

INTRODUÇÃO

A saúde como direito de todos e dever do Estado, configurou-se a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080/90, consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e significando assim, grande avanço quanto à universalização da assistência à Saúde. Uma nova organização da atenção à saúde é proposta de acordo com o moderno conceito e os princípios do SUS: universalidade, equidade, descentralização, integralidade e qualidade (LIMA, 2005).

Várias mudanças ocorreram no modelo de atenção à saúde, desde a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil, mas ainda é um desafio a transformação e problematização das suas práticas de saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Num cenário de implantação e implementação do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge, dentro da perspectiva da Atenção Primária da Saúde, como uma estratégia de reorganização sanitária, face às discussões a cerca do modo de produzir saúde.

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para inserir a rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, não apenas no prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde (CECIM, 2005).

A educação permanente em saúde é uma ferramenta poderosa, importante para a transformação de práticas (ROVERE, 2005). Comprovadamente, por experiências municipais concretas, podemos exemplificar a potencialidade da educação permanente para a gestão em saúde, como o caso de Sobral, Marília e Aracaju (BRASIL, 2009).

Esta ação promove uma aproximação interministerial entre Saúde e Educação e, ainda, pela interposição de um novo dispositivo em construção no SUS (caráter intersetorial, foco temático, âmbito locorregional e estrutura interinstitucional). A educação permanente foi escolhida para priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação da política de saúde e não um meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho (CECCIM, 2005).

Uma política de educação para o SUS envolve não somente o desenvolvimento dos profissionais de saúde que já estão inseridos no sistema, como também a formação profissional do graduando voltado para a política nacional de saúde. A formação dos profissionais da saúde para o sistema de saúde vigente no país (atribuição legal do SUS) deve ser necessariamente uma política de educação voltada para este sistema, incluindo compromissos entre o setor da saúde e o setor da educação (BRASIL, 2009).

O objetivo deste estudo foi avaliar as necessidades em educação permanente percebidas pelos profissionais das estratégias de saúde da família – ESF, do município de Francisco Badaró-MG, além de propiciar um levantamento de dados e informações necessários para a futura construção de uma proposta efetiva de educação permanente.

JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica a partir do momento em que, o Ministério da Saúde, através de uma Política Nacional de Educação Permanente - PNEP, considera a educação permanente em saúde, como uma estratégia potente que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas da saúde, organizando as ações e os serviços de saúde, os processos formativos, as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Portanto, para procurar seguir esta orientação ministerial e conhecendo as suas necessidades reais em educação permanente, é fundamental que o município de Francisco Badaró, através da Secretaria Municipal de Saúde, busque formas de apresentar respostas institucionais às demandas por qualificação profissional das equipes de saúde da família. Assim, conhecer as necessidades de educação permanente destas equipes de saúde seria o passo inicial para uma futura proposta de educação permanente no município, justificando então a importância do tema escolhido.

A realização deste futuro diagnóstico possibilitará conhecer o significado da educação permanente para os profissionais da saúde da família do município, propiciando reflexão sobre o processo de trabalho das equipes.

Como profissional atuante de saúde bucal, inserida (no ano de 2007) numa das equipes de estratégia de saúde da família do município, pude detectar neste curto período de tempo, que uma das principais necessidades das equipes, permeia o campo da qualificação profissional, visto que a maioria dos profissionais (aqui me incluo) não tem experiência de trabalho em saúde da família.

Percebo, pela vivência no trabalho, que o processo de educação permanente que acontece nas equipes de saúde da família, é frágil e fragmentado, características estas evidenciadas pela inconsistência pedagógica, pela forma como está organizado, e, principalmente por não atender às necessidades dos profissionais ou do serviço. Assim, cumpre-se muito pouco as propostas da política da educação permanente em saúde.

