

ORGANIZANDO RODAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Autores: Cristina Setenta Andrade

Túlio Batista Franco

Vitória Solange Coelho Ferreira

Natiane Carvalho Silva

O despertar deste trabalho foi desencadeado a partir da oficina de educação permanente para integralidade em saúde no Congresso da Rede Unida ocorrido em Belo Horizonte, em julho de 2005. A troca de experiências durante a oficina nos sinalizou a intencionalidade de se utilizar a educação permanente, como eixo estruturante nas práticas dos serviços e do ensino, e que poderia ser articulada com a pesquisa desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Santa Cruz (Ilhéus-BA), que tem como foco a produção do cuidado e então a discussão ocorrida nos sugeriu que será possível identificar a partir de um movimento de organização de rodas de educação permanente, dispositivos de formação da integralidade em saúde.

Até então, o que se verificava e era vivenciado no campo da saúde, uma dicotomia entre o ensino, a pesquisa e o serviço, sem vínculos desses segmentos entre si, que pudessem estruturar ações para a integralidade em saúde. Identificava-se uma fragmentação entre o cotidiano do processo de trabalho para produção do cuidado em saúde, a produção do conhecimento através da pesquisa e aprendizado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz. O ensino através da disciplina Gerenciamento de

Enfermagem em Saúde Coletiva, a pesquisa “produção do cuidado em saúde na rede básica” e a assistência à saúde em geral, nas Unidades Saúde da Família, onde eram desenvolvidas as práticas de ensino.

Nesse contexto, nossa inquietação buscou indagar: As ações implementadas no espaço de ensino são disparadoras dos ideários da integralidade em saúde e estão sendo utilizadas como eixo norteador do processo de educação permanente nos serviços de saúde?

Nessa perspectiva, o entendimento da integralidade da atenção à saúde buscou o referencial analítico proposto por Ferla et al. (2002), nas dimensões relativas à organização dos serviços e aos conhecimentos e práticas da Equipe Saúde da Família. A educação permanente fundamentada na aprendizagem, significava a possibilidade de se transformar as práticas dos trabalhadores, através dos questionamentos e construções do saber-fazer e dos problemas do cotidiano, mesclando trabalho e aprendizagem de trabalhadores e estudantes, levando em consideração os conhecimentos, as experiências e as subjetividades.

A partir desses pressupostos, buscou-se identificar problemas em serviços de saúde e relacionados à atividade produtiva do cuidado, tendo como perspectiva a educação permanente. A intenção era que esse movimento aproximasse o grupo que trabalhava a questão da educação permanente a se aproximar da temática da integralidade. Esses momentos foram considerados como

deflagradores de processos instituintes de integralidade em saúde e de subjetivação, que permearam as ações desenvolvidas de Educação Permanente em todo esse processo.

Os momentos deflagradores de identificação de problemas pela equipe, se deu a partir da coleta de dados relacionados à produção do cuidado, ocorridas em:

Reuniões da Equipe Saúde Família;

Observação direta desenvolvida pelos alunos do Curso de Enfermagem da UESC;

Estimativa rápida, PPLS, fluxograma descritor¹ da linha do cuidado;

Vivência dos sujeitos que operam o trabalho em saúde.

Na dimensão relativa aos conhecimentos e práticas da Equipe Saúde da Família foram identificados problemas como:

- desconhecimento da ESF, com exceção da enfermeira e ACS, sobre a concepção de PSF;
- a prática de ESF centrada nos procedimentos com predominância das tecnologias leve-duras e duras²;
- agentes jovens (PETI) atuando de forma incipiente e desarticulada da ESF;

Na dimensão relativa à organização dos serviços de saúde os problemas identificados foram:

- excessiva demanda espontânea por consulta médica;

¹ Sobre o Fluxograma Descritor ver Franco, T.B. (2003).

² Sobre a categorização das tecnologias de trabalho em saúde, ver Merhy, (1998).

- desconhecimento da ESF sobre os serviços oferecidos pelo sistema de saúde municipal;
- fragmentação do processo de trabalho na USF.

A identificação dos problemas proporcionou discussão com os alunos, docentes da UESC e ESF para construção de movimentos frente aos problemas apresentados e utilização da caixa de ferramentas da pesquisa (desenhos organizativos, acolhimento, integralidade) para construção do conhecimento e reorganização do processo de trabalho, como por exemplo, a prática da gerência na proposta de intervenção a ser implementada.

A dimensão relativa à integralidade dos conhecimentos e práticas da Equipe Saúde da Família se refere à capacidade de acolher e desfragmentar o atendimento em um processo de construção social para inovação institucional, que contemplam relações horizontais entre os gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, e que implica em novas práticas dos sujeitos no cuidado em saúde.

Problema: desconhecimento da ESF, com exceção da enfermeira e ACS, sobre a concepção de PSF

Construção do movimento: integrando a Equipe Saúde da Família.

Relatos das vivências da Equipe Saúde da Família identificaram que a mudança da gestão na saúde do município, oportunizou que trabalhadores atuantes de outras áreas do campo da saúde fossem contratados para atuarem em Unidades de Saúde da Família sem conhecimento sobre a política de

saúde do SUS, sendo promovidas discussões a partir da concepção de saúde articulada com a proposta de reorganização da atenção básica e o Programa Saúde da Família. Nesse contexto foi discutida a concepção da produção do cuidado para reflexão de “como minha prática se aproximava da integralidade em saúde”. O cuidado, entendido como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser. Resgata o tratar, o respeitar, o acolher e o atender o ser em seu sofrimento (Luz, 2004). É uma ação integral de relações de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, instituições e profissionais, que geram uma atenção digna e respeitosa, com responsabilização, vínculo e acolhimento (Pinheiro & Guizardi, 2004).

Problema: a prática de ESF centrada nos procedimentos com predominância das tecnologias leve-duras e duras.

Construção do movimento: responsabilizando a ESF pelos projetos terapêuticos

– utilização do fluxograma descritor para construção da linha do cuidado na atenção ao pré-natal, à saúde da criança e ao hipertenso na rede de serviços de saúde (USF, secundária e terciária) para análise do processo de trabalho em saúde (Franco, 2005), que identificou a não responsabilização no modo de operar saúde, a falta de vínculo e comprometimento da Equipe Saúde da Família na produção de atos assistenciais e o cuidado, buscando a reflexão do auto governo dos

trabalhadores em saúde sobre o seu processo de trabalho na utilização das tecnologias leves no estabelecimento das relações com o usuário.

Problema: agentes jovens (PETI) atuando de forma incipiente e desarticulada da ESF.

Construção do movimento: contribuindo na formação de sujeitos ativos.

– oficinas com os agentes jovens do bairro para identificação dos problemas de saúde enfrentados pelos adolescentes no bairro e construção de movimentos para promoção de sujeitos ativos, tendo como eixo norteador a educação permanente no controle social. A abordagem com os adolescentes possibilitou uma aproximação desse segmento, excluído das Unidades Saúde da Família, com metodologias pedagógicas participativas e reconhecimento dos jovens na articulação de ações promotoras de saúde.

A dimensão relativa à integralidade na organização dos serviços de saúde SE refere à garantia da acessibilidade, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade que se articula com os princípios de universalidade e equidade.

Problema: excessiva demanda espontânea por consulta médica;

Construção do movimento: potencializando o trabalho vivo.

– discussão com a ESF e usuários para análise da demanda reprimida e construção da proposta de acolhimento como reorganizador dos serviços e do processo de trabalho para integralidade da atenção (Franco & Magalhães Júnior, 2003). O acolhimento foi entendido como uma forma de relação entre trabalhadores/usuários através de uma escuta qualificada que predomine as tecnologias leves para desvelar as necessidades dos que buscam a Unidade Saúde da Família para uma produção do cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso social. As necessidades de saúde utilizou como eixo analisador a proposta de Cecílio (2004), que considera o potencial da ausculta para identificação de necessidades as condições sociais, biológicas, autonomia e vínculo expressada em uma relação dialética entre o indivíduo e o social. Dessa forma, buscou-se que todos fossem acolhidos, com esgotamento das possibilidades diagnósticas da Unidade através da utilização do recurso instrumental e conhecimento técnico da Equipe Saúde da Família (ESF), com criação de vínculo entre o usuário/ESF para maior resolubilidade na atenção do usuário;

Problema: desconhecimento da ESF sobre os serviços oferecidos pelo sistema de saúde municipal;

Construção do movimento: roda gerando roda.

– construção da rede de petição e compromisso, a partir da identificação dos serviços que se articulavam com a Unidade Saúde da Família e caracterização dos ruídos que interferem na integralidade da rede do

sistema municipal de saúde, sendo encaminhado para a gestão municipal os problemas identificados e as propostas de intervenção. A construção desse processo possibilitou a socialização do processo de trabalho de cada membro da equipe, o conhecimento dos serviços de saúde a serem utilizados pela unidade Saúde da Família e a necessidade da gestão em saúde articular as Unidades de Saúde com a rede de serviços do sistema municipal na formulação, gestão e provisão de serviços públicos de saúde, tendo como eixo a integralidade.

– Problema: Fragmentação do processo de trabalho na USF.

Construção do movimento: reorganizando o processo de trabalho

Na produção do cuidado na Unidade Saúde da Família, foi considerado que um processo de trabalho em saúde é um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato, a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de intersubjetividade expressos através de escutas, falas empáticas e interdependências (Merhy, 1998; 2002). Nessa perspectiva, as reuniões de equipe envolveram os sujeitos implicados no trabalho em relações interseçoras em que não existe os que sabem mais ou sabem menos, e sim saberes diferenciados para produção do cuidado em saúde em um processo relacional solidário, humanizado e comprometido (Silveira, 2004). Nessa perspectiva, houve um reposicionamento dos trabalhadores e usuários, reforçando o sentido de equipe, estimulada pela vivência dos sujeitos como “cuidadores de saúde”.

Conclusão

A utilização da abordagem de integralidade da saúde na metodologia pedagógica de educação permanente com vista à formação do enfermeiro revelou ser uma ferramenta poderosa na reorganização do processo de trabalho das ESFs e do processo ensino-aprendizado dos estudantes com ampliação de espaços de reflexão e de implementação de metodologias ativas, resgatando e ampliando a autonomia desses sujeitos. Também, possibilitou a utilização da produção de conhecimentos da pesquisa para integrar e articular o ensino como substrato capaz de contribuir com a identificação de pontos de estrangulamento das Unidades Saúde da Família e na gestão dos serviços de saúde para fomento de mudanças do processo e tecnologias de trabalho das equipes docentes e discentes. Além de possibilitar fortalecer, testar e implementar tecnologias com potencialidade para articular propostas de ensino/pesquisa/serviço que utilizam a integralidade e a educação permanente como eixo potencial para consolidação do SUS.

Referências

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In Pinheiro R, Mattos RA

(org). os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado. Rio de Janeiro:IMS-UERJ;2001.

Ferla A, Jaeger M L, Pelegrini. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os novos governos. In Tavares L. Tempos de desafios: política social democrática e popular no governo do estado do Rio Grande do Sul. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002;

Franco B, Túlio. O uso do fluxograma descritor para análise do processo de trabalho. Rio de Janeiro. Texto mimeografado, 2005.

Franco B, Túlio. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003;

Franco B, Túlio, Magalhães Júnior M Helvério. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003;

Silveira AF Plínio. O acolher Chapecó. In: Franco B, Túlio et al (org). Acolher Chapecó. São Paulo: Hucitec, 2004.

Pinheiro R, Ferla A A, Silva Jr AG. A integralidade da atenção à saúde da população. In: Marins, JN et al (orgs). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: ABEM – Hucitec, 2004.390 p.

Luz, Madel. T. Fragilidade social e busca do cuidado na sociedade civil de hoje. In Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004;

Merhy, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy EE, Onoko RT (Org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1987.

Merhy, Emerson E. Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo; São Paulo, Hucitec, 2005.