamento do trabalho ocorra de maneira articulada, promovendo o fortalecimento da comunicação entre gestão, serviço e usuário, entendendo que estes não ocupam lados opostos, mas compartilham desejos comuns, que consistem na garantia de uma assistência em saúde efetiva no âmbito do SUS.

A descentralização da gestão que, desde a Constituição Federal de 1988, tem sido uma das diretrizes organizacionais mais enfatizadas no processo de construção do SUS no Brasil, deixa de vislumbrar apenas as três esferas de governo, ramificando-se também como importante estratégia de gestão a nível local, sobretudo, em municípios de médio a grande porte, cuja operacionalização, requer a construção de modelos de gestão que contemplem um planejamento compatível com as especificidades de cada território e a população. Dentre os modelos que visam a descentralização dos processos de gestão, tendo em vista a grande extensão territorial e a heterogeneidade do município de Caucaia, vivenciamos a Coordenação Distrital e,

posteriormente, o modelo de gerência, como as principais estratégias utilizadas pela atual gestão municipal visando o fortalecimento do trabalho na APS.

A nomeação de gerentes vinculados a cada UAPS viabilizou uma imersão em tempo integral do gestor neste cenário de trabalho, vivenciando tal rotina assistencial no intuito de compreender as dificuldades e identificar potencialidades que poderão ser aprimoradas ao longo do processo.

Através de um planejamento estratégico torna-se possível potencializar as ações em saúde desenvolvidas pelas equipes, favorecendo a resolução dos problemas e garantindo maior efetividade quanto ao alcance dos resultados. Neste ensaio, teremos o intuito de descrever a experiência vivenciada desde nossa atuação enquanto Coordenadoras Distritais.

A escolha das Coordenadoras Distritais de saúde representou um avanço no modelo de atenção à saúde do município, tendo em vista que prevaleceu critérios técnicos assistenciais e perfil profissional, como parâmetro de escolha das profissionais que vieram a compor este cargo na gestão. Não houve desta forma, interferência política ou conflito de interesses conduzindo o planejamento deste modelo de gestão, entendendo que a preparação técnica e a postura ética são essências para a composição do perfil gerencial que se busca dentro do contexto assistencial em saúde.

A Coordenação Distrital promove, assim, a dispersão dos pontos de atenção que está relacionada ao princípio organizativo preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, tal estratégia ganha ainda mais relevância, uma vez que, no que concerne a efetividade do cuidado, fortalecer a promoção da saúde e a prevenção de agravos no âmbito do SUS, vai depender diretamente do processo organizacional da APS dentro da RAS.

Prevalece como consenso que o fortalecimento da atuação da APS como ordenadora do cuidado é uma etapa necessária para garantir melhores condições de saúde da população e conseqüente melhoria da sua qualidade de vida, de forma que irá repercutir diretamente no planejamento orçamentário dos custos em saúde.

A Coordenação Distrital é implantada em momento estratégico, na qual a proposta de planificação da APS, fundamentada em processos de trabalho para garantir mais eficiência e eficácia às ações conduzidas neste setor saúde, já ganhavam destaque tanto no cenário nacional, através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como também, em iniciativas estaduais, através do Projeto QualificaAPSUS. O PMAQ-AB propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, a partir do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem a melhoria no padrão de qualidade no atendimento.

Já o Projeto QualificaAPSUS, lançado pela Secretária de Saúde do Estado, como política desde 2016, surge como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e consequente implantação e implementação das Redes de Atenção, em que estabelece certificações de qualidade como parâmetro para avaliar a atuação das equipes da APS.

O Apoio Institucional na APS enquanto instrumento de cogestão e a influência da cultura organizacional do serviço

A Coordenação Distrital, enquanto apoio institucional às equipes da APS, caracteriza-se por uma metodologia que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão mediante a realização de cogestão. Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional, com potencial de complementar e transformar a performance no desempenho das funções gerenciais como coordenar, planejar e dirigir estruturando um Apoio para viabilizar o governo e a gestão no modelo de cogestão (CAMPOS, 2013). Nesse sentido, a Coordenação Distrital em sua atuação buscou promover a interação positiva entre as equipes multiprofissionais, fortalecer o vínculo nas equipes, fomentar a cogestão nos espaços do serviço e possibilitar o resgate da responsabilidade social das equipes com a população.

Como maior desafio citamos a necessidade de romper com a cultura organizacional já instaurada nas equipes de saúde, resultado da convivência ao longo do tempo entre estes profissionais, em que tem prevalecido a percepção equivocada de que qualquer aproximação da gestão tem como objetivo controlar ou punir condutas.

Acrescenta-se a esta situação, o fato de termos naquele momento profissionais desmotivados, e, como consequência, alguns também acomodados, na qual pela própria rotina assistencial, condicionaram-se a compreender a Estratégia Saúde da Família, não pela maneira como foi proposta pelo Ministério da Saúde, mas pela forma como esta foi se implantando em seu cotidiano de trabalho de acordo com a história social e política ao longo do tempo na cidade de Caucaia. Assim, faltava planejamento estratégico dentro dos serviços da APS, assim como responsabilização sanitária das equipes por seu território de atuação, tendo em vista que os processos de trabalho se encontravam fragmentados, carecendo de integração e diálogo entre os profissionais, e destes com as gestões de saúde.

A falta de motivação era sinalizada pelos profissionais de múltiplas maneiras, desde sua percepção de que faltava valorização por parte da gestão, no âmbito da remuneração financeira ou no reconhecimento da importância da sua atuação, mas também, pudemos observar na falta do autoreconhecimento da importância do seu papel produtivo.

O conhecimento, enquanto potencializador de mudanças, é fundamental para superar a visão reducionista acerca do trabalho, capaz de subestimar o valor/sentido do trabalho na condição de vida do sujeito. Faz-se necessário, assim, o reconhecimento deste coordenador por parte dos profissionais da equipe, como também um de seus membros, reforçando o quanto o produto deste trabalho é relevante e capaz de impactar positivamente a vida do usuário do serviço e, com isso, implicar em maior valorização de seu próprio trabalho.

A vivência assistencial das Coordenadoras Distritais garantiu a estas gestoras a aproximação às equipes pela compreensão das limitações e angústias geradas por esta realidade assistencial, mas

também, por compartilharem o desejo por mudanças capazes de transformar este cenário. Ressaltava-se, assim, a importância de definir ações que eram de responsabilidade da gestão, mas também reconhecer que algumas mudanças dependiam diretamente da motivação e envolvimento dos profissionais, que implicava um olhar mais sensível, não apenas para o que nos faltava naquele momento, mas, sobretudo, identificar ações possíveis de serem implantadas diante dos recursos disponíveis e de que maneira a comunidade poderia ser envolvida na colaboração para o trabalho.

O Apoio Institucional e a Educação Permanente em Saúde: um entrelaçamento promissor

A Coordenação Distrital precisava ser itinerante porque requeria um cronograma de imersão nas UAPS, o que possibilitava o diagnóstico situacional de cada serviço, permitindo a tomada de decisões técnicas e administrativas, compatíveis com cada cenário de atuação e as peculiaridades de cada território distrital do município.



Equipe gerencial de saúde de Caucaia.

O princípio norteador dessa atuação de imersão diária nos serviços tinha o embasamento na política de Educação Permanente (EP). A EP adentra neste cenário de tantas arestas como a ferramenta necessária para proporcionar aos profissionais da APS novos conhecimentos, entendendo que o empoderamento profissional através do saber, viabiliza um fazer a partir de uma análise crítica de seu cenário de trabalho, percebendo possibilidades, mesmo diante de adversidades, tornando-o capaz de propor algo diferente daquilo que já está posto.

