

Artigo original

UMA REFLEXÃO PELO CAMINHAR DA COGESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Antonio Ialy Ferreira¹; Camila Mendes da Silva²; Mariana Veras de Siqueira³; Samara Silva Gomes⁴; Ana Beatriz Gouveia de Araujo⁵; Gisetti Corina Gomes Brandão⁶.

¹Graduando em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande-PB.

²Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande-PB. Rua Francisco Ernesto do Rego 123, apto 302, Centro, Queimadas-PB. E-mail: camila_mendes@hotmail.com.

³Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande-PB.

⁴Enfermeira. Campina Grande-PB.

⁵Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande-PB.

⁶Enfermeira. Doutora em Ciências. Universidade Federal de Campina Grande-PB.

RESUMO

Objetivo: compartilhar a nossa experiência com a educação permanente em saúde e cogestão em saúde, por uma perspectiva reflexiva evidenciando o antes – como os agentes comunitários de saúde se sentiam com a sua atuação? -, o durante – o que foi cultivado durante esse processo? - e o depois – nós transformamos as ações dos agentes comunitários de saúde?

Métodos: Trata-se de um relato reflexivo vinculado a uma pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, onde se realizou 24 oficinas de trabalho em duas unidades básicas de saúde da cidade de Campina Grande-PB, durante os anos de 2015 e 2016. As oficinas foram desenvolvidas na forma de rodas de conversas, gravadas e transcritas na íntegra para, posteriormente, serem analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sobre número de CAAE 11893112.0.0000.5182. **Resultados:** Unir a cogestão e a educação permanente em saúde é sinônimo de transformação das práticas cotidianas dos trabalhadores do SUS. Com ambos, conseguimos mudar a realidade dos agentes comunitários de ambas as unidades básicas de saúde, promovendo a sua autovalorização profissional e os incentivando a praticar o pensamento crítico/reflexivo no desempenho das suas ações na comunidade. **Conclusão:** A educação permanente demonstrou sua versatilidade no diagnóstico e intervenção dos problemas vivenciados por esses profissionais, onde foi notório o desenvolvimento dos agentes quando ouvidos e instigados a refletir sobre seu processo de trabalho, permitindo assim, produzir novos significados em suas ações e melhorando as suas condutas na prática da prevenção e cuidados em saúde.

Descritores: Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Educação Continuada. Administração em Saúde.

A REFLECTION FOR THE CO-MANAGEMENT WALKING AND PERMANENT HEALTH EDUCATION

ABSTRACT

Objective: to share our experience with permanent health education and health management, through a reflective perspective evidencing the before – how did the community health agents feel about their work? -, the during – what was cultivated during this process? – and the after – did we transform the actions of the community health agents? **Methods:** This is a reflexive report linked to an action research, with a qualitative approach, where 24 workshops were held in two basic health units in the city of Campina Grande-PB, during the years of 2015 and 2016. The workshops were developed in the form of conversation circles, recorded and transcribed in their entirety and later analyzed according to the technique of content analysis proposed by Bardin. The research was approved by the ethics committee on CAAE number of 11893112.0.0000.5182. **Results:** Uniting co-management and permanent health education is synonymous with transforming the daily practices of SUS workers. With both, we managed to change the reality of the community agents of both basic health units, promoting their professional self-esteem and encouraging them to practice critical/reflexive thinking in the performance of their actions in the community. **Conclusion:** The permanent education demonstrated its versatility in the diagnosis and intervention of the problems experienced by these professionals, where it was notorious the development of the agents when they are heard and encouraged to reflect on their working process, allowing the production of new meanings in their actions and to improve their behaviors in the practice of prevention and health care.

Keywords: Family Health. Community Health Workers. Continued Education. Health administration.

COMO TUDO COMEÇOU...

O alvorecer da nossa vivência é a Iniciação Científica (IC), que colabora com o aprendizado de técnicas e métodos básicos aplicados à pesquisa, no desenvolvimento de um estudo, tema ou trabalho prático que resulta em produção de conhecimento. Incluído à política de IC desenvolvidas nas instituições de ensino, temos o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), concede bolsas aos estudantes de graduação engajados na pesquisa científica (1).

A nossa experiência com o PIBIC nos trouxe uma rica oportunidade de vivenciar processos de construções de conhecimentos e ferramentas de trabalho, junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de quatro equipes de duas Unidades

Básicas de Saúde da Família (UBSF), integrantes da zona urbana periférica da cidade de Campina Grande-PB.

