



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Macedo Cardoso, Ivana

“Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando
contribuições

Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 1, mayo, 2012, pp. 18-28

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263672002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

“Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições¹

‘Circles of Permanent Education’ in Primary Health Care: analysis of their contributions

Ivana Macedo Cardoso

Médica Pediatra e Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva. Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, ES.

Endereço: Rua Waldomiro Antônio Pereira, 55, apto 702, Mata da Praia, CEP 29066-290, Vitória, ES, Brasil.

E-mail: ivanacardoso@terra.com.br

¹ Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3ª edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido menção honrosa como “Experiências Exitosas”.

Resumo

O Ministério da Saúde instituiu, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Essa política propõe que os processos educativos desses profissionais se dêem de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, sugere que a transformação das práticas profissionais se baseie na reflexão crítica sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes na rede de serviços de saúde. Tomando como referência as Rodas de Educação Permanente propostas para os Pólos de Educação Permanente em Saúde dos Estados, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, adotou esse dispositivo em sua política educacional e de humanização, implantando, em 2005, as “Rodas de Educação Permanente” na rede de Atenção Básica. Essas Rodas tinham como princípios norteadores a Política Nacional de Educação Permanente, na vertente da educação, o Método da Roda, na vertente da gestão, e a Política Nacional de Humanização na vertente do cuidado. Uma primeira avaliação desse dispositivo, conduzida pela Secretaria Municipal com apoio de consultores do Ministério da Saúde, em 2006, indicou que as “Rodas” representam um importante espaço coletivo de discussão nas unidades de saúde da rede municipal de Atenção Básica de Vitória, e apresentam um potencial para promover a gestão participativa e a apropriação das políticas de saúde pública pelos trabalhadores e humanizar as relações de trabalho.

Palavras-chave: Educação; Profissionais de saúde; Atenção Básica.

Abstract

In 2004 the Brazilian Ministry of Health instituted the National Policy of Permanent Education as a strategy for training and developing SUS' employees. This policy states that the educational process offered to these professionals should be decentralized, ascendant and transdisciplinary. Relying on principles of meaningful learning, this policy proposed that the transformation of professional practices should be based upon critical thinking of the work process developed by the teams at the health system's units, and suggested that the states adopt Circles of Permanent Education. Taking these suggestions as a reference, the Municipal Secretary of Health of Vitória, capital city of the state of Espírito Santo, adopted this tool in its humanization and educational policy, implanting the "Circles of Permanent Education" in Primary Health Care in 2005. The guiding principles of these circles regarded three aspects of health services, namely training, management and care, and were based in white papers (National Policy of Permanent Education; the Circle Method; National Policy of Humanization). This paper presents the first evaluation of this tool, conducted by the Municipal Secretary and supported by consultants of the Ministry of Health in 2006. Results indicated that the 'Circles' represent an important collective space for discussion at the health units of Vitória's municipal network of Primary Care, and are potentially helpful in promoting participative management, the appropriation of public health policies by the workers, and in humanizing work relations.

Keywords: Education; Health Personnel; Health Primary Care.

Introdução

Ao analisarmos um problema na área de saúde pública no Brasil de maneira contextualizada, descobrimos a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas tanto inter-setorialmente quanto nos vários níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A resolução desses problemas nem sempre passa pela realização de atividades educacionais para os profissionais de saúde, mas, sem dúvida, o desenvolvimento dos trabalhadores é crucial quando se pretende mudar o modelo de saúde e melhorar a qualidade da atenção.

Atualmente, no Brasil, formam-se profissionais de saúde que dominam diversas técnicas e tecnologias, mas incapazes, em sua maioria, de lidar com a subjetividade e a diversidade cultural das pessoas. Também não possuem, muitas vezes, as habilidades necessárias para trabalhar de forma integrada em equipe e enfrentar questões como a organização da assistência à saúde, a implementação dos princípios do SUS, o direito universal à saúde e à informação, a necessidade de ampliar a autonomia das pessoas e lidar com problemas sociais e comportamentais (MS, 2003). Das instituições de ensino em saúde do país, esperam-se mudanças nos processos de formação, para que sejam adequados à realidade de saúde da população e às exigências de novas práticas de saúde demandadas por um novo modelo de assistência (Arruda, 2001; Marins, 2004).