A EPS, como formação em serviço, começou a fazer parte de forma decisiva na atuação das Coordenadoras Distritais que, em parceria com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, promovia rodas de conversas realizadas nas UAPS que permitiam o encontro e a comunicação entre os profissionais, promoviam momentos de capacitações, repasse de informes, alinhamento conceitual, trocas de saberes e possibilitavam a construção de pactuações de fluxos internos.

Nas rodas de conversas com as equipes multiprofissionais, a Coordenadora disparava o repensar sobre a prática (práxis), compartilhando as experiências exitosas vivenciadas em outras UAPS, para viabilizar a organização dos processos de trabalho a partir das necessidades de cada território, lançando a compreensão e promovendo o entendimento da complexidade e das particularidades de cada ênfase assistencial.

Argumenta-se que a existência de espaços coletivos e de cogestão, em que objetivos e estratégias de atuação sejam compartilhados, podem potencializar as ações em saúde. Compartilhando desse modo de condução, conforme defende Campos para a reforma das organizações de saúde para busca da cogestão, ou seja, o estabelecimento deliberado de relações dialógicas, com compartilhamento de conhecimentos e de poder. (CAMPOS, 2000)

Dessa forma, o coordenador apaziguava e articulava as relações de poder ao participar das mediações de conflitos nas relações interprofissionais. Portanto, a vinculação da coordenadora

era pautada pelo diálogo e na longitudinalidade das relações, o que abria espaço para construção de interações positivas dos profissionais no serviço.

O objetivo do trabalho do apoiador institucional se pautava por aumentar a capacidade dos sujeitos de refletirem e intervirem na realidade enquanto produzem bens ou serviços para outros. Buscávamos alcançar maior grau de satisfação pessoal e profissional, maior envolvimento dos sujeitos no trabalho, aumento da responsabilidade diante das tarefas assumidas e a coprodução de modos de subjetivação mais solidários e comprometidos com a finalidade das instituições de saúde.

O Apoio Institucional visa, portanto, interferir na formação integral dos sujeitos, de modo a fazê-los repensar e recolocar-se nos planos das emoções e sentimentos, das ideias e do saber, promovendo maior capacidade nas pessoas para reconhecer e lidar com questões singulares, que muitas vezes, não estão claras ou conscientes (FERNANDES e FIGUEIREDO, 2015).

Reconhecemos que, embora o planejamento de um processo de trabalho seja um passo importante, uma vez que requer uma análise crítica do cenário de trabalho, muitas vezes, velada pela rotina e pelas inúmeras responsabilidades que perpassam o fazer em saúde, viabilizar sua implantação efetiva, através da execução de ações no campo assistencial depende do envolvimento e da acreditação dos profissionais envolvidos neste contexto de atuação, convencidos de que tal mudança de práticas resultará em benefícios assistenciais para a organização e fundamentação do trabalho.

Além disso, o monitoramento e a avaliação dos resultados alcançados também se fazem necessário, no qual se analisa o processo de trabalho implantado e se este conseguiu alcançar o objetivo esperado. A identificação das falhas ao longo das etapas será importante na construção de estratégias de superação das dificuldades, entendendo que no trabalho em equipe não existe a preocupação em buscar responsáveis pontuais pela falha, uma vez que todos são corresponsáveis neste processo, mas sim na reconstrução do planejamento a partir do que for consenso no coletivo, quantas vezes se fizer necessário para se alcançar êxito na proposta.

Dentre os avanços alcançados através da atuação da Coordenação Distrital, podemos citar: o processo de Territorialização realizado por todas as equipes da APS; o Projeto Unidade Modelo, no qual houve a escolha de uma UAPS em cada Distrito Sanitário de Saúde que configurou-se em “piloto” para implantação dos processos de trabalho; o fortalecimento do Controle Social através da implantação dos Conselhos Locais de Saúde, das Urnas de Ouvidoria em cada UAPS e do Painel da Cidadania, no qual é construído um painel para exposição das informações analisadas nas Urnas de Ouvidoria; Organização dos Processos de Trabalho, através da implantação do Agendamento com Hora Marcada (no qual houve a organização dos agendamentos da Demanda Espontânea e Demanda Programada nos serviços da APS), do Fluxo de Acolhimento, do Gerenciamento da Sala de Vacina, das Reuniões de equipe periódicas, do fortalecimento da formação de Grupos Assistenciais, dentre outras experiências conduzidas.

Entretanto, para além das barreiras geográficas dos territórios, também nos deparamos com entraves funcionais dentro dos serviços, evidenciando que a falta de engajamento de alguns profissionais para uma atuação colaborativa prejudica o trabalho em equipe. Reconhecemos que tais problemas se relacionam às diferentes culturas organizacionais cristalizadas no âmbito do serviço. Enquanto Coordenadoras tínhamos o desafio diário de reinventar modos de fazer capazes de superar tal problemática, sendo a educação permanente uma importante estratégia utilizada para equacionar as fragilidades.

A literatura confirma o movimento de institucionalização do apoio institucional no âmbito da Atenção Básica, possibilitando-nos entrever avanços, dificuldades e contradições. As mudanças relatadas sugerem que o apoio promova impactos reais nas práticas sociais que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde. Apontam também para perspectivas promissoras de mudanças na cultura organizacional dessas instituições. Contudo, evidenciam o desafio de aguçar as dimensões e implicações políticas e culturais dessa forma de intervenção, a fim de que não sejam moldadas e direcionadas

apenas para a qualificação dos processos de trabalho e consigam intervir de forma substantiva na democratização das instituições de saúde (GUIZARDI, 2018).

O encontro entre os membros da equipe e o Coordenador Distrital, enquanto intermediador deste processo, sempre visava a análise do cenário de atuação, suas fragilidades e potencialidades, a maneira como a equipe o percebe, levando-se em consideração o território e a comunidade. A partir daí era oportunizado as proposições de implantação de processos de trabalho, cujo planejamento era construído coletivamente, respeitando a autonomia da equipe e sua tomada de decisão, compreendendo que as relações precisavam ser construídas pautadas no respeito e na confiança.

A integração entre profissionais requer tempo e investimento, pois se refere ao campo dos valores e do diálogo entre as competências e a capacidade de entender a autonomia como relação entre os saberes profissionais, na escolha da melhor prática, dos limites de sua ação frente à necessidade do usuário e no campo comum de atuação (SILVA; MOREIRA, 2015).

Ressaltamos que os cursos promovidos pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Caucaia, cujo planejamento era conduzido em parceria com a Coordenação Distrital, resultou em vários produtos que tiveram expressividade nos serviços, entre eles podemos citar: construção dos pops, organização dos fluxos e processos de trabalho, fortalecimento da empatia e gentileza, padronização de processos de trabalho e produtos gerados que foram utilizados como instrumentos de gestão.

Como consequência dos processos de trabalhos implantados pelo apoio Institucional podemos citar a obtenção da certificação do Selo Bronze de Qualidade do projeto QualificaAPSUS Ceará. O município de Caucaia aderiu ao programa QualificaAPSUS, em 2018, inscrevendo seis UAPS. Dentre as Unidades inscritas, três serviços de saúde foram certificados, sendo no Distrito I (sede), UAPS-Joaquim Braga com 4 equipes de saúde da família, no Distrito II - Itambé com três equipes e no Distrito VI - Novo São Miguel, composta por duas equipes de ESF. Essas Unidades passaram por

duas avaliações para obterem a certificação do selo bronze à medida em que avançavam com conformidade dos itens que constam no Instrumento de Avaliação da Qualidade.