A semente foi plantada pela tese de doutoramento intitulada “PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE – PB”, que teve por objetivo caracterizar e problematizar os processos de trabalho em saúde das equipes das UBSF, na cidade de Campina Grande-PB. A tese ressaltou a necessidade de plantar e cuidar da Educação Permanente em Saúde (EPS) direcionada para os ACS de ambas as UBSF. A presente pesquisa-ação foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), com CAAE nº 11893112.0.0000.5182.

O ACS é o elo, a ponte, o vínculo, entre usuários e serviço de saúde. Vivem e convivem no território, compartilhando problemas, soluções, hábitos, cultura, sendo através deste trabalhador-chave que se aumentam as possibilidades para um diálogo rico e profundo com a coletividade, a fim de conhecer os fatores que afetam aquela realidade. Nessa escrita, eles serão as nossas pedras preciosas.

Para lapidar nossas pedras a EPS é uma ferramenta inigualável, pois ela permite a reflexão crítica a partir de problemas encontrados no dia a dia de trabalho, contribuindo para o processo de aprendizagem e possibilitando a ação sobre aquela realidade, a fim de solucionar a problemática em questão. É contemplada como uma ferramenta de transformação social, uma vez que considera as especificidades regionais e, conseqüentemente, permite atuar na individualidade da comunidade para sobre ela agir (2).

A EPS foi utilizada como alicerce durante a realização de 12 oficinas de trabalho em cada uma das UBSF, durante os anos de 2015 e 2016. As 24 oficinas foram conduzidas no formato de roda de conversa, permitindo o esclarecimento de temáticas que foram propostas pelos próprios ACS, discussão de dificuldades e ações para solucioná-las.

Os ACS assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e as oficinas foram gravadas e transcritas na íntegra sendo, posteriormente, analisadas pela técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin.

Por 12 meses permanecemos com as pedras preciosas para instigar a reflexão/ação e, durante esse período, evidenciamos a EPS como a ferramenta transformadora daquelas realidades. Portanto, nosso objetivo aqui é compartilhar a nossa experiência por uma perspectiva reflexiva, evidenciando o antes – como os ACS

se sentiam com a sua atuação? -, o durante – o que foi cultivado durante esse processo? - e o depois – nós transformamos as ações dos ACS?

O QUE ENCONTRAMOS...

Durante o desenvolvimento da pesquisa ficamos pasmos com a realidade encontrada. Como graduandos em enfermagem, nos foi ensinado a respeito da legislação do SUS, atenção básica, direitos e deveres dos seus trabalhadores. Aprendemos a respeito da política de humanização, do acolhimento e os manuais que regem a prática dos profissionais. Ouvimos ainda o discurso proferido por colegas e professores: “No papel é perfeito, mas a realidade é diferente”. Tudo para que sempre soubéssemos o que deve ser feito e o que na verdade estava sendo feito.

O cenário do desenvolvimento da pesquisa se deu em meio a negociações entre os ACS e a Prefeitura Municipal de Saúde de Campina Grande, em prol de melhoria de condições de trabalho dos supracitados. Dentre as conquistas podemos elencar o aumento salarial e redução da carga diária de trabalho para 06 horas corridas. Devido essas negociações diversos episódios de paralizações e greves prolongadas ocorreram, gerando um atraso no cronograma das nossas atividades, contudo, não foi impedimento para elas não serem efetivadas.

As oficinas foram espaços de discussões e desabafos dos ACS. Experiências e histórias foram compartilhadas, sendo muitas delas a respeito das dificuldades que eles vivenciam: sobrecarga de trabalho, insuficiência de material, apoio, capacitações e cursos direcionados a esses trabalhadores, sendo este último podendo ser visto na fala a seguir, carregada de desmotivação:

“Quem deveria ter passado esse curso [online] para nós? A Secretaria Municipal de Saúde, a gente só está sabendo que esse curso existe por meio dos estudantes, isso é um absurdo! Jogaram a gente desde janeiro nesse trabalho [...] sem treinamento nenhum, sem orientação nenhuma [...] sabendo que já tinha uma rica informação dessa para nos dar[...] nosso trabalho é de prevenção e orientação, mas trabalhar como a gente está trabalhando[...], a gente está tendo a rica oportunidade de ter vocês para nos passar isso. E quem não tem? [...] eu não tô vendo falar de outra pessoa ali a não ser o ACS, é um curso especificamente pro ACS e o ACS não sabe que existe...” (Turquesa).

Essa fala exemplifica o sentimento de revolta que os ACS demonstraram para com a equipe e gestão do município. Vimos que existem pouca comunicação e orientação a respeito de uma educação contínua com esse profissional.

