

**EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE: CAMINHOS PERCORRIDOS
NA REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA,
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieira Alves de Castro
Vice-Reitor: Paulo Roberto Volpato Dias

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna
Vice-Diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Gastão Wagner de Souza Campos

Conselho Editorial

Aluísio Gomes da Silva Junior (UFF)
Felipe Dutra Asensi (UERJ)
José Ricardo de C. M. Ayres (USP)
Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)
Lilian Koifman (UFF)
Madel Therezinha Luz (UFF e UFRGS)
Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)
Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)
Roseni Pinheiro (UERJ)
Yara Maria de Carvalho (USP)

CEPESC Editora

Editora do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-013
Telefone: (xx-21) 2334-0235 ramais 108 e 152
URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc
Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

CEPESC Editora é sócia efetiva do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL) e filiada à Associação Brasileira das Editoras Universitárias (ABEU).

Marta Gama de Magalhães
Flávia Helena M. de A. Freire
Roseni Pinheiro
Organizadoras

**EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE: CAMINHOS PERCORRIDOS
NA REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA,
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

CEPESC EDITORA – IMS/UERJ – ABRASCO

Rio de Janeiro - 2015

Marta Gama de Magalhães, Flávia Helena M. de A. Freire e Roseni Pinheiro
organizadoras

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CAMINHOS PERCORRIDOS NA REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA, ESTADO DO RIO DE JANEIRO

1ª edição / dezembro 2015

Revisão técnica: Ana Maria Auler Matheus Peres e Isabel de Almeida Prado

Projeto da capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação foi coordenada pela CIR Médio Paraíba (Sra. Sônia Machado) e CIES Médio Paraíba (Sr. Fredson Costa Serejo). Contou com os seguintes apoios: Secretaria Municipal de Saúde de Pirai (Sra. Maria da Conceição de Souza Rocha), Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda (Sra. Marta Gama de Magalhães) e do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Profa. Roseni Pinheiro).

Indexação na base de dados LILACS

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

E 24 Educação Permanente em Saúde: caminhos percorridos na Região do Médio Paraíba, Estado do Rio de Janeiro / Marta Gama de Magalhães, Flávia Helena M. de A. Freire e Roseni Pinheiro (organizadoras).- Rio de Janeiro: CEPESC Editora - IMS/UERJ – ABRASCO, 2015.

268 p.
ISBN: 978-85-89737-94-4

1. Integralidade em Saúde. 2. Educação Continuada - Rio de Janeiro. 3. Política de saúde – Rio de Janeiro. 4. Saúde Pública. I. Magalhães, Marta Gama de. II. Flávia Helena M. de A. Freire. III. Pinheiro, Roseni. IV. Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva. V. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. VI. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

CDU 614:37 (815.3)

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos, para esta edição, de CEPESC Editora. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa da editora.

Apresentação 9
ROSENI PINHEIRO

In memoriam 13
HOMENAGEM A TATIANA RAMMINGER

Parte I – Memória

A Educação Permanente em Saúde no Sul Fluminense:
o protagonismo da região do Médio Paraíba 17

IRENE MAGDA BORGES MAULER, MARTA GAMA DE MAGALHÃES,
SUELI SOLDATI ABRANCHES, MÔNICA DE ALMEIDA CARREIRO,
MARIA APARECIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA E VERA REGINA MENDONÇA.

Parte II – Orientação ético-político-pedagógica da CIES do Médio Paraíba: origem, metodologia e recursos financeiros

A criação das Comissões Permanentes de
Ensino e Serviço e o fortalecimento do SUS 51

MARIÂNGELA DE SOUZA E SILVA E FREDSON COSTA SEREJO

Metodologia da Educação Permanente na região do Médio Paraíba	67
LÉLISA PEREIRA OLIVEIRA, MARIÂNGELA DE SOUZA E MARTA GAMA DE MAGALHÃES	

A utilização de recursos financeiros na Política de Educação Permanente no estado do Rio de Janeiro: a vivência da região do Médio Paraíba	85
HELOÍSA HELENA SANTOS TEIXEIRA, MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA E FREDSON COSTA SEREJO	

PARTE III – Estratégias de ação na integração ensino-serviço

Educação Permanente na Rede de Atenção Psicossocial: a experiência do Curso de Atualização Técnica em Saúde Mental nas regiões do Médio Paraíba, Baía da Ilha Grande e Centro-Sul Fluminense	101
FLÁVIA HELENA M. DE A. FREIRE, RICARDO SPARAPAN PENA, ANA PAOLA FRARE GILMARA DA COSTA SILVA, JÉSSICA KELLY SOARES DO CARMO DE C. SILVA E ELOÁ NOGUEIRA	

Educação Permanente em Saúde Mental: (per)curso da atualização técnica em álcool e outras drogas da região do Médio Paraíba.....	117
TATIANA RAMMINGER, MARTINHO BRAGA E SILVA E PHILIPPE VELOSO CABRAL	

Pró-Saúde e PET-Saúde: nossas experiências de integração ensino-serviço	131
VERÔNICA LOPES LOUZADA VIDAL E SHEILA RODRIGUES D. FILGUEIRAS	

Rede de Telessaúde por município e região do Médio Paraíba	137
ROGÉRIO NOVAIS	

Experiência regional dos cursos do Hospital Sírio-Libanês	147
LAÍS DA GAMA DIAS SILVA	

Parte IV – Experiências municipais e regionais exitosas

SUS Permanentemente cidadão: duas experiências de saber-fazer controle e auditoria social na gestão da saúde em Pirai	155
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA, ALAN CARLOS DA SILVA E ROSENI PINHEIRO	

Volta Redonda

A experiência exitosa de Educação Permanente em Saúde: uma história de desafios e mudanças no modo de cuidar em saúde	203
LAÍS DA GAMA DIAS SILVA	

Pinheiral, Resende e Volta Redonda

Terapia Comunitária Integrativa e Educação Permanente em Saúde: experiências na região do Médio Paraíba	211
LAURIANE MARTINS SANTANA E MARILDA MACHADO FERNANDES	

Pinheiral, Resende e Volta Redonda

Terapia Comunitária: um relato do vivido	221
CARLA GOMES PEREIRA DA SILVA	

Pinheiral, Resende e Volta Redonda

Terapia Comunitária e Educação Permanente em Saúde: mais que uma técnica, uma inspiração	223
DAYSE RAMOS DUARTE	

Porto Real

Relato de uma experiência de Educação Permanente em Saúde: mudança de paradigma na realidade de uma recepção hospitalar	227
CARLA GOMES PEREIRA DA SILVA, FREDSON COSTA SEREJO E VANILA DE AZEVEDO NOVAES ROCHA	

Resende

Educação Permanente: percursos do Brasil
na saúde mental do município 233

MILENE SANTIAGO NASCIMENTO E ANGELA DOS SANTOS MONTEIRO

EPensando Resende: um relato de experiência
com Rodas de Educação Permanente em Saúde 239

ELUANA BORGES LEITÃO DE FIGUEIREDO, GUSTAVO ADOLF FICHTER
E LÍGIA MARIA FONSECA AFFONSO

O Consórcio Intermunicipal de Saúde
do Médio Paraíba (CISMEPA) e sua experiência
no campo da Educação Permanente em Saúde 245

RODRIGO LAGES

Volta Redonda, Pirai, Barra Mansa e Rio Claro
Tutoria no Curso de Desenvolvimento
Gerencial do SUS: um relato do vivido 259

RIZZIERI MESAQUE E SILVA

Sobre os autores 263

APRESENTAÇÃO

ROSENI PINHEIRO

*E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas*
Gonzaguinha
Caminhos do coração

Inspirada no conterrâneo nordestino Gonzaguinha, apresento um trabalho “*de tanta, muita, diferente gente*” no SUS, de uma das regiões mais aguerridas do estado do Rio de Janeiro – a região do Médio Paraíba.

Trata-se de uma coletânea que se insere como a narrativa da construção de tecnologias de gestão inserida em uma política de Educação Permanente em Saúde, envolvendo textos originais, escritos por diferentes profissionais, gerentes e gestores, centrados nos usuários de suas municipalidades. O caráter didático e pedagógico dessa trajetória, de investir na qualificação do cuidado, é a principal característica desta publicação, onde além

de atores são autores de sua própria história – afinal, *“toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas”*.

Mediante um convite da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da região do Médio Paraíba aos municípios que a integram, para que compartilhassem suas experiências bem-sucedidas no campo da Educação Permanente em Saúde, por meio de uma publicação específica, para atender a um fim específico: comunicar publicamente suas experiências e vivências nessa construção. Sem dúvida, encaramos um desafio de um trabalho responsável e comprometido com as ações de formação e transformação das práticas de trabalho em cada um dos municípios envolvidos, contextualizados em seus territórios de saberes e fazeres em saúde.

Em um momento tão crítico no país, apostar na Educação Permanente em Saúde como força motriz da gestão pública em saúde significa assumir o compromisso radical com a integralidade do cuidado e com a gestão participativa como princípio para a construção de processos democráticos no SUS da região.

A assertiva de pensar agindo na construção de uma gestão em saúde que reúne diferentes coletivos, de maneira participativa e inclusiva, como uma prática de visibilização de seus atores e práticas, valorizando seus saberes e fazeres, faz parte de um conjunto de estratégias que enfatizam o diálogo e reforçam a corresponsabilização com permanente dedicação à consolidação da política do Estado brasileiro para saúde – o SUS.

Como nos ensina Marta de Magalhães, atual secretária municipal de Saúde de Volta Redonda, *“os relatos apresentados nesta coletânea demonstram o esforço dos municípios da região na efetivação desta política no cotidiano dos serviços, para além das paredes e a partir das vozes que ecoam das práticas de trabalho”*.

Aproveito este momento também para agradecer a Maria da Conceição de Souza Rocha, atual presidente do Conselho de Secretários de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e secretária municipal de Saúde de Piraí, por todo seu empenho e retidão na operacionalização dos recursos e cumprimento das metas deste trabalho, sobretudo por seus ensinamentos, frutos de sua trajetória de luta intransigente pelos princípios do SUS, percorrendo os caminhos do direito à saúde desde as Ações Integradas em Saúde.

Com muita honra e satisfação, escrevo a apresentação desta coletânea, que para mim é muito caro, pois a trajetória desta região se confunde em muitos momentos, com minha própria trajetória intelectual, quando construí minha tese de doutorado sobre o modelo em defesa da vida do SUS de Volta Redonda – *Da defesa do aço à defesa da vida. O cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde: o caso de Volta Redonda* – sob a orientação da professora Ana Luiza Vianna. Desde então, nunca me afastei dela, em vários de meus estudos, pesquisas e trabalhos de ensino, pesquisa extensão, todas as vezes que se tratasse da temática da gestão cuidadosa no SUS.

É tão bonito quando a gente pisa firme

Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos

É tão bonito quando a gente vai à vida

Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração

Gratidão à região do Médio Paraíba, onde bate bem mais forte o meu coração!

Boa leitura para todos e que batam forte todos os corações!

IN MEMORIAM

Homenagem a Tatiana Ramminger

E no meio de muito trabalho, todos os dias, todas as horas, de muitas pessoas e de dias que repetiam a intensidade das diferenças que buscamos sustentar, sempre vinha Tatiana Ramminger afirmando sua indignação com as verticalidades e autoritarismos cotidianos, os quais ela não deixava passar em branco.

Múltipla em seus modos de ser, traduzia em si a delicada interface entre o mundo do trabalho e a Saúde Mental, palco das lutas que tomou para si e abraçou como um desafio de transformar as realidades onde se inseria. Fazia isso muito bem, pois dominava o ofício de provocar redes de afeto, trabalho e solidariedade, disparando conexões que interviam na composição das paisagens em torno da formação em saúde.

Tatiana, a Tati... Nossa Tati, a Tati de todos nós... Tati em todos nós. Por onde andou, provocou, instigou, ensinou e inspirou. Sua contribuição neste livro é mais uma das marcas da sabedoria que nos deixou. Tati não apenas falou de Educação Permanente, mas a movimentou.

Sua passagem por este conjunto de textos se expressa nas linhas de potência que escreveu para nós e inscreveu em nós. Por isso, dizemos que Tati educou. Educou nos deixando os ensinamentos de sua militância na saúde, na Luta Antimanicomial, nos Direitos Humanos e também na Educação Permanente. Por isso, sempre evocamos: “Tati Ramminger, presente!”

Parte I

Memória

A Educação Permanente em Saúde no Sul Fluminense: o protagonismo da região do Médio Paraíba

IRENE MAGDA BORGES MAULER
MARIA APARECIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA
MARTA GAMA DE MAGALHÃES
MÔNICA DE ALMEIDA CARREIRO
SUELI SOLDATI ABRANCHES
VERA REGINA MENDONÇA

Um pouco de história: a educação em saúde para o SUS

Com a “abertura política” e o fim da ditadura militar tiveram início, em nossa região e no país, mobilizações para a organização da saúde pública. Era urgente a atenção à população que sofria nas filas dos Institutos de Assistência Médica e dos hospitais, pautando as lutas pela garantia de atendimento à saúde com qualidade e dignidade.

Egressos da reforma sanitária, várias lideranças em saúde da região do Médio Paraíba constituíram o Grupo Alternativo de Saúde (GAS), que se reunia com as comunidades para falar em rodas sobre as políticas públicas de transição, do sonho das Ações Integradas de Saúde (AIS), sobre o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDES) em 1986. Em 1988, as rodas versavam sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a Constituição estabelecia que era dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o SUS.