Consegui adquirir esta percepção do papel e da importância da educação permanente nos processos de trabalho das equipes, em função de minha participação no Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família (CEABSF) onde, em vários momentos (principalmente no módulo 4) forneceu instrumentos que me permitiram realizar reflexões críticas e promover transformações no meu trabalho em equipe. Interessei assim pelo tema

Educação Permanente e acredito em sua relevância ao produzir ações mais qualificadas no trabalho das equipes de saúde da família do município.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiências vivenciado em campo de prática por um profissional (cirurgiã dentista) de uma das equipes de estratégia de saúde da família do município de Francisco Badaró-MG; sendo o pesquisador, um participante ativo do processo.

A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica da área à qual pertence.

Com base na observação das equipes multiprofissionais e nas características da saúde da família de Francisco Badaró-MG, irei realizar um estudo exploratório e descritivo, das três equipes de ESF do município, com o objetivo de identificar as diferentes necessidades de educação permanente advindas da formação ou do processo de trabalho das equipes.

Cervo e Bervian (2006, p. 49), consideram a pesquisa exploratória como uma forma de pesquisa descritiva e fazem afirmações elucidativas com relação à figura da construção de hipóteses no estudo exploratória, ao afirmarem:

O estudo exploratório [...] é normalmente o passo inicial no processo de pesquisa pela experiência e auxílio que traz na formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas.

Os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objetivos e buscar maiores informações sobre determinado assunto de estudo.

O presente trabalho foi realizado na Unidade Materno Infantil do município, que é sede das Estratégias de Saúde da Família Sede e Beira Rio, com prévia autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

Os dados foram obtidos através de momentos de reflexões a respeito do processo de trabalho das equipes, ocorridos nas reuniões mensais de avaliação e na livre observação do cotidiano das mesmas, durante o ano de 2009. Por sua natureza de sondagem estes apontamentos me permitiram mapear as dificuldades, dilemas e desejos de mudança que estão presentes nas equipes e ensaiar hipóteses que surgiram durante as reuniões.

Ainda em relação à pesquisa exploratória Lakatos e Marconi (2008, p. 86), apresentam três finalidades da mesma: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador

com o ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi a maior mobilização já ocorrida no Brasil em defesa da saúde e da qualidade de vida, e conquistou as bases legais para a construção de um novo modelo de atenção na saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) inserido na Constituição Federal de 1988. (STARFIELD, 2002)

O SUS foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a todos os cidadãos. Ele é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõe os recursos do governo federal, estadual e municipal. (BRASIL, 2006).

O SUS garante autonomia aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS. (BRASIL, 2004).

Estes princípios do SUS foram estabelecidos legalmente, porém há necessidade de que o SUS seja implantado de forma a respeitá-los e, principalmente, garantir à população o acesso a um bom serviço de saúde, contribuindo para manter uma melhoria na qualidade de vida da população (SILVA; NOVAES, 2005).

2 - A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) inicia-se oficialmente no Brasil em 1994, a partir de experiências exitosas, especialmente a do Estado do Ceará, com o Programa de Agentes de Saúde (PACS). Inicialmente, considerado como Programa Saúde da Família – PSF é alçada a condição de estratégia para a reorientação da assistência, que passaria a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção básica para ampliar o acesso, criar maior vínculo com a população descrita e promover maior integração da equipe multi-profissional, tendo como principal objetivo reorientar e reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional (centrado na assistência curativa e hospitalar) em

conformidade com os princípios do SUS: “territorialização”, vinculação com a população, garantia de integridade na atenção, trabalho em equipe com o enfoque interdisciplinar, ênfase na promoção de saúde com o fortalecimento das ações intersetoriais, estímulo à participação da comunidade”. Isso imprimiria uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (FIGUEIREDO, 2004).

Desse modo, o PSF pretende integrar os princípios do SUS com a comunidade prestando assistência tanto na unidade de saúde, quanto desenvolver tradicionalmente ações de saúde no domicílio, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros de uma família são acompanhados. O programa entrevê os fatores de risco, nos quais a população está exposta, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social; isto contribui positivamente para a humanização da assistência, estabelecendo uma nova relação entre profissionais de saúde e comunidade. (SOUZA *et al*, 2005).

Também a saúde da família como uma estratégia prioritária de operacionalização da implantação da atenção básica é colocada como um mecanismo no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, com garantia de financiamento específico para a sua consecução.

