

PERSPECTIVAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO NORTE DE MINAS GERAIS*

PERSPECTIVES FOR PERMANENT HEALTH EDUCATION IN THE NORTH OF THE STATE OF MINAS GERAIS

PERSPECTIVAS DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD EN EL NORTE DEL ESTADO DE MINAS GERAIS

Maisa Tavares de Souza Leite¹
Roseni Rosângela de Sena²
Maria Aparecida Vieira³
José Márcio Girardi de Mendonça⁴
Orlene Veloso Dias⁵
Maria Ivanilde Pereira Santos⁶
Luís Paulo Souza e Souza⁷

RESUMO

Com este estudo, objetivou-se identificar e analisar as experiências de Educação Permanente em Saúde, desencadeadas pelo Sistema Único de Saúde na região norte de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um recorte de uma pesquisa nacional descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, coordenada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, tendo como parceiras a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), que se responsabilizou pela investigação na região norte do Estado de Minas Gerais. As experiências de Educação Permanente em Saúde e os sujeitos do estudo foram identificados por meio da pesquisa exploratória. Os instrumentos de coleta de dados foram a entrevista semiestruturada aplicada aos gestores municipais e a observação de profissionais de saúde no decorrer de uma oficina do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. A análise dos dados exploratórios possibilitou o mapeamento das experiências: Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e Programa de Educação Permanente para Médicos. Pela técnica de análise do discurso, evidenciou-se que essas experiências se aderem às concepções de Educação Permanente, com potencial para transformação das práticas de saúde e organização das redes na Atenção Primária à Saúde, e encontram-se em processo de construção.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Políticas Públicas; Educação em Serviço; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify and analyse experiences of continuing health education promoted by the Unified Health System in the northern region of Minas Gerais, Brazil. This is an extract from a national descriptive research with a quantitative and qualitative approach coordinated by the Ribeirão Preto Nursing School of the University of São Paulo, Brazil, in partnership with the Federal University of Minas Gerais and the State University of Montes Claros (Unimontes). The latter was responsible for the research in the northern region of the State of Minas Gerais. The programs in continuing health education and the study subjects were identified by exploratory research. Data collection instruments were a semi-structured interview applied to local managers and observation of health professionals during a workshop of the Primary Health Care Master Plan. Exploratory data analysis allowed the mapping of the Primary Health Care Master Plan and of the Continuing Medical Education Program. Discourse analysis demonstrated that these experiences are related to continuing education and are vital to the transformation of health practices and the organization of the primary health network. Both programs are under construction.

Keywords: Continuing Health Education; Public Policies; In-service Training; Unified Health System

RESUMEN

Este estudio pretende identificar y analizar las experiencias de educación permanente en salud llevadas a cabo por el sistema único de salud en la región norte de Minas Gerais – Brasil. Se trata de un recorte de una investigación nacional con enfoque descriptivo coordinado por la Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo – Brasil en sociedad con la Universidad Federal de Minas Gerais y la Universidad Estatal de Montes Claros, responsable de la investigación en la región norte del estado. Las experiencias de educación permanente en salud y los sujetos del estudio fueron identificados por la investigación exploratoria. Los instrumentos de recogida de datos fueron la entrevista semiestruturada, aplicada a los gestores locales y la observación de profesionales de la salud durante un

* Este trabalho é parte do relatório de pesquisa "Avaliação das experiências de Educação Permanente em Saúde desencadeadas a partir da formação a distância de tutores e facilitadores em todas as regiões do Brasil", desenvolvida com financiamento do MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT Nº 23/2006 – Estudo da Gestão em Saúde, Processo nº 409352/2006-3.

¹ Doutora em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte-MG, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes-MG, Brasil.

⁴ Mestre em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da Unimontes-MG, Brasil.

⁵ Mestre em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes-MG, Brasil.

⁶ Mestre em Economia. Professora do Departamento de Saúde Mental e Coletiva e do Departamento de Ciências Econômicas da Unimontes-MG, Brasil.