A criação do SUS reorientou as estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva no Brasil, unificando o acesso da população aos serviços a partir dos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade nas práticas dos serviços. O conceito de saúde definido na nova Constituição norteava a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo das ações assistenciais (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal também estabeleceu, no âmbito do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde (BRASIL, 1988). Nas décadas de 1990 e seguintes, várias ações foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a capacitação de recursos humanos. Os projetos tinham por objetivo capacitar os trabalhadores do SUS para a implementação do sistema visando principalmente ao atendimento integral à saúde da população.

Com vistas à consolidação do SUS, tornaram-se prioritárias a reordenação da gestão nos diferentes níveis, a implementação da regionalização no atendimento à população e a implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorientação da atenção básica, reforçando a consecução da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade das ações e tendo como principal estratégia a articulação das áreas de atenção e gestão (BRASIL, 2003).

No cenário do ensino, os termos “educação continuada” (EC) e “educação permanente” (EP), foram discutidos no contexto das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos

Humanos, quanto ao seu papel na reestruturação das formas de intervenção educativa no interior dos serviços de saúde (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Como estratégia de formação para o SUS, o Ministério da Saúde desenvolveu diversos programas para qualificação dos profissionais da área de saúde, tais como Capacitação e Formação em Saúde da Família, por meio do Polo de Capacitação em Saúde da Família, Especialização e Residência em Saúde da Família; o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); o Programa de Qualificação das Equipes Gestoras do Sistema de Serviços de Saúde, que visavam ao aperfeiçoamento de Gestores e o Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básica de Saúde (GERUS), Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED) e cursos de formação de Conselheiros de Saúde, mestrados profissionais e outros (BRASIL, 2004c; 2004d).

Os Polos de Capacitação em Saúde da Família foram um espaço de articulação entre os serviços de saúde estaduais e municipais, buscando um novo processo de trabalho para profissionais, em quantidade e qualidade adequadas às necessidades do SUS, sendo as instituições de ensino superior responsáveis pela formação. Eles evidenciaram um momento relevante, vinculando a educação aos serviços de saúde, incorporando a dimensão do processo de trabalho como instrumental técnico-metodológico para a educação dos profissionais e formação na saúde.

Na Região Sul Fluminense, os profissionais acessaram esse processo de qualificação através do Polo de Vassouras, na Universidade Severino Sombra e do Polo da UERJ-RJ, o que resultou em aproximação entre as equipes dos diversos

municípios da região e, conseqüentemente, um intercâmbio entre os profissionais após o curso, tornando as relações interpessoais mais afetivas e informais. Criou-se uma rede de apoio para as situações de urgências e outros encaminhamentos na atenção primária.

Os polos também tiveram como objetivo criar condições para o aperfeiçoamento profissional e educação continuada dos trabalhadores do setor saúde, além de apoiar as mudanças na formação da graduação, principalmente de médicos e enfermeiros. Desta forma, além de cumprirem o papel de capacitar em curto prazo os profissionais já em exercício, os polos deveriam ser uma estratégia de fortalecimento e renovação das relações de cooperação entre universidades e serviços de saúde, como também de produção de alternativas ao modelo tradicional de formação, com relação a conteúdo, cenários de aprendizagem e metodologias (REDE UNIDA, 2000).

Os polos propunham atuar em três vertentes:

1. inicialmente, quando são formadas as Unidades de Saúde da Família (USF) por meio dos cursos introdutórios;
2. no processo de EP, promovendo a continuidade da primeira etapa, atendendo às necessidades das equipes de acordo com o perfil epidemiológico de cada região;
3. na formação dos profissionais de saúde, na graduação por meio das inovações metodológicas ou curriculares e na pós-graduação - especialização e residência (BADUY; OLIVEIRA, 2001).

Apesar de toda a estratégia desencadeada pelos polos, essas ações não produziram impacto sobre as instituições formadoras, nem mudanças nas práticas do sistema de saúde, porque os

processos instituídos reforçavam a fragmentação do trabalho das equipes e do processo de trabalho, com ênfase nas determinações sociais e técnicas da divisão do trabalho na saúde.

Mesmo com este cenário, o Ministério da Saúde manteve o processo de reflexão em curso, na busca pela transformação das práticas de trabalho, desencadeando um movimento articulado para a implementação de ações voltadas à adequação da formação profissional, à educação permanente dos profissionais e tendo como eixo o próprio trabalho em saúde.

Educação Permanente em Saúde

A necessidade de qualificação dos profissionais de saúde sempre foi sentida na implementação do SUS, visto que a política de formação desenvolvida até então não atendia às necessidades do sistema. Os cursos, capacitações e outras estratégias para formação dos profissionais, além de pontuais, não eram eficazes e causavam pouco impacto no desenvolvimento dos serviços de saúde, processos esses contraditórios com o novo modo de agir em saúde proposto pelo SUS.

No ano de 2000, o então Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde realizou a “I Oficina sobre Educação Permanente em Saúde”, em parceria com a Rede Unida e a Coordenadoria Geral de Políticas de Recursos Humanos. A oficina teve como objetivo central aprofundar as bases conceituais de educação permanente em saúde e estabelecer um processo de reflexão mais sistematizado sobre o tema, uma vez que grande parte da demanda das atividades dos Polos de Capacitação, criados em 2000, girava em torno dessa questão.

Em 2003, o Ministério da Saúde passou por uma reestruturação, criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da

Educação na Saúde, que tinha como missão motivar e propor a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação dos profissionais da área de saúde e desenvolver um processo de educação permanente aos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004c).

Tal reestruturação levou à apresentação, pelo Ministério da Saúde, e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, da Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003, que aprovou a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2004b). Assim, a criação da SGTES e da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS culminou com a instituição, em 13 de fevereiro de 2004, da Portaria nº 198/GM, que estabeleceu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Segundo esta portaria, a educação permanente em saúde (EPS) deveria ser constituída em cada região do país e desenvolvida por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde, configurados como instâncias colegiadas para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional (BRASIL, 2004a).

A EPS se apresenta, então, como a grande aposta de mudança de paradigma no campo da formação para o SUS, tendo como desafio a efetiva reorganização e transformação das práticas de trabalho. Atua como dispositivo político para o desenvolvimento de uma prática pedagógica, que se processa nas redes de serviços, centrada nos processos de trabalho, tendo como insumo os cenários de prática, as vivências dos profissionais de saúde, com base em pedagogias ativas (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012).

A EPS exige reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e ensino, buscando processos educativos aplicados ao trabalho à produção de saúde. A proposta metodológico-pedagógica reconhece o indivíduo como agente ativo de seu próprio conhecimento, construindo significados e definindo sentidos e representações da realidade de acordo com suas experiências e vivências. Os diversos atores, cujo processo de indicação emana dos Polos de Educação Permanente em Saúde, visam ampliar suas capacidades institucionais e profissionais de atenção, gestão, participação social e de formação (BRASIL, 2005).

Por tratar-se de uma política que pressupõe transformação, sua operacionalização e implementação, de forma organizada e sistematizada, vêm apresentando dificuldades por parte dos atores sociais que a compõem (gestores, profissionais de saúde, educadores, movimentos sociais organizados e controle social) em relação sua real dimensão.

O processo de desenvolvimento de um programa de EPS implica reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, do ponto de vista ético e político. Em suma, saberes, habilidades e valores devem ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que esta possa desempenhar suas atividades de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade (COSTA NETO, 2000)

Polos de Educação Permanente em Saúde: uma construção coletiva

Ceccim e Feuerwerker (2004) discutem que o ato de constatar a realidade e produzir sentidos no contexto da saúde pertence ao SUS e às instituições formadoras, cabendo-lhes coletar, sistematizar, analisar e interpretar a realidade, problematizar

o trabalho, e às organizações de saúde e de ensino, construir significados. Neste sentido, a participação ativa de gestores, formadores, usuários e estudantes é essencial para fomentar a pluralidade do processo.

A partir dessas definições e políticas instituídas, foram constituídos os Polos de EPS nos estados e regiões do país. Especificamente no estado do Rio de Janeiro, ocorreram em 2004 seminários preparatórios de implantação dos Polos de Educação Permanente (PEP), com o objetivo de orientar e configurar a formação dos Polos Regionais, capazes de identificar as necessidades locais e conduzir a construção e o encaminhamento dos projetos de EPS. Foi definida a criação de cinco Polos de EPS (Resolução SES nº 2.553, de 28/09/2004) no estado do Rio de Janeiro, conforme o quadro 1.

Quadro 1: Composição dos Polos de EPS do estado do Rio de Janeiro, 2004

PEP - Norte e Noroeste	Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quiçamã, São Fidelis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Lages do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre e Sai.
PEP - Serrana	Bom Jardim, Cantagalo, Carmo, Cachoeiras de Macacu, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Macuco, Trajano de Moraes e Teresópolis

PEP - Baixada Litorânea e Metropolitana II	Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casemiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá, Parati
PEP - Médio Paraíba, Centro-sul e Baía de Ilha Grande	Angra dos Reis, Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras, Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Mangaratiba, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda
PEP - Metropolitana I	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica

Fonte: SES-RJ, Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 2004.

Os polos instituíram os Colegiados de Gestão ou Rodas de Discussão, com a participação dos atores envolvidos com a prestação de serviços de saúde, convidados a propor estratégias de ações de acordo com os problemas locais e tendo como foco o desenvolvimento e a formação dos trabalhadores da saúde. Participavam os seguintes atores: gestores estaduais e municipais, universidades e instituições de ensino da área da saúde, escolas técnicas de saúde, hospitais, estudantes da área de saúde, trabalhadores em saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais relacionados às políticas públicas, entre outros.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro desempenhou papel importante como articuladora da Política de Educação Permanente no estado. Em janeiro de 2004, realizou o I Seminário Preparatório do Polo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em parceria com diversas instituições, contando com a participação de 133 representantes de 17 instituições de saúde, educação e outras. Nesse encontro foram constituídos grupos de trabalho para operacionalizar a realização de oficinas regionais para a implantação da Política de EPS no estado.

Em 19 e 20 de abril de 2004, foi realizado o II Seminário Estadual de Implantação dos Polos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, no auditório do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na Ilha do Fundão, com 387 participantes, tendo como produto final a conformação e composição dos cinco Polos de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro e apontando, como desdobramento, a discussão nos Colegiados de Gestão sobre composição do conselho gestor, regimento interno e projetos de execução das ações, além da instituição do fórum de polos como espaço articulador do processo.

A construção do Polo Sul-RJ e o percurso locorregional

Como desdobramento das políticas de formação e desenvolvimento para o SUS, com o objetivo de ampliar a discussão sobre as diretrizes do Ministério da Saúde para a implantação do Polo EPS iniciado no estado do Rio de Janeiro, foi realizada em março de 2004, a 1ª Oficina Regional na Universidade Severino Sombra, no município de Vassouras.

A oficina teve a conformação de um seminário preparatório, reunindo os representantes indicados pelos municípios das microrregiões do Médio Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande. Contou com 106 participantes de diversos segmentos como as instituições formadoras de nível universitário, médio e de ensino fundamental, hospitais localizados na região, centros de estudos, centros acadêmicos, estudantes, sindicatos, conselhos profissionais, consórcios intermunicipais de saúde, pastorais, prestadores de serviços, representantes de conselhos de saúde, entre outros.

A estratégia de trabalho adotada foi a de discussões por meio de grupos de trabalhos organizados por microrregiões, de acordo com a proximidade geográfica, o cenário epidemiológico e a configuração da rede de serviços. Foram propostas discussões com base nos seguintes eixos temáticos: as demandas e necessidades em EPS, atores estratégicos e organização locorregional.

Como demandas e necessidades da locorregião para a construção do Polo Sul, elencaram-se a qualificação sobre a concepção de EPS para os atores estratégicos por meio de oficinas descentralizadas, a fim de socializar os conceitos e proposição pedagógica; e temas sobre acolhimento, gestão e bases estruturantes do SUS, incentivo à integração entre as microrregiões, a adequada infraestrutura para EPS, a reconcepção das propostas curriculares, cursos de formação às propostas do SUS e a participação do controle social.

As demandas apresentadas pelos grupos de trabalho foram em grande parte comuns entre os municípios, justificando a importância do trabalho regional. Entre elas, destaca-se a qualificação para os profissionais e gestores, apontando que a

formação oferecida é desvinculada da realidade dos usuários, sugerindo a correlação teoria e prática, como apresentado textualmente por um dos grupos: “aqui é preciso contextualizar, romper com o poder, aí é cidadania, a construção do saber coletivo”.¹ Outra demanda foi referente às questões pedagógicas, que fossem coerentes com as necessidades locais; também a adequação das redes de serviços da região, correlacionando gestão e estrutura dos serviços de saúde e início de um trabalho integrado, apontando a falta de diálogo entre a região – municípios e setores.

Sobre o debate acerca da organização locorregional, houve consenso quanto à continuidade da discussão do processo nas microrregiões, a fim de subsidiar futuras decisões coletivas. O debate inicial mobilizou a participação de profissionais de saúde atuantes no ensino, principalmente universitários, e profissionais dos serviços de saúde, em sua maioria representantes do setor de educação em saúde. No início do processo, os estudantes universitários e o controle social trouxeram questões sobre propostas mais efetivas para a comunidade. No entanto, a reduzida participação dos gestores municipais (apenas um gestor participou efetivamente) sinalizava as dificuldades iniciais do processo, considerando seu caráter político institucional dentro do SUS.

