

Education versus management: impasses of Continuing Health Education

| Educação versus gestão: impasses da Educação Permanente em Saúde

ABSTRACT | Introduction: *With the institutionalization of the Brazilian Health System (SUS), discussions on Continuing Healthcare Education (EPS) were intensified to ensure that policies and practices properly acknowledge the role and rights of health workers. Many initiatives have been undertaken, several of them taking the shape of 1-2 years of specialization courses. Objective:* To discuss the applicability of the syllabus offered by a specialization course in the Family Health Strategy Program (ESF), a partnership between Federal University of Espírito Santo (UFES) and the Department of Health (SEMUS) of the City of Vitória, held in 2010-2011 period. **Methods:** *This is a qualitative study, conducted using three focus group sessions with alumni who still work at ESF, after three years of obtaining their Nursing undergraduate degree. Results:* Two categories of analysis were detected: perceived changes and difficulties in the practical application of the content of the syllabus. Changes were perceived in the carrying out collective actions, in the emphasis on teamwork and networking, and in personal conduct. However, there is still a gap between what the ESF postulates, and how health professionals are held accountable, as the excessive demand and incentives based on mere productivity go against of what was taught and valued during the classes. **Conclusion:** *It appears that despite the important changes perceived by professionals taking the EPS course, the applicability of the syllabus is partially undermined by institutional and organizational demands.*

Keywords | Education Continuing; Health Management; Workers.

RESUMO | Introdução: Os debates sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS) se intensificaram a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de elaborar políticas de valorização dos profissionais, de forma que os princípios do SUS pudessem se refletir na qualidade da assistência à população. Muitas iniciativas foram realizadas neste ínterim, várias no formato de cursos de especialização. **Objetivo:** Discutir as reais possibilidades de aplicação dos conteúdos ofertados por um curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (ESF), ministrado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), em 2010-2011. **Métodos:** Pesquisa qualitativa realizada, por meio de três sessões de grupo focal, com os egressos que ainda trabalham na ESF, após três anos de finalização do curso. **Resultados:** Destacam-se duas categorias de análise: mudanças percebidas e dificuldades na aplicação prática dos conteúdos. Os profissionais percebem mudanças quanto à forma de realizar as ações coletivas no trabalho em equipe, no trabalho em rede e na conduta pessoal. Porém ressaltam que há distância entre o que promulga a ESF e o que lhes é cobrado e observam que a exigência de produtividade e os incentivos por produção de procedimentos, obstaculizam a realização daquilo que foi ensinado e valorizado durante as aulas. **Conclusão:** Constata-se que, apesar das importantes mudanças percebidas pelos profissionais com a realização do curso, a aplicabilidade dos conteúdos ofertados fica comprometida diante de injunções institucionais e organizacionais.

Palavras-chave | Educação Permanente; Gestão em Saúde; Trabalhadores.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A busca por propostas para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresentou como demanda em vários estados brasileiros. Muitas vezes o Ministério da Saúde (MS) assumiu, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a responsabilidade de reorientar ações de formação dos profissionais de saúde¹. Dessa forma, muitas iniciativas ocorreram com o apoio do governo federal, com a finalidade de qualificar profissionais para atuarem na Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, o financiamento de especializações constituiu-se como prática habitualmente utilizada pelo MS e desenvolvida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde¹.

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da cidade de Vitória (ES), em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (NESC/UFES), organizou, em 2010, o curso de Especialização em ESF para 80 profissionais, concursados e efetivos de várias categorias profissionais: médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos. Todos eles inseridos nas 20 Unidades de Saúde da Família, de um total de 30 Unidades Básicas que compõem o sistema de assistência do município. Segundo a Gerência de Formação da SEMUS, Vitória necessitava de profissionais que incorporassem novos papéis sociais, outras formas de organização do trabalho; habilidades e conhecimentos próprios para a ESF. Dessa forma, propôs a parceria com a UFES, a fim de planejar algumas medidas para efetivação adequada da ESF, das quais a especialização foi uma delas.