Os desdobramentos do cotidiano de práticas da Coordenadoria Distrital nos serviços de saúde do município de Caucaia se configura de fato uma experiência importante de apoio institucional que possibilitou intermediar interações positivas nas práticas colaborativas interprofissionais por meio de princípios técnicos pedagógicos da EP, incentivando as equipes a fomentar um padrão de qualidade que garanta o acesso qualificado, efetivo e resolutivo.

Toda essa experiência nos faz reconhecer enfim a Coordenação Distrital como estratégia de gestão relevante, uma vez que, através da mediação na produção de conhecimento, viabilizou instigar o repensar da assistência, através da sensibilização da equipe e sua participação ativa na construção de estratégias assistenciais compatíveis ao cenário singular de seu território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M.D. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FERNANDES, J. A.; FIGUEIREDO, M. D. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 25, p. 287-306, 2015.

GUIZARDI, F. L.; LEMOS, A. S. P.; MACHADO, F. R. S.; PASSERI, L. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p.280-421, 2018.

PANIZZI, M.; LACERDA, J.T.; NATAL, S. et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde debate**. v. 41, n. 112, p.155-170, 2017.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3033-3042, out. 2015.

CAPÍTULO 21

HISTÓRIAS DE QUINTAL: EXPERIÊNCIAS DE PRÁTICAS EM EDUCAÇÃO PERMANENTE E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL EM CAUCAIA

Ana Lígia Gonçalves Costa
Beatriz de Sousa Vieira
Sarah Lima Verde da Silva
Sergiana de Sousa Bezerra

A experiência que relatamos a seguir versa sobre as práticas em Educação Permanente em Saúde com foco na colaboração interprofissional desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II do município de Caucaia, pelos profissionais Residentes em Saúde Mental junto às pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares. O trabalho aconteceu durante o segundo semestre do ano de 2018, em uma atividade de grupo, que chamamos “Histórias de Quintal”.

O formato deste trabalho foi sendo desenhado e aperfeiçoado à medida em que o próprio grupo foi se desenvolvendo e apontando sugestões. Todavia, a consolidação do grupo participante torna-se mais compreensível quando expandimos a leitura para a realidade do território onde os participantes habitam.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Caucaia é constituída por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um CAPSad (álcool e outras drogas), CAPS-I (infantil), 6 Ambulatórios de Saúde Mental, distribuídos nos distritos de saúde do município. A rede de atenção primária conta com 73 equipes de saúde da família, 7 equipes multiprofissionais do Núcleo

Ampliado de Saúde da Família (NASF). O serviço conta ainda com os matriciamentos, ocorrendo uma vez por semana em cada distrito de saúde sob a condução da equipe de saúde mental responsável por cada área (LIMA, 2019).

Conforme descrição da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS de Caucaia, bem como, sua configuração territorial, constatamos que os equipamentos existentes, sobretudo o CAPS II, encontravam-se ainda muito limitados em relação às atividades de cunho psicossocial, restringindo-se, em suma, a ações pontuais e demanda psiquiátrica, atrelada à dependência de prescrição medicamentosa. Nesse sentido, observamos uma certa descaracterização das diretrizes políticas que nortearam a implantação dos CAPS.

Quando a equipe de residentes em saúde mental chegou no município constatamos que as ações de cuidados com atividades grupais, atividades de cunho comunitário, atendimentos familiares, visitas domiciliares, articulação com os demais pontos de atenção da rede, atendimento de crise, entre outros preconizados, estavam comprometidos, de modo que a centralidade do cuidado e dos processos de trabalhos, giravam quase que, exclusivamente, em torno do atendimento médico/farmacológico.

Tal configuração se agravava exponencialmente uma vez que os três CAPS, em suas estruturas físicas, apresentavam condições insalubres de trabalho, sendo a qualidade dos serviços comprometidas também, em função das fragilidades dos vínculos empregatícios estabelecidos. Diante desse cenário, a inserção do Programa de Residência Integrada em Saúde de caráter comunitário foi vislumbrada pela Gestão municipal como uma estratégia de fortalecimento da RAPS, do resgate histórico, ético e político das estruturas basilares da luta antimanicomial.

No início do ano de 2018 o município buscou parceria e passou a contar com o Programa de Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará – RIS/ESP-CE com 15 profissionais de diferentes áreas de formação. Dentre as ênfases do componente comunitário da RIS, a ênfase Saúde Mental Coletiva se insere no território contando com cinco profissionais: assistente

social, enfermeiros, profissional de educação física, psicóloga e terapeuta ocupacional, para realizar atividades de cuidados em saúde mental pautadas na luta antimanicomial.

Com a chegada dos residentes em saúde mental coletiva foi possível realizar um processo de territorialização, que ocorreu por meio de uma incursão pelos territórios do município buscando aprender os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos, além de conhecer e visitar os serviços e equipamentos de saúde, educação, assistência social, cultural, organizações não governamentais, dentre outros. Pautados na atenção em saúde mental no contexto comunitário, a residência conseguiu aproximar-se das comunidades e dos usuários dos serviços, possibilitando a realização de atividades grupais nos equipamentos de saúde mental e da rede intersetorial, além dos grupos nas comunidades que os serviços de atenção especializada da saúde mental do município ainda não adentravam.

A residência é uma estratégia de educação permanente em saúde, pois é concebida como processo de ensino-aprendizagem, com direta articulação com a Educação Popular em Saúde, com o método dialógico-vivencial em saúde atravessando o Sistema Único de Saúde - SUS em seu aspecto político, buscando uma formação interprofissional, distanciada da educação tradicional, produzindo conhecimento no cotidiano das instituições de saúde.

A educação permanente é uma estratégia política-pedagógica que utiliza as demandas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema, a participação e controle social no cotidiano de trabalho, com vistas à produção de mudanças neste contexto. Tem como um de seus objetivos a construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde na rede do SUS, considerando a organização e o funcionamento horizontal das ferramentas e tecnologias de saúde com os profissionais, para que possam garantir a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, distanciando-se do sistema verticalizado de cuidado. (BRASIL, 2018)

Sendo a residência uma estratégia de educação permanente e pautada na educação interprofissional em saúde, durante a trajetória

vivenciada pelos residentes da ênfase em Saúde Mental Coletiva, do núcleo profissional Assistente Social, Profissional de Educação Física e Terapeuta Ocupacional, juntamente com a preceptoria de campo, foi possível construir experiências em grupos baseados na participação popular, na cultura local e no cuidado integral à saúde dos usuários do CAPS II David Capistrano Filho, do município de Caucaia - CE.

Esta experiência baseou-se no conceito de colaboração interprofissional que se inspira em Arruda et al. (2018), Agreli (2017) e Matuda et al. (2018), quando abordam a colaboração interprofissional como meio de ampliação da resolubilidade e qualidade da atenção em saúde, valorizando o uso de tecnologias leves e orientando-se por práticas pautadas na necessidade do território. De acordo com Agreli (2017), a colaboração é uma forma de trabalho interprofissional que possibilita a melhora da interdependência das ações entre os diferentes profissionais no trabalho em equipe, pois pressupõem a responsabilidade compartilhada para uma melhor oferta de atenção em saúde. A prática colaborativa materializa a colaboração na atuação profissional, possuindo como foco o reconhecimento da importância do usuário, da família e da comunidade na orientação de tais práticas.

Para efetivação da colaboração interprofissional, entretanto, é necessário a formação dos profissionais em saúde em educação interprofissional, podendo ocorrer no âmbito da graduação, em cursos de qualificação ou em pós-graduações. A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de pós-graduação que possibilita a formação dos profissionais por meio da educação pelo trabalho, promovendo em sua estrutura de formação a educação interprofissional (ARRUDA, et al., 2018).