A Educação Continuada desses profissionais tem se caracterizado pela realização de capacitações pontuais, na sua maioria de caráter programático e centralizado, com conteúdos padronizados, visando à atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas, desconsiderando as realidades locais e as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores, e conseqüentemente provocando pouco impacto nas práticas de saúde. Tais capacitações, baseadas na organização disciplinar e de especialidades, conduzem ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à perpetuação da formação de profissionais que não conseguem lidar com as totalidades ou realidades complexas (MS, 2003).

Já a "Educação Permanente em Saúde" pode ser considerada um desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais

de saúde. No caso brasileiro, parece haver nos movimentos de mudança da atenção e formação em saúde uma ampla intimidade cultural e analítica com Paulo Freire, no sentido de ter a educação como elemento transformador dos sujeitos em indivíduos com capacidade de refletir criticamente sobre sua realidade e intervir sobre ela

A educação permanente é a definição pedagógica para o processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais (Ceccim e Capozzolo, 2004, p. 381).

A Educação Permanente ganhou estatuto de política pública na área de saúde a partir da difusão pela Organização Pan-Americana de Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal da Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região, reconhecendo que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz de gerar a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança do cotidiano (Ceccim, 2005).

Para David Ausubel, psicólogo da aprendizagem, o principal ponto no processo de ensino é que a aprendizagem seja significativa, isto é, que o material a ser aprendido faça algum sentido para o aluno. Isto acontece quando a nova informação “ancora-se” nos conceitos relevantes já existentes na estrutura cognitiva do aprendiz. Cada aluno faz uma filtragem dos materiais que têm significado ou não para si próprio (Ausubel e col., 1978).

Na aprendizagem significativa, educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo de ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento. Os conteúdos trabalhados devem necessariamente ter potencial significativo (funcionalidade e relevância para a prática profissional), além de responder a uma significação psicológica, de modo a valorizar elementos pertinen-

tes e relacionáveis dentro da estrutura cognitiva do estudante (conhecimentos prévios). Para que isso aconteça, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social (MS, 2005a).

O Ministério da Saúde instituiu em 2004, através da Portaria nº 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (MS, 2004a). Essa política estabelece que os processos educativos desses profissionais se dêem de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes na rede de serviços de saúde. Assim, a mudança das estratégias, da organização e do exercício da atenção à saúde deverá ser construída na prática concreta das equipes, de forma participativa, a partir da problematização do processo de trabalho local.

A Educação Permanente em Saúde possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco são os processos de trabalho (formação, atenção, gestão, controle social), seu alvo são as equipes (unidades de produção), seu lócus de operação são os coletivos, pois o olhar “do outro” é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de “incômodos” (MS, 2005b, p. 132).

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - SEMUS (capital do Estado do Espírito Santo, com 314.042 habitantes) - vinha desenvolvendo desde 2001 o então denominado “Programa de Educação Permanente”, que tinha como foco a melhoria das competências clínicas dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família do município (Cardoso e col., 2005). Em 2005, com a mudança de governo municipal, foi criada a Coordenação de Educação em Saúde na SEMUS, que adotou como diretriz educacional para os trabalhadores da rede municipal a Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde.

Essa política previa a criação dos Pólos de Educação Permanente nas regiões de saúde do país, com a finalidade de gerir os processos de formação e capacitação dos trabalhadores do setor saúde em seu território de abrangência. Para isso estabelecia como estratégia de gestão dos pólos as “Rodas de Educação Permanente”, instância de negociação e pactuação composta pelos distintos atores que constituíam o chamado “quadrilátero de formação”: instituições de ensino em saúde, trabalhadores, usuários e gestores do setor saúde de cada região (MS, 2004b). A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais e valorizar as capacidades instaladas, contribuindo para o desenvolvimento das potencialidades existentes em cada realidade e para uma aprendizagem significativa e capacidade crítica; finalmente, deveria contribuir para desenvolver a autogestão no campo da educação em saúde.

Tomando como referência as Rodas de Educação Permanente propostas para os Pólos, a SEMUS adotou esse dispositivo em sua política educacional e de humanização, implantando em 2005 as “Rodas de Educação Permanente” (REP) na rede de Atenção Básica - Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, unidades de serviço da rede e Centros de Referência municipais. Essas Rodas tinham como princípios norteadores a Política Nacional de Educação Permanente, descrita anteriormente, na vertente da educação, o Método da Roda na vertente da gestão e a Política Nacional de Humanização na vertente do cuidado.