⁷ Acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem da Unimontes-MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Ruy Braga, s/nº, bairro Vila Mauricéia, Prédio 6 – CCBS. Montes Claros-MG, Brasil. CEP: 39401-089. Tel. (38) 32298283. E-mail: mstiv@terra.com.br.

taller del plan maestro de la atención primaria de la salud. El análisis exploratorio de los datos permitió la asignación de experiencias: Plan Director de Atención Primaria de la Salud y programa de educación permanente para médicos. La técnica de análisis del discurso mostró que estas experiencias están relacionadas con el concepto de educación permanente y que tienen potencial para transformar las prácticas de salud y la organización de la red de atención primaria de la salud, ambas en proceso de construcción

Palabras clave: Educación Permanente en Salud; Políticas Públicas; Servicios de Educación; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde que estabelece novas diretrizes para sua implementação diante da política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um eixo estruturante que busca a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde ao contribuir para a qualidade dos cuidados em saúde.¹

A incorporação da Educação Permanente em Saúde (EPS) na dinâmica dos serviços é estratégia fundamental para a recomposição das práticas da formação, da formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação para formar profissionais para o SUS.² Para tanto, é indispensável a criação e a adoção de políticas públicas educativas que contribuam positivamente para a promoção da saúde e colaborem para o trabalho em equipe entre professores, estudantes, gestores, e comunidade, objetivando o bem-estar individual e coletivo.³

A preparação de profissionais e estudantes, de acordo com os princípios do SUS, visa romper com a atual organização do trabalho desempenhado nos serviços de saúde, considerando que esse trabalho tem sido realizado de forma fragmentada. Assim, cresce a necessidade da adoção de práticas educativas que constituam ferramentas que facilitem a análise das experiências locais, da organização de ações em rede, dos processos formativos em todos os níveis e da qualificação dos docentes, das modificações na gestão, atenção à saúde e o fortalecimento da participação popular.⁴

A Educação Permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária dos profissionais da saúde, o que permite refletir sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, buscando identificar problemas.⁵

Está relacionada à concepção de integralidade, analisada em três eixos de sentidos: o primeiro, aplicado às características das políticas de saúde de forma a possibilitar a interação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; o segundo, ligado à apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde; e o terceiro, ao modo de organização dos serviços de saúde, para conseguir a articulação dos diferentes níveis de complexidade, a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade e a intersectoralidade.⁶

A EPS atua conforme o quadrilátero da formação criado por Ceccim,⁷ o qual é composto pela interação entre os segmentos da formação, que visa à modificação da educação tradicional, centrada no professor e na transmissão, por uma educação interacionista e da problematização; da atenção, que busca construir novas práticas de saúde, considerando os princípios da integralidade, da equidade e da humanização; da gestão, cuja função é disponibilizar redes de atenção para assegurar a resolutividade das necessidades individuais e coletivas e do controle social, que deve apoiar as lutas em favor da saúde pública.

Por meio da imagem desse quadrilátero de formação na área da saúde propôs-se construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimento e invenções.⁸

Investigações sobre a EPS têm sido elaboradas em vários contextos, contribuindo para seu aprimoramento, ao fornecer subsídios para reflexões que irão possibilitar mudanças nas práticas de atenção à saúde.

Nesse sentido, com este estudo objetivou-se identificar e analisar as experiências de Educação Permanente em Saúde desencadeadas pelo SUS na região norte do Estado de Minas Gerais a partir do mapeamento das experiências regionais.

MÉTODOS

Este estudo é um recorte de uma pesquisa nacional descritiva, com abordagem quantitativa, coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), localizada em Ribeirão Preto-SP, intitulada "Avaliação das experiências de educação permanente em saúde desencadeadas a partir da formação a distância de tutores e facilitadores em todas as regiões do Brasil". Em Minas Gerais a responsabilidade pela sua realização coube à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (Nupepe) –, em parceria com a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), responsável pela pesquisa na região norte do Estado de Minas Gerais, onde está localizada.

Para tal, foi construído um grupo-tarefa composto por professores da área da saúde, que, em um primeiro momento, procurou identificar as experiências de EPS

nessa região utilizando estudo exploratório, realizado pela localização de informantes-chave (gestores municipais de saúde), portadores de conhecimentos sobre os locais com experiências exitosas e também por leituras em documentos institucionais sobre o tema. Esses informantes, por sua vez, indicaram pessoas, equipes e instituições envolvidas em experiências relativas à EPS.