A saúde da família, apesar de não ser a única estratégia apresentada quando se analisam as experiências que vêm acontecendo em diversos municípios brasileiros, é sem dúvida, hoje, a de maior abrangência. (SOUZA e SAMPAIO, 2002).

Constata-se atualmente que houve um grande caminhar do PSF no Brasil, apesar de muitas vezes ter sido rotulado de prescritivo, mas reconhece-se que sem conflitos ou disputas não teria sido possível sua implantação e expansão sem uma orientação nacional de organização. A sua implantação nos municípios brasileiros não vem se dando de forma homogênea, e, sim, com diversos conflitos e dificuldades. Há ainda uma predominância de sistemas voltados para a atenção especializada em muitos municípios brasileiros.

Não existe nenhuma sociedade que disponha de recursos econômicos ilimitados para custear os serviços de saúde. A atenção super especializada é mais cara que a atenção primária e, portanto, tem menor acesso a ela as pessoas com dificuldade econômica. (STARFIELD, 2002).

A estratégia está estruturada a partir de uma Unidade Básica de Saúde da família que é uma Unidade Pública de Saúde, trabalhando com uma equipe multiprofissional que assume a responsabilidade sanitária por uma determinada população a ela vinculada, dentro de um território, onde vivem no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, ofertando ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos. O PSF tem como equipe mínima necessária à sua implantação e definida em Portaria Ministerial os seguintes trabalhadores de saúde: um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O quantitativo de agentes varia de acordo com a população coberta pela equipe. Tem-se como parâmetro que cada agente poderá cobrir no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas dentro de uma micro área. (AMORIM, 2004)

2.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FRANCISCO BADARO

A cidade de Francisco Badaró possui 10.377 habitantes e fica localizada no nordeste mineiro no médio vale do Jequitinhonha, a 700 km da capital mineira, pela BR 116. Possui uma extensão territorial de 459 quilômetros quadrados, e 75% da sua população reside na zona rural. O município tem procurado fazer um bom emprego dos recursos destinados à saúde. Diante de um “compromisso assumido com a população” segundo a secretária municipal de saúde, Maria Aparecida Cunha, a atual gestão, “tem priorizado a saúde, estruturando suas unidades, implantando programas e implementando ações, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos”.

O Conselho Municipal de saúde participou ativamente da implantação destes programas, priorizando a implantação da Saúde da Família. “Como estratégia de reorganização a prática da atenção básica, levando a saúde para mais perto da família, com vistas a melhorar a qualidade de vida de todos, optou-se pela implantação da estratégia de Saúde da Família”, destaca a secretária. Ela lembra que, com isso, aproximou-se a população dos profissionais de saúde, permitiu-se o redirecionamento da atenção básica e também o fortalecimento das ações de prevenção das doenças e promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

Esse modelo de gestão e o compromisso político de garantir os serviços e atendimento à população apontavam para a necessidade de investimentos e maior aporte de verbas, o que está ocorrendo por meio de investimentos próprios superiores aos 15% estabelecidos pela Emenda Constitucional 29. Dessa forma, no município, na gestão e execução da atenção

básica, têm sido desenvolvidas ações prioritariamente pelas equipes de Saúde da Família, que já tem cobertura de 100% da população.

Inicialmente o município desenvolveu o programa de ACS (Agente Comunitário de Saúde) no ano de 2000, servindo de base para a implantação futura da ESF (Estratégia Saúde da Família). Atualmente, Francisco Badaró, conta com 03 equipes de Saúde da Família, todas elas com equipes de Saúde Bucal modalidade 2 (1 Cirurgião dentista, 1 ASB, 1TSB). Há um ano foi criado o NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que conta com os profissionais: Psicólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga e Educador Físico, com atendimento nas equipes de ESF.

Ao implantar a ESF, o município lidou com grandes desafios como: dificuldades para garantir o acesso aos serviços de saúde, dado as dimensões e características territoriais da zona rural, e o grande número de famílias atendidas somente por duas Unidades Básicas de Saúde, localizadas na sede do município e no distrito Tocoíós de Minas; além de três postos de saúde localizados em comunidades pólos. A definição da população de cada ESF se efetuou em função da localização geográfica das comunidades, não ocorrendo nesse processo nenhum tipo de diagnóstico local, de necessidades ou prioridades em saúde.