O Método da Roda (Método Paideia), criado por Campos (2000), pode ser definido como “um método crítico à racionalidade gerencial hegemônica, propondo uma reconstrução operacional dos modos para fazer-se a co-gestão de instituições e para a constituição de sujeitos com a capacidade de análise e de intervenção” (Campos, 2000). Consiste em estabelecer espaços coletivos de “ofertas e demandas” que, submetidos à análise cotidiana, se pressupõem em projetos, tarefas, ações. Parte dos pressupostos de que a produção de uma obra é o trabalho de um coletivo, e que as pessoas são construídas em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si, e que o trabalho é um dos modos de consti-

tuição desses, dos coletivos e instituições. O Método da Roda propõe ativar a produção de subjetividade, potencializando a autonomia e o protagonismo dos indivíduos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2004 tem como diretrizes principais o acolhimento, a gestão participativa, a valorização do trabalhador, a clínica ampliada e os direitos do usuário (MS, 2004c). A Política Municipal de Humanização de Vitória, lançada em 2005, estabeleceu três dispositivos de atuação no âmbito da SEMUS: o Grupo de Trabalho em Humanização, a implantação dos Comitês Gestores Regionais e a Rodas de Educação Permanente.

A cartilha de Gestão Participativa/Cogestão da PNH define cogestão como

[...] um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (MS, 2004d, p.6).

Esse modelo de gestão propõe o trabalho centrado na equipe e na construção coletiva - planeja quem executa; tal modelo garantiria que o poder seja de fato compartilhado, e que ao mesmo tempo sejam promovidas a motivação e autoestima dos profissionais, criatividade na busca de soluções e responsabilidade social. Assim, as REP passaram a se constituir em um dispositivo de cogestão, humanização e educação permanente. As Rodas de Educação Permanente da SEMUS são espaços de discussão do processo de trabalho entre profissionais da equipe de saúde local, gestores, usuários do SUS e instituições de ensino em saúde (professores e alunos que utilizam as unidades como campo de aprendizagem). Os objetivos estabelecidos pela SEMUS (2006) foram os de:

- contribuir para a transformação das práticas de saúde, melhorando a qualidade do cuidado e promovendo a humanização da assistência;
- promover a gestão participativa, afirmando a indissociabilidade gestão/atenção;
- Fortalecer o trabalho em equipe, integrando saberes e profissionais;

- realizar levantamento de problemas na percepção dos trabalhadores, gestores e usuários e construir coletivamente as soluções;
- disparar processos e apontar temas prioritários a serem aprofundados em fóruns, capacitações ou oficinas específicas; e
- Promover a participação popular na construção do SUS.

A SEMUS iniciou a implantação das REP em quatro das seis regiões de saúde do município, em setembro de 2005, ampliando para as seis regiões em fevereiro de 2006. As reuniões ocorriam em horário de trabalho, a cada quinze ou trinta dias, e a participação era voluntária. O número de Rodas por unidade de saúde variava de uma a quatro por serviço, dependendo da realidade local (número de profissionais e equipes de PSF, grupos focados em temas específicos, etc.). O número de participantes por Roda também variava de acordo com a escolha dos próprios serviços.

A SEMUS enviava às REP um ou dois facilitadores por grupo, provenientes de um grupo de 22 técnicos da Coordenação de Educação em Saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social e pedagogo) que tinham concluído o Curso de Formação para Facilitadores de Educação Permanente promovido pelo Ministério da Saúde e FIOCRUZ, e que já tinham experiência em educação para profissionais de saúde.

Em novembro de 2006, 25 dos 38 serviços da rede municipal de saúde haviam criado 56 grupos de REP. A grande maioria das Rodas acontecia nas Unidades de Saúde da Família, por apresentarem situação mais crítica do ponto de vista da organização do serviço. A instalação de Rodas nas unidades de Pronto-Atendimento foi dificultada pelo regime de plantão dos profissionais.

A avaliação das REP impôs-se como necessária por se tratar de uma experiência nova no âmbito da SEMUS e do Estado do Espírito Santo (baseada nas concepções de uma política de educação para profissionais de saúde lançada recentemente pelo Ministério da Saúde), que envolveu grande parte da rede de Atenção Básica do município, e teve como condutores técnicos da rede sem experiência prévia semelhante.

Métodos

A avaliação foi elaborada e conduzida pela Coordenação de Educação em Saúde da Secretaria, com apoio de consultoria do Ministério da Saúde, com o objetivo de analisar a contribuição das Rodas de Educação Permanente na transformação das práticas de saúde na rede de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, com os objetivos específicos de:

- 1) Quantificar a participação dos diversos atores (gestores, profissionais de saúde, usuários e instituições de ensino) nas Rodas de Educação Permanente (REP);
- 2) Conhecer o entendimento dos profissionais de saúde sobre esse novo dispositivo;
- 3) Identificar possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho das unidades de saúde promovidas pelas Rodas;
- 4) Avaliar o potencial das REPs como instrumento de gestão participativa;
- 5) Avaliar o grau de satisfação dos profissionais de saúde em relação às Rodas.

Para isso foram realizadas duas oficinas conduzidas por dois consultores do Ministério da Saúde para os facilitadores das REPs, no primeiro semestre de 2006, quando foram construídos indicadores de processo e resultados para o monitoramento e avaliação dessas (SEMUS, 2006). A partir daí, foram elaborados três instrumentos de coleta de dados para o cálculo desses indicadores e análise qualitativa das Rodas (SEMUS, 2006). Foram eles:

- 1) Planilha 1: para quantificação da participação dos diversos atores nas Rodas e registro de temas discutidos e capacitações realizadas, que foi preenchida pelos facilitadores em todas as reuniões das REP que ocorreram nos meses de julho, agosto e setembro daquele ano;
- 2) Planilha 2: de decisões tomadas e implementadas pelas REP nos serviços de saúde, construída pelos participantes das Rodas, no mês de novembro;
- 3) Pesquisa de avaliação da satisfação dos profissionais de saúde em relação às REP, realizada no mês de novembro.

A consolidação e análise dos dados foram feitas pela Coordenação de Educação em Saúde no mês de dezembro de 2006 e apresentada ao grupo de facilitadores em janeiro de 2007 e ao Comitê Gestor Ampliado da Secretaria no mês de julho do mesmo ano.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos a partir da Planilha 1 são apresentados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Unidades de serviço da Secretaria Municipal de Saúde com Rodas de Educação Permanente, segundo tipo, Vitória, ES, 2006

Unidades de Serviço	Total	Com REP	%
Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família	28	21	75,0
Centros de Referência	7	2	28,5
Pronto-Atendimentos	2	-	-
Laboratório	1	1	100,0
Total	38	25	65,7

Fonte: SEMUS, 2007

Dentre os diversos atores participantes das Rodas (gestor, usuário, instituição de ensino e profissionais de saúde), o segmento de maior participação foi o dos profissionais de saúde, presente em 100% das REP. Dos 2781 servidores da SEMUS em 2006, 53,3% participavam das Rodas. Constatou-se também que a grande maioria dos servidores dos locais em que havia REPs participava das reuniões, com variações de uma unidade para outra. Todas as categorias profissionais dos níveis superior e médio frequentavam as Rodas, sendo a maior participação em números absolutos a dos Agentes Comunitários de Saúde e a menor a do farmacêutico, apesar da lotação desse profissional em praticamente todas as Unidades de Saúde da rede municipal.

Tabela 2 - Rodas de Educação Permanente segundo participação dos diversos atores, Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, ES, 2006

Rodas /Atores	N	%
Rodas com Profissionais de saúde	56	100,0
Rodas com Diretores das Unidades	37	66,1
Rodas com Instituições de ensino	15	26,8
Rodas com Usuários	2	3,6
Total	56	100,0

Fonte: SEMUS, 2007

A participação dos usuários nas REP foi insignificante, muitas vezes por resistência dos próprios profissionais de saúde que sentiam que os serviços não estavam organizados o suficiente para dar respostas às cobranças dos usuários, recusando-se a convidá-los para as reuniões. Isso ocorreu apesar do fato de que, em Vitória, todas as Unidades de Saúde possuem Conselho Local de Saúde, além do Conselho Municipal de Saúde.

O interesse das Instituições de Ensino que utilizavam as Unidades de Saúde como campo de estágio pelas Rodas foi grande, porém dificultado em alguns locais por incompatibilidade de agenda.

Já a participação dos gestores locais, diretores das unidades de serviço da rede, não foi tão grande quanto se esperava. As justificativas alegadas para a ausência nas reuniões eram as demandas urgentes da SEMUS, mas outras hipóteses aventadas pelos facilitadores das Rodas foram a não adesão ao dispositivo pelo “incômodo” causado pelos questionamentos dos profissionais à gestão e o desconhecimento do potencial de construção de melhorias no processo de trabalho local pelas Rodas. Observamos que essa baixa participação do diretor em alguns serviços foi um fator que dificultou o trabalho nas Rodas, diminuindo a resolubilidade dos problemas discutidos e a efetivação da cogestão.

Os temas discutidos nas REP estavam relacionados em sua maioria à organização e aperfeiçoamento do fluxo de trabalho e da prestação de serviços nas unidades de saúde. São exemplos desses temas: formação de grupos de adolescentes nas unidades, organização da assistência aos diversos grupos de usuários (hipertensos, diabéticos, criança, mulher, população de rua), criação de projetos locais de promoção de saúde, fluxo de acolhimento e avaliação inicial, fluxo de atendimento da odontologia, adequação do espaço físico da unidade, etc. (SEMUS, 2007).

Além de discutir o processo de trabalho, as Rodas realizaram capacitações com metodologias ativas de aprendizagem em temas sugeridos pelos participantes ou pelos facilitadores, tais como os princípios da Política Nacional de Humanização (especialmente Acolhimento, Gestão Participativa e Clínica Ampliada), do Sistema Único de Saúde, da Estratégia de Saúde da Família, o Controle Social, a Carta de Direitos dos Usuários e o Pacto pela Vida (SEMUS, 2007).

Muitas vezes a resolução de um problema levantado nas REP extrapolava a alçada de autonomia da gestão local, e a gestão central era acionada para discutir o problema. Outras vezes, a resolução de um problema demandava um conhecimento técnico específico, e então as referências técnicas da Secretaria eram convidadas a participar das reuniões.

A Planilha 2 possibilitou a construção de um indicador descrito na tabela 3. Observa-se que a maioria das decisões tomadas pelas Rodas foi implementada pelos serviços, parcial ou totalmente, o que foi considerado positivo para um processo novo na rede.

Tabela 3 - Rodas de Educação Permanente segundo decisões tomadas e implementadas, Secretaria Municipal de Saúde Vitória, 2006.

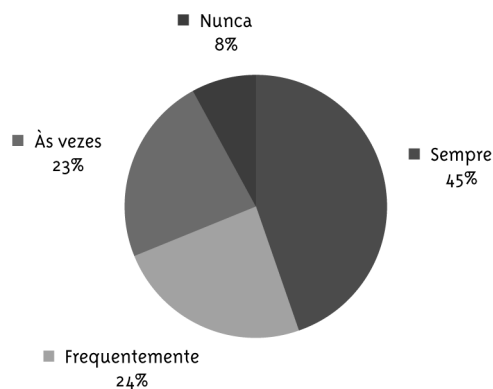
Decisões das REP	N	%
Decisões tomadas e não implementadas	107	25,2
Decisões tomadas e implementadas parcialmente	137	32,2
Decisões tomadas e implementadas totalmente	181	42,6
Total de decisões tomadas	425	100,0

Fonte: SEMUS, 2007

O terceiro instrumento de avaliação, a Pesquisa do Grau de Satisfação dos Profissionais em relação às Rodas foi aplicada no mês de novembro e consolidada em dezembro de 2006. Foram encaminhados 1500 questionários às unidades de serviço, dos quais 629 foram respondidos pelos servidores e devolvidos à Coordenação de Educação em Saúde. Os resultados dessa pesquisa são descritos a seguir (SEMUS, 2007).

A frequência de participação dos servidores nas REP é apresentada na Figura 1. As justificativas apresentadas para a participação foram: “Possibilidade de encontrar saídas para o enfrentamento de situações de trabalho dentro de um grupo multidisciplinar”, “Oportunidade de aprendizagem”, “Interesse em promover melhorias na unidade”, “Fortalecer o trabalho em equipe”, “Construção de soluções coletivas”, “Troca de idéias e informações”, “Espaço de planejamento coletivo”, “Conhecimento da área de saúde”, “Necessidade de integração profissional/gerência”, “Espaço de humanização do trabalho”, “Decidir juntos a melhor maneira de fazer saúde”.

Figura 1 - Participação dos profissionais de saúde nas Rodas de Educação Permanente, segundo frequência, Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2006 (629 questionários)



Fonte: Pesquisa de satisfação em relação às rodas de Educação Permanente, SEMUS, 2006.

As justificativas apresentadas para a falta de participação foram: “Falta de substituto no setor”, “Agenda de pacientes não desmarcada”, “Outras demandas da Unidade de Saúde”, “Horário incompatível com horário de trabalho”, “Sou recém-

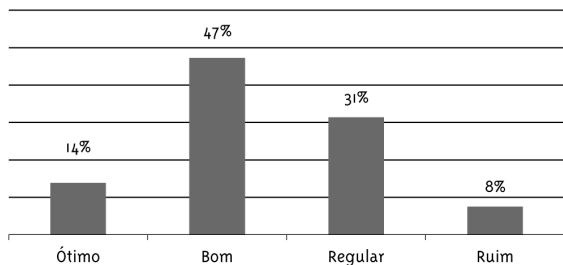
contratado”, “Não fui avisado/ convidado”, “Baixa efetividade das rodas”.

A contribuição das Rodas na transformação das práticas de saúde nas unidades foi avaliada pelos servidores através de diversos itens apresentados na Figura 2. A maioria considerou as REP um ins-

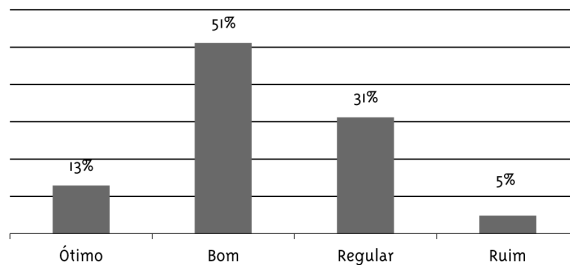
trumento “Bom” ou “Ótimo” para “fortalecer o trabalho em equipe”, “levantar problemas”, “construir soluções”, “organizar o processo de trabalho”, “melhorar a qualidade do cuidado prestado ao usuário”, “humanizar as relações de trabalho” e “promover a participação do usuário na construção do SUS”.

Figura 2 - Contribuição das Rodas de Educação Permanente na transformação das práticas de saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2006 (629 questionários respondidos).

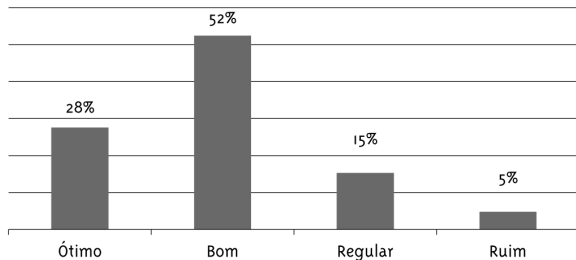
Humanizar as relações no trabalho:



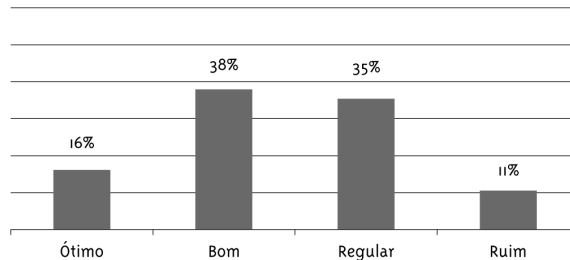
Fortalecer o trabalho em equipe:



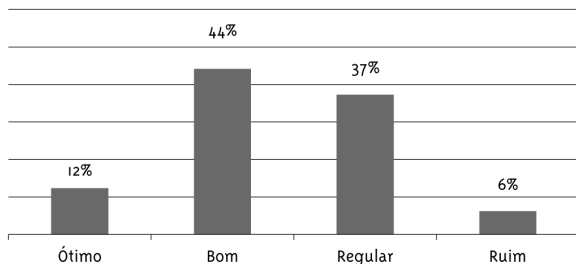
Levantar problemas:



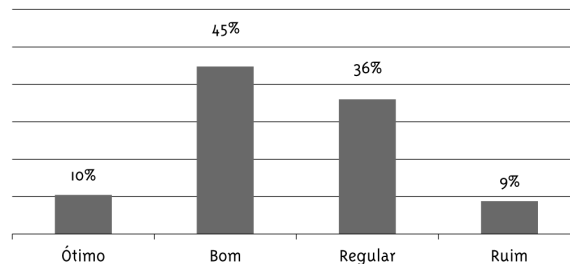
Construir soluções:



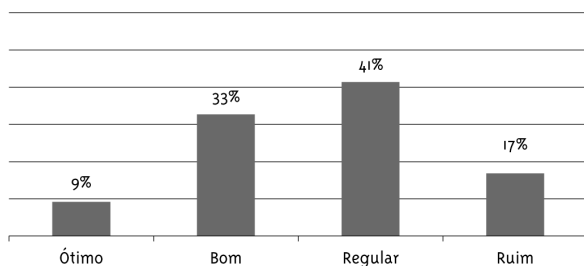
Organizar o processo de trabalho:



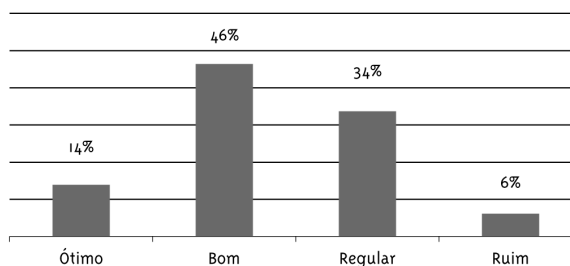
Promover a gestão participativa:



Promover a participação do usuário na construção do SUS:

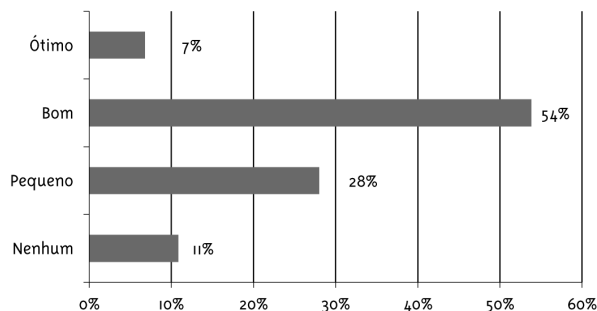


Melhorar a qualidade do cuidado prestado:



Fonte: SEMUS, 2007.

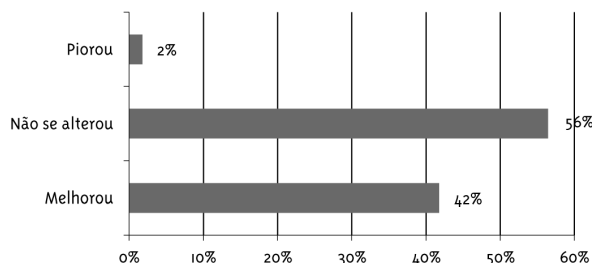
Figura 3 - Opinião dos servidores sobre crescimento/ desenvolvimento pessoal a partir da Rodas de Educação Permanente, Secretaria Municipal de Saúde, Vitória (629 questionários respondidos)



Fonte: SEMUS, 2007.

Os servidores classificaram seu crescimento pessoal a partir das REP (figura 3) como “ótimo” (8%), “bom” (54%), “pequeno” (27%) e “nenhum” (11%).

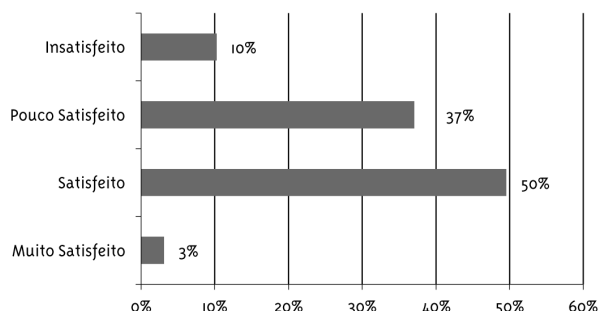
Figura 4 - Opinião dos servidores sobre mudanças detectadas no processo de trabalho nas unidades de saúde após um ano de Rodas de Educação Permanente, Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2006 (629 questionários respondidos).



Fonte: SEMUS, 2007.

A opinião dos servidores sobre mudanças no processo de trabalho das unidades é apresentada na Figura 4. O grau de satisfação com as REP é apresentado na figura 5. Observamos que em alguns casos a insatisfação estava relacionada com a baixa resolubilidade de algumas Rodas e em outros casos com incômodos gerados pela discussão em equipe.

Figura 5 - Grau de satisfação dos servidores em relação às Rodas de Educação Permanente, Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2006 (629 questionários respondidos).



Fonte: SEMUS, 2007.

O questionário da pesquisa pedia sugestões para melhoria das REPs. Dos 629 questionários respondidos, 321 apresentaram pelo menos uma sugestão. Agrupamos essas respostas por similaridade nos itens que seguem:

- a) Aumentar a resolutividade das Rodas, “apresentando” soluções para os problemas detectados;
- b) Melhorar a condução das Rodas, promovendo maior objetividade nas discussões e “fechamento” dos assuntos debatidos;
- c) Estimular uma maior participação numérica dos funcionários nas reuniões;
- d) Presença mais constante do diretor da unidade nas reuniões;
- e) Capacitação dos funcionários para melhorar atendimento / acolhimento;
- f) Maior atuação de setores do nível central da SEMUS na resolução de problemas detectados;
- g) Pactuar metas com prazos;
- h) Promover monitoramento e avaliação dos resultados obtidos pelas REPs;
- i) Socializar os trabalhos das Rodas;
- j) Cobrar maior comprometimento dos profissionais na execução das decisões tomadas;
- k) Promover a participação do usuário nas rodas.

Conclusões

As REP foram um dos pilares da Política Municipal de Humanização de Vitória, sendo provavelmente o único dispositivo dessa política que tenham levado as marcas da humanização ao conhecimento e discussão para a maioria dos servidores da Secretaria.

Os resultados da avaliação realizada indicam que as REP se constituíram em um importante espaço de discussão do processo de trabalho das equipes de saúde. Antes das Rodas, não havia espaço coletivo nas unidades que discutisse esse tema congregando todas as categorias profissionais e o gestor de cada serviço. As reuniões de equipe realizadas anteriormente caracterizavam-se pelo repasse de informes pelo diretor, e as reuniões dentro das equipes de Saúde da Família não tocavam nos temas centrais ou estruturantes das unidades. Os servidores passaram a se conscientizar mais das questões da gestão e a participar da tomada de decisões locais, consolidando-se assim um importante dispositivo de co-gestão.

As REP representaram um importante espaço de capacitação, especialmente em temas de saúde coletiva, mas não chegaram a realizar uma articulação com as outras instâncias que realizavam capacitações na Secretaria, perpetuando assim a fragmentação do processo educacional tradicional para os servidores.

A participação dos usuários e dos gestores nas REP não aconteceu a contento e precisa ser mais estimulada. As Rodas podem se constituir num importante momento de integração ensino-serviço, precisando para isso da maior frequência de alunos e professores das instituições de ensino nas reuniões.

Mas, sem dúvida, o segmento que mais se beneficiou com as REP foi o dos profissionais de saúde da rede municipal. Foi a primeira experiência de cogestão institucionalizada pela secretaria. Os servidores ganharam voz. Também ampliaram seu conhecimento sobre saúde pública e organização dos serviços. Cada categoria profissional passou a conhecer melhor o trabalho das outras, e as atribuições de cada uma foram discutidas. O trabalho em equipe foi dissecado e exposto. E, como era de se esperar, para muitos esse processo foi doloroso.

Muitos se sentiram incomodados, retirados de seu isolamento, e de seu processo particular e solitário de fazer saúde. Houve a tomada de consciência entre os trabalhadores de que o SUS está em construção, e de que todos os trabalhadores são protagonistas desse processo – o SUS não são “eles”, o SUS somos “nós”.

Como todo novo dispositivo, as REPs necessitam ser continuamente avaliadas e aperfeiçoadas. Essa primeira análise indica que elas apresentam um grande potencial para promover a gestão participativa, para fazer com que os trabalhadores se apropriem das políticas de saúde pública e para humanizar as relações de trabalho. No entanto, há desafios com relação às estratégias para melhorar a participação de todos os atores envolvidos e para que elas se tornem mais resolutivas. Apesar disso, as REPs parecem ser um caminho para a construção da integralidade da atenção e instituição da gestão participativa nos serviços de saúde, onde os atores envolvidos podem “decidir juntos a melhor maneira de se fazer saúde”.

Referências

- ARRUDA, B. K. G. (Org.). *A educação profissional em saúde e a rede social*. Recife: Instituto Materno-infantil de Pernambuco (IMIP)/Ministério da Saúde, 2001.
- AUSUBEL, D.; NOVAK, J.; HANESIAN, H. *Educational psychology: a cognitive view*. 2. ed. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1978.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, DF: Brasília, 2003.
- MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 fev. 2004a. Seção 1.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. *Caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, DF, 2004b.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF, 2004c.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Cartilha da PNH: gestão participativa/co-gestão*. Brasília, 2004d.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda*. Brasília, 2005a.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005b.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARDOSO, I. M.; MURAD, A. L. G.; BOFF, S. M. S. A institucionalização da educação permanente em saúde no Programa de Saúde da Família: uma experiência municipal inovadora. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 429-439, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

CECCIM, R. B. e CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência. In: MARINS, J. J. N. et al. *Educação médica em transformação*. São Paulo: Abem / Hucitec, 2004. p. 346-390.

MARINS, J. J. N. et al. *Educação médica em transformação*. São Paulo: Hucitec, 2004.

SEMUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Vitória). *Relatório da 2ª oficina sobre avaliação e indicadores das rodas de educação permanente*. Vitória, ES, 2006.

SEMUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Vitória). Coordenação de Educação em Saúde. *Relatório de Gestão 2006*. Vitória, ES, 2007.

Recebido em: 29/05/2011

Aprovado em: 20/10/2011