O pouco incentivo apoio e orientação por parte da equipe também são ressaltadas e diversas problemáticas surgem. Seus relatos evidenciam o sentimento de desvalorização frente as ações e cuidado do ACS com a comunidade.

“Nós ACS, estamos tão desmotivados [...] tudo que a gente da aqui em ideia não faz [...] nossa palavra não vale de jeito nenhum [...] já passou enfermeira aqui que chamou o técnico e falou _você está proibido de falar com os ACS! porque você é profissional, não é pra se misturar! [...] olhe, pra você ter uma ideia, nós ACS era PSF agora a gente voltou a ser PACS do mesmo jeito que era antigamente, a gente não faz parte da saúde da família mais não, voltou a ser PACS.” (Safira).

“Está muito difícil o trabalho da gente, porque o serviço aqui não está mais sendo um serviço.” (Esmeralda).

“A gente se sente só! Acontece coisas que agente se sente só, as responsabilidades de uma equipe, a gente praticamente faz só”. (Copo de Leite).

Os ACS sentem-se desmotivados, a equipe não os valoriza, e sua voz pouco é ouvida. Vimos que a hierarquização é um elemento forte nas ideias da equipe de saúde da família, ocasionando em alguns momentos uma convivência conflituosa e ações embasadas nas relações de poder. Tal situação já tem refletido na comunidade, pois os ACS que antes eram respeitados e necessários, hoje, a comunidade os recebe por “educação”, pois todo problema, toda tentativa de solução nem sempre é abarcada pela equipe, como relatado:

“A gente teve uma médica que sabe o que foi que ela disse? Ela disse assim _eu não quero, a partir de hoje eu proíbo que vocês cheguem cedo, sabe por quê? Porque me da raiva, chega me da uma coisa quando eu abro a porta da sala e vocês estão no corredor porque eu já sei que vocês só vem me trazer problema_ ela disse na cara”. (Rubi).

“Se a gente fizer alguma coisa dessas [dose supervisionada em usuários com tuberculose] quando chega aqui, a gente é criticada _quem mandou você fazer?_ [...] tem coisas que a gente pode fazer, uma orientação, arrumar uma passagem pra mãe ir, ir com a mãe, como eu já fui. Agora tem coisas que a gente vê, descobre e não pode fazer nada. A gente tinha PSF mas só que agora a gente não faz PSF.” (Safira).

Relatos que incomodam àqueles que lutam em desenvolver uma atenção primária justa, eficaz e resolutiva; àqueles que lutam por um SUS de verdade, que lutam pela “perfeição que está no papel”. Relatos que nos fazem sentir incapazes, porém instigados e motivados a conquistar uma solução.

“(…) não é só a gente que sente, são os próprios pacientes que reclamam e vê que as coisas hoje em dia são muito frias, valoriza muito número, muito dados, a gente viveu com profissionais aqui que a gente em dizer o nome do paciente, o profissional identificava [...] hoje em dia o paciente vem cinquenta vezes pro mesmo profissional, que se você dizer assim “aquela paciente que acabou de sair daqui”, “lembro mais quem é não”, pode ser a sobrecarga de trabalho, pode, pode usar essa desculpa, mas não é, porque a gente já viveu dificuldades muito maiores aqui, quando não era urbanizado e o comprometimento com os profissionais fazia com que eles tivessem mais atenção às pessoas”. (Rubi).

Portanto, em meio às oficinas o que encontramos foi o sentimento de desvalorização e desmotivação desses trabalhadores frente à sua atuação. Política e legislação, conquistadas através de um contexto histórico recheado de lutas dos movimentos sociais, sendo desrespeitadas por práticas profissionais negligentes.

O QUE CONSTRUÍMOS JUNTOS...

Em contrapartida aos relatos impactantes apresentados, as oficinas de trabalho permitiram a construção do conhecimento em coletivo, uma vez que proporcionaram um espaço de diálogo entre os amigos/colegas de trabalho. Momentos de experiências, práticas e dificuldades compartilhadas, assim como a identificação de soluções foram estabelecidos em conjunto. Os ACS demonstraram satisfação pela metodologia escolhida e efetivada por nós, como pode se evidenciar nas falas:

“(…) a gente mostrou que foi tão bom que teve dia de paralisação e a gente veio pra participar, eu adorei.” (Safira).

“(…)o diferencial das oficinas foi justamente a gente poder falar, poder perguntar (…) a dedicação de fazer direcionado pra gente, na linguagem que a gente entendesse (…”. (Rubi).

“(…) além da gente adquirir conhecimento, a gente também passa isso pra comunidade. A gente tem a segurança de chegar em uma visita (…) e a gente ter o conhecimento de esclarecer a dúvida deles, de orientar, como nosso trabalho é a prevenção, então, é muito bom a gente ter esses conhecimentos.” (Ametista).

Portanto, incluí-los no processo da construção do conhecimento foi essencial. Nessa perspectiva, reforçamos: Quebrar a hierarquização na atenção primária é preciso. Fazer com que todos os profissionais tenham o compromisso de realizar o que lhes é atribuído pela legislação é fazer saúde. Trabalhar em equipe e quebrar a vertente tradicional e biomédica, onde o processo de trabalho é concentrado no saber do médico e enfermeiro, dividindo os trabalhadores segundo suas atribuições e/ou

especialidades, o que fere o caminhar da produção de um cuidado integral, digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (3).

Para romper com esse panorama, a cogestão lança a proposta de exercermos uma gestão compartilhada e participativa, onde o poder não está concentrado, mas sim, distribuído entre os demais sujeitos, espelhando-se em um líder. Seria inserir a subjetividade, os desejos dos trabalhadores, para a operação e construção das organizações, considerando também o diálogo com as necessidades sociais (4).

A cogestão é democrática e “depende da capacidade social de se construírem espaços de poder compartilhado: rodas. [...] a democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões.” (4: 41). Ela promove a capacidade reflexiva e a autonomia dos sujeitos, possuindo como alicerce o compromisso e solidariedade com o interesse público. Ela se destina à transformação do poder institucional na rede, a partir de relações horizontais, visando objetivos e objetos que devem ser compartilhados (5).

Portanto, unir a cogestão e a EPS é sinônimo de transformação das práticas cotidianas dos trabalhadores do SUS. A EPS, com o objetivo de instigar a reflexão/ação para a resolução dos problemas apresentados no cotidiano profissional, colaborando com a sensibilização tanto individual como coletiva de responsabilidades e direitos à saúde, e a cogestão, que prevê o compartilhamento do planejamento de estratégias e ações em caminho à um objetivo em comum.

Com tais princípios, conseguimos mudar a realidade dos ACS de ambas as UBSF, promovendo a sua autovalorização profissional e os incentivando a praticar o pensamento crítico/reflexivo no desempenho das suas ações na comunidade.

“Levantaram a autoestima da gente”. (Rubi).

“(...) foi muito importante pra gente e eu espero que apesar dos problemas, das dificuldades, dos obstáculos que a gente sabe que encontra, que você nunca desista de repassar o conhecimento pra quem quer aprender. Independente de a gente estar numa equipe que não está nem aí, mas a gente tem outras pessoas que querem aprender algo.” (Ametista).

INICIANDO PROCESSOS DE EPS COMO FERRAMENTA DA COGESTÃO EM SAÚDE...

A EPS nos permitiu enquanto pesquisadores de IC propor e vivenciar o processo de construção de conhecimento junto aos ACS, colaborando com o enfrentamento das dificuldades elencadas no seu processo de trabalho, propiciando

um espaço democrático/coletivo na resolução de problemas, no fortalecimento de seu trabalho e na construção de conhecimentos, considerando o saber popular do ACS e o saber científico trazido pelos pesquisadores.

A autoestima desses profissionais foi renovada, os ACS foram “ouvidos” e as intervenções colaboraram para o enfrentamento das fragilidades encontradas e no fortalecimento de seu trabalho junto à comunidade.

A utilização da EPS no formato roda de conversa demonstrou sua versatilidade no diagnóstico e intervenção dos problemas vivenciados por esses profissionais, onde foi notório o desenvolvimento dos ACS quando ouvidos e instigados a refletir sobre seu processo de trabalho, permitindo assim, produzir novos significados em suas ações e melhorando as suas condutas na prática da prevenção e cuidados em saúde.

“A nossa vida é um aprendizado eterno, a gente nunca vai deixar de aprender.” (Ametista).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. CNPq: PIBIC. Brasília, 2017 [cited 2017 jul 19]. Available from: <http://cnpq.br/pibic>
2. Coriolano MWL, Lima MM, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2012 [cited 2017 set 14];10:1:37-59; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a03.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 jul 09]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf
4. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
5. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. Physis Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [cited 2017 jul 30];20:4:1245-65; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a10v20n4.pdf>

Recebido: setembro / 2017

Aceito: outubro / 2017