Ressalta-se que as universidades, responsáveis na região pela formação em saúde com os cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, entre outros, são de caráter jurídico-privado, engajadas com as propostas de mudanças pautadas pela

EPS. Importante destacar que muitas instituições formadoras, inclusive as públicas, estão em geral estruturadas por um aporte metodológico para a formação em saúde de base biológica, com distanciamento das bases humanísticas da formação. Isso muitas vezes pressupõe a formação para atuar num modelo assistencial centrado na doença, em detrimento de um modelo de atenção integral à saúde. O desafio se coloca quando as mesmas se propõem a rever este pressuposto à luz da EPS.

O seminário (oficina) significou o ajuizamento dos atores sobre suas ações e a responsabilidade coletiva. Pinheiro, ao abordar a demanda por cuidado como direito humano à saúde, discute as práticas institucionais de ensino e serviço, fundamentadas no princípio da integralidade, no sentido de buscar compreender como as práticas e saberes podem possibilitar a reconciliação entre pensar e agir na produção de cuidados para o SUS: “[r]espeito à alteridade com o usuário, o ajuizamento dos atores sobre suas ações e a responsabilidade coletiva que os convocam para a defesa do bem comum, ou seja a saúde como fonte de vida” (PINHEIRO, 2010, p. 18). A autora aponta que a saúde se apresenta como um campo de lutas, de características emancipatórias, com a inclusão de novos atores sociais na arena política. É preciso apreender as práticas cotidianas dos agentes sociais nas instituições, permitindo mapear os sentidos e significados atribuídos, entendendo-os como parte dos avanços e obstáculos na afirmação do direito à saúde (PINHEIRO, 2010).

Faz-se mister ressaltar, ainda, que as discussões iniciais apontavam um quadro reduzido de profissionais comprometidos e com conhecimento mais específico em EPS, desafio colocado para o grupo condutor das discussões regionais.

¹ Relato de um participante no Grupo de Trabalho da 1ª Oficina Regional do Polo de Educação Permanente em Saúde, realizada em março de 2004, na Universidade Severino Sombra, em Vassouras, Rio de Janeiro.

Realizou-se, no mesmo ano de 2004, a Oficina de EPS do Polo Sul-RJ em Volta Redonda, no Centro Universitário de Barra Mansa/Unidade Cicuta. Após as atividades da oficina, as locorregiões no Sul do estado do Rio de Janeiro foram denominadas “Polo Sul-RJ”.

A mobilização para a Oficina de implantação do Polo Sul-RJ foi intensa, levando 130 profissionais a participarem durante todo o dia proposto ao debate. Chamou a atenção a presença de representantes das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios componentes do Polo, Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos de Classes das regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul e Baía de Ilha Grande, Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC), Escolas Técnicas (SENAC – Serviço Nacional do Comércio/Barra do Pirai); Escola Técnica de Paracambi – Sindicato dos Servidores de Paracambi/Prefeitura Municipal de Paracambi, Escola Técnica em Saúde Enf^a. Izabel dos Santos/SES/CEPED Pirai, Barra Mansa, Barra do Pirai; Colégio de Aplicação da Universidade Severino Sombra; Colégio de Aplicação Dom Bosco – Resende, bem como as Universidades Severino Sombra/Vassouras; Centro Universitário de Barra Mansa-UBM/Barra Mansa; e Fundação Oswaldo Aranha/Centro Universitário de Volta Redonda/Volta Redonda.

Nesse encontro, foi possível avaliar o grande interesse demonstrado pelos participantes e também os inúmeros desafios para a implementação da política, que tem como um dos seus princípios a problematização dos processos de trabalho em saúde, de modo crítico e criativo.

A maioria dos participantes era formada por profissionais de saúde, representando suas instituições e serviços que compunham

o Polo EPS. Muitos esperavam disponibilização de recursos para suas ações profissionais a partir do Polo Sul-RJ. De outra forma, as instituições representadas pleiteavam a legitimidade de suas representações, o que suscitou um amplo debate para definições e pactuações consensuais.

Propôs-se então discutir a constituição do Colegiado de Gestão de EPS do Polo Sul-RJ, com base nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. No debate ampliado dos grupos de trabalho da oficina, surgiram questionamentos que consolidaram uma construção mais coletiva do processo. Dentre as reflexões originadas das discussões grupais, destacam-se: haveria capacitação do colegiado? Como cada polo vai se organizar? O que o Ministério da Saúde vai oferecer para este processo? Os consórcios locorregionais podem ser os organizadores da oficina de formação dos núcleos? Os trabalhadores do serviço podem ser os capacitadores? A secretaria executiva será composta de um representante com um suplente de cada núcleo? Como sensibilizar/atuar junto às instituições de ensino?²

Após os debates, estabeleceram-se como pactuações importantes: a descentralização do polo, com a constituição de três Núcleos de EPS do Polo Sul-RJ, cada um com um município-sede, correspondentes às três regiões que o compunham, tendo como definição que Volta Redonda-RJ seria o município sede do Polo Sul-RJ, Pirai-RJ seria o município depositário e responsável pela operacionalização financeira dos recursos e questões jurídicas inerentes; definiu-se também sobre a constituição de uma Secretaria Executiva do Polo Sul-RJ.

² Ata da 1ª Oficina de EPS – Polo Su-RJ, 2004 - Coordenadoria de Educação em Saúde SMS/VR.

Os núcleos formados foram: região Centro-Sul, tendo como município sede Vassouras-RJ, região do Médio Paraíba, com município-sede em Pirai, e região da Baía de Ilha Grande, com município-sede em Angra dos Reis-RJ. Com a nova formatação, buscava-se respeitar as demandas microrregionais, e foi sinalizada a dificuldade de deslocamento e consequente prejuízo na participação de alguns municípios junto ao Polo Sul. Esse fato provocou a mobilização de esforços desses (Paraty e Areal) para se integrarem a outra conformação macrorregional geográfica junto ao estado.

Esse contexto permitiu aos municípios e seus atores estratégicos, assim denominados por terem sido indicados por suas representações institucionais, externar a vontade legítima de participação efetiva no processo de construção estruturante e conjuntural de implementação da política de EPS que se mostrava possível então.

A realização da Oficina de EPS do Polo Sul-RJ, de natureza democrática, apostou na interinstitucionalidade da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde, considerando os territórios, possibilitando um debate dialético e conflituoso, capaz de apontar caminhos inovadores e mais comprometidos dos atores participantes, face à complexidade do SUS. Esse momento foi balizador para as próximas etapas de planejamento e desenvolvimento das ações polo, frente ao desafio de implementar a EPS na região.

Educação Permanente no Polo Sul-RJ: mudança no processo de trabalho

O Polo Sul-RJ propôs construir seu projeto de atuação a partir da discussão e construção coletiva entre os atores envolvidos

e com base nas necessidades dos vários municípios, utilizando a metodologia da Educação Permanente em Saúde, buscando novos arranjos e dispositivos na direção do compromisso e responsabilidades ora instituídas.

A secretaria executiva foi constituída e composta por representantes de gestores municipais e estadual, controle social, instituições formadoras, estudantes, trabalhadores e conselhos profissionais. Suas reuniões eram sediadas na Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda-RJ e no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA)/Volta Redonda, com seus membros indicados e eleitos nas plenárias EPS do Polo Sul. A partir das reuniões, os membros retornavam para o Colegiado do Polo com as questões pertinentes a todo o processo de discussão.

O Colegiado do Polo representava a plenária soberana de pactuação de decisões e novas proposições. Dele participavam todos os segmentos (gestão, profissionais, estudantes, sindicatos, controle social, etc.) que compunham o polo, a fim de socializar e democratizar o processo de definições socialmente construídas.

Os encontros e espaços de encontros no Polo Sul-RJ constituíram-se essencialmente de reuniões plenárias colegiadas organizadas e realizadas periodicamente em locais itinerantes, de forma a permitir a troca e cooperação entre os segmentos participantes e as universidades que sediavam as plenárias em salas e auditórios. Em nível local, eram feitas rodas de discussões dos vários setores nos municípios, que precediam as reuniões plenárias. Estes, mesmo com a falta de recursos e desconhecimento do processo, reconheciam a necessidade de apropriação e conhecimentos sobre a EPS como apoio às demandas mapeadas.

Nas discussões, a atenção primária em saúde e a gestão do SUS foram temáticas evidenciadas como necessidades para a formação/qualificação e focos prioritários de acordo com o relato de todos os segmentos participantes e decisões plenárias colegiadas. Delineou-se então que, após estruturação do polo, com a criação das comissões temáticas e confecção de material informativo sobre o mesmo, as primeiras ações, cursos e oficinas em EPS no Polo Sul se destinariam aos gestores e equipes de saúde que atuavam na atenção primária, especificamente em Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A secretaria executiva, em 06 de dezembro de 2004, encaminhou ao Colegiado do Polo Sul-RJ a proposta de regimento interno e projetos de EPS para atores de saúde – ambos como produto dos debates estabelecidos nas plenárias antecedentes.

A proposta de regimento tratou sobre a caracterização do polo, a composição do colegiado, núcleos e conselho gestor e suas devidas atribuições. E os projetos de EPS foram aprovados em sua redação final, constando de quatro propostas:

- visitas de sensibilização a gestores de saúde, educação, instituições de ensino, entidades profissionais e conselhos municipais de saúde;
- oficinas de sensibilização em EPS visando à construção de ações de transformação da prática institucional na atenção básica, fortalecendo os atores sociais envolvidos.
- Fórum de Educação Permanente em Saúde;
- curso de pós-graduação *lato sensu* “Especialização em Gerenciamento da Atenção Básica”, organizado e subsidiado, para as equipes de saúde.

A estruturação do polo possibilitou a organização e o desenvolvimento de suas atividades, de forma a efetivar e operacionalizar as reflexões e ações aprovadas nos diversos espaços de discussão da EPS. O polo então se institucionalizou, mantendo seus princípios de participação, democratização e socialização do conhecimento, na busca pela transformação das práticas de trabalho à luz da integralidade do cuidado.

Tutores de Educação Permanente: uma experiência de implementação da Política de EP no Polo-Sul-RJ

A implantação da Política de Educação Permanente na região tinha como uma das principais limitações a falta de domínio conceitual e operativo em relação à própria política, pelos diversos atores envolvidos. No cenário regional, diversos profissionais se apresentavam como potenciais interessados no fortalecimento da EP, considerando os polos como instâncias de pactuação. Entendia-se a necessidade de trabalhar a formação e o desenvolvimento dos profissionais de forma crítica, reflexiva e contextualizada, tendo como foco os processos de trabalho, e como sujeitos as equipes de saúde. O grande desafio era ampliar a massa crítica capaz de operar a EPS no SUS da região.

O lançamento do Curso de Facilitadores de Educação Permanente do MS, com o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/Fiocruz, possibilitou a seleção de 380 tutores de EP no país e destes, 25 para o estado do Rio de Janeiro.³ Na região, o processo de seleção foi divulgado e foram adotados os critérios estabelecidos no edital, tais como: possuir

³ Edital de Seleção de Tutores – Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ. –SGEST-Ministério da Saúde (s/d).

o terceiro grau completo, possuir experiência com formação em saúde e facilitação de processos coletivos, atuação ativa no polo, conhecimento da política de EP, habilidade com ferramentas de informática e disponibilidade de tempo. No Polo Sul, foram inscritos 12 profissionais e selecionados seis tutores que integraram o grupo que participou da validação da metodologia proposta pelo Ministério da Saúde. Na região, esses atores tiveram participação ativa e puderam contribuir na realização dos projetos definidos anteriormente, dentre os quais a capacitação em educação permanente das equipes de saúde dos municípios.

Em dezembro de 2004, esses tutores passaram por um processo de formação, e em maio de 2005 foi iniciado o processo de formação de facilitadores sob a responsabilidade dos mesmos, sendo que no Polo Sul foram inscritos 120 profissionais de saúde.

A formação dos facilitadores foi iniciada com um grande encontro no município do Rio de Janeiro, reunindo tutores e facilitadores dos estados de Rio de Janeiro e Espírito Santo, com a equipe matricial do Ministério da Saúde e da Escola Nacional de Saúde Pública, quando foram desenvolvidas as primeiras atividades do curso. A partir daí, o curso foi desenvolvido em cada região pelos tutores num processo dinâmico, porém com algumas dificuldades iniciais que motivaram a desistência de alguns participantes. As dificuldades foram relativas ao uso do ambiente virtual de aprendizagem, em que as atividades desenvolvidas pelos facilitadores seriam avaliadas, acompanhamento da equipe matricial, apoio pedagógico e administrativo, visto que por ser um curso com certificação formal, algumas questões administrativas tinham que obrigatoriamente ser cumpridas.

O processo transcorreu dentro do prazo previsto, com os ajustes necessários, e a prática demonstrou que alguns avanços ocorreram, tendo em vista a transformação das práticas de saúde em alguns serviços. No entanto, dificuldades se evidenciaram no campo da articulação com o polo, resistência de alguns profissionais participantes, diante da mudança de paradigmas e pouca mobilização dos gestores frente à agenda de implementação da política de EP.