O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família responsáveis pelo acompanhamento naquela localidade. Desde a implantação das equipes e das ações de prevenção desenvolvidas, a Secretaria Municipal de Saúde tem evitado internações desnecessárias e vem melhorando a qualidade de vida da população. Segundo a secretária de saúde, o reconhecimento da área de atuação e das famílias cadastradas “possibilitou o controle dos grupos vulneráveis, como os hipertensos, os diabéticos, as gestantes, entre outros, desenvolvidos nos diversos programas de atenção à saúde, a partir das equipes atuantes”.

Outra evolução na saúde do município, está na ampliação do serviço odontológico prestado à população. O atendimento que se voltava basicamente aos escolares, com a implantação das três equipes de saúde bucal, passou a se estender a toda a população, possibilitando assim melhorar as condições de saúde bucal extremamente precárias dos usuários das UBS, através de um maior acesso aos serviços odontológicos ofertados pelo município.

Apesar destas conquistas no setor saúde, mais especificamente nas Equipes de Saúde da Família, existem grandes desafios a serem conquistados. Um deles está nas questões referentes ao processo da educação permanente em saúde. Os avanços (apesar de termos

acesso a Programas como o Tele-saúde e outros) ainda são insignificantes, pois o que se constata no cotidiano das equipes são ações que acontecem de maneira frágil e fragmentada.

Com a participação de cinco profissionais (entre médico, dentista e enfermeiro) no Curso de Especialização em Saúde da Família (CEABSF), houve nas equipes, a criação de espaços para reflexão do processo de educação permanente nas mesmas. Posso afirmar, já que faço parte do curso e de uma das equipes, o quanto a visão de trabalho e atitudes de todos os profissionais foram modificadas a partir de então, resultando em maior eficiência na qualidade das ações de saúde prestadas aos usuários do SUS.

3 - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Atualmente o Ministério da Saúde descreve que alguns programas utilizados pelos Serviços de Educação Continuada (SEC) das instituições de saúde possuem limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança, já que mantêm a lógica programática das ações, não desafiando os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

Assim, para minimizar essas deficiências, propõe a implementação da Educação Permanente em Saúde, que tem por desafio constituir-se em recurso para fortalecimento dos serviços de educação das instituições de saúde.

A Educação Permanente em Saúde é uma nova estratégia para a formação e desenvolvimento das práticas educativas, devendo ser tomada como um recurso inovador para a gestão do trabalho, entendendo que o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Na proposta da Educação Permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção terá que ser construída na prática concreta das equipes. As demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (BRASIL, 2004).

A educação permanente em saúde pode corresponder à Educação em serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence a construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e colocase em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino. (CECCIM, 2005)

O que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é a sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde. (CECCIM, 2005).

A Política de Educação Permanente em Saúde vem como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da área da saúde, bem como reorganizar os serviços públicos (BRASIL, 2004c)

4 - POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi aprovada na Comissão Intergestorial de Recursos Humanos de Saúde, em julho de 2003. Em Reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em Brasília em 18 de setembro de 2003, foi aprovada a Política Nacional de Educação Permanente (Brasil, 2004). Esta propõe a adoção da educação permanente como estratégia fundamental para a transformação das práticas de saúde no campo da gestão, da atenção e do controle social na integralização e humanização da atenção, com a melhoria constante das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004).

A partir daí o Deges passou a coordenar uma política de educação para saúde. Esta política foi configurada segundo as determinações da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº. 8080/90) e segundo as resoluções da proposta de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS, resultante da 10ª Conferência Nacional de Saúde e aprovada integralmente na 11ª Conferência Nacional de Saúde, sendo um documento referencial de princípios e diretrizes para a política relativa aos trabalhadores do setor da saúde (BRASIL, 2004).

As diretrizes desta política foram: integração entre educação e trabalho na saúde; mudança de práticas de saúde e de formação; articulação entre ensino, atenção e controle social em saúde e educação permanente em saúde (BRASIL, 2004).

A portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006 veio com o objetivo de consolidar o SUS e apoiar estratégias relativas ao Pacto pela saúde. Este documento, por sua vez, procura avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade na operação que respeite as diferenças regionais. Ele radicaliza as atribuições do Ministério da Saúde para os municípios, promovendo um choque de descentralização, tentando diminuir as etapas burocráticas dos processos. Além disso, reintegra a importância do controle e participação social para aumentar a qualificação dos serviços, sendo parte fundamental do pacto. Principalmente reforça as atitudes em relação à educação em saúde, avançando na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a as distintas características e limites locoregionais (BRASIL, 2006).

A Portaria GM/MS nº. 1996, de 20 de agosto de 2007, definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Devendo esta política superar as desigualdades sociais, as dificuldades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, bem como a capacidade de instituições para fornecer ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

Com a introdução da educação permanente como política pública, concretiza-se o conceito de tornar o SUS um lugar de ensino-aprendizagem do serviço e responder as necessidades reais da população relacionando com atualização técnico-científica, reflexão crítica e problematização das vivências (BRASIL, 2004).

DISCUSSÃO E PERSPECTIVAS

As Equipes de Saúde da Família do município de Francisco Badaró-MG, contam com um número de 46 profissionais, sendo 41 do sexo feminino (89%), e 05 do sexo masculino (11%); com predomínio da faixa etária entre 20 a 30 anos (adultos jovens) e apresentam um tempo de experiência de trabalho em ESF, entre 02 a 04 anos, demonstrando pouco tempo de vivência nesse tipo de atividade.

Os profissionais se distribuem em três equipes, sendo cada categoria profissional assim representada: 03 médicos (02 homens e 01 mulher); 03 enfermeiros (01 homem e 01 mulher); 28 Agentes comunitários de saúde (02 homens e 26 mulheres); 03 técnicos enfermagem (03 mulheres); 03 dentistas (todas mulheres); 06 técnicas em saúde bucal (todas mulheres). Percebe-se aí a supremacia da força de trabalho feminina no setor da saúde.

Uma questão interessante é que somente os ACS realizaram algum tipo de treinamento antes de ingressarem no trabalho de saúde da família, o restante dos profissionais, não realizaram nenhum treinamento prévio a sua inserção na equipe. O curso introdutório (segundo Portaria nº. 2527 de 2006 do Ministério da Saúde) não foi realizado por nenhum profissional. Estabelecem-se aí alguns questionamentos: como as equipes iniciam as atividades de trabalho? Qual entidade deve fazer a avaliação deste processo inicial de trabalho em equipe?

Quanto à formação, a maioria dos ACS possui ensino fundamental incompleto. Existem 09 profissionais de nível técnico: 06 concluíram o curso de Técnico em Saúde Bucal e 03 são técnicos em enfermagem. Já os profissionais de nível superior todos possuem graduação completa.

Em relação à formação em curso de especialização, 07 profissionais (82%) não possuem. Este percentual sofrerá modificações rapidamente, uma vez que temos 05 profissionais (01 médica, 01 dentista e 03 enfermeiros) fazendo parte do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família – CEABSF.

A proposta do Ministério da Saúde de Educação Permanente como potente estratégia para transformação das práticas em saúde é de conhecimento de 10% dos profissionais, 40% já ouviram falar e 50% desconhecem completamente o assunto. Estes dados propiciam uma reflexão a respeito da fragilidade da formação de muitos profissionais, principalmente o ACS e da necessidade urgente de capacitação de toda a equipe.

Uma parte dos profissionais (05), que estão concluindo o CEABSF já se apoderou (através do curso) desta proposta de educação permanente e já vivenciam em suas equipes processos de trabalhos diferentes aos realizados anteriormente ao curso. Na realidade os profissionais não conheciam sequer os elementos do processo de trabalho (sujeito, objeto, objetivos, meios e condições) essenciais à análise e reflexão da maneira de como trabalhamos. Como consequência, o que se observava no cotidiano do trabalho era: profissionais ainda não atentos aos problemas internos e externos às demandas solicitadas, não sabendo como enfrentá-las. Existia uma grande dificuldade para atender a demanda e organizar a agenda. As ações básicas mal planejadas, fragmentadas e pouco resolutivas. Conceitos como: “diagnóstico local”, “ determinante/condicionantes do processo saúde/doença”, “ comunicação efetiva”, não eram trabalhados e valorizados pelas equipes.

O módulo 2 do CEABSF, permitiu conhecer a complexidade do trabalho em saúde, ao mesmo tempo propiciando utilizar corretamente conceitos fundamentais no processo de trabalho, favorecendo assim a reflexão dos profissionais e possibilitando a construção de diferentes formas de se trabalhar em saúde.

Um exemplo digno de nota são as reuniões mensais para planejamento das ações. A necessidade da ação era sentida por todos, mas faltavam elementos capazes de conduzir reflexões propícias às mudanças; a proposta do curso de provocar tais mudanças já está sendo atingida.

A maioria dos profissionais (60%) entende educação permanente somente como forma de atualização técnica-científica, talvez por desconhecerem esta estratégia como transformadora das práticas de saúde.

Quando vamos diagnosticar a necessidade de treinamento é possível observar que os assuntos ou temas clínicos que os profissionais gostariam que fossem abordados em um processo de capacitação são muito variáveis. Essas necessidades são oriundas da formação profissional ou surgem no processo de trabalho de cada categoria profissional.

Médicos - destacaram os seguintes temas: geriatria, pediatria, saúde mental, saúde do adolescente e trabalho em equipe.

Enfermeiros – saúde do idoso, da criança, saúde mental, imunização, trabalho em equipe e planejamento das ações.

Dentistas – DST/AIDS, acolhimento, atendimento a pacientes especiais, trabalho com grupos operativos, planejamento das ações, manipular dados do SIAB, trabalho em equipe, Construção de diagnóstico das comunidades.

Auxiliares de enfermagem – acolhimento, trabalho em equipe, prontuário.

Técnicos em Saúde Bucal – atualização nos processos de esterilização, DST/AIDS, acolhimento, trabalho em equipe multiprofissional.

ACS (Agente Comunitário de Saúde) – saúde bucal, visita domiciliar, Orientações aos cuidadores, droga/álcool/fumo, noções de primeiros socorros.

Os profissionais em questão, sentem a necessidade de um processo de treinamento para: superar suas dificuldades no trabalho em equipe, aprimorar seus conhecimentos, e melhorar a qualidade do serviço prestado aos usuários do sistema de saúde. Assim, as principais sugestões fornecidas pelos profissionais da saúde da família foram: educação permanente em saúde, treinamentos nos serviços, palestras em áreas temáticas, reuniões de estudo em equipe, curso introdutório e oficinas temáticas.

Após identificar os principais temas apontados pelos profissionais como essenciais a serem trabalhados num processo de educação permanente, é necessário desenvolver a análise do cenário, (utilizando-se da problematização) que permitirá avaliar e conceituar tais necessidades, direcionando assim a priorização das atividades de capacitação adequadas à realidade local das equipes.

Educação Permanente em Saúde – entendida pela maioria dos profissionais como uma forma de atualização técnico-científica, que deve acontecer esporadicamente. É nítida a confusão pelos profissionais como sendo sinônimo de educação continuada. Apenas 10% dos profissionais entendem a EPS como estratégia de transformação das práticas em saúde. Identifica-se assim a urgente necessidade de capacitação neste tema.

Treinamento nos serviços – significando apenas um meio para o profissional capacitar-se para o trabalho, exercendo corretamente o serviço. Os profissionais objetivam atualização nos diferentes temas/assuntos da área da saúde. Como exemplo cita-se: CEABSF. Existe uma diferença entre treinamento nos serviços e treinamento em serviço. O primeiro diz respeito à formação de competências para a execução dos serviços, o segundo é complementar, significa que esta formação irá ocorrer durante o período de trabalho e no tempo que seria do serviço, os profissionais estarão realizando sua formação sem se deslocar. As vantagens do treinamento em serviço é manter o profissional ligado às reais necessidades de seu espaço de trabalho.

O treinamento é uma estratégia que deverá ser usada, uma vez que se trata de um instrumento para auxiliar o profissional a refletir sobre a importância do seu trabalho, devendo sempre motivá-lo à busca do enriquecimento profissional. É importante que aconteça na medida em que forem identificadas as dificuldades na resolução de uma determinada ação no trabalho cotidiano das equipes. Embora treinamento seja na ordem da execução técnico

científica e se difere de qualificação que em hipóteses deveria ser mais ampla, envolvendo possibilidades de reflexão e problematização.

Palestras em áreas temáticas – necessárias em função da especificidade do trabalho em saúde da família. A ESF enfoca temas considerados por muitos profissionais como de pouco domínio, como: trabalho em equipe, acolhimento, planejamento estratégico, e outros.

Reuniões de estudo em equipe – necessidade também oriunda do programa saúde da família que prima o trabalho em equipe. Estudar um determinado assunto em grupo, propicia reflexões mais ricas, favorece relações interpessoais e permite a troca de experiências entre profissionais da saúde de diferentes categorias.

Curso Introdutório em Saúde da Família – relacionado em função da inexperiência da maioria dos trabalhadores em ESF.

É inconcebível a idéia de realizar um trabalho numa área desconhecida e se esperar resultados satisfatórios. Assim, é evidente a importância deste curso, uma vez que os profissionais são inseridos nas equipes com um conhecimento mínimo sobre o programa saúde da família.

Oficinas temáticas – entendidas pelos profissionais como cursos mais rápidos, que permitem uma interação maior entre os participantes e a troca de experiências. Seria uma forma de capacitação que permitiria após o acúmulo de experiências, desenvolverem oficinas também para os usuários dos serviços.

A realização deste diagnóstico permite confirmar que são vários os temas ou assuntos considerados pelos profissionais como insuficientes para a atuação das equipes de ESF no SUS/Francisco Badaró de maneira satisfatória junto aos usuários. Os mais evidenciados foram: saúde do idoso, saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão e diabetes. Explica-se a citação destes temas em função de serem muito solicitados atendimentos nestas áreas nas ESF do município.

Outra observação seria a dificuldade dos profissionais em lidar com temas como: adolescência, DST/AIDS, fumo, drogas, trabalho em equipe e acolhimento; discussões estas cada vez mais presentes no dia-a-dia das equipes e de alta complexidade.

Verifica-se assim, que apesar de serem muitas as necessidades de capacitação, os profissionais apresentam enormes perspectivas em relação a uma possível proposta de EP.

Importante ressaltar ainda, que todas estas preocupações das relações do cotidiano já estão fundamentadas na literatura da área da saúde. Em diferentes publicações, Merhy descreve que as tecnologias de trabalho, são importantes por configurarem um dado modelo de assistência, revelarem o modo como se produz serviço de saúde e o que é fundamental, a

própria relação entre os sujeitos do processo de trabalho em saúde. O autor ressalta que para efetivamente remodelar a assistência de saúde, as tecnologias leves ou de relação (intervenções que qualquer trabalhador ou profissional de saúde produz com o usuário, em ato, é um encontro onde duas pessoas atuam uma sobre a outra) devem governar o processo de trabalho, mesmo que também se utilizem de tecnologias duras (usadas para designar equipamentos) e leve-duras (conhecimentos sistematizados e estruturados) para operar em saúde. Segundo Merhy (1998) todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e com tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste diagnóstico das necessidades de EP das equipes de saúde da família no município de Francisco Badaró permitiu conhecer a realidade das equipes, seus dilemas e dificuldades em relação ao processo de educação permanente.

Segundo a maioria dos profissionais que participaram do estudo, a EP é entendida como uma forma de atualização técnico-científica, visando o aperfeiçoamento profissional. É muito confundida como sendo educação continuada.

A educação permanente não é vista como uma estratégia potente para a transformação das práticas de saúde, em virtude do desconhecimento por parte significativa dos profissionais desta proposta inovadora de educação em saúde.

Pude concluir que por se tratar de equipes que têm uma experiência relativamente nova em saúde da família, onde a consolidação desta estratégia está atrelada ao fortalecimento das equipes em todos os pontos, que a Educação Permanente seria a melhor forma para enfrentar os desafios e necessidades vivenciados no cotidiano das equipes. Esta hipótese foi construída e fundamentada em virtude do tipo de metodologia adotada neste estudo, que permite sondar, fazer apontamentos, mapear dilemas e formular hipóteses.

Fica assim a clara necessidade de tornar-se real a proposta da EP nas equipes de saúde da família, preparando os profissionais para um atendimento mais qualificado da população e fortalecendo o SUS no município.

A realização deste estudo contribui no sentido de subsidiar a implantação da proposta de EP no município.

O despertar para o tema Educação Permanente em Saúde, surgiu em função da minha participação no CEABSF, que propiciou reflexões à respeito do meu processo de trabalho. O processo de ensino utilizado pelo curso foi relevante na medida que considerou a experiência e o conhecimento prévio do profissional, suas dificuldades e anseios; o que constituiu uma experiência ímpar para mim, influenciando diretamente na minha vivência no trabalho em equipe (agora mais real) e na comunidade (agora mais compreendida).

REFERÊNCIAS

AMORIM, C.C.; ARAÚJO, M.R.N.DE. **Legislação Básica: saúde da família**. Montes Claros: Unimontes, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Educar SUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____, Ministério da Saúde. Guia de Referência para Conselhos Municipais. Brasília, 2006. Disponível em: < www.uff.br/psienf/osus.htm > Acesso em 15 de Fev. de 2010.

_____, Ministério da saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, Departamento de Gestão da Educação na saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do sistema único de saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004,a.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

_____, Ministério da Saúde. Projetos de vivência e estágios na realidade do Sistema Único da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: < <http://www.espacosaude.ufma.br/Cartilha160405.doc> > Acesso em 12 de fev. 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface (Botucatu), Botucatu, v.9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: < <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/testos%20educacaoopermanente.pdf> .> Acesso em : 17 fev.2010.

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

CERVO, Amado Luiz ; BERVIAN, Pedro Alcino. Metodologia Científica. 4ª.ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

[FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de.](#) **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública.** Editora: Yendis, 2004.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados. 7ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LIMA, Júlio César França; VIEIRA, Mônica. Mapeando a educação profissional de nível técnico no Brasil. In: **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises.** Rio de Janeiro: Ed. Fio cruz, 2003. p. 293-327. tab.; graf.

MERHY et al. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** Disponível em: < <https://repository.unm.edu/dspace/handle/1928/4068> > Acesso em 18 de Jan. 2010.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 199, v.4, n.2, p. 305-314.

MERHY, Emerson E. **O SUS em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público,** Ed. Xamã, São Paulo, 1998. Disponível em: < http://www.hupe.uerj.br/cd-2008/documentos/artigo_perda_dimensao_cuidadora.pdf > Acesso em 16 de fev. 2010.

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “**educação permanente em saúde : desafio ambicioso e necessário**”. *Interface*. 2005.9(16): 169-71. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100014 > Acesso em fev. 2010.

SILVA, A.R.R.S.; NOVAES, C.A. **PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PPI/VS: o nó crítico da Vigilância Epidemiológica nos Municípios da Gerência regional de Saúde de governador Valadares – MG**. 2005. 49f. Trabalho de Conclusão de Curso de especialização em direito Sanitário realizado pela Escola de Saúde Pública de Minas gerais – ESP/MG, em parceria com a Universidade de São Paulo-USP, 2005.

SOUZA *et al.* **A assistência pré-natal realizada pelo profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. 2005. 60f. Monografia (Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares.

SOUZA, H.M.; SAMPAIO, L.F. **Atenção e educação continuada em saúde: especialização, atenção básica e o desafio da reforma curricular**. In: NEGRI.; FARIA, R. 2002.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

_____. Sugestões para a estruturação dos Relatos de Experiência Profissional. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicope/pdf1.pdf> > Acesso em Jan. 2010.