Dentre as atividades realizadas pelos residentes da ênfase em saúde mental coletiva do município de Caucaia citados acima, o Grupo Histórias de Quintal se destacou pela constante participação e identificação dos usuários com a proposta do grupo.

Este artigo expressa a vivência de colaboração interprofissional do grupo História de Quintal entre os residentes das seguintes

categorias: profissional de educação física, serviço social e terapia ocupacional e a preceptoria de campo da ênfase de saúde mental coletiva.

Nos quintais e calçadas contando histórias

Contar histórias embaixo de uma árvore, prostrar com outras pessoas e encontrar nelas apoio e suporte diário para os desafios da vida cotidiana é um traço cultural existente no município, de acordo com o relato dos participantes do grupo História de Quintal. Eles possuem em sua história de vida o costume de sentar em suas calçadas e quintais para partilhar suas vivências, traço este que está sendo extinto pelo aumento da violência urbana nos bairros em que residem. A escolha do nome do grupo decorreu da inspiração neste contexto proferido acima, com objetivo também de resgatar este aspecto cultural no equipamento de saúde que tem como um de seus princípios a base comunitária.

A criação do grupo decorreu de reuniões com os residentes, preceptoria e da escuta e percepção dos usuários do CAPS que relatavam o desejo de ter um espaço de acolhida, fala e compartilhamento de suas histórias. Para atender esta proposta foram, inicialmente, realizados momentos de planejamento sobre a logística de espaço onde aconteceriam os encontros, a forma de abordagem com os usuários, a metodologia utilizada e as primeiras temáticas que seriam trabalhadas.

O Grupo Histórias de Quintal foi um momento em que os participantes contavam suas histórias pessoais e vivências, por meio de atividades que utilizam como ferramentas: poemas, danças, cantigas de roda, literatura de cordel, dentre outros recursos trazidos pelo grupo. Existiam participantes músicos e poetas que expressavam, em sua arte, seus sentimentos, suas dificuldades e conquistas, ofertando para o coletivo outras linguagens de cuidado. Inicialmente não havia grupos no CAPS II, pois a estrutura física do equipamento era insalubre e precária, havendo poucas salas e espaços disponíveis para grupos, além de problemas nas instalações elétricas

e constantes alagamentos nos períodos chuvosos. O serviço contava com equipe reduzida, em que alguns profissionais encontravam-se em processo de sofrimento, interferindo no processo de cuidados dos usuários, além da alta demanda de atendimentos individualizados para a referida equipe.

Com isso, os profissionais que estavam facilitando o processo de construção do Grupo História de Quintal, em conjunto com a equipe do serviço, escolheram o formato em que o grupo ficava, permanentemente, aberto para a entrada de novos participantes, motivados pela baixa vinculação dos usuários com o equipamento. É necessário ressaltar que a equipe do CAPS II viabilizou institucionalmente o funcionamento do grupo.

O grupo teve início em julho de 2018 com encontros semanais, às quintas feiras pela manhã, e acontecia embaixo de uma das árvores do CAPS II, em formato de roda de conversa, em um ambiente natural e acolhedor.

Os objetivos dos encontros eram reunir usuários, acompanhantes, familiares e profissionais residentes para possibilitar um espaço de fala, oportunizar desenvolvimento de laços de cuidado, construção de corresponsabilização e da autonomia dos sujeitos, utilizando ferramentas leves, pautadas nas práticas da cultura local, nas histórias de vida de cada participante, no diálogo compartilhado, proporcionando aos profissionais a ampliação da relação com os usuários.

Os primeiros encontros foram dedicados ao fortalecimento dos vínculos entre os participantes, utilizando roda de conversa baseada em contos, cantigas e poesias que despertavam nos integrantes as suas vivências e o desejo de fala, assim como a partilha de suas histórias de vida, surgindo, a partir disso, a identificação entre os membros do grupo com os seus referidos relatos.

Com o fortalecimento dos vínculos entre os participantes com a proposta do grupo, foi possível trabalhar o aprofundamento de algumas temáticas sugeridas pelos integrantes em formato de demandas para serem debatidas coletivamente, tais como: dor e sofrimento, luto, família, território, práticas de cuidado, noções de

direitos sociais e cidadania, orientações gerais sobre o tratamento em saúde mental, corresponsabilidade do cuidado, uso de medicação e as possibilidades terapêuticas.

Para tanto, foram utilizadas como ferramentas de cuidado literaturas de cordel, escuta qualificada, práticas de cuidados embasadas em práticas integrativas e complementares em saúde, círculo de cultura em saúde, músicas, danças populares, dentre outras. É importante ressaltar que cada encontro do grupo era pautado em metodologias específicas para a realidade apresentada pelos participantes, tornando a atividade rica em possibilidades de atuação.

Nos encontros em que foi abordada a temática dor, sofrimento e luto, os facilitadores iniciavam o grupo com uma acolhida para a inserção da temática, entretanto, a necessidade de fala era intensa e os participantes conduziram o momento a partir de seus relatos, por meio da fala, da escuta e da troca de suas histórias de vidas.

“Hoje eu me senti mais à vontade para falar sobre minha dor, já estou até mais leve, obrigada por esse momento. (INTEGRANTE 4, 2018);
Às vezes sinto dificuldade para falar sobre esse assunto, mas, ouvir outras pessoas me ajudou a ver que é preciso conversar, vai doer, mas depois a gente fica bem melhor.” (INTEGRANTE 8, 2018)

No momento de abordagem do tema território e práticas de cuidado, viu-se a necessidade de iniciar a atividade grupal utilizando como ferramenta a poesia “Cabra da Peste” de Patativa do Assaré, que remetia às lembranças dos espaços de pertencimentos do autor. A roda de conversa foi conduzida por falas dos participantes sobre os seus locais de afeto e suas origens, possibilitando falas saudosas sobre diferentes locais em que os integrantes consideravam como espaços significativos de suas vivências, além dos costumes e tradições. Segue algumas de suas falas que traduziam estes sentidos:

“Lembrei da minha terra de origem, tenho boas lembranças da infância.” (INTEGRANTE 2, 2018)

“Eu gostava de sentar na calçada, mas agora tá bem perigoso.” (INTEGRANTE 3, 2018)

Em alguns encontros foram debatidos o tema noções de direito sociais e cidadania, pois no início das atividades ouviam-se queixas e reclamações diversas quanto aos seus direitos serem negligenciados. Percebendo a necessidade de orientação e informação sobre o assunto, procuramos trabalhar com os integrantes utilizando seus casos e experiências.

“Faz tempo que eu luto para conseguir o passe livre para o meu filho, agora sabendo dessas informações eu acredito que vai ser mais fácil dar certo.” (INTEGRANTE 6, 2018)

“Era para ter mais vezes essas informações assim, porque às vezes a gente faz é esquecer.” (INTEGRANTE 3, 2018)

Nos encontros em que foram abordados a corresponsabilidade no tratamento em saúde mental foram debatidas as possibilidades de participação ativa no processo de cuidado, estimulando a importância do autocuidado e na participação no seu processo terapêutico. Surgindo algumas falas como:

“Foi bom esse momento, me ajudou a lembrar um monte de coisa que posso fazer por mim.” (INTEGRANTE 11, 2018)

“Incrível como podemos fazer muito além de tomar só remédio.” (INTEGRANTE 12, 2018)

Em alguns encontros foram discutidos o uso de medicações e as possibilidades terapêuticas no tratamento em saúde mental, por meio da organização da rotina diária para a melhora da qualidade de vida, a possibilidade de inclusão de exercícios físicos, meditação, música para relaxamento, atividades de lazer com familiares e amigos, leitura, filmes, dentre outros. Tais práticas de cuidado foram

construídas com os integrantes por meio dos relatos que traziam a presença das atividades em seus respectivos territórios.