Astrês experiências selecionadas com base no consolidado na fase exploratória seguiram os critérios de inclusão fundamentados nas concepções de EPS,⁶ conforme orientação da Coordenação Nacional do Estudo.

Para a descrição da primeira experiência – Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) –, foi utilizada a entrevista semiestruturada com roteiro para possibilitar que os próprios atores sociais informassem os dados relativos a condutas, opiniões, desejos e expectativas.⁹

A coleta de dados ocorreu em uma oficina de implantação do PDAPS, promovida pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, que contava com gestores e profissionais da área da saúde. Os sujeitos foram os identificados na fase exploratória desta investigação.

A análise dos dados empíricos desta primeira experiência foi organizada segundo a técnica de análise do discurso, com o objetivo de realizar reflexão sobre as condições de produção e apreensão dos significados produzidos nos textos. Foram identificadas as figuras e os temas dos discursos, constituindo-se a rede de expressões, que foram recortadas e agrupadas de acordo com os aspectos e características comuns ou que se relacionavam entre si.⁹

Para a descrição da segunda experiência – Programa de Educação Permanente para Médicos (PEP) – foram utilizados os mesmos procedimentos metodológicos adotados na descrição da primeira experiência. Os sujeitos entrevistados foram médicos que atuaram nas equipes de Saúde da Família e que, em torno de dois anos, participaram das Oficinas do PEP, que visam qualificar a atuação desse profissional na Atenção Primária à Saúde.

Na terceira experiência – Oficina 2 do PDAPS –, os pesquisadores utilizaram a observação livre de um grupo de profissionais de saúde participantes desse evento. Para tanto, adotou-se a perspectiva de que observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social tenha sido abstraído de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades e relações, para captar sua essência em uma perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo de contradições, dinamismos e de relações.¹⁰

No decorrer da observação, foram feitas anotações de campo, que continham reflexões, expressões verbais e não verbais sobre os sujeitos envolvidos na oficina.¹⁰ Foram descritas todas as manifestações observadas, as circunstâncias físicas necessárias ao trabalho que se pretendia realizar e as questões metodológicas e teóricas

preconizadas pelo PDAPS. A análise dos dados ocorreu imediatamente após o término desses registros.¹⁰

Esta observação teve como cenário uma Unidade de Saúde da Família, identificada também na fase exploratória desta investigação, localizada na zona rural de Montes Claros.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unimontes – Parecer Consubstanciado nº 1131/08 – e a pesquisa nacional pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo – Parecer nº 015/07.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados advindos da pesquisa exploratória realizada com os informantes foram identificadas três experiências em EPS na região norte do Estado de Minas Gerais: duas referentes ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e outra ao Programa de Educação Permanente para Médicos.

Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS)

O PDAPS caracteriza-se como um esforço conjunto de profissionais, gestores e cidadãos no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde por meio do planejamento, organização, operacionalização e monitoramento de ações que objetivam resultados concretos na melhoria dos indicadores de saúde, na qualidade e na resolubilidade da assistência à saúde.

Foi instituído como projeto prioritário da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para a reorganização da Estratégia de Saúde da Família e as redes de atenção na Atenção Primária à Saúde no SUS,¹¹ desenvolvido em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG) e universidades, dentre elas a Unimontes.

Este projeto foi executado em 2008-2009, nas macrorregiões Norte, Nordeste e Jequitinhonha e em todas as microrregiões do Estado. Sua metodologia é baseada nos princípios da educação de adultos – Andragogia – e inclui um conjunto de 10 oficinas de capacitação dos profissionais das equipes de saúde, com a implantação de Linhas Guia de Atenção à Saúde e de instrumentos de diagnóstico da situação de saúde, programação e monitoramento de ações, além de outros instrumentos de gestão.

Esta proposta configura-se como EPS por atender aos seguintes pressupostos: ocorre de forma multiprofissional, capacitando médicos, enfermeiros e dentistas; desenvolve-se no serviço, na sede das microrregiões, nos municípios e nas equipes de Saúde da Família e tem a participação do controle social na perspectiva de transformação da realidade local. Nesse sentido, um participante relata:

A primeira experiência importante que a gente vai descrever é baseada no Plano Diretor. Já tem mais de um ano que está ocorrendo a sua implantação.

Primeiro, participamos do Plano Piloto de implantação e fazíamos a replicação com a equipe multiprofissional médico, enfermeiro e dentista e a partir do início da formação desses tutores, eles fazem a replicação em cada unidade. (E2)

Observa-se pelo discurso que o entrevistado reconhece o processo de formação contribuindo não apenas para o fortalecimento dos atores da gestão pública na região, mas também para o próprio processo de aprendizagem do grupo, na perspectiva da educação permanente.¹²

A metodologia de trabalho proposta pelo Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde é realizada no local de trabalho dos profissionais envolvidos, procurando incorporar a aprendizagem ao cotidiano dos serviços como mostra o enunciado a seguir:

Quase todas as nossas equipes têm uma sala de reuniões dentro da unidade mesmo [...]. Eles estão fazendo a replicação em cada uma. O próprio trabalho chama para alguma coisa. [...] Não podemos fechar a unidade. Tem que ficar sempre alguém lá para atender o usuário. (E2)

A aprendizagem-trabalho constitui uma ferramenta para o desenvolvimento de capacitações com práticas pedagógicas que relacionem a gestão e a organização dos serviços com a interdisciplinaridade das ações das equipes de saúde. Essa situação pode possibilitar que os profissionais expressem, no processo de trabalho, conhecimentos apreendidos nas experiências cotidianas do trabalho e nas situações reais, vivenciadas na prática.¹³

O que deve ser realmente central na EPS, porém, é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, é a introdução de mecanismos, de espaços e temas que geram implicação, mudança institucional,² como sugere o depoimento a seguir:

Primeiro ocorre a formação de tutores, depois vamos replicando ao nosso modo na Residência e depois a gente faz em roda de conversa dentro da comunidade. Cada tutor desenvolve localmente algumas formas de trabalhar, geralmente em rodas de conversas, capacitando e tendo a possibilidade de todo mundo falar os problemas, as dificuldades de enfrentamento, que poderia ter soluções daquilo que a gente acha viável. (E2)

Percebe-se que a adoção, no decorrer do desenvolvimento das ações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, de concepções da pedagogia crítico-reflexiva, com a utilização de metodologias que permitem a problematização das situações vivenciadas no cotidiano, podem possibilitar mudanças institucionais no processo de trabalho em saúde.¹⁴

Essas mudanças reforçam a concepção de que a educação permanente parte do pressuposto de que a aprendizagem significativa promove e produz sentidos e propõe a transformação da atuação dos profissionais pela reflexão crítica sobre as práticas desenvolvidas na rede de serviços.¹⁵

No entanto, observa-se que os profissionais de nível médio de um cenário do Plano Diretor não conseguiram, ainda, perceber movimentos de mudanças. O discurso a seguir expressa essa situação:

Identificamos alguns problemas; nós sentimos que os profissionais de nível médio não fizeram a adesão ao projeto, participaram, fizeram as tarefas propostas, sugeridas, desenvolveram o que foi pedido, mas a gente percebeu que eles não incorporaram realmente; a gente acha que esse foi um dos motivos que fizeram não acontecer, além de outros a falta do computador a falta do prontuário eletrônico. (E1)

Durante os processos de capacitação, recomenda-se ao orientador estimular o desenvolvimento da autonomia de todos os sujeitos envolvidos, procurando instigá-los a uma real proposta de renovação da prática para construir significados necessários à consolidação do SUS.¹⁶

Conclui-se que as ações de Educação Permanente, em processo de implantação pelo Plano Diretor em Montes Claros, vêm provocando pequenas mudanças em modelos de trabalho consolidados, permeados pela concepção hegemônica tradicional.^{3,4,15} Começam a se configurar sutis espaços de mudança nos processos de trabalho em saúde, conforme o discurso de um entrevistado:

O Plano Diretor é um instrumento muito bom que nos norteia bastante quanto ao planejamento das ações e quando a gente implanta realmente começa a perceber isso. (E2)

Espera-se que as instituições formadoras e gestoras da saúde continuem a promover os meios adequados à formação de profissionais, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores da implementação da Reforma Sanitária brasileira.⁸

Oficina 2 do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde

A Oficina 2, intitulada "A análise da Atenção Primária à Saúde no Município", teve como objetivos realizar o alinhamento conceitual e situacional da APS e compreender seus princípios e sua aplicação. Estruturada na abordagem da metodologia problematizadora, ocorre no serviço de forma multiprofissional e com a presença do controle social.

Foi realizada no dia 29 de setembro de 2008, em uma Unidade de Saúde da Família, localizada na zona rural de Montes Claros e contou com a participação das pesquisadoras, que foram recebidas pelos profissionais de saúde participantes: médica, enfermeiro, agentes comunitárias de saúde, técnica de enfermagem, agente da zoonose, auxiliar de serviços gerais e representante da comunidade.

Em um primeiro momento, o coordenador da Oficina iniciou a reunião com boas-vindas a todos e relatou a presença das pesquisadoras. Após as apresentações foi explicado o objetivo do estudo e os preceitos éticos que

embasam as investigações em saúde. A seguir, realizou-se o acolhimento de todos os envolvidos na implantação do PDAPS.

Seguindo a programação apresentada no *Guia do Tutor/Facilitador* da Oficina 2, instrumento didático utilizado nas oficinas e elaborado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, o coordenador teve dificuldades em realizar a segunda etapa da Oficina, quando deveria avaliar as atividades realizadas no período de dispersão da Oficina 1 – As Redes de Atenção à Saúde. Os participantes apresentaram dificuldades em expressar, pela linguagem oral, os conhecimentos elaborados na Oficina 1.

A dificuldade em resgatar a Oficina 1 com os seus fazeres talvez possa ser explicada, considerando que os modelos de trabalho já dados e dominantes estejam presentes de maneira hegemônica nesses profissionais que os impede, neste momento, de serem ativos diante da mudança. Também as atividades que deveriam ser realizadas a partir da Oficina 1 podem estar distantes das condições próximas ao trabalho e das singularidades dos lugares e das pessoas.¹⁷ Para superar essa dificuldade, o coordenador procurou resgatar os conhecimentos anteriores em discussão com a plateia, tomando-os como subsídio para a construção do trabalho proposto: Oficina 2 – Análise da Atenção Primária à Saúde.

Dando prosseguimento às atividades, a coordenação solicitou e ouviu as expectativas dos participantes a respeito da Oficina 2, que ficaram centradas na perspectiva de adquirir conhecimentos para a melhoria dos serviços à comunidade.

Em seguida, com a utilização de um projetor de multimídia, o coordenador desenvolveu aula expositiva dialogada sobre o tema “Fundamentação sobre a Atenção Primária à Saúde”, conforme recomenda o *Guia do Tutor*. Essa apresentação possibilitou aos participantes a oportunidade de se expressarem com espírito crítico e criatividade, expondo suas percepções a respeito da prática profissional e da organização do trabalho.¹⁸

Essa ação evidenciou o desafio de pensar uma nova pedagogia que usufrua todas as que têm implicação com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva e que se veja incorporada à intervenção que coloca no centro do processo pedagógico as questões ético-políticas dos trabalhadores no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde no plano individual e coletivo, em si e em equipe.⁴

Nesse procedimento, os participantes desempenharam papel ativo, fazendo comentários e relato de fatos, dando exemplos, expondo suas dúvidas e respondendo perguntas. Ressalte-se que vários profissionais se esforçaram para fazer anotações durante essa exposição e a coordenação valorizou as vivências dos participantes ao relacionar conhecimentos prévios com o tema em estudo.

Percebeu-se que poucos profissionais permaneceram indiferentes no decorrer desta atividade, e um dos fatores que podem ser atribuídos ao fato refere-se à distribuição das carteiras, dispostas de maneira tradicional e o escuro da sala, por causa do uso do projetor de multimídia.

Mudar a concepção hegemônica tradicional é um desafio ambicioso.² Muito ainda deve ser feito, pois reformar o pensamento é transformar posturas adquiridas ao longo dos anos, e isso demanda tempo e comprometimento de todos os envolvidos, que, desafiados a sair da postura tradicional e do conforto dos saberes adquiridos, desconfiam das metodologias ativas, da construção de vínculos e da importância de articular dispositivos de mudança no processo de trabalho em saúde.¹⁶

Programa de Educação Permanente para Médicos de Família

O Programa de Educação Permanente para Médicos de Família constitui uma intervenção educacional da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para promover a educação permanente dos médicos que atuam nas equipes de Saúde da Família nos municípios. Baseia-se nos princípios da aprendizagem de adultos e nas melhores evidências científicas disponíveis na literatura internacional.

Articula estratégias educacionais para aprendizagem individual, em pequenos grupos e coletiva. O programa é implementado em parceria com escolas de medicina, com o intuito de instrumentalizar os médicos das equipes de Saúde da Família na melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população.

O PEP proposto apresenta concepção promissora na perspectiva de contribuir com a Estratégia Saúde da Família e os pressupostos da Atenção Primária à Saúde. Diferentemente das concepções de educação tradicional e continuada, o programa inova nos seguintes aspectos: parte da reflexão sobre a prática como princípio da aprendizagem; estabelece ligação essencial entre o aprendido e a busca da qualidade na atenção ao usuário; estimula e desenvolve a aprendizagem autodirigida com o compartilhamento de lacunas e deficiências e o exercício do suporte mútuo no esforço de superá-las; introduz e estimula o hábito da avaliação do desempenho clínico.

Essa avaliação é realizada por pares ou autoconduzida e promove a adoção de padrões explícitos de desempenho pela aceitação de aderência a critérios e protocolos; amplia o escopo da educação permanente, abrangendo não somente tópicos biomédicos, mas aspectos interpessoais e outros, ligados ao desenvolvimento pessoal.

Segundo os relatos obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas, os participantes realizaram detalhada descrição sobre o PEP. Informaram que foi feita capacitação para um grupo de médicos que atuam no SUS, dando início aos processos de implantação da proposta de Educação Permanente. Essa capacitação

fundamenta-se em algumas metodologias utilizadas atualmente para a Educação Permanente de médicos em outros países e teve a duração de cinco meses. Nesse período, um grupo de médicos e um de orientadores tiveram encontros presenciais mensais e também virtuais.

A seguir, realizou-se ampla mobilização com os gestores locais de saúde para garantir a participação efetiva dos médicos que atuam no Programa de Saúde da Família dessa microrregião. Nesse processo, foi pactuado com os gestores que a participação dos médicos seria realizada no horário de serviço, no chamado “horário protegido”, ou seja, os médicos cumprem seus horários durante a semana e um deles fica protegido para a Educação Permanente, garantindo sua efetiva participação.

Ressalte-se que uma das características da EPS refere-se ao fato de que ela deve acontecer como capacitação no serviço para transformar essa prática. Nesse sentido, observa-se que o PEP tem cumprido o preceito de “acontecer em serviço” para possibilitar a construção de espaços coletivos de reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano.²

Em relação ao desenvolvimento dos temas, foi relatado nas entrevistas que não há necessidade de especialista naquele assunto para conduzir a discussão, porém é preciso um material específico, construído pelo grupo de trabalho, com a ajuda do tutor e do supervisor do Grupo de Aperfeiçoamento Profissional (GAP). Geralmente, o trabalho é orientado pelas Linhas Guia, que são protocolos editoriais contendo diretrizes e recomendações para todos os profissionais de saúde, com a finalidade de determinar, normalizar, padronizar ou regular ações e/ou procedimentos.

No PEP, cada GAP conta com a participação de 10 a 12 médicos no grupo e essa composição, relativamente pequena, facilita o trabalho e permite a capacitação de forma homogênea, além de possibilitar maior interação entre os profissionais.

Construir novas práticas de saúde tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização, da inclusão e da participação dos usuários, objetivando o atendimento das necessidades sociais por saúde,² é um desafio a ser buscado, como mostra este discurso:

O grande interesse do PEP é mudar a prática profissional. Existem vários estudos mostrando que essas estratégias educacionais tradicionais têm um potencial muito pequeno para mudar a prática profissional. Na verdade, essas estratégias têm uma possibilidade um pouco maior de mudar o conhecimento do médico. Mas transformar esse conhecimento em mudança de prática é um potencial que essas atividades – congresso, seminário, jornada – não mostrou ainda ser eficiente. Ou seja, o médico vai numa jornada e até aprende alguma coisa, mas ele não transforma aquilo que ele aprende em prática. (E3)

Espera-se que a EPS, como processo educativo, preste atualização cotidiana da prática, segundo os mais recentes

aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. Nos discursos a seguir, podem ser percebidas pequenas mudanças na prática cotidiana dos médicos entrevistados:

Os profissionais vão refletindo sobre a prática e estabelecendo metas de mudança de prática. Então, de certa forma, os resultados são pactuados com o grupo, e nas reuniões subsequentes cada profissional tem que dar respostas sobre essas mudanças. (E3)

Como o grupo é permanente, isso cria uma cumplicidade entre os profissionais e eles acabam mudando a prática de forma mais eficaz do que fariam se tivessem simplesmente participando de um outro curso qualquer. (E4)

Verificou-se, ainda, pelas entrevistas, a satisfação e o interesse dos profissionais médicos, em relação ao PEP, por possibilitar a utilização de novas tecnologias no processo de trabalho, como a internet. Mesmo diante de realidades de rotatividade, existem demandas para participar do grupo de origem – GAP –, mesmo quando o profissional já mudou daquela cidade envolvida no programa.

Para ocupar o lugar ativo da EPS, é preciso abandonar o sujeito que somos, deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, que se encaixam em modelos prévios do ser profissional, para abrir fronteiras,² como mostra o discurso a seguir:

Há grupos em que as coisas são mais difíceis. Particularmente quando envolvem determinadas especialidades. Entra na questão do poder do médico naquilo que sempre fez, ele vê essa prática sendo confrontada com a literatura e num grupo de pares essa prática se mostra ultrapassada. Isso dá um desconforto, que a literatura mostra que é extremamente benéfico para mudança de prática. Mas, para alguns não é fácil aceitar... (E3)

A Educação Permanente favorece a problematização de forma contextualizada, aproxima a realidade do trabalho e promove o diálogo entre as políticas públicas e as singularidades dos lugares e pessoas,¹⁴ configurando-se em espaços de mudança nos processos de trabalho em saúde, considerados complexos nesta e em outras realidades do SUS.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, revelou-se que a Educação Permanente encontra-se em processo de construção nas experiências descritas nos diferentes cenários. As dificuldades encontradas envolvem questões de formação, gerenciais, institucionais e relativas aos processos de trabalho. Mediante o enfrentamento dessas dificuldades, podem surgir possibilidades de ação e caminhos estratégicos que podem gerar mudanças nas práticas de atenção à saúde, segundo as necessidades reais dos serviços, das famílias e da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 22 ago. 2007.
2. Haddad JQ, Roschke MA, Davini MC, editores. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS; 1994.
3. Peduzzi M, Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface Comunic Saúde Educ. 2009;13(30):121-34.
4. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86.
5. Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Trab Educ Saúde. 2011; 9(3): 505-19.
6. Arruda MP, Araújo AP, Locks GA, Pagliosa FL. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(4):518-24.
7. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86.
8. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65.
9. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo (SP): Atlas; 1994.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Kleba ME, Comerlatto D, Colliselli L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2):335-42.
12. Santos-Figueiredo MF, Rodrigues-Neto J, Leite MTS. Modelos Aplicados às atividades de educação em saúde. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1):117-21.
13. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(6):837-42.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 50p.
15. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1411-6.
16. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1993; 9(3):237-48.
17. Amestoy SC, Milbrath VM, Cestari ME, Thofehrn MB. Educação Permanente e sua inserção no trabalho da Enfermagem. Cienc Cuid Saúde. 2008; 7(1):83-8.
18. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):172-4.

Data de submissão: 22/8/2011

Data de aprovação: 16/8/2012