Outros desafios que também se apresentaram relacionavam-se à mobilização dos profissionais com vistas a reflexão e maior adesão das equipes para o debate de abordagens mais participativas, com ideias, soluções, ações que propunham a ruptura de velhos conceitos, trabalhando o conflito como uma ferramenta estratégica do cotidiano do trabalho. O processo vivido no Polo de Educação Permanente no Sul do Rio de Janeiro não foi diferente de outros polos de EP. Estudo de Mendonça et al. (2010) expressa que o desafio da EP está na concretização dessas práticas no cotidiano do trabalho, seja por limitações próprias, seja pela resistência dos companheiros de equipe e da falta de apoio da gestão.

O mesmo estudo concluiu também que:

Este processo oportunizou aos envolvidos a ampliação do olhar sobre o processo de trabalho em saúde, seja em seu local de trabalho, seja em outros níveis de atenção. Por meio do processo, os sujeitos tiveram a possibilidade de olhar para a própria prática de trabalho, comprometerem-se e sentirem-se mais seguros para dar continuidade às ações de EPS. Além disso, a vivência desse processo propiciou a reflexão, a autocrítica, o crescimento pessoal e profissional, a troca de experiência e o olhar mais voltado para a realidade. Com base nisso, percebe-se que esta estratégia produz, em

certa medida, mudanças tanto no profissional quanto no processo de trabalho. (MENDONÇA et al., 2010, p. 2600).

A produção das atividades de EP no Polo Sul-RJ

O projeto de Educação Permanente em Saúde do Polo Sul-RJ, aprovado em dezembro de 2004, teve como objetivo geral sensibilizar e instrumentalizar os gestores em saúde e educação, profissionais de saúde e usuários quanto ao desenvolvimento da consciência crítica, de forma a impactar nas ações dos serviços e na formação em saúde. Desta forma, visou contribuir para a transformação do trabalho a partir da EPS, como nova estratégia para o desenvolvimento do SUS.

Nesse projeto, foram pactuadas ações a serem executadas num processo evolutivo, sendo que a não liberação de recursos dificultou a operacionalização de muitas atividades.

Sobre as atividades de EP Polo Sul-RJ, são citados alguns exemplos, separados por ano.

2005

Apresentação de trabalho da EPS Polo Sul, como produção integrada de docente, estudantes universitárias e uma profissional de saúde atuante no polo, intitulado “Estudantes no Polo de Educação Permanente em Saúde: construção coletiva”, no VI Congresso Nacional da REDE UNIDA em Belo Horizonte, na área do conhecimento: Educação Permanente e Setor de Atividade: Saúde Humana, cuidado à saúde das populações.

Implementação do projeto “Visitas de Sensibilização”, direcionado aos gestores de saúde, de educação em instituições de ensino, entidades profissionais e conselhos municipais de saúde.

Sob responsabilidade de cada Núcleo do Polo Sul-RJ, por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Paraíba (CISMEPA) e do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Centro-Sul (CIS-Sul), foram realizadas reuniões com os secretários municipais de Saúde, com as Secretarias Municipais de Educação, com os conselhos profissionais e outros, visando refletir sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e as pactuações e projetos do Polo Sul.

2006

Liberado o recurso para o desenvolvimento do curso de pós-graduação *lato sensu* - Especialização em Gerenciamento da Atenção Básica. O projeto foi apresentado no colegiado em 21 de dezembro de 2005, realizado no Centro Universitário Barra Mansa, a partir da solicitação, às universidades da região, de apresentação de proposta para referido curso, esclarecendo sua natureza e objetivos.

Foram apresentadas propostas pelo Centro Universitário Fundação Osvaldo Aranha/Volta Redonda, Universidade Severino Sombra/Vassouras e Centro Universitário Barra Mansa, sendo selecionada em plenária a proposta apresentada pelo Centro Universitário Barra Mansa. O processo de avaliação foi referendado por representantes da ENSP/Fiocruz, Secretaria Estadual de Saúde e tutores de EP.

2007

Desenvolvimento do curso de pós-graduação *lato sensu* – Especialização em Gerenciamento da Atenção Básica, organizado para as equipes de saúde da atenção básica. Deu-se

início a seleção da turma do curso, com 35 vagas preenchidas pelos municípios participantes do Polo Sul/EPS, a partir da definição de critérios coletivamente pactuados para indicação dos candidatos, além de carta de intenção e ficha de inscrição.

Os momentos vivenciados nesse curso interferiram na vida profissional, no ensino e nos serviços de saúde da região, à medida que permitiram correlacionar as concepções teórico-metodológicas com os desafios da prática no SUS, ativando relevantes discussões em salas de aulas e na atuação e formação em saúde. Incentivou e aproximou a área de conhecimento da Saúde Coletiva, por valorizar a dimensão da coletividade em todos seus aspectos e a dinamicidade que deve permear o ensino e a atenção em saúde. Inovou na aplicação da metodologia e uso de instrumentos variados, desde vídeos, textos, recortes, uso de cores e outros, especialmente dinâmicas que evidenciaram as experiências em ESF, favorecendo a troca, a reflexão sobre a prática/trabalho e a participação criativa e democrática.

2009

Realizou-se o Fórum de Educação Permanente em Saúde no dia 15 de maio de 2009, no Campus Universitário Olésio Galoti, do Centro Universitário Fundação Oswaldo Aranha (UniFOA), com o objetivo de unificar a proposta de implantação do processo de educação permanente na macrorregião de saúde, conhecer experiências existentes, avaliar o processo desencadeado e discutir desdobramentos nos serviços e nas práticas.

A mesa de autoridades foi composta pelo superintendente da Atenção Básica, da Educação em Saúde e Gestão Participativa da SESDEC; da secretária municipal de Saúde de Volta

Redonda e presidente interina do CISMEPA; da vice-presidente do COSEMS-RJ e secretária municipal de Saúde de Pirai; do articulador regional do Conselho Estadual de Saúde; e do representante da Reitoria da UniFOA.

Em continuidade aos trabalhos, a mesa temática propôs a abordagem da “Educação Permanente no contexto do SUS” e sobre a “Política Estadual de Educação Permanente”, sendo apresentada pela superintendente da Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa da SESDEC. Foram discutidos, ainda os temas “Educação Permanente e a Produção do Cuidado” e o “Histórico do Polo Sul-RJ de Educação Permanente”, apresentado por representante da Secretaria Executiva do Polo Sul-RJ.

O fórum teve a participação de 191 pessoas, entre profissionais de saúde, gestores, representantes do controle social do sistema de saúde, estudantes e representantes das instituições formadoras. Verificou-se, no trabalho dos grupos, a valorização dos sujeitos das ações com ênfase no cuidado – linha de cuidados, a necessidade de sensibilização das equipes, conselhos e gestor; a necessidade de espaços de discussão das práticas de saúde e de mudanças de comportamentos; a integração entre os polos, com levantamento das necessidades locais. Os grupos foram unânimes em apontar sobre a responsabilidade e comprometimento de “todos” no processo de implementação da EP na região, como condição fundamental para o SUS.

Apesar da complexidade deste cenário, foram apontadas como facilidades para o processo de EPS, especialmente a motivação, o desejo e a vontade de vários atores em discutir o tema, bem como a organização e o planejamento das três esferas de governo para o desenvolvimento desta política de formação para

o SUS. Também foram elencadas dificuldades relacionadas à aceitação dos princípios da EP pelos profissionais envolvidos, o histórico de fragmentação da formação e do cuidado e o baixo envolvimento dos gestores com esta agenda.

O fórum foi totalmente desenvolvido a partir da metodologia da EPSF, implicando movimentos dinâmicos e ativos dos participantes e equipes de saúde, com permanente apresentação e diálogos sobre o cotidiano do processo de cuidar da população, incorporando novos significados e proposições do agir coletivo.

2010/2011

Desenvolvimento das “Oficinas de sensibilização em EPS com foco na Atenção Básica”, visando à construção de ações de transformação da prática institucional e ao fortalecimento dos atores sociais envolvidos. Foram viabilizadas sete turmas, que participaram com cinco encontros semanais de oito horas, utilizando uma metodologia participativa, dinâmicas de integração e vivências do cotidiano da Unidade de Saúde da ESF à luz da EP.

As atividades foram planejadas pelos tutores regionais, construídas coletivamente e legitimadas em plenária da EPS. O público-alvo estabelecido contou com a participação de enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, em permanente diálogo e reflexão de suas práticas, ressignificando a assistência a partir do olhar da integralidade do cuidado. Os depoimentos das equipes revelaram o êxito da proposta, possibilitando a rediscussão dos processos de trabalho em atenção primária. Foram construídos

projetos de intervenção com ações factíveis, especialmente no campo da promoção em saúde, tais como no acompanhamento e programação de cuidado ao hipertenso, atenção a mulher, criança, adolescente, adulto, idoso e em visitas domiciliares.

2012

Desenvolvimento do segundo curso de pós-graduação *lato sensu* – Especialização em Gerenciamento da Atenção Básica, organizado para duas turmas de equipes de Saúde da Família, em Vassouras e Volta Redonda, seguindo os mesmos critérios de operacionalização do primeiro curso realizado em 2007.

Desafios encontrados no processo

Apesar de os projetos com base nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde estarem aprovados e planejados no percurso histórico de 2005 a 2008, eles foram demarcados por linhas de ações e dificuldades listadas abaixo, que influenciaram sua execução:

- Encaminhamento dos projetos ao estado (Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro- SESDEC-RJ) e a seguir ao Ministério da Saúde (MS), Departamento de Gestão e Educação em Saúde.
- Levantados os problemas, selecionadas as prioridades, discutidas na instância regional, consolidação dos projetos e encaminhamento para as entidades executoras.
- Neste momento, a participação das universidades particulares foi questionada para a execução do curso de pós-graduação *lato sensu* (Gerenciamento em Atenção Básica à Saúde), sendo imediatamente esclarecido, pelo

Ministério (DEGES), que não havia impedimento, por não haver instituição pública de ensino superior na área de saúde na região e constituição (ata de 21/12/2005).

- O financiamento do MS ao Polo Sul contemplou inicialmente apenas a pós-graduação (ano 2007) e somente depois (ano 2009), as oficinas de sensibilização em EPS e Fórum.
- Os projetos foram executados nos anos de 2008 (pós-graduação) e 2009, 2010 e 2011 (oficinas de sensibilização).
- As dificuldades foram provocativas, encaradas como desafios para o estabelecimento de linhas de ações estratégicas no Polo Sul-RJ, destacando-se: estabelecimento de mecanismo de cooperação entre os participantes do processo, deflagrando na formação de tutores e facilitadores em EPS; aproveitamento da capacidade instalada em apoio à estrutura operacional do processo de implantação da EPS na região; diálogos distintos, plurais, democráticos no âmbito do colegiado do polo em face de seu caráter deliberativo; e prática permanente de pactuações.

A descrição dessas experiências expressa a potência de atuação do Polo de EP e da CIES ao longo dos anos e seu compromisso por fortalecer a educação permanente em saúde como estratégia de transformação de coletivos e suas práticas de trabalho.

Considerações finais

A educação permanente em saúde representou, na Região Sul Fluminense, um processo de agir e refletir sobre as questões

que permeavam a saúde da coletividade da população. Com a participação integrada de diversos segmentos da sociedade como os usuários do sistema de saúde, representantes das secretarias de Saúde, dos serviços de saúde, das universidades, profissionais e estudantes, buscou-se construir, através do diálogo público em plenárias para pactuação das decisões, os encaminhamentos sobre as necessidades locoregionais de educação permanente no SUS.

Incentivou e aproximou a área de conhecimento da Saúde Coletiva, por valorizar a dimensão da coletividade em todos seus aspectos e a dinamicidade que deve permear o ensino e a atenção em saúde. Inovou na aplicação da metodologia e uso de instrumentos variados, para fomentar a aprendizagem ativa, especialmente as dinâmicas que evidenciavam as experiências da atenção básica, favorecendo a troca, a reflexão sobre a prática de trabalho e a participação criativa e democrática. Possibilitou movimentos dinâmicos e ativos das equipes de saúde das secretarias municipais envolvidas, com permanente apresentação e diálogos sobre o cotidiano do processo de cuidar da população, incorporando novos significados e proposições do agir coletivo.

Em 20 de agosto de 2007, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1996, definiram-se novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente, adequando-as às diretrizes do Pacto pela Vida (2006).

Novos horizontes e formas de operacionalização foram adotados, a fim de possibilitar arranjos conjuntos à luz da normatização vigente, considerando as especificidades regionais e priorizando a criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), atual CIR.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*: orientações para o curso. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS*: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS*: caminhos para a educação Permanente em Saúde: Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d (Série C - Projetos, programas e relatórios).

_____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M. S. M. Polos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais da equipe de saúde da família. Reflexões a partir da prática no Polo Paraná. *Olho mágico*, v. 8, n. 2, maio/ago. 2001.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COSTA NETO, M. M. *Educação Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. Educação Permanente como prática. In: PINTO, S. et al. *Tecendo redes: os planos de educação, cuidado e gestão na construção do SUS*. A experiência de Volta Redonda. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDONÇA, F. F. et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano a saúde: um ensaio teórico – prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

REDE UNIDA. Seminários de sistematização. *Revista Divulgação em Saúde para o Debate*. Rio de Janeiro, n. 22, dez 2000.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulg. saúde debate*, v. 12, p. 39-44, jul. 1996.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos. *Política Nacional de Educação Permanente: Trajetória de Implantação e Construção dos Polos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: SES, 2004.