“Aprendi a fazer remédios a partir das ervas, raízes e plantas, minha avó era rezadeira e fazia lambedores.” (INTEGRANTE 14, 2018)

“Já fiz muito crochê e depois de hoje estou pensando a voltar a fazer, eu gostava tanto e me fazia muito bem.” (INTEGRANTE 14, 2018)

“Coisa boa é saber que eu posso cuidar da minha saúde e ir em busca dos meus direitos e dos meus amigos”: autonomia, participação e protagonismo no cuidado em saúde mental

Com os encontros do grupo, os usuários foram se fortalecendo como atores sociais, potencializando sua autonomia, melhorando sua autoestima e reconhecendo aquele espaço como próprio, surgindo a necessidade de aprofundar o debate sobre seus direitos sociais e a gestão do serviço e da saúde mental municipal. Esse processo foi gradativo e oriundo de construções coletivas entre profissionais que fizeram opção de metodologias de intervenção que protagonizasse os usuários como gestores populares das atividades, do serviço, dos processos de trabalho, de suas vidas e tudo aquilo que deles emanasse participação.

Como desdobramento do grupo surgiram as Assembléias de Usuários, que constituíram-se como espaço de participação popular que contemplava a cidadania, participação e a emancipação desses sujeitos. A partir dos novos desenhos para o campo da saúde mental as práticas participativas que envolvem os usuários no processo de cuidado foram contempladas, sendo reconhecidas como exercício de cidadania.

Foram realizados, ao longo de um semestre, quatro encontros de assembleia que reuniam usuários, acompanhantes, familiares, profissionais do serviço e residentes, possibilitando um local de fala, com discussões das problemáticas do cotidiano de cuidado, tratamento e vida dos sujeitos dentro de um espaço que passa a ser pensado por eles, problematizando assim, a saúde mental

do município e avaliando também, a atuação da gestão pública na área, realizando encaminhamentos e sugestões para o serviço e fortalecendo o vínculo com o dispositivo.

Durante as assembleias foram elencadas pautas que demandavam resolutividade, para tanto, foram encaminhadas as demandas para os respectivos setores e órgão da gestão. Dentre elas, destaca-se a pauta que tratava da reforma do CAPSII, demanda trazida pelos participantes, que inspiravam constantes debates nas assembleias, resultando no registro de protocolo na ouvidoria do município, além das denúncias feitas à promotoria por meio dos participantes do grupo.

Os espaços constituídos como assembleias nos CAPS, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (2004), é um espaço de convivência, atividade que reúne técnicos, familiares e outros participantes que queiram discutir, avaliar e propor encaminhamentos para os serviços. Para Rabelo et al.(2005) a assembleia é um dos principais espaços de participação nos serviços. O grupo Histórias de Quintal e as Assembleias tinham, entre si, um elo de fortalecimento que proporcionava espaços de construção de vínculos entre os participantes, de amizades, além de possibilitar entre os integrantes a compreensão do sofrimento do outro e a desconstrução de preconceitos e estigmas.

“Sentirei falta desse espaço que trouxe tanta vida e sentido para mim, ficam as lembranças, os aprendizados e as boas amizades. Aprendi ver esse espaço de uma forma diferente”: da finalização do Grupo às diversas formas de continuidade das Histórias de Quintal

O grupo Histórias de Quintal teve duração de um semestre e as Assembleias ocorreram durante os meses de setembro, outubro e novembro, totalizando quatro encontros. A finalização dos grupos decorreu da conclusão das atividades do primeiro cenário de prática da residência, pois a proposta institucional da RIS/ESP-CE é que os residentes da ênfase de saúde mental coletiva perpassem durante

sua formação em trabalho por todos os cenários de saúde mental do município, passando apenas nove meses no CAPSII, com isso, no mês de dezembro de 2018 todas as atividades foram encerradas.

É importante ressaltar que, em função do comprometimento da estrutura do prédio do CAPS, ficou impossibilitada a continuação do funcionamento das atividades realizadas no equipamento. Por intermédio da gestão e do poder judiciário o equipamento foi interditado, resultado das constantes denúncias feitas na ouvidoria e na promotoria do município.

Essa problemática do CAPS de paralização das atividades teve duração de, aproximadamente, cinco meses. Atualmente a equipe possui nova sede, localizada em outro bairro do município, contando com a chegada de mais profissionais na equipe do CAPS II e nova equipe de residentes, dando continuidade às reuniões das assembleias e construindo novos grupos.

Pode-se perceber que o grupo possibilitou mudanças e ampliou o olhar e o fazer profissional da equipe do CAPS II. As aproximações tímidas de alguns profissionais resultaram na sensibilização gradativa da equipe para uma atuação baseada em ferramentas leves, com olhar pautado na humanização do cuidado, na amorosidade e no diálogo compartilhado. Observando a possibilidade de fazer grupos para além das salas insalubres do CAPS, alguns profissionais iniciaram atividades grupais e começaram a dar espaço para que os residentes pudessem partilhar nas reuniões de equipe as demandas trazidas pelos usuários, melhorando assim a comunicação e a integração entre a equipe e os residentes.

Aprendemos por meio da colaboração interprofissional entre o serviço social, a terapia ocupacional, educação física e a preceptoria de campo a quebrar barreiras construídas a partir da formação profissional individual de cada categoria; viabilizamos com ela um trabalho com partilha de conhecimento e a ampliação do olhar para os usuários do grupo de forma amorosa e ética. Percebemos que ela nos possibilitou mais diálogo nas relações de cuidado por meio de trocas de emoções, sensibilidade e de compartilhamento das histórias de vida de cada sujeito.

Nesta experiência a colaboração interprofissional permitiu a nós profissionais materializarmos a integralidade do cuidado em saúde mental para além de intervenções sem vínculos, breves e individuais; resultando no trabalho conjunto e de constantes trocas que geraram experiência para ambos os profissionais envolvidos.

A partir do que foi exposto, compreende-se que tais experiências são estratégias importantes de cuidado, ricas em aspectos que reverberaram diretamente nos determinantes sociais da saúde, proporcionando novas visões sobre o tema, tanto para os usuários e participantes dos grupos, quanto para os profissionais que se pautavam ainda no modelo biomédico. Configuram-se, assim, como exitosas. Portanto, entende-se ser necessário partilhar tais práticas para que outros serviços de saúde possam reproduzi-las, pautando-se na valorização do sujeito e do espaço de cuidado em saúde.

Considerações Finais



É importante considerar que a relevância da experiência descrita sobre a atividade grupal intitulada Histórias de Quintal decorre de um processo que se baseou no planejamento, na amorosidade, na vontade de mudança do cenário do CAPS II, na sensibilidade dos profissionais diante das demandas trazidas pelos usuários, na avaliação participativa dos encontros. Esse formato metodológico de condução e organização do grupo possibilitou que, de forma sistemática, as atividades pudessem ser refletidas e redimensionadas entre os facilitadores e usuários, bem como seus objetivos que norteavam a atividade.

Nesse ínterim, percebeu-se o quão significativo foi compreender as características do território, de elaborar uma análise institucional que contemplasse os diversos aspectos, físicos, estruturais e estruturantes, as correlações de força existentes, a motivação dos profissionais, a organização dos processos de trabalho, a identificação do perfil dos usuários, dentre outros aspectos.

A estratégia de levar um mote e proporcionar a livre fala dos usuários com interferência da equipe apenas para garantir a condução dentro de um espectro limitado, em muito enriqueceu a proposta e assegurou que emanasse do próprio grupo suas urgências.

Vale destacar alguns desdobramentos que se fizeram necessários a partir do Grupo Histórias de Quintal. A começar pela integração da equipe assistente do CAPS com os residentes envolvidos. Essa estratégia tornou-se parcialmente viável por meio das reuniões de equipe que, por vezes, eram fragilizadas em sua direção e mais táticas nos encontros de caráter amistoso feito paralelamente, de modo que a fala dos usuários tivesse alcance no restante da equipe e se concretizasse.

Cabe mencionar ainda outros incrementos demandados a partir do Grupo Histórias de Quintal, a exemplo das Assembleias, de outros grupos de base terapêutica, atividades com outros profissionais da rede, extrapolando as paredes institucionais, a saber, das atividades realizadas no território, em outros equipamentos, em parceria com a Estratégia de Saúde da Família, etc.

Reconhece-se que a atividade de grupo mencionada pode ser adotada como estratégia de cuidado em outros espaços socioinstitucionais respeitando sempre as peculiaridades do grupo; que em muito fortaleceu os usuários e, por consequência, o CAPS; que atestou que é possível construir ações de saúde de impacto, com ferramentas leves, desprendidas das estruturas rígidas; que as atividades de caráter grupal podem e devem ser utilizadas como recursos terapêuticos em contextos de grande demanda visando o empoderamento e autonomia dos sujeitos sociais.

Por fim, um limite da atividade esteve ligado à participação direta de outros profissionais do CAPS onde o grupo se desenvolveu, uma vez que a permanência dos residentes neste local foi limitada temporalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

ARRUDA, G.M.M.S; BARRETO, I.C.H.C; RIBEIRO, K.G; FROTA, A.C. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 22, n.1, p. 1309-1323, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento**. Relatório. Brasília, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 777/GM, de 28 de abril de 2004**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/caucaia/panorama>. Acesso em: 10 ago. 2019.

LIMA, F. A. C. **Avaliação das políticas de saúde mental na dimensão da atenção à população em situação de rua no município de Caucaia, Ceará**: texto e crítica entre os olhares de gestores e profissionais. 2019. 197 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

MATUDA, C.G.; AGUIAR D.M.L.; FRAZÃO P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 1, n. 22, p. 173-186, 2013.

RABELO, A. **Um manual para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. Salvador. 2005.

TAVARES, A. L. B. **Demanda e percepções do sofrimento psíquico entre usuários da estratégia saúde da família**. 2012. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2012.

CAPÍTULO 22

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MÉDICA PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA: NECESSIDADES DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira

*"Se a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela tampouco a sociedade muda"*
Paulo Freire

A Atenção Primária à Saúde (APS) integra o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil e em diversos países como forma de proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente, instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (MOROSINI, 2007).

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. A APS desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população (IZECKSOHN, 2017; BRASIL, 2015; MOROSINI, 2007; COSME, 2013).

Estas reformulações de base filosófica, metodológica e organizacional trouxeram às instituições de saúde e de ensino em saúde novos desafios, tendo em vista que o fortalecimento da APS

depende diretamente da formação dos profissionais de saúde. No caso da formação do profissional médico, demanda a necessidade de profissionais especialistas em cuidados primários para atender às necessidades de saúde da população. Temos, portanto, que para ser resolutivo na ABS, o profissional precisa receber uma formação que direcione para esse nível de atenção.

Na graduação, os cursos devem ser organizados segundo as Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN). No curso de graduação em Medicina tem-se nas DCN, de 2014, que o profissional deve, além de ter uma formação geral, atuar com promoção e prevenção à saúde em âmbito individual e coletivo, primar pela humanização em sua atuação e exercer suas funções de acordo com princípios éticos e responsabilidade social, reconhecendo o indivíduo em sua singularidade, e considerando ainda, o espectro da diversidade humana das esferas cultural, étnico-racial e sexual (BRASIL, 2014). Tais orientações denotam a necessidade de formação de profissionais aptos para atuar no processo saúde-doença na perspectiva da integralidade da assistência, o que reforça a importância da reorientação das práticas formativas de profissionais de saúde (VASCONCELOS; RUIZ, 2015).

Essa necessidade de formar profissionais com formação geral, qualificados para atuar na Atenção Primária, que tem início na graduação, continua na pós-graduação. Atualmente, a Residência Médica (RM) é considerada o padrão-ouro dos cursos de especialização na área médica pelo Ministério da Educação (MEC), e tem como objetivo o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação (VASCONCELOS; RUIZ, 2015).

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) trata-se de uma especialidade eminentemente clínica e que desenvolve, de forma integrada e integradora, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a pessoas, famílias e comunidades. Forma, portanto, especialistas em Atenção Primária. Esses atributos tornam a Medicina de Família e Comunidade uma disciplina estratégica para o fortalecimento do SUS e a ressignificação das

bases estruturais da própria profissão médica, adquirindo papel fundamental na constituição dos novos paradigmas em saúde (VASCONCELOS; RUIZ, 2015).

Por se tratar de uma modalidade de ensino em serviço, ou seja, uma atividade de ensino-aprendizado que depende fortemente do componente prático, para que a residência se dê de modo satisfatório, é preciso uma organização de forma equilibrada entre os serviços de saúde e o processo formativo, de modo que o profissional em formação possa tornar-se competente em sua especialidade, ao mesmo tempo em que contribui para o desenvolvimento e sedimentação dos princípios do SUS. Para tanto, é importante que se compreenda como se dá o processo ensino-aprendizagem na formação do residente e o papel do preceptor nesse processo (BOTTI, 2009; SOARES et al., 2013; IZECKSOHN, 2017).

Segundo Anastasiou e Alves (2012), o processo ensino-aprendizagem refere-se à relação que se dá entre preceptor e aluno no processo de ensinar e de aprender. Tratando-se de um processo, temos que este inclui duas dimensões: uma de intenção e outra de resultado, de modo que se faz necessário atuações ativas, de ambos os lados, para que se alcance o objetivo principal que é o de gerar uma ressignificação ou compreensão acerca de determinado objetivo de aprendizagem. Essas reflexões deram origem ao termo ensinagem, inicialmente explicitado no texto de Anastasiou (1998), para indicar uma prática social complexa, efetivada entre os sujeitos, professor e aluno, englobando tanto a ação de ensinar quanto a de aprender, em um processo contratual, de parceria deliberada e consciente para a aquisição de competências.

Segundo a mesma autora, as estratégias pedagógicas constituem-se em um processo de seleção, organização e proposição das melhores ferramentas facilitadoras para que os estudantes desenvolvam as competências necessárias em determinada situação. Por visarem a consecução de objetivos, temos que, para a adoção da estratégia pedagógica adequada, há que se ter clareza sobre onde se pretende chegar em cada momento do processo de aprendizagem (ANASTASIOU; ALVES, 2012).

Assim, para cada situação, um conjunto diferente de estratégias deverão ser utilizadas, respeitando as condições favoráveis para executar ou fazer algo. São diversos os elementos que devem ser considerados para a escolha das estratégias pedagógicas, entre estes, o objetivo de aprendizagem que se pretende alcançar e o momento vivenciado pelo estudante e suas singularidades. Assim, temos que lidar com diferentes estratégias pedagógicas, não é tarefa fácil, o que exige ruptura com o repasse tradicional e o desenvolvimento de competências que permitam a utilização das diferentes estratégias que facilitem o processo de aprendizagem (ANASTASIOU; ALVES, 2012; CARVALHO et al., 2013).

Tem-se, portanto, que além das competências clínicas, a complexidade da formação em cenários de APS exige habilidades específicas dos profissionais que orientam esses alunos (profissionais) na prática, chamados de preceptores. A figura do preceptor médico em programas de residência comumente se confunde com a imagem de um profissional experiente, dotado de vasto conhecimento técnico e com longos anos de prática clínica, responsável pela inserção do profissional mais jovem no mercado de trabalho. Não obstante, mesmo que competência clínica e tempo de prática possam ser significativos para definir um bom médico, não necessariamente, esses requisitos são suficientes para definir um bom professor ou um bom preceptor, de modo que trata-se de um profissional diferenciado, com formação na área e dotado de competências na adoção de diferentes estratégias pedagógicas que proporcionem um processo de ensino-aprendizagem adequado (SKARE, 2012; IZECKSOHN, 2017).

Para além do programa de Residência, outra estratégia adotada pelos municípios com o objetivo de qualificar os profissionais e os processos de trabalho é a Educação Permanente em Saúde (EPS). Esta se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

A EPS como Política do Ministério da Saúde (2004), instituída como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, busca então articular a integração entre ensino, serviço e comunidade e desenvolver iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema.

No município de Caucaia, em 2017, em uma nova perspectiva de valorização da Atenção Primária em Saúde, o Programa de Residência Integrado em Medicina de Família e Comunidade, que funciona em Fortaleza desde 2006, expandiu-se para o município de Caucaia, contando com a atuação de cinco preceptores e dez residentes em quatro Unidades de Saúde, a partir da nova gestão municipal que teve início em 2017.

Considerando a prerrogativa da Residência Médica em formar especialistas em Atenção Primária com atuação de profissionais preceptores, médicos com formação para a adoção de estratégias pedagógicas apropriadas para o ensino em serviço, a Residência Médica veio contribuir não apenas para a formação dos residentes, mas para a qualificação dos profissionais da Atenção Primária do município como um todo.

Relatamos aqui a experiência da instituição de um Programa de Educação Permanente junto aos profissionais Médicos do município de Caucaia com a contribuição dos preceptores e residentes do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Ceará (UFC), a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caucaia.



Residentes de Medicina de Família e Comunidade de Caucaia.

A atuação da Residência de Medicina de Família e Comunidade no fortalecimento da Educação Permanente em Saúde

Ao ingressar no programa de Residência, o primeiro projeto desenvolvido pelos residentes é a identificação das necessidades de saúde locais, a partir da realização da territorialização e do diagnóstico situacional de saúde. A territorialização trata-se do ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde, e consiste no reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (MAFRA; CHAVES, 2004).

A análise territorial e o diagnóstico situacional implicam em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações. Possibilita ainda identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções (MAFRA; CHAVES, 2004).

Ao levar em consideração as necessidades locais por meio da caracterização da situação epidemiológica, a proposta de intervenção na saúde pode melhorar os níveis de resolubilidade na Atenção Primária. Logo, para se ter uma assistência à saúde mais resolutiva, é essencial identificar os problemas de saúde mais relevantes e prioritários para a comunidade e estabelecer propostas de intervenção.

No processo de territorialização e diagnóstico situacional realizado pelos residentes de Medicina de Família e Comunidade, em 2017, à época da chegada da Residência Médica no município de Caucaia, o primeiro aspecto observado no momento da apresentação do produto da territorialização das Unidades de Saúde que recebiam residentes para a gestão municipal, foi a necessidade de se realizar um processo de identificação das necessidades de saúde das 47 Unidades Básicas de Saúde no município, não apenas das Unidades de Saúde com Programa de Residência Médica, dado seu grande potencial para orientar o planejamento em saúde.

Foi realizada, então, uma formação para a realização da territorialização e diagnóstico situacional junto às Equipes da Estratégia de Saúde da Família das 47 UBS do município de Caucaia. Esse processo foi realizado no período de julho a outubro de 2017. O produto das territorializações e diagnóstico situacional consistiu em 78 relatórios produzidos por cada Equipe da Estratégia de Saúde da Família, os quais identificavam as principais necessidades de Saúde locais.

Dentre essas necessidades, identificou-se a dificuldade de acesso da população a outros especialistas e a exames em geral. A partir dessa necessidade, buscou-se, então, identificar quais eram os nós críticos associados a essa dificuldade de acesso. A consultoria da Atenção Primária do município, composta pela coordenação da Residência em Medicina de Família e Comunidade, junto aos preceptores e residentes do Programa de Residência, realizaram, então, uma avaliação da regulação de encaminhamentos do município, que permitiu identificar os seguintes nós: oferta finita de exames e consultas para atenção secundária e terciária; e um grande volume de encaminhamentos.

Com relação à oferta finita de exames e consultas para o município por mês, temos que esta trata-se de uma dificuldade que é comum a todas as instâncias de fornecimento de serviços, não apenas no SUS. A mudança dessa realidade depende de recursos financeiros, não havendo, portanto, possibilidade de atuação do colegiado de Atenção Primária sobre a mesma.

Tendo em vista que, para o desenvolvimento do plano de ação para atender as demandas identificadas, a governabilidade da equipe de atuar sobre estas constitui-se aspecto importante, o problema selecionado para atuação foi o grande volume de solicitações de exames e encaminhamentos para especialistas, o qual gerava grande fila de espera.

Procedeu-se, então, seleção dos encaminhamentos com maior fila de espera e avaliação dos mesmos, na tentativa de averiguar esta hipótese. Procedeu-se, então, em outubro de 2017, avaliação das solicitações de mamografia, endoscopia digestiva alta e de consulta com neurologia que aguardavam marcação no setor de Regulação. Com relação às solicitações de mamografia, das 987 que aguardavam na fila marcação no município, 327(33%) tinham indicação de clínica adequada; 622 (63%) não continham elementos suficientes para determinação quanto a correta indicação ou não, ou seja, faltavam elementos relativos às informações da pessoa, do profissional ou da Unidade de Saúde; 38 (4%) não tinham indicação de clínica adequada.

A respeito das solicitações de consulta com neurologista, das 1.191 solicitações, 249 (21%) tinham indicação de clínica adequada; 906 (76%) não continham elementos suficientes; 36 (3%), eram solicitações indevidas.

Sobre as solicitações de endoscopia digestiva alta, das 598 solicitações, 111 (18%) tinham indicação de clínica adequada; 426 (71%) não continham dados suficientes para avaliação da indicação clínica; 61 (11%) não tinham critérios para realização.

Identificou-se, portanto, que entre os fatores que dificultavam o acesso da população a exames e consultas na atenção secundária e terciária figuravam-se o grande volume de encaminhamentos sem dados suficientes ou sem indicação clínica.

Assim, a partir da necessidade local identificada na análise situacional, identificou-se uma necessidade de aprendizagem dos profissionais, a qual orientou a estruturação do Programa de Educação Permanente junto aos profissionais médicos da Atenção Primária no município, que teve como direcionamento inicial a qualificação dos encaminhamentos realizados, com o objetivo de reduzir as filas de espera e proporcionar o acesso oportuno às pessoas que realmente necessitam dos exames e consultas com especialistas.

Procedeu-se, então, a identificação das maiores filas de encaminhamento do município e deu-se início ao desenvolvimento de protocolos de encaminhamento, os quais continham os principais critérios de encaminhamento e as informações mínimas necessárias para o preenchimento adequado dos mesmos. Os protocolos foram produzidos pelos preceptores e residentes de Medicina de Família e Comunidade, validados com especialistas atuantes no município e, em seguida, discutidos com os profissionais da Atenção Primária. Após as discussões, ajustes foram realizados e os mesmos foram disponibilizados para os profissionais para utilização na prática diária.

As discussões foram moderadas pelos preceptores da Residência em Medicina de Família e Comunidade, buscando sempre, além de apresentar o protocolo, trocar experiências com relação aos temas abordados, além de sugerir condutas, em um processo real de formação. Para o desenvolvimento dessas atividades, foram utilizadas diferentes estratégias pedagógicas que considerassem o perfil do grupo, as necessidades de aprendizagem que traziam, além do local em que ocorriam as formações.

Buscou-se, assim, sair da abordagem tradicional, em que o ensino é voltado para o professor e o aluno adquire postura passiva, não reflexiva, para uma abordagem mais problematizadora, que permite transformações do indivíduo e da realidade, em que também é reconhecida por possibilitar uma prática educativa em saúde mais participativa (PEREIRA, 2003).

Assim, no processo de desenvolvimento das ações de Educação Permanente, temos que estas foram orientadas, tanto

pelas necessidades de saúde identificadas na análise situacional dos territórios, quanto pela centralidade dos profissionais enquanto sujeitos desse processo. Nessa perspectiva, buscou-se sempre aplicar uma pedagogia que considera as vivências e expõe o profissional a situações em que este se sente estimulado e tem consciência de que aprendeu, exercitando seu raciocínio e intuição, facilitando o processo de ressignificação dos conhecimentos prévios.

De 2017 até então foram produzidos diversos protocolos de encaminhamento para solicitação de exames, entre eles: mamografia, endoscopia digestiva alta, ecocardiograma, ultrassonografia, radiografia; e de encaminhamento para especialistas, como por exemplo: neurologia, endocrinologia e ginecologia.

Visando dar continuidade a esse processo de Educação Permanente e ampliar a identificação das necessidades de aprendizagem dos profissionais, organizou-se o serviço de matriciamento dos encaminhamentos do município, no qual preceptores e residentes de Medicina de Família e Comunidade realizam a avaliação dos encaminhamentos realizados pelos profissionais da Atenção Primária do município, semanalmente, com o objetivo de identificar os critérios de encaminhamento utilizados pelos profissionais e, na ausência de utilização de critérios adequados, transformá-los em necessidades de aprendizagem que orientem a realização das ações futuras de educação permanente locais.

A partir da experiência apresentada, é possível refletir que, para o desenvolvimento de um processo de Educação Permanente efetivo e bem estruturado junto a profissionais de qualquer área, é necessário considerar diversos aspectos do aprendizado de adulto, entre eles: a necessidade de motivação para o aprendizado; compartilhamento de experiências; utilização imediata do aprendizado. O uso da territorialização e da análise situacional realizada nas Unidades de Saúde contribuiu de forma significativa para a identificação das necessidades de saúde locais as quais direcionaram para as necessidades de Educação Permanente junto aos profissionais. A continuidade desse processo, a partir do matriciamento dos encaminhamentos, permite inferir as novas

necessidades de aprendizado dos profissionais e a manutenção de um processo que considera as especificidades da aprendizagem do adulto.

A Preceptoria de Residência em Medicina de Família e Comunidade, visa formar especialistas em Atenção Primária a partir da consideração das necessidades de saúde da população e do serviço, a partir da utilização de estratégias pedagógicas adequadas. No município de Caucaia, a Residência em Medicina de Família e Comunidade tem contribuído de forma significativa para a estruturação de um programa de Educação Permanente junto aos profissionais médicos da Atenção Primária, ao relacionar as necessidades do serviço e as necessidades pedagógicas dos profissionais com bons resultados até o momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos para ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 10ª ed, Joinville: Univille, 2012, 155 p.

BOTTI, S. H. O.; REGO S. T. A. Docente-clínico: O complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.65-85, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Secretaria de Editoração e Publicações, 2014, 113 p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.618**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União, 1 out. de 2015.

CARVALHO, A. C. C., et al. Estratégias de valorização e capacitação pedagógica do preceptor da residência médica. **Cadernos da ABEM**, v. 9, p. 14-22, 2013.

COSME, F. S. M. N.; VALENTE, G. S. C. The development of competencies for nursing preceptorship in the primary health care environment: a descriptive-exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 12, p. 602-04, oct. 2013.

FREIRE, O. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. Apresentação de Ana Maria Araújo Freire. Carta-prefácio de Balduino A. Andreola. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

IZECKSOHN, M. M. V. et al. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 3, 2017.

MAFRA, MRP; CHAVES, MMN. O Processo de Territorialização e a atenção à saúde no Programa Saúde da Família. **Família Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.6, n.2, p.127133, maio/ago. 2004.

MOROSINI, M. V. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, 240 p.

PEREIRA, ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas Ciências da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19, v.5, p.1527-1534, set-out, 2003.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoría da residência médica. **Revista do médico residente**. v. 14, n.2, 2012.

SOARES, A. C. P. et al. A importância da regulamentação da preceptoría para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia ocidental. **Cadernos da ABEM**, v. 9, p. 14-22, 2013.

VASCONCELOS, R. N. C.; RUIZ, E. M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. **Revista brasileira de educação médica**, n. 39, v. 4, p. 630 – 638; 2015.



Carlile Lavor

Médico sanitarista, Diretor da Fiocruz Ceará, foi idealizador do Programa Agente Comunitário de Saúde.

Vale muito a pena conhecer os resultados desta rica experiência desenvolvida em Caucaia, coordenada pela professora Idalice, que tem reunido seus conhecimentos e experiência acumulados da Psicologia Comunitária e Educação Biocêntrica na contribuição valiosa para o SUS. É uma relevante leitura para agregar algo novo aos processos formativos para o SUS para efetivar a Política de Educação Permanente em Saúde junto aos profissionais da Saúde da Família do Ceará.



Ruth Cavalcante

Criadora da Educação Biocêntrica, professora e coordenadora da pós-graduação em Educação Biocêntrica, Diretora da Escola de Biodança do Ceará e consultora em Educação Biocêntrica.

A Educação é um campo muito vasto da ação humana, é por isso, um ato “permanente”. É fruto da união indissolúvel entre o conhecer e o viver. Ficamos felizes em perceber a Educação Biocêntrica contribuindo com o campo da saúde. Os textos aqui construídos em um processo interativo entre os autores, nos revela uma bela construção coletiva do conhecimento renovando o significado para práticas em saúde com base na Inteligência Afetiva. Com alegria percebemos neste livro que o “Método Integrativo Biocêntrico” sistematizado pela Educação Biocêntrica, produziu ricas vivências pedagógicas tornando o ato de aprender revestido de sentido e afeto para ser capaz de modificar nossa ação no mundo. Parabenizo e recomendo a leitura deste rico material contendo as experiências vivenciadas, no qual todos os leitores se sentirão incluídos.



César Wagner

Doutor em Psicologia pela Universidade de Barcelona, professor da Universidade Federal do Ceará (aposentado), é percussor na Educação Biocêntrica e professor didata em Biodança, presta consultoria ao município de Caucaia.

A Educação Permanente em Saúde, a Atenção Primária, o SUS, o município, tudo isso, representa a prioridade da saúde, em nosso país. Todo este trabalho realizado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde nos mostra uma nova dimensão do processo de participação e fortalecimento da Democracia, como um caminho trilhado em que a Atenção Primária vai além das unidades de saúde e mergulha no cotidiano da população, de tal forma que os moradores se sintam implicados no processo de construção da saúde local. A secretaria de saúde de Caucaia nos brinda com um belo presente. Os profissionais de saúde e a população estão de parabéns por, de mãos dadas, estarem construindo algo extremamente significativo para a saúde pública brasileira.



Prefeitura de
CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