O curso se pautou na valorização das experiências acumuladas dos profissionais e na utilização de metodologias de ensino para adultos, com estratégias de articulação ensino-serviço e teoria-prática, conforme se deduz da análise de seu projeto. Foi estruturado em sete módulos, com carga horária total de 420 horas, distribuídas em 360 horas presenciais e 60 de atividades de dispersão. Foram realizadas avaliações de conteúdo articuladas com o cotidiano de trabalho a fim de aumentar a inserção dos alunos nas realidades locais, por meio de atividades integradas, tais como o diagnóstico situacional de cada território, com o levantamento da história do território; dos aspectos geográfico, econômicos, demográficos e culturais; das redes sociais e dos indicadores de saúde. Também foi solicitado que elaborassem, durante todo o curso, um portfólio pessoal, que foi avaliado

paulatinamente pelos coordenadores pedagógicos. Essa técnica almejou responsabilizar os estudantes pelo seu processo de aprendizagem e responder às expectativas de sua emancipação nesse processo. Por exigência regimental, também houve apresentação e entrega do Trabalho de Conclusão do Curso².

A ideia central do curso foi oferecer aos profissionais a oportunidade de reflexões críticas sobre seu processo de trabalho que pudessem provocar melhorias na qualidade dos serviços e no fortalecimento do trabalho em equipe. Por esse motivo, tal curso foi esquematizado como forma de intervenção, visando, em última instância, alterar as práticas vigentes para uma maior conformidade aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia².

Em face dessas questões, este artigo discute quais conteúdos veiculados pelo curso estão sendo efetivamente aplicados no cotidiano de trabalho. Toma como referência a opinião dos profissionais egressos de um curso de Especialização, ministrado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), em 2010-2011.

MÉTODOS |

Para que os objetivos propostos fossem alcançados, a pesquisa ocorreu após transcorridos três anos do término do curso. Para produção dos dados, foram realizadas três sessões de grupo focal (GF), entre junho e julho de 2014, com a participação de 16 profissionais egressos de diversas categorias profissionais: quatro dentistas, quatro enfermeiros, três médicos, três farmacêuticos, um fonoaudiólogo e um psicólogo; de diferentes unidades de saúde. Contudo, o campo da pesquisa teve início apenas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES e após aprovação da SEMUS.

Vale ressaltar que os 69 profissionais que concluíram o curso e que continuavam atuando na ESF foram convidados para participar da pesquisa. Entretanto, após contato com os profissionais e gestores dos serviços, constatamos que desses apenas 51 estavam em Unidades que funcionam na lógica da ESF. E, entre eles, dez estavam de licença por doença, maternidade ou estudo, restando, portanto, 41 possíveis participantes, dos quais 16 se inscreveram por e-mail e participaram das sessões de grupo focal.

Cada sessão de GF durou aproximadamente 90 minutos, foi gravada em áudio e, posteriormente, transcrita na íntegra sem identificação do emissor da fala. As discussões foram muito ricas e produziram um denso material. Por esse motivo optamos por abordá-lo por temas, como sugere a técnica de Análise de Conteúdo³. Assim sendo, os resultados foram agrupados em duas categorias de análise: Mudanças Percebidas e Dificuldades de Aplicação Prática do Conteúdo; que se desdobram em categorias intermediárias.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Conforme relato dos participantes, é possível perceber que houve mudanças após o curso, principalmente quanto à forma de realizar as ações coletivas no trabalho em equipe, na conduta pessoal e no trabalho em rede. Muitos também enfatizam as mudanças pessoais, no que diz respeito ao olhar dirigido ao usuário, seus problemas, e mesmo em relação ao que significa o cuidado. Detalharemos essas categorias para que possam ser percebidas suas nuances.

Os trabalhadores relataram que os conteúdos e as vivências relacionados à disciplina intitulada “Técnicas Educativas e Processos Grupais” marcaram sua prática e continuam interferindo na maneira de entender e na forma como passaram a realizar as atividades coletivas ou grupais.

Planejamos um grupo [...] que funciona em formato de uma mesa redonda [...]. É uma troca de informações. Trabalhamos com as dúvidas e problemas da comunidade. Mas esse grupo foi reformulado depois de fazer a especialização em ESF.

Não reunimos as pessoas para dar palestras. Aprendi isso na especialização, pois lá participamos de dinâmicas de como trabalhar em grupo [...].

A atividade em grupo funciona como um campo de referência cognitivo e afetivo, no qual o sujeito se integra e se reconhece, podendo tanto bloquear quanto estimular processos criativos e críticos⁴. E essa pareceu-nos ter sido a premissa trabalhada durante as disciplinas de processos grupais, visto o depoimento:

E nós profissionais pretendemos fazer outros grupos, pois acreditamos que não poderemos alcançar bons resultados apenas com a explicação e a proibição do que podem ou não comer.

O curso baseou-se na aprendizagem significativa como possibilidade de transformar as práticas profissionais. Freire⁵ enfatiza a relevância da reciprocidade entre educador e educando, envolvidos em um processo dialético para que haja a transformação de ambos. As colocações dos egressos mostram que, durante a aprendizagem dos aspectos relacionados a grupos, houve mais do que a transmissão de conteúdos. Foram feitas vivências com os alunos, que trabalharam aspectos pessoais e subjetivos, buscando uma abertura para o conhecimento.

O trabalho em equipe, embora não seja uma exclusividade da Estratégia Saúde da Família (ESF), representa um de seus principais pilares. Sua importância foi ressaltada, principalmente, pelo aspecto da integralidade nos cuidados em saúde, reconhecida como um dos princípios doutrinários do SUS, visto que interfere diretamente no processo de saúde-doença. O trabalho em equipe possibilita que o profissional se reconstrua na prática do outro, ambos transformados pela intervenção na realidade em que estão inseridos⁶.

Por meio das discussões do GF, foi possível identificar que vários participantes denotaram que o trabalho em equipe, desenvolvido no cotidiano das Unidades, mudou, tornando-se mais forte e articulado.

O que mais me acrescentou nessa pós-graduação foi ter condições de compreender a visão de outros profissionais por meio do trabalho em equipe. Isso me despertou, percebi que não vale somente o meu ponto de vista, tenho que considerar o que outro colega enxerga e deseja. Isso foi maravilhoso, serviu para abrir a minha cabeça em relação ao trabalho.

Para conseguir esse intento, foi imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa e orientada para o entendimento mútuo. Para tanto, o trabalho em equipe “provoca a escuta do outro e faz-se interação entre os autores”⁷.

Nesse contexto, o modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influenciam as relações entre os profissionais da equipe⁸. O contrário também é verdadeiro, as relações influenciam o jeito de trabalhar. A informação produzida nos GFs permite afirmar que as vivências no curso possibilitaram uma concepção ampliada do trabalho em equipe como resultado das relações construídas entre os profissionais.

Alguns profissionais são muito técnicos. A partir do curso, passei a conhecer os profissionais de minha própria unidade e de outras unidades. Houve uma integração muito boa. Contribuiu para o trabalho em equipe.

Para os participantes da pesquisa, o curso de Especialização em ESF obteve resultados positivos, visto que foi capaz de provocar mudanças no trabalho em equipe. Apesar disso, é fundamental uma ação político-institucional efetiva no apoio às equipes para o fortalecimento e a consolidação de seu trabalho no dia a dia das USFs, como veremos no tópico dificuldades.

Outro aspecto ressaltado pelos entrevistados foi o que chamaram de “crescimento pessoal”. Aspecto também observado por outros autores⁹, já que, para eles, a EPS tem a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional, bem como contribuir para a organização do processo de trabalho, uma vez que se desenvolve a partir de problemas diários identificados na realidade.

O curso me ajudou a mudar a forma de pensamento, e também me ajudou no crescimento pessoal, saber que eu preciso mudar, e não o outro. Não trabalhar com o sistema punitivo. Às vezes o profissional está tão sobrecarregado que pune o paciente [...]. Temos que escutar o que houve para saber como intervir. Hoje penso diferente por que aprendi no curso. Em vez de punir, explico e oriento. Com isso melhorou a relação entre paciente e profissional e ajudou para criar vínculo e confiança.

A EPS também tem contribuído como espaço para pensar e executar a formação e o desenvolvimento pessoal, além do profissional¹⁰. Para esses autores¹⁰, ela se constitui em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, por meio da qual se propõe transcender ao tecnicismo e às capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos para transformar o mundo do trabalho e a si próprio.

Após o curso, consegui ter a perspectiva de me colocar no lugar do outro. Ter empatia com o paciente. E fazer o seguinte exercício, como paciente o que espero do profissional que me atenderá? Porque o paciente quando chega aqui já escutam muitos não, e o que eu puder dizer sim, eu falo.

Muitas vezes, a organização do trabalho na saúde acaba criando uma espécie de amortecimento da sensibilidade, uma mecanização do cuidado, que se manifesta por um cuidado rotineiro prestado por “[...] aquele profissional que não olhava nos olhos e não se emocionava mais diante de um óbito ou nascimento”¹¹. O rompimento dessa prática foi alvo de estudos sobre a humanização do cuidado e mostra que atitudes éticas no processo de trabalho implicam ter compromisso, corresponsabilidade, participação na esfera de decisão, respeito ao outro, respeito às regras estabelecidas e aprovadas por decisões democráticas¹².

O curso me deu uma visão humanizada em relação ao paciente. Hoje sei que eu posso ir um pouco além do profissionalismo e não atender somente o que eu achava que era minha demanda. Existe um protocolo da Prefeitura de Vitória que preconiza o que tem que ser feito. Mas há problemas que fogem do protocolo, para resolver tem que seguir o coração, e isso não depende da técnica ou da experiência.

Na prática da educação profissional, prevalece a ideia de que o ensino não deve ser baseado somente no saber fazer, mas também em como fazer de acordo com a realidade, considerando o desenvolvimento das oportunidades de experimentação e do crescimento pessoal¹¹.

Os egressos do curso relataram ter obtido um maior conhecimento da rede de serviços e de como acessá-la devido ao fato de que alguns docentes foram recrutados entre os quadros técnicos da própria rede municipal. A ideia de rede está presente desde a criação do SUS, porém, após 2006, o MS divulgou documento em que ressalta a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos¹³.

Embora a normativa seja fundamental para a efetivação da regionalização nos serviços de saúde, a articulação do trabalho de diversas equipes de uma rede não se resolve somente por normas e formulários, mas por meio da discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população¹⁴. Assim, embora as redes estejam relacionadas ao território, elas são mais potentes quando intersetoriais¹⁰. É imprescindível a cooperação e solidariedade entre os atores e organizações de uma dada região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Esse

envolvimento dos atores para se efetuar o trabalho em rede pode ser confirmado na fala:

Com o curso, passei a conhecer os colegas da minha própria unidade, porque, parece que não, mas, às vezes, não temos tempo de conversar. E também profissionais de outras unidades, essa rede, essa aliança contribui para o trabalho fluir bem e efetivar os objetivos da ESF.

Nesse sentido, a noção de rede está relacionada a várias concepções e significados¹⁵. Entretanto, em quase todos os sentidos está presente a ideia de conexão, entrelaçamento e comunicação. A referida pesquisa evidenciou que quando se afirma que um serviço de saúde está integrado em uma rede, se compreende que, sozinho, não é possível resolver as demandas e que é necessário contar com outros serviços que lhes dão suporte, educação, transportes e infraestrutura, entre outros. Pareceu-nos, então, que o curso possibilitou conhecer e articular melhor essa forma de trabalho em rede.

Os participantes também discutiram acaloradamente as principais dificuldades que têm encontrado, durante os últimos três anos, para pôr em prática o conteúdo do curso de especialização em ESF. Esse tema aparece no sentido de que querem afirmar que obtiveram o conhecimento que lhes possibilitaria realizar os princípios e diretrizes da Estratégia e do SUS, porém encontram obstáculos no cotidiano de trabalho para passar da vontade à ação. Elencam vários motivos para tal situação. E, por isso, as agrupamos como uma segunda categoria de análise, destacando seus pormenores: formação biomédica tradicional, distância entre teoria e prática e exigência de produtividade.

Não há dúvida de que os profissionais reclamam do fato de que não conseguem aplicar no dia a dia tudo aquilo que aprenderam. Afirmam que estão aptos e gostariam de fazê-lo, mas que injunções institucionais e organizacionais impossibilitam tal realização.

Um dos fatores arrolados como um empecilho para uma maior aplicação dos conteúdos do curso no cotidiano de trabalho refere-se ao fato de que grande parte dos profissionais teve uma formação acadêmica baseada no modelo biomédico tradicional, que faz com que tenham dificuldades, tanto para compreender o conteúdo veiculado no curso, quanto para praticá-lo no dia a dia das USF's. Como se pode constatar pelo relato:

Apesar da dificuldade que tive de entender alguns conteúdos, gostei do curso pelo fato de ter aprendido muitas coisas novas, "aprendi mesmo", por que para algumas pessoas o conteúdo do curso foi uma revisão, mas, para mim, não [...] a minha graduação foi bem técnica.

O modelo tradicional de formação baseia-se em uma visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo do adoecer. O conhecido relatório Flexner, de 1910, base de tal modelo, até hoje influencia o ensino e a prática, principalmente dos cursos de Medicina e, por extensão, de outras profissões de saúde. Entre outros aspectos, o paradigma flexneriano busca o enfoque na doença, o que por si só já contraria os princípios da ESF trabalhados durante as aulas¹⁶⁻¹⁷.

Em razão desse modelo, os usuários tendem a ser reduzidos a um organismo biológico o que resulta que outros aspectos, tais como sua história de vida, condição social, cultura, crenças, valores e saberes não sejam comumente levados em conta. Dessa forma, os profissionais não conseguem perceber as reais necessidades de saúde, o que contribui para intervenções pouco efetivas¹⁷.

Quando comecei a trabalhar na ESF me questionava sempre, será que isso é meu dever? Por que as demandas são tantas que com a minha formação não fazia ideia de como intervir [...].

Entretanto, percebemos que, apesar das dificuldades, alguns têm conseguido dar outro sentido à sua prática:

[...] a minha formação é bem técnica baseada principalmente em procedimentos. Para você ter ideia, eu não sabia nem o que era SUS. Essa era a minha maior dificuldade. Essa Especialização me ajudou a relacionar a minha técnica com a prática, pois conheci a legislação e, agora, tenho respaldo em meu trabalho.

Por perceber essas fragilidades e ao mesmo tempo a potência que reside na educação, cursos realizados após a graduação e, principalmente, que agregam profissionais de um mesmo serviço, são ainda necessários para que haja alteração da prática¹⁸. De acordo com a autora¹⁸, estes devem abordar questões para além da formação técnica.

É preciso sublinhar que o modelo de formação biomédico tradicional também relega os aspectos subjetivos do profissional, fazendo com que a subjetividade, envolta no

processo de trabalho, seja pouco valorizada. As atitudes e decisões dos profissionais de saúde, por mais que se baseiem em razões objetivas e evidências científicas, não são desprovidas de sentimentos e valores. Por isso, o próprio Ministério da Saúde adverte que apesar da cientificidade, a prática de saúde mobiliza sentimentos e emoções. Para que tais elementos não sejam obstáculos durante a produção de cuidado, é preciso que profissionais e usuários tenham em mente tal dimensão. Além disso, esse distanciamento entre técnica e os aspectos subjetivos pode promover desinteresse, falta de compromisso e a não responsabilização, por parte do profissional, uma vez que ele não consegue ver a si ou ao produto de seu trabalho¹⁹.

Os entrevistados também mencionam tal distanciamento entre a técnica profissional e os aspectos subjetivos envolvidos no ato de cuidar. Embora ressaltem o quanto importante foi o curso ter abordado, ainda que de forma incipiente, tais os aspectos, parece ainda terem necessidade de incentivo, apoio e validação para levá-los em consideração.

Outro motivo alegado como entrave para aplicar os conteúdos trabalhados no curso diz respeito à distância percebida entre os princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família, que foram exaustivamente discutidos durante o curso, e aquilo que lhes é cobrado como função no dia a dia de trabalho.

Em muitos momentos do GF, os entrevistados expressaram as limitações para cumprir os princípios da ESF. Apontaram os fatores internos - organizacionais, e os fatores externos - relacionados ao território. Isso pode ser percebido nas seguintes falas:

Com a agenda eletrônica, não temos tempo para discutir os casos, o que é muito importante para a ESF. E, com essa organização do serviço, de consultar de 20 em 20 minutos, não se consegue pensar, refletir e planejar nada. Muito menos ter ações de promoção e prevenção. Hoje trabalhamos com medicina curativa. Temos que “apagar incêndio” o tempo todo.

[...] por um lado é frustrante pensar que não consigo praticar o que aprendi devido a fatores internos, como a cobrança em relação à produtividade. [...]

Qualificam de obstáculos organizacionais a dificuldade para realizar uma escuta qualificada preconizada pelo curso, já que precisam cumprir a exigência da produção. Além disso, a SEMUS implantou recentemente um incentivo financeiro

pela produção, acoplado às metas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

[...] Com a agenda eletrônica, veio uma política de pagamento de incentivo de produção, isso é inapropriado para a ESF. Não tem cabimento a ESF ser pactuada com produção, está igual à fábrica. E como fica a inserção do profissional na comunidade e na família?

Assim, a escuta e o convívio dos usuários com as equipes mostram o quanto atitudes solidárias são importantes, principalmente em momentos de sofrimento, lutos e perdas²⁰. O fazer saúde não se limita aos procedimentos técnicos e, por isso, compreendemos esses fatores como pilares de um serviço voltado para uma assistência humanizada, pautada em elementos que se interligam e fazem construir e promover o cuidado em saúde. Pelos depoimentos, alguns profissionais compreendem a importância da escuta:

Às vezes a pessoa procura a unidade, mas não tem nenhuma doença, quer apenas alguém para escutá-la, chorar e desabafar porque o filho foi preso. Os profissionais não sabem o que fazer quando isso ocorre. “Ficam no fogo cruzado”.

A ESF é uma estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde²¹. Isso porque pressupõe que a visão fragmentada do ser humano, com foco na doença, deve ser transposta para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva²¹. Ou seja, o resgate da prática generalista, na qual a compreensão do processo saúde-doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar.

Na reorganização dessas práticas de trabalho em saúde, é necessário substituir o modelo biomédico hegemônico e, para isso, o núcleo familiar é um espaço concreto de atuação da equipe. Para as famílias, o fato de os profissionais “irem até as casas, estarem juntos vendo, acompanhando, orientando, assistindo, conversando e atendendo” representa o caminhar do processo de trabalho e se relaciona com a dinâmica de funcionamento do serviço²². Nesses espaços de atuação, o vínculo é muito forte, consolidado pelos laços entre as equipes e os usuários. Para estreitar esses vínculos, é necessário que os profissionais tenham um olhar sensível, capaz de reconhecer as vivências dos usuários, suas histórias de vida e a sua maneira de viver.

Percebemos que as equipes da ESF têm clareza de sua atribuição como promotoras de ações de saúde. Entretanto, mesmo que os conteúdos do curso tenham se voltado também para aspectos subjetivos e sociais, eles têm enfrentado exigências pautadas no modelo biomédico tradicional, como a exigência de produção por procedimentos e a redução da saúde à ausência de doenças de caráter biológico.

Também se referem ao fato de que a ESF se baseia nos princípios fundamentais do SUS, como a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade, atuando por meio da vinculação dos usuários a partir de um cadastramento¹³. Entretanto, mesmo que percebam a importância da articulação e participação da comunidade nos serviços de saúde não parecem dedicar muito tempo para tal articulação.

A ESF significa mais do que instituir novas formas de cuidado à saúde e é preciso que os atores envolvidos estejam engajados, pois são eles que constroem as relações de cuidado no interior dos serviços de saúde²³. No entanto, o relato parece contradizer esta premissa:

Sem dúvida, depois que concluí a especialização, mudei a minha conduta como profissional de saúde [...]. Agora, tenho maior interação com as Agentes, procuro conhecer o histórico dos pacientes e saber se eles têm condições de cumprir em casa o que eu prescreverei. Aprendi que preciso considerar a situação familiar do paciente. Mas existem limites, por exemplo, o fato de não conseguir fazer visita domiciliar [...].

Consideramos que esses profissionais conhecem e sentem na pele a fragilidade do sistema em sua totalidade. Para eles, parece ser necessário que a população tenha mais oportunidades de discutir e, assim, colaborar no sentido da promoção da saúde.

Observamos que os profissionais, atualmente, compreendem os princípios doutrinários do SUS, as diretrizes da ESF, seus propósitos e sua força na reorganização do sistema. Também percebem melhor os valores que circundam os territórios onde trabalham; os sentimentos dos usuários, as opiniões dos colegas e a importância do trabalho em rede intersetorial.

É preciso registrar, entretanto, o sentimento de frustração por não conseguirem colocar em prática muitas das competências e habilidades adquiridas por meio do curso de especialização.

Durante as discussões dos GF, os participantes ressaltam que a exigência de produtividade é o principal fator limitante na aplicação dos conteúdos do curso na prática. O controle da produção nas USFs do município de Vitória está diretamente relacionado à gestão informatizada da agenda, implantada recentemente, o que impõe um determinado ritmo e facilita o controle e a cobrança de quantidade de procedimentos.

Quando terminamos o curso, saímos cheios de novas ideias para executar. Mas logo implantaram a agenda eletrônica, e ficou difícil trabalhar, porque a cobrança pela produção nos “engole” e “engessa” nosso trabalho.

Esses obstáculos se referem principalmente às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Também têm óbices em organizar tempo para planejamento, realizar atividades coletivas e discutir casos, ou seja, existe uma elevada exigência pela quantidade de atendimentos, em forma de consultas.

A agenda eletrônica é feita no computador que fica na recepção. Pela diretriz cada consulta dura 20 minutos. Se houver uma desistência, há uma fila de 30 pessoas para “encaixe”. Isso tira a nossa autonomia de programar as ações também [...].

Com a agenda eletrônica, não se consegue fazer ação de prevenção. E a demanda é cada dia maior [...].

Podemos afirmar que o que mais incomoda, não é a existência da agenda, e sim o fato de não terem autonomia para disporem dos horários segundo seu planejamento.

[...] entrei com muitas expectativas na pós que a UFES promoveu, mas não teve o impacto que desejava, visto que não posso contar com a minha equipe para planejar o trabalho, por causa da agenda eletrônica. [...] se desejo fazer ação de prevenção ou de promoção, a gestão propôs ir à unidade aos sábados. Fora do meu horário de trabalho, porque durante a semana tenho que produzir. [...] tenho que esquecer o que aprendi, porque não temos forças e condições de colocá-los em prática [...].

Consideramos a gestão do cotidiano em saúde como um terreno de possibilidade para a elaboração de estratégias que levem os trabalhadores a utilizarem mecanismos em favor do interesse dos usuários. Assim, apesar de o Ministério da Saúde exercer papel indelegável de coordenar o registro eletrônico de saúde, os estados e municípios têm autonomia para suprir

suas necessidades²⁴. Também fica claro que a gestão local tem certa liberdade para dispor da distribuição dos horários, desde que os propósitos se justifiquem. Mas, há que se ressaltar que a autonomia muitas vezes também é limitada.

[...] aqui na minha unidade, por exemplo, o gestor até permite que façamos algumas coisas. Mas, muitas vezes ele também é cobrado, e tem que cobrar da gente. Por isso acredito que algumas coisas que aprendemos no curso se perderam.

Pierantoni, Varella e França²⁵ sugerem que formas verticalizadas da gerência sejam substituídas por gerência horizontal. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não constitui tarefa simples tomada apenas em sua dimensão técnica. Envolve relações de poder, interesses diversos e transformações processuais na dimensão pessoal.

São, portanto, questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema²⁶.

CONCLUSÃO |

A pesquisa mostra que o curso de Especialização em ESF, como uma proposta de intervenção em EPS, foi capaz de proporcionar algumas mudanças nos processos de trabalho em saúde, já que os sujeitos tiveram a possibilidade de “olhar” para a própria prática de trabalho, de forma a torná-los mais seguros para desejarem rever e alterá-la, conforme os princípios da ESF, e contribuir para a consolidação do SUS.

Assim, indicam que a integração entre os colegas e o maior conhecimento sobre o território são fatores que contribuem para que a postura no trabalho tenha sido alterada, pois promoveu uma maior compreensão a respeito da rede de atenção e alterou o “olhar” do profissional, que hoje inclui aspectos subjetivos em sua avaliação a respeito do usuário e sua família.

O conhecimento a respeito dos pressupostos e das diretrizes orientadoras que formam a base do SUS e da Estratégia Saúde da Família também foi aspecto muito valorizado nas discussões dos GF. A ênfase nas ações coletivas e

seu manejo sobressaíram como pontos fundamentais do curso. Entretanto, é um dos assuntos que consideram mais frustrantes, pois distantes da prática atual.

Assim, apesar de valorizarem as mudanças percebidas, a aplicabilidade dos conteúdos ofertados pelo curso está comprometida diante de injunções institucionais e organizacionais.

Tal contradição nos força a questionar a importância dos investimentos em formação de profissionais que não estejam acompanhados de claras decisões sobre estratégias de gestão que lhes possam dar a sustentação necessária.

Portanto, é fundamental repensar os investimentos que têm sido feitos em torno de estratégias de formação profissional no formato de cursos. Tais iniciativas comumente são propostas por gerências ou departamentos de desenvolvimento de pessoas que percebem a necessidade de criar espaços de troca de informações e momentos de reflexão sobre o processo de trabalho para estes profissionais, certamente porque acreditam na proposta política da Educação Permanente e verificam sua potencialidade em transformar práticas tradicionais. No entanto, sem que haja a devida valorização desse aprendizado e apoio institucional para sua implementação, corre-se o risco de ver este investimento, que não é apenas financeiro, ser desperdiçado e não surtir os efeitos desejados a princípio.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Projeto do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. Vitória: UFES; 2007.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1994.
4. Afonso MLM, Silva MV, Abade FL. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. Psicologia em Estudo. 2009; 14(4):707-15.

5. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários as práticas educativas. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
6. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):455-64.
7. Araujo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl.1):1439-52.
8. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(2):262-8.
9. Lino MM, Backe VM, Ferraz F, Prado ML, Fernandes GF, Silva LA, et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trab Educ Saúde*. 2009; 7(1):115-36.
10. Silva LA, Franco GP, Leite MT, Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(2):340-8.
11. Zocche DAA. Educação profissional em saúde: reflexões sobre a avaliação. *Trab Educ Saúde*. 2007; 5(2):281-95.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HUMANIZASUS: ambiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 29 mar 2006; Seção 1.
14. Silva Junior AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2010. p. 79-93.
15. Kuschnir R, Lima LD, Baptista TWF, Machado CV. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Gondim R, Graboio V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: ENSP; 2011. p. 121-51.
16. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
17. Perez EP. A propósito da educação médica. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2004; 4(1):9-13.
18. Araújo DGB. Contribuição para a humanização da educação médica: o diário de campo como instrumento de avaliação qualitativa. Dissertação [Mestrado em Medicina e Saúde] – Universidade Federal da Bahia; 2005.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Curso de facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
20. Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha/ Minas Gerais. Tese [Doutorado em Enfermagem]. – Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
21. Seclen-Palacin JA. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição no alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: Fernandes AS, Seclen-Palacin JA, organizador. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004. p.15-37.
22. Machado TM, Bastos MAR. O significado da estratégia saúde da família. In: Cruz SCS, Werner RCD, Dalbello-Araujo M, organizadores. *Saúde pública em Vitória: vários olhares*. Vitória: Aquarius; 2012. p.15-27.
23. Passamani JD, Silva MZ, Dalbello-Araujo M. Estratégia de saúde da família: o acesso em um território de classe média. *Rev Odontol*. 2008; 10(2):37-45.
24. Arias EHL, Vitalino HA, Machado MH, Aguiar Filho W, Cruz LAM. Gestão do trabalho no SUS. *Cad RH Saúde*; 2006. 3:119-24.

25. Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Barros AFR *et al*, organizadores. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 51-70.

26. 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.

Correspondência para/Reprint request to:

Kallen Dettmann Wandekoken

Av. Antonio Gil Veloso, 702, apt. 1002,

Praia da Costa, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29101-010

Tel.: (27) 99936-1050

E-mail: kallendw@gmail.com

Submetido em: 16/01/2016

Aceito em: 19/03/2016