Parte II

Orientação ético-político-
pedagógica da CIES do Médio
Paraíba: origem, metodologia e
recursos financeiros

A criação das Comissões Permanentes de Ensino e Serviço e o fortalecimento do SUS

MARIÂNGELA DE SOUZA E SILVA
FREDSON COSTA SEREJO

Iniciando a apresentação da Comissão de Integração Ensino-Serviço da Região do Médio Paraíba (CIES-MP), é necessário assinalar que se trata de um dos espaços originados da construção do SUS. Foi antecedida necessariamente pela estruturação de instâncias nos âmbitos federal, estadual, municipal e regional, que passaram a dar suporte à descentralização político-administrativa e ao redirecionamento das práticas de assistência em saúde decorrentes das determinações constitucionais de 1988.

A compreensão do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que estruturou instâncias intersetoriais e interinstitucionais como a CIES, através da Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, revestindo-as com a força de lei, é fundamental para que esses espaços político-administrativos sejam ocupados e valorizados. São instâncias resultantes da luta histórica da sociedade civil brasileira que, organizada, encontrou espaço a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, para construir a normatização

dos princípios e diretrizes do SUS. Princípios que se tornaram base para a elaboração do capítulo dedicado à saúde no novo pacto federativo, a Constituição Federal de 1988, configurando o que hoje entendemos como Sistema Único de Saúde (SUS).

Examinando o arcabouço legal que dá sustentação ao SUS – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 –, correlacionando-o às determinações contidas na Política Nacional para Educação Permanente em Saúde, de acordo com Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, observa-se que seus princípios e diretrizes, ao serem gradativamente regulamentados, vão alcançando materialidade ao longo do processo, criando novos espaços de pactuação e ampliando a participação da sociedade. Além disso, enquanto estratégia de transformação das práticas de trabalho, direcionam a reorganização dos serviços de saúde mediante práticas e abordagens metodológicas que favorecem a superação do modelo assistencial biomédico, na busca por práticas multiprofissionais em saúde, que garantam a integralidade do cuidado aos usuários do SUS.

A criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço da Região do Médio Paraíba (CIES-MP/RJ) ocorreu através de deliberação pelo Colegiado de Gestão Regional do Médio Paraíba (CGR-MP) de nº 002, em 25 de novembro de 2009, sendo reiterada em deliberação pela CIB-RJ em 2010, em sua 10ª Reunião Ordinária. Esta a definiu em seu artigo 2º como instância permanente de apoio e assessoria ao CGR-MP/RJ, CIR-MP (Comissão Intergestores Regional), em sua atual denominação. Operando enquanto fórum permanente de natureza consultiva, a CIES-MP tem seu processo de trabalho

direcionado a formulação, condução e desenvolvimento da Política Regional de Educação Permanente em Saúde.

Espaço de articulação, negociação e pactuação, a CIES-MP mantém agenda previamente planejada, através de aprovação de seu cronograma de atividades na CIR-MP, buscando garantir a participação ampla dos segmentos que a compõem. A dimensão técnica, ética e política observada na condução das suas ações busca fundamentar a transformação das práticas de trabalho do SUS a partir dos princípios da Política de Educação Permanente em Saúde, como estratégia de fortalecimento da universalização do direito à saúde e da integralidade da atenção, reconhecendo o usuário do sistema como sujeito da sua história, participativo no seu processo saúde-doença e capaz de promover sua saúde. Além disso, no campo da macropolítica estimula a reflexão sobre a necessária reorganização do sistema, propondo a descentralização enquanto diretriz para a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, estados, municípios e Distrito Federal) de forma hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível; e da participação popular como efetiva ferramenta de controle social no processo de formulação das políticas e de controle de sua execução.

Funcionamento da CIES-MP

A descrição do funcionamento da Comissão, sua dinâmica e metodologia, compõe referencial para elaboração de projetos que buscam romper com modelos de gestão e educação formal que não trabalham visando à integração ensino-serviço, tomando como base teórico-metodológica a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde e o Plano Anual Regional de Educação Permanente em Saúde do Médio Paraíba.

Para Franco (2007), muitos projetos de educação permanente em saúde (EPS) têm repetido velhas práticas de educação formal e privilegiado processos de gestão extremamente normativos, nos quais os trabalhadores, usuários e práticas cotidianas não são colocados em questão. Esses projetos educacionais reproduzem, assim, uma lógica hierárquica da produção de conhecimento, desconsiderando que a atividade profissional cotidiana produz saber com base na própria experiência de trabalho.

Em Franco, Magalhães e Pinto (2012), compreendemos que a educação permanente precisa ser pensada como um programa de formação vinculado aos referenciais do SUS, colocando-se como parte do desafio para construir novos paradigmas em saúde. E segundo Ceccim (2005), a formação articulada com os princípios do SUS deve romper com a racionalidade administrativa e gerencial hegemônica em que os trabalhadores são entendidos como “recursos humanos”, para passar a entendê-los como sujeitos ativos na produção de saúde.

O funcionamento da CIES-MP agrega os seguintes requisitos:

- Regimento interno aprovado.
- Eleição dos membros e coordenação a cada dois anos.
- Plenárias ordinárias bimensais (calendário anual) – pactuação por consenso.
- Secretaria Executiva – eleita entre os membros para condução das demandas operacionais.
- Oficinas de planejamento.
- Grupo de Trabalho de Apoio – por demanda e temática.
- Pauta permanente na CIR.

No que diz respeito a sua configuração, a CIES-MP está organizada através das seguintes estruturas:

- Coordenação;
- Plenária;
- Grupos Técnicos;
- Secretaria Executiva.

A Coordenação é composta por um coordenador e um suplente, indicados pela CIES-MP, com deliberação pela CIR-MP (Comissão Intergestores Regional). O coordenador representa legalmente a CIES/MP na CIES Estadual, cumpre e faz cumprir as decisões da CIES/MP, convoca e coordena as reuniões plenárias da CIES/MP e decide *ad referendum* da plenária, em caso de urgência, encaminhando para homologação pelos demais membros, na primeira reunião subsequente à data da assinatura.

A Plenária da CIES é um fórum de discussão e elaboração de propostas, configurado por reuniões ordinárias e extraordinárias, de acordo com requisitos de funcionamento estabelecidos. A plenária é composta pela maioria simples de suas representações e possui a seguinte composição:

- 01 representante do Estado – SES/CIR-RJ;
- 01 representante do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS-MP, CGVS-SES-RJ);
- 12 secretários municipais de Saúde da região ou seus representantes;
- 12 secretários municipais de Educação da região ou seus representantes;
- 01 representante da CIES Estadual;

- 01 representante do Conselho Municipal de Saúde, segmento usuário;
- 01 representante do Conselho de Saúde, segmento do trabalhador;
- 02 representantes das instituições públicas de ensino superior;
- 02 representantes das instituições privadas de ensino superior;
- 02 representantes das escolas técnicas;
- 01 representante do Consórcio Intermunicipal de Saúde;
- 01 representante de instituição estudantil vinculada à UNE.

A CIES-MP conta, ainda, com Grupo de Trabalho de Apoio e uma Secretaria Executiva. O Grupo de Trabalho de Apoio, definido no Plano Anual Regional de Educação Permanente em Saúde, é constituído a partir de demandas específicas para o desenvolvimento dos projetos, por área temática.

A Secretaria Executiva é composta por sete membros titulares, definidos em Plenária convocada com este objetivo. A ela compete encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão da política no âmbito regional, devendo tal determinação estar prevista no PAREPS.

Enquanto instância consultiva, os trabalhos desenvolvidos e acompanhados pela CIES-MP são pautados regularmente nas reuniões ordinárias da CIR-MP.

Sobre a elaboração dos projetos de EPS da Região do Médio Paraíba

Por determinação regimental, a CIES-MP deve elaborar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

a partir das diretrizes nacionais para a Educação em Saúde e considerando os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, os indicadores pactuados através do SISPACTO e da Matriz Regional de Planejamento, direcionando-os de forma articulada ao atendimento das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Participando da qualificação dos trabalhadores do SUS, a CIES-MP atua como cogestora dessas ações, elaborando, através de metodologias inovadoras, projetos voltados a educação técnica, graduação, pós-graduação, aperfeiçoamento, extensão e ensino.

As experiências implementadas através de seus projetos aplicativos são parte essencial do Planejamento Anual Regional de Educação Permanente em Saúde coletivamente produzidos, buscando explicitar a linha de abordagem determinada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O Plano Anual Regional de Educação Permanente em Saúde - 2011 e os projetos em educação permanente do Médio Paraíba

A dinâmica vivenciada no âmbito da CIES-MP, de 2010 até a presente data, considerou os marcos relevantes da Política de Educação Permanente em Saúde publicados nas portarias ministeriais que elencaram princípios, diretrizes e financiamento da mesma, para operacionalização das suas ações. As discussões do plano foram iniciadas a partir das reuniões ordinárias de trabalho da CIES-MP, realizadas durante a elaboração do Plano Anual Regional de Educação Permanente para o ano de 2010 e etapas posteriores.

Após a publicação da Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011, que definiu os recursos financeiros do Ministério da

Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde naquele ano e os parâmetros para sua elaboração no âmbito regional, observou-se que os projetos já pactuados no Plano Anual Regional de Educação Permanente de 2010 já estavam adequados às ações específicas *em sete áreas temáticas apontadas pela portaria, segundo a implantação das Redes de Saúde, a saber: Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Álcool e outras Drogas, Urgência e Emergência, Educação Permanente e Prevenção da Violência.*

O Plano Anual Regional de Educação Permanente 2010 foi então submetido à repactuação, com vistas à geração de nova deliberação CIR-MP, em reunião extraordinária em CIR-MP, realizada em 23 de setembro de 2011, sendo seu período de execução atualizado para o exercício de 2011. Foi também reafirmado, como município gestor do recurso financeiro da região do Médio Paraíba-RJ, o município de Pirai.

Na Plenária da CIES-MP de 18 de maio de 2012, houve a inclusão, como ponto de pauta, da indicação de representantes municipais para composição dos subgrupos de trabalho, responsáveis por desenvolverem os projetos temáticos, com seus respectivos coordenadores. Observadas as disposições legais para a aplicação da Política de Educação Permanente, a construção dos projetos contou com a participação dos técnicos das secretarias municipais de Saúde da região relacionados com as áreas contempladas pela Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011, além dos demais membros da Plenária de CIES-MP, entre instituições de ensino público e privado, controle social, entre outros.

No dia 12 de setembro de 2012, foi realizada uma oficina de trabalho como etapa de elaboração dos projetos da CIES-MP. Os

participantes foram divididos em subgrupos, para discussão dos conteúdos programáticos de cada projeto, através de metodologia participativa e problematizadora da realidade dos municípios, visando ao impacto nos indicadores de saúde da região.

Na abertura da Oficina para Elaboração de Projetos – CIES-MP 2012, discorreu-se inicialmente sobre a função da própria Comissão e a importância do processo participativo e de construção coletiva dos projetos a serem executados, sendo apontado que esta tem sido uma experiência exitosa desde o funcionamento do Polo de Educação Permanente (PEP). Os técnicos das áreas correspondentes e os membros da CIES-MP tiveram como tarefa a discussão e construção dos projetos a serem custeados pelos recursos financeiros da educação permanente, utilizando um roteiro preestabelecido como referência no desenvolvimento dos trabalhos, a partir de sua própria prática de atenção à saúde. Foi estabelecida, entre os participantes da oficina, a necessidade de novos encontros para o desenvolvimento dos trabalhos, sendo pactuado um período de três meses para sua conclusão. Passado esse prazo, os mesmos foram apresentados por seus coordenadores e equipes, para apreciação e aprovação na Reunião Ordinária da Plenária da CIES-MP, de 12 de dezembro de 2012, com a geração de deliberação CIR-MP nº 039, de 21 de dezembro de 2012.

Remetendo-nos ao tema “execução de recursos”, um dos aspectos definidores para a operacionalização dos processos de formação da CIES-MP, é importante citar a reunião ordinária de 02 de junho de 2013, quando foi apresentado como ponto de pauta o convênio entre CIES-MP e IMS/LAPPIS/UERJ/CEPESC. A proposta surgiu face à necessidade de constituir um parceiro institucional capaz de otimizar a operacionalização

técnica, administrativa e financeira dos projetos da CIES, facilitando a execução dos mesmos. A parceria institucional permitiu a contratação de entidades e/ou especialistas para o desenvolvimento das capacitações nos eixos definidos pelos projetos. A proposta foi apreciada e aprovada em Plenária da CIES-MP, tendo os encaminhamentos necessários junto ao município executor do recurso – no caso, Piraí-RJ.

A parceria entre CIES-MP e IMS LAPPIS/UERJ/CEPESC permitiu incluir o eixo de discussão da integralidade do cuidado nos projetos de formação já em curso. O tema já era abordado nas aulas ministradas, mas ganhou relevância com a inclusão, na grade de todos os cursos, de uma aula inaugural sobre o mesmo.

Além desta nova metodologia de trabalho incluiu-se, como objeto dessa parceria, a construção de um livro para registrar a trajetória da EPS na região do Médio Paraíba-RJ. A proposta mobilizou diversos grupos de trabalho, que aceitaram o desafio de construir o livro, resgatando, para tal tarefa, vários atores históricos da caminhada da EP na região.

Importante registrar a magnitude desse projeto, viabilizado através do esforço e compromisso de todos os envolvidos, a partir da certeza da importância de registrar o protagonismo da região na discussão, implementação e defesa da educação permanente como estratégia de fortalecimento do SUS. Mantendo a rotina de trabalho, em todas as Plenárias da CIES foram pautados os aspectos da organização e desenvolvimento dos projetos de formação e da construção do livro, visando a permanente avaliação e monitoramento do processo.

Em 11 de outubro de 2013, foi realizada a primeira aula inaugural sobre o tema “Integralidade do cuidado em saúde”, conduzida por Professora Roseni Pinheiro, do IMS/LAPPIS/

UERJ, e contando com a presença dos profissionais inscritos para as primeiras qualificações agendadas pela CIES-MP naquele ano, para os Cursos de Álcool e outras Drogas e Educação Permanente.

Atendendo aos projetos prioritários do eixo de ações específicas de formação para o SUS para financiamento através do recurso federal da Educação Permanente – 2011/2012, foram ainda finalizados outros projetos em parceria com o IMS/LAPPIS/UERJ, como os cursos de Atenção ao Idoso, Saúde do Homem e Saúde da Mulher, com ênfase para doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e neoplasias (colo e mama).

Quanto às ações estruturante de formação para o SUS, destacamos o pouco envolvimento das instituições de ensino na atuação da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES); a inexistência de setores de Educação Permanente em Saúde nas Secretarias de Saúde, tanto na estrutura organizacional formal quanto em estratégias específicas de atuação; a insuficiência de recursos humanos para a área de EPS; a falta de equipe de gerência para as ações de EPS; a insuficiência de estrutura administrativa para as ações de EPS; a inexistência de estratégias permanentes de participação dos profissionais de saúde nas ações de EP; a insuficiência de recursos financeiros e materiais para a EP nos municípios; o baixo envolvimento dos gestores com as ações de EP; a baixa adesão dos municípios aos Programas PET-SAÚDE, PRÓ-SAÚDE, TELESSAÚDE e Residência Multiprofissional; a insuficiência de políticas municipais de EPS; a baixa articulação entre a EP com a Vigilância em Saúde para análise e reflexão sobre os indicadores de saúde; a falta de espaços institucionais municipais para reflexão sobre os processos de trabalho em saúde, com todos os atores envolvidos;

e a incapacidade da EP para proporcionar multiplicação do seu conhecimento, visando à transformação das práticas de saúde.

Portanto, a CIES deve ter como principal estratégia a implantação de ações educativas permanentes e transformadoras nos serviços de saúde, a partir da reflexão do cotidiano das práticas de saúde, a fim de qualificar os trabalhadores do SUS e, conseqüentemente, as ações de saúde, por meio da metodologia da ação-reflexão-ação. Como principais desafios da EP do Médio Paraíba destacamos: instituir fóruns regionais de discussão que possibilitem a construção de um diagnóstico loco-situacional do campo da formação em saúde; implementar ações educativas estruturantes elaboradas a partir das avaliações permanentes das práticas cotidianas dos serviços; e integrar os níveis de atenção na construção de projetos educativos elaborados em conjunto com as instituições de ensino superior da região, em busca da transformação das ações de saúde envolvendo todos os atores sociais (trabalhadores, usuários e gestores).

Somente através do estímulo ao protagonismo dos atores envolvidos na construção do SUS – usuários, profissionais de saúde, gestores, IES, sociedade civil organizada –, poderemos promover verdadeiros espaços de problematização do cotidiano dos serviços através da autoanálise e reflexão. É necessário investir no fortalecimento da gestão colegiada, através de reuniões dos coletivos organizados, para promover ações de transformação das práticas a partir das demandas do cotidiano dos serviços, construindo processos de formação dos trabalhadores do SUS capazes de responder às necessidades de saúde da população. Para isso, torna-se necessário utilizar metodologias ativas de ensino/aprendizagem, contemplando aspectos concretos e

práticos, focalizada em atividades do contexto e do trabalho, onde será possível desenvolver processos de aprendizagem que, para além da atualização técnica, proporcionem um profundo enfrentamento entre velhos padrões, levando à construção de novas metas, políticas, normas e formas de organização e comunicação no trabalho.

Torna-se fundamental, então, implantar estruturas municipais de Educação Permanente em Saúde capazes de conduzir os processos de transformação das práticas de trabalho nos município e também de fortalecer a estrutura da CIES, em termos administrativos e técnicos para apoio às ações de EP nas Secretarias Municipais de Saúde.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.033, de 17 de dezembro de 2010. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4033_17_12_2010.html. Acesso em: 20 set.2015.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 20 set.2015.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.813 de 20 de novembro de 2008. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/gm/15273-2813.html?q=>. Acesso em: 20 set.2015.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/recursoseducacaopermanente.pdf>. Acesso em: 20 set.2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.953, de 25 de novembro de 2009. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953_25_11_2009.html. Acesso em: 20 set.2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-86, 2005.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do Sistema de Saúde do Brasil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-38, set.-dez 2007.

FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. Educação Permanente como prática. In: PINTO, S. et al. *Tecendo redes: os planos da 81 - educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ*. São Paulo: Hucitec, 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Deliberação CIB-RJ nº 374, de 04 de outubro de 2007. Aprova critérios para a alocação orçamentária referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/127-2007/outubro/280-deliberacao-cib-rj-no-0374-de-04-de-outubro-de-2007.html>. Acesso em: 20 set.2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Deliberação CIB-RJ nº 573, de 04 de dezembro de 2008. Aprova o Plano de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro 2008/2009. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/117-cib-2008/dezembro/426-deliberacao-cib-no-0573-de-04-de-dezembro-de-2008.html>. Acesso em: 20 set.2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Deliberação CIB/RJ nº 792, de 03 de dezembro de 2009. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro 2009/2010. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/105-2009/dezembro/789-deliberacao-cib-rj-no-0792-de-03-de-dezembro-de-2009.html>. Acesso em: 20 set.2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Deliberação CIB/COSEMS-RJ nº 813, de 15 de dezembro de 2009. Aprova *ad referendum* os Projetos de Adesão dos Municípios de Piraí, Paulo de Frontin, Silva Jardim

e Rio de Janeiro, no Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/93-2010/dezembro/1098-deliberacao-cib-rj-n-0813-de-15-de-dezembro-de-2009.html>. Acesso em: 20 set.2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Deliberação CIB/RJ nº 1.445, de 18 de outubro de 2011. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, referente ao exercício 2011/2012. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/79-2011/outubro/1229-deliberacao-cib-no-1445-de-18-de-outubro-de-2011.html>. Acesso em: 20 set.2015.

Metodologia da Educação Permanente na região do Médio Paraíba

LÉLISA OLIVEIRA
MARIÂNGELA DE SOUZA E SILVA
MARTA GAMA DE MAGALHÃES

Este texto pretende ilustrar a trajetória da educação permanente na região do Médio Paraíba, no estado do Rio de Janeiro, ressaltando a orientação ético-político-pedagógica desse processo. Utilizou-se a elaboração do Plano de Educação Permanente para exercício em 2010 até a execução das ações nele contidas, no ano de 2014, como pano de fundo para reflexão.

Da regulamentação

O Plano Regional de EP 2010: formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído face à Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que instituiu a necessidade de construção deste para a execução dos recursos destinados à educação permanente (EP). O projeto priorizou a formação para o SUS como eixo estruturante, da qual seu desdobramento se deu em ações específicas em sete áreas temáticas: Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Álcool e outras

Drogas, Urgência e Emergência, Educação Permanente e Prevenção da Violência.

Entendemos o plano de EP como um documento elaborado para traduzir e socializar as reflexões e deliberações, voltados a organização e estruturação dos espaços de implementação da Política de Nacional de Educação Permanente em Saúde na Região do Médio Paraíba. Visa também contribuir no processo de desenvolvimento das diretrizes da Portaria nº 1.996/2007, que, reafirmando os princípios e diretrizes da EP em saúde, possa auxiliar na reorganização fortalecimento dos espaços e instâncias do SUS na região.

Nosso objetivo consiste em implantar ações educativas permanentes e transformadoras nos serviços de saúde, a partir da reflexão do cotidiano das práticas de saúde, a fim de qualificar os trabalhadores do SUS e, conseqüentemente, as ações de saúde por meio da metodologia da ação-reflexão-ação, que se desdobrou nos objetivos específicos:

1. Instituir Fóruns Regionais de discussão que permitam construir um diagnóstico loco-situacional do campo da formação em saúde.
2. Implementar ações educativas estruturantes elaboradas a partir das avaliações permanentes das práticas cotidianas dos serviços.
3. Integrar os níveis de atenção na construção de projetos educativos elaborados em conjunto com as instituições de ensino superior da região, em busca da transformação das ações de saúde envolvendo todos os atores sociais (trabalhadores, usuários e gestores).

4. Estimular o protagonismo dos atores envolvidos na construção do SUS: usuários, profissionais de saúde, gestores, universidades, sociedade civil organizada.
5. Promover espaços de problematização do cotidiano dos serviços através da autoanálise e reflexão.
6. Criar dispositivos de fortalecimento da gestão colegiada, através de reuniões dos coletivos organizados.
7. Promover ações de transformação das práticas a partir das demandas do cotidiano dos serviços.
8. Construir processos de formação dos trabalhadores do SUS, capaz de responder às necessidades de saúde da população.
9. Promover o uso de metodologias ativas de ensino / aprendizagem, contemplando aspectos concretos e práticos; focalizada em atividades do contexto e do trabalho.
10. Desenvolver processos de aprendizagem que, para além da atualização técnica, proporcionem um profundo enfrentamento entre velhos padrões, conduzindo para a construção de novas metas, políticas, normas e formas de organização e comunicação no trabalho.
11. Implantar estruturas municipais de educação permanente em saúde, capazes de conduzir os processos de transformação das práticas de trabalho no seu município.
12. Fortalecer a estrutura da Comissão de Integração Permanente Ensino Serviço (CIES), em termos administrativos e técnicos para apoio às ações de EP nas Secretarias Municipais de Saúde.

A publicação da Portaria nº 1.996 MS / DOU, em 28 de agosto de 2007, reiterou que a responsabilidade em efetivar

as diretrizes da EP em saúde nos estados e regiões deve ser compartilhada entre os gestores locais, regionais e estaduais, com a efetiva participação da sociedade, através das instituições de ensino, das escolas técnicas do SUS, do movimento estudantil, dos conselhos locais e municipais de saúde.

Isso reforça o papel ativador da Comissão Intergestores Regional (CIR), antigo Colegiado de Gestão Regional (CGR), na condução dessa política, o que na prática significa buscar sustentação estratégica para o trabalho das atuais CIES (antigos polos), como tarefa principal na organização da infraestrutura mínima para dar fluxo aos procedimentos recomendados e operacionalizar o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde.

Da maneira como fazemos

A construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde para o exercício em 2010 desenvolveu-se através de três encontros de trabalho da Comissão de Integração Ensino Serviço do Médio Paraíba, com as seguintes etapas de trabalho:

1. Discussão e consenso sobre princípios e objetivos da Educação Permanente em Saúde.
2. Reflexão e discussão sobre os dados epidemiológicos e as necessidades de saúde da região.
3. Encaminhamento do Projeto de EP 2010 na Comissão de Gestores Regional (CGR), atual Comissão Intergestores Regional para aprovação.

Os encontros aconteceram na forma de oficinas, cujo objetivo foi problematizar as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente - PNEP sobre os indicadores de saúde

da região, as necessidades de formação para o SUS no contexto regional, entre outros. Estiveram presentes representantes dos trabalhadores da Região do Médio Paraíba, das instituições de ensino e do controle social.

No primeiro dia, fizemos a leitura da Política Nacional de Educação Permanente e de um texto disparador, para em seguida analisarmos os indicadores de saúde da região. No segundo dia, definimos qual eixo de ações específicas do nosso plano seria priorizado, tendo em vista as necessidades da região. Trabalhamos em pequenos grupos e elegemos um relator para a grande plenária. As decisões do grupo eram escritas em tarjetas e problematizadas no grande grupo.

No retorno, definimos o método de adição de tarjetas, no qual os sentidos são agrupados por semelhança e contabilizados, que o eixo Ações Específicas de Formação para o SUS seria o prioritário. Nosso foco foi investir na qualificação do profissional, visando:

1. Melhorar os serviços prestados aos dependentes de álcool e drogas, inclusive para o matriciamento dessas ações.
2. Qualificar os profissionais que atuam nas urgências, em especial na atenção aos agravos por causas externas, com foco nas violências e subnotificação dos casos.
3. Formar pessoas para atuar em ações da Política de Atenção ao Idoso, do homem e da mulher, com foco no câncer ginecológico e neoplasia.
4. Formar pessoas que se apropriem de metodologias de Educação Permanente em Saúde e de metodologias inovadoras de promoção em saúde para construir corpo técnico que trabalhe nessa perspectiva.
5. Trabalhadores capazes de atuarem frente às situações de violência.

6. Ampliar o corpo técnico da região capacitado em Saúde Coletiva e que saibam utilizar a informação em saúde nos seus processos de trabalho.

Cada trabalhador do SUS, representante do seu município na CIES, ficou incumbido de elencar com seu gestor e técnicos, por ordem de prioridade, que ações seriam executadas, para que fossem socializadas e problematizadas na próxima plenária da CIES. Feito isto, cada representante da CIES elencou a ordem de prioridade segundo as necessidades do seu município, socializou em plenária e pelo método de adição chegou às seis ações a serem executadas:

Portanto, essas ações foram o escopo para a construção dos projetos prioritários do eixo de ações específicas de formação para o SUS para financiamento através do recurso federal da Educação Permanente – 2007, 2008 e 2010/2011:

1. Projeto de formação em Educação Permanente em Saúde;
2. Projeto de Formação em Política de Álcool e Drogas;
3. Projeto de Formação sobre Saúde Mental;
4. Projeto de Formação sobre Atenção ao Idoso;
5. Projeto de Formação sobre Saúde do Homem;
6. Projeto de Formação para Ações Básicas, de Média e alta Complexidade na Saúde da Mulher, com ênfase para as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) e neoplasias (colo e mama).

Em Plenária da CIES no ano de 2012, definimos que os projetos seriam desenvolvidos em grupo e em parceria com os técnicos da região que estivessem envolvidos com as temáticas em questão. Acordado isto, o coordenador da CIES solicitou pauta

na CIR com o intuito de solicitar aos gestores que indicassem de técnicos para dar início à construção dos projetos.

A metodologia utilizada para a construção dos projetos foi a participativa, no qual o trabalhador do SUS fala do cotidiano da sua prática, das características do seu município. Esse olhar é ampliado para um contexto regional, apontando as necessidades de intervenção da EP na região, com o intuito de transformar a realidade do trabalhador: sua prática e a percepção desta, com foco no usuário do serviço que precisa ser atendido na sua integralidade, garantindo otimização dos recursos públicos, seja material ou humano, o tempo, propriamente dito; até a oferta do serviço, entre outros.

Esta metodologia ascendente, participativa, dialógica e centrada nos processos de trabalho, exige de cada um dos integrantes, das instâncias do SUS na região, a capacidade de ampliar os esforços no sentido de retomar a dinâmica locorregional, enquanto condição fundamental à efetivação da Política de EP em saúde. A capacitação dos trabalhadores do SUS deve ocorrer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar. Ou seja: em todos os locais, a partir de cada realidade / necessidade local e regional, envolvendo vários saberes. Deve ser entendida como processo permanente, garantido durante a graduação; mantida na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de ensino, serviços de saúde e a comunidade.

Aprofundando o Projeto Regional de Educação Permanente: desdobrando o eixo de formação para o SUS

O Plano Regional de EP do ano de 2010 foi revisado no ano de 2012, com o intuito de retomar o eixo de formação

para o SUS e construir um plano de ação que respondesse às necessidades regionais, apontadas para utilização do recurso de EP destinados àquela região. Até aquele momento, haviam sido elencadas as temáticas a serem desenvolvidas nos projetos, mas era preciso torná-las reais. Foi o próximo passo.

A dimensão ético-político-pedagógica

Nossos projetos têm na dimensão ética a vida, nos termos do Pacto pela Vida / cuidado em saúde / princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade). Na dimensão pedagógica, os princípios de formulação da educação permanente, ascendente, dialógica e participativa. E por fim, na dimensão política, o movimento de reforma sanitária, culminando com os princípios e diretrizes do SUS, pautado na Constituição Federal, tendo o SUS como um direito de toda a população.

O processo de regionalização como diretriz do SUS fortaleceu a Região do Médio Paraíba como formuladora e executora de políticas para a formação para o SUS, instigando os profissionais a pensarem suas práxis a partir de seu cotidiano de trabalho, pois com a regionalização, a educação permanente ganha capilaridade, institucionaliza-se e se fortalece com os recursos que a financiam.

Nossa região hoje tem a característica de formar pessoas que transformam suas práticas, refletem sobre estas e as multiplicam; trabalhadores da região engajados em processos de formação, como alunos, professores e preceptores, outros como orientadores de projetos para os municípios da região, entre outros.

Outrora, formaram-se pessoas para pensarem a educação permanente, enquanto militantes na sua defesa e implementação, multiplicando e problematizando seus conceitos e princípios

que, por sua vez, formaram novas pessoas que trilharam o mesmo caminho, no trabalho cotidiano de construir a Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) como um espaço democrático de tomada de decisão para a formação para o SUS a partir das nossas necessidades regionais. Importante registrar que diversas ações formativas realizadas pela CIES-MP possibilitaram a participação dos profissionais de saúde nos processos de problematização da atenção à saúde na região. Estratégias de formação como as oficinas de educação permanente com foco na atenção básica, os cursos de Saúde da Mulher e do Homem, entre outros, foram desencadeadores de reflexão e transformação das práticas de trabalho.

A CIES Médio Paraíba-RJ tem hoje o papel de apoiar e cooperar tecnicamente com a Comissão Intergestores Regional (CIR) para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da educação permanente em saúde, da legislação vigente e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde; incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da educação permanente em saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de educação permanente em saúde implementadas; apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre educação permanente em saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e

desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades sanitárias dos gestores.

A metodologia que embasou todos os cursos foi a mesma descrita na Política Nacional de Educação Permanente, que:

1. Desenvolvesse processos inovadores de formação para o SUS, através da aprendizagem significativa.
2. Dialógica, participativa e ascendente.
3. Trabalhasse a partir da problematização dos contextos e situações, visando à construção de processos estruturantes de transformação das práticas de trabalho.
4. Tivesse como processo pedagógico o de fortalecimento dos atores sociais enquanto sujeitos críticos e reflexivos para a condução do SUS.
5. Estimulasse a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura local do sujeito das práticas de trabalho em saúde, numa dada situação e com postura crítica.
6. Fosse uma estratégia de integração do indivíduo, da equipe, do processo de trabalho, do serviço e do sistema de saúde.
7. Tivesse caráter transdisciplinar e intersetorial.
8. Trabalhasse a partir da descentralização das ações.
9. Fortalecesse as especificidades locais e regionais.
10. Democratizasse os espaços de trabalho.
11. Fosse criativa.
12. Enfatizasse o trabalho em equipe.
13. Fosse uma estratégia de humanização do atendimento.

Por tudo isso, nossa proposta pedagógica é orientada por aspectos concretos e práticos do cuidado em saúde; é focalizada em atividades do contexto e do trabalho na região; problematiza situações cotidianas; estabelece diálogos entre o

processo de trabalho e as estratégias pedagógicas; considera a dinâmica das rotinas e as diferentes intencionalidades de cada sujeito de aprendizagem.

O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho; o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos; a busca de soluções criativas para os problemas encontrados; o desenvolvimento do trabalho em equipe; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

A EP em saúde se baseia na aprendizagem significativa que tem como conceito-chave o modelo pedagógico inovador de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria / prática na produção do conhecimento e assume que ele ocorre de forma dinâmica através da ação/reflexão/ação.

Na proposta da EP em saúde, a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho, que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada. Nesses espaços de práticas, vários projetos encontraram nas metodologias baseadas na concepção pedagógica crítico / reflexiva, especialmente a problematização, um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade.

A maneira como construímos os projetos

Após delimitarmos os temas, conforme descrito anteriormente, os projetos foram sendo delineados, todos sob a coordenação de um membro da CIES que se incumbiu de mobilizar e articular técnicos da Região do Médio Paraíba indicados pelos secretários

de Saúde, com a finalidade de construir os projetos à luz da metodologia da educação permanente.

Os projetos foram apresentados em Plenária na CIES e aprovados em Plenária da CIR, e então executados em parceria com o IMS/LAPPIS/UERJ. A título de ilustração, discorreremos a seguir sobre a construção do Curso de Atualização para a Saúde Integral do Homem.

Para construção do Curso de Atualização para a Saúde Integral do Homem, foram realizados cinco encontros de trabalho a partir do ano de 2013, no qual discutimos os conceitos a serem abordados no curso e as estratégias metodológicas. Apontamos a necessidade de problematizar a construção do conceito do gênero masculino, o estudo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e como esta foi construída, sendo estes os indicativos da parte teórica do curso. Definimos que estudos de caso, com foco na problematização, visando ao cotidiano do SUS na atenção básica, seriam uma boa estratégia de estudo, ofertados como material para sensibilização. Por último, ao final do curso teríamos como produto 12 projetos aplicativos, que propiciariam nossa análise sobre o quanto o curso impactou a práxis do trabalhador e, conseqüentemente, o quanto o usuário do SUS pode desfrutar desta capacitação.

Deste modo, a coordenação do curso se reuniu com os professores que ministrariam o curso, e que foram convidados a partir de critérios objetivos: são professores que conhecem a realidade da Região do Médio Paraíba e do nosso SUS; ministram aulas em universidades dessas disciplinas ou orientam projetos aplicativos com nossos trabalhadores. E ainda, conhecem a metodologia da EP como estratégia de ensino-aprendizagem. O projeto fora apresentado e os planos de aula, construídos.

Três polos sediaram as aulas: Volta Redonda, Barra Mansa e Resende, totalizando aproximadamente 40 alunos em cada turma e 12 municípios contemplados com o projeto. Cada turma teve 60 horas de aulas presenciais e 12 à distância. Destes, somente dez municípios tiveram representatividade no curso, assim teremos dez projetos aplicados e aproximadamente 80 alunos com presença.

Cada polo contou com uma pessoa-apoio, cuja função era garantir a logística e organização necessárias para o desenvolvimento do curso, atendendo às necessidades dos alunos e professores. Todo o processo foi avaliado, por parte dos professores, alunos e os apoiadores. De modo geral, o curso atendeu às expectativas dos professores e alunos. Os apoiadores demonstraram satisfação em trabalhar no processo e receberam os agradecimentos dos alunos e professores. Estes relataram que a metodologia utilizada no curso favoreceu o aprendizado, o que pode ser observado também na avaliação dos alunos.

Alguns alunos apontaram que o uso da metodologia ativa nos processos de ensino aprendizagem causou estranheza inicial, mas depois contribuiu de forma decisiva para que pudessem falar do cotidiano do trabalho e da construção do projeto aplicativo, para que estes de fato se constituíssem em produto do trabalho intelectual dos profissionais de saúde. Relataram que a expectativa é que os projetos aplicativos sejam executados e que os usuários se beneficiem do conteúdo construído nas aulas.

A coordenação do curso, que acompanhou o processo, desde a construção do Plano Regional de Educação Permanente, no qual a atenção à saúde do homem surge como foco de atenção, acompanha os técnicos da região para a formulação do projeto

de curso; dialoga com os professores selecionados para o curso e também o executa, na função de orientadora dos projetos; por fim, avalia e analisa o curso, por meio da avaliação dos alunos, apoiadores e professores; sente o processo realizado e desfruta do alcance que este teve até o momento. A região demonstrou seu potencial para realizar educação permanente a partir da realidade local/regional e orientada pela Política Nacional de Educação Permanente, que nos tem sido cara, pois é nosso, enquanto CIES, o grande objeto de atenção e trabalho.

Eixo integralidade e a transversalidade dos cursos

Com o fortalecimento da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família, estamos nos deparando com os diversos aspectos desta mudança no perfil epidemiológico e da transição demográfica que amplia o acesso da população ao SUS, mas a falta de difusão do conhecimento junto aos profissionais de saúde tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem multiprofissional dos pacientes em geral.

O reconhecimento dos diversos aspectos relativos à atenção integral ao idoso, ao homem e a mulher tem papel fundamental para a saúde pública, pois através do diagnóstico breve, a qualidade de vida desses pacientes pode se manter por maior tempo. Além disso, se faz cada vez mais importante capacitar profissionais da saúde com enfoque nas áreas, buscando atendimento integral dos usuários atendidos. Os projetos foram elaborados considerando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, da Mulher, Saúde Mental, Saúde do Idoso, e os cuidados em Saúde ao Álcool e outras Drogas. Há necessidade de estruturar e integrar as ações já realizadas pela atenção básica, nas ESFs da Região do Médio Paraíba, em

relação aos cuidados com os pacientes, bem como promover outras que visem compreender o paciente como sujeito na sua integralidade. Atualmente, na Região do Médio Paraíba, somente o município de Volta Redonda aderiu ao Programa de Saúde do Homem, e outros municípios relatam a dificuldade de atender a esse público, quer por barreiras institucionais, como horário do atendimento, ambiência, entaves da equipe que o acolhe, ou por barreiras socioculturais, tais como o poder patriarcal, o papel do provedor, do cuidador, a certeza de que não adoece, o medo da doença, entre outros.

Justamente por almejar a atenção integral à saúde da população, a CIES Médio Paraíba viabiliza uma parceria com o LAPPIS/IMS/UERJ, tendo o CEPESC como órgão executor do recurso. Adequou sua pedagogia à metodologia dos nossos projetos de formação para o SUS, transversalizando nossos cursos com a discussão da integralidade do cuidado, da problematização como viés da formação para o SUS, do cuidado ao outro e da produção da vida.

Essa parceria se traduz em apoio técnico para aprofundamento da Educação Permanente na região, incorporando em todos os nossos cursos uma aula inaugural conduzida pelo IMS/LAPPIS/UERJ sobre o tema da integralidade do cuidado em saúde. A experiência está descrita em outro texto desta coletânea.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 24 set.2015.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 24 set.2015.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>. Acesso em: 24 set.2015.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>. Acesso em: 24 set.2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2200, de 14 de setembro de 2011. Dispõe sobre recursos para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2813, 2008. Dispõe sobre recursos para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2953, 2009. Dispõe sobre recursos para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4033, de 17 de dezembro de 2010. Dispõe sobre recursos para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 20 set.2015.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA. Comissão Integração Ensino-Serviço da região do Médio Paraíba-RJ. *Plano Regional de Educação Permanente 2010: formação para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Rio de Janeiro: SES, 2010.

_____. Comissão Integração Ensino-Serviço da Região do Médio Paraíba-RJ. *Plano Regional de Educação Permanente 2012*. Rio de Janeiro: SES, 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB RJ nº 573, de 04 de dezembro de 2008. Aprova o Plano de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB/RJ nº 792, de 03 de dezembro de 2009. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente

em Saúde do Estado do Rio de Janeiro 2009/2010, na forma do anexo desta. Rio de Janeiro, RJ, 2009.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB-RJ nº 374, de 04 de outubro de 2007. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro - Exercício Orçamentário 2007. Rio de Janeiro, RJ, 2007.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB-RJ nº 1.445, de 18 de outubro de 2011. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro - Exercício Orçamentário 2011. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação Conjunta CIB-RJ/COSEMS-RJ nº 01, de 09 de dezembro de 2010. Aprova *ad referendum* o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro – exercício 2010-2011. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

A utilização de recursos financeiros na Política de Educação Permanente no Estado do Rio de Janeiro: a vivência da região do Médio Paraíba

HELOÍSA HELENA SANTOS TEIXEIRA
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA
FREDSON COSTA SEREJO

A experiência em execução de recursos financeiros para Educação Permanente (EP) na região do Médio Paraíba iniciou-se nos anos de 2007 e 2008. Na 10ª Reunião Ordinária da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB/RJ), realizada em 04 de outubro de 2007, foram definidos os municípios que iriam realizar a gestão dos recursos, de acordo com as divisões dos Polos de Educação Permanente.

Esses municípios também seriam responsáveis pela realização dos processos licitatórios, com vistas à execução dos projetos vinculados a sua região. O quadro 1, a seguir, apresenta como ficaram definidos geograficamente os Polos no estado do Rio de Janeiro, e o respectivo município gestor dos recursos. O município de Pirai recebeu a gestão dos recursos financeiros destinados ao Polo Sul Fluminense, após indicação do Colegiado de Gestão Regional (CGR), da região do Médio Paraíba.

Quadro 1: Polos de Educação Permanente-RJ e os municípios gestores dos recursos

Polo	Município
Polo Metro I	Duque de Caxias
Polo Metro II/Baixada Litorânea	Niterói
Polo Sul Fluminense	Piraí
Polo Norte/Noroeste	Itaperuna
Polo Serrana	Teresópolis

Fonte: Elaboração dos autores, com base na Deliberação CIB 0374/2007.

A Deliberação CIB 0374, de 04 de outubro de 2007, foi o documento formalizador dessa escolha colegiada, aprovando os critérios para alocação orçamentária referente à Política Nacional de Educação Permanente, disposta na Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007.

O primeiro recurso, no montante de R\$ 285.420,80 ingressou no Fundo Municipal de Saúde de Piraí, em 06 de dezembro de 2007, tendo como finalidades os projetos: (1) Estratégias de Potencialização e Sensibilização em EP para Transformação das Práticas de Trabalho nos Serviços de Saúde e (2) Curso de Especialização em Gerência de Atenção Básica. A partir dessa data, foi necessário modificar, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí, seus instrumentos de planejamento, propondo a criação de uma ação programática para contemplar especificamente os recursos orçamentários destinados à execução dos projetos de EP, haja vista que o planejamento para o quadriênio 2006-2009 do município já se

encontrava em execução e não contemplava Ação Programática de Educação Permanente Regional.

A estrutura programática teve início na definição dos programas do Plano Plurianual, que indicam o que será desenvolvido pelo governo no período. O levantamento das informações pertinentes a esses programas permite traçar o perfil característico dos projetos, atividades e das operações especiais. Nas propostas orçamentárias, as ações são quantificadas física e financeiramente para o exercício de referência. Os programas definidos no Plano Municipal de Saúde representam o elo entre o Plano Plurianual e os Orçamentos Anuais.

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 35, 165 a 167, e a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 – LRF) trouxeram significativas mudanças para os três entes da Federação – municipal, estadual e federal – no processo de planejamento dos instrumentos de gestão pública: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Sendo assim, tornou-se necessário recorrer ao arcabouço jurídico, para modificar o Planejamento Orçamentário da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí, a fim de incorporar os recursos da Educação Permanente Regional.

Assim, foi editada a Lei Municipal de Piraí nº 887, de 19 de fevereiro de 2008, autorizando a criação da Ação Programática “Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde” e, conseqüentemente, a criação das naturezas de despesas, corrigindo os instrumentos de planejamento municipal e possibilitando o início da execução dos projetos emanados do Colegiado de Gestão Regional (CGR), conforme ilustrado na figura 1.

Figura 1: Ação programática para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde

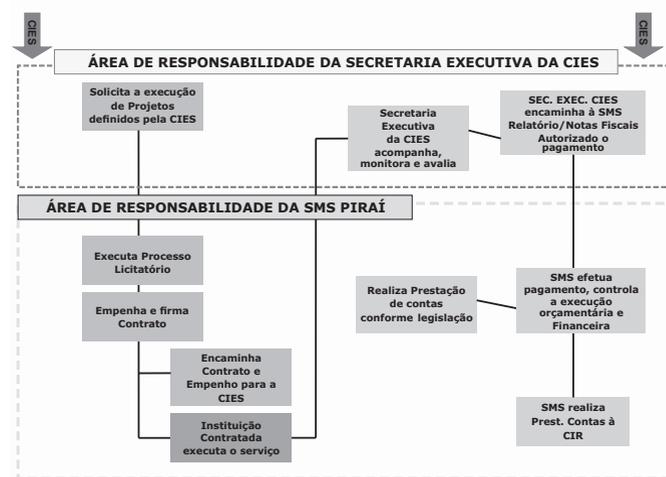
DEMONSTRATIVO MENSAL DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA DESPESA COM BLOQUEIOS ORÇAMENTÁRIOS												
Tipo de Crédito		2		Crédito Especial								
Unidade Orçamentária		1111		FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE								
Funcional Programática:		10.128.8017.2184		IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE								
Clas. Red.	Nat. da Despesa	Fonte Rec.	Créd. Orçam. Autorizado	Crédito Provisionado	Saldo de Crédito	Bloq. no mês/ Bloq. até o mês	Emp. no Mês/ Emp. até o Mês	Saldo de Provisão	Liq. no Mês/ Liq. até o Mês	Saldo de Empenho	Pag. No Mês/ Pag. até o Mês	Saldo de Liquidação
Total LUO:			0,00	196.087,74	0,00	0,00	0,00	87,74	0,00	196.000,00	0,00	0,00
Total Geral:			20.100.000,00	21.726.690,02	0,00	0,00	-183.594,99	419.720,95	2.237.746,32	47.623,72	3.175.024,48	39.329,87
			196.087,74			0,00	21.306.969,07		20.832.345,35		20.793.015,48	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pirai.

Todo planejamento orçamentário e suas alterações são apresentados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), para discussão, deliberação e aprovação. Os recursos da educação permanente acompanharam o mesmo fluxo de procedimento, sendo parte integrante das informações prestadas ao CMS, desde o ingresso no Fundo Municipal de Saúde de Pirai.

A partir de 2008, a Secretaria Municipal de Saúde de Pirai, por meio da participação do gestor nos espaços de discussão do Colegiado de Gestão Regional, construiu um fluxo para execução dos projetos da EP, visando sobretudo à manutenção do processo colegiado, implementado pela Política de Educação Permanente. A figura 2 demonstra como foram estabelecidas as tarefas, seja de execução e/ou controle desses processos.

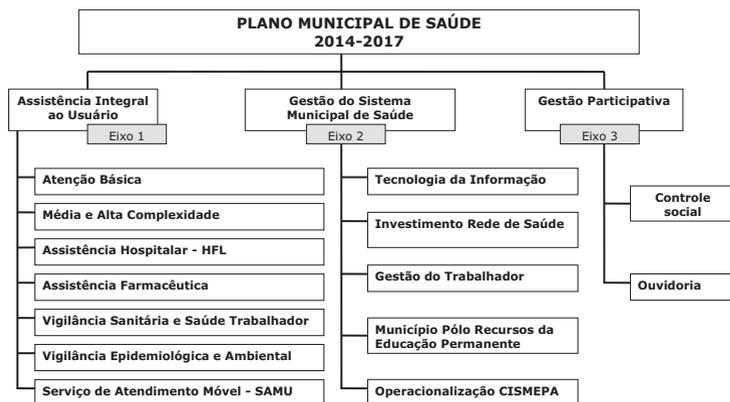
Figura 2: Fluxo da execução dos processos da EP para o gestor regional do recurso



Fonte: Elaboração dos Autores, com base em informações da CIR e SMS Pirai

Em 2013, com a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) para o quadriênio 2014-2017, e considerando a experiência, a execução dos projetos regionais da educação permanente se fortaleceu, ganhando destaque dentro do eixo Gestão do Sistema Municipal de Saúde. A figura 3 ilustra essa inclusão.

Figura 3: Eixos do PMS 2014-2017, Pirai



Fonte: PMS 2014-2017, Secretaria Municipal de Saúde de Pirai.

Destaque especial deve ser dado à celeridade dos processos licitatórios, devido à divisão de responsabilidades entre a CIES-MP e a Secretaria Municipal de Saúde de Pirai. Assim que aprovados os projetos elaborados pela CIES-MP, seguem os trâmites processuais próprios na Administração Pública, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Pirai, com vistas à contratação de entidades e/ou profissionais que detenham reconhecido conhecimento sobre temas a serem abordados pelas respectivas capacitações.

Cabe à CIES-MP o acompanhamento, monitoramento e avaliação efetiva dessas capacitações. Ao município executor, cabe a operacionalização dos processos administrativos, visando a aquisição do serviço, autorizações para pagamentos à instituição contratada e a prestação de contas em reuniões ordinárias.

No período de gestão dos recursos, até agosto de 2014, foi movimentado o montante de R\$ 1.252.128,77, incluindo os rendimentos financeiros da conta corrente bancária. Foram abertos 45 processos para geração de notas de empenho e 104 processos para realização de pagamentos, vinculados a projetos da educação permanente. Nos quadros 2 e 3, é possível conhecer esses valores separadamente.

Quadro 2: Histórico de transferência de recursos em EP/Gestão PEP

Polo Regional de Educação Permanente	
Valor recebido 1ª parcela – 06/12/2007 (competência 10/07)	285.420,80
Valor recebido 2ª parcela – 16/01/2009 (competência 11/08)	235.685,18
(=) Total recebido	521.105,98
Rendimento até agosto/2014	109.191,44
TOTAL RECEBIDO + RENDIMENTO	630.297,42
(+) Valor transferido da conta 18.959-6	64.801,65
(-) Valores pagos até agosto/2014	(654.881,86)
(-) A Pagar	(38.151,80)
(=) Saldo líquido em agosto	2.065,41

Fonte: SMS Pirai e Estudo CIES-MP.¹

¹ Recurso da Portaria GM/MS nº 1996 de 2007 e Deliberação CIB-RJ nº 374 de 2007, da Educação Permanente em Saúde, no valor de R\$ 285.420,80, depositado em Pirai. Recurso da Portaria GM/MS nº 2813 de 2008 e Deliberação CIB-RJ nº 573 de 2008, da Educação Permanente em Saúde no valor de R\$ 235.685,18, depositado em Pirai.

Quadro 3: Histórico de transferência de recursos em EP/Gestão CIES-MP

CIES	
Valor Recebido 1ª Parcela – 27/01/2010 competência 11/2009	107.462,20
Valor Recebido 2ª Parcela – 27/01/2010 competência 11/2009	106.888,00
Valor Recebido 22/05/2012 competência 12/2011	147.655,86
Valor Recebido 22/05/2012 competência 12/2011	103.359,10
Valor Recebido 05/02/2013	88.088,70
TOTAL RECEBIDO	553.453,86
Rendimento até agosto/14	68.377,49
TOTAL RECEBIDO + RENDIMENTO	621.831,35
(-) Transferência para conta do Polo EP	(64.801,85)
(-) Pagamentos Efetuados	(368.836,29)
(-) A Pagar	(141.578,62)
(=) Saldo Líquido	46.614,59

Fonte: SMS Pirai e Estudo CIES-MP.²

² R\$107.462,20 e R\$106.888,00 – Recursos da Portaria GM / MS nº 2953, de 25 de novembro de 2009, e Deliberação CIB/RJ nº 0792, de 03 de dezembro de 2009, respectivamente, da Educação Permanente em Saúde e da Educação Profissional, depositados em Pirai. R\$103.359,10 e R\$147.655,86 – Recursos da Portaria GM/ MS nº 2.200, de 14 de setembro de 2011, e Deliberação CIB/RJ nº 1.445, de 18 de outubro de 2011, respectivamente, da Educação Permanente em Saúde e da Educação Profissional, depositados em Pirai. R\$88.089,70 – Recurso da Portaria GM nº 4.033, de 17 de dezembro de 2010, Deliberação conjunta CIB-RJ/COSEMS nº 1, de 09 de dezembro de 2010 (*ad referendum*), alocado no município de Pirai.

Nas Reuniões Ordinárias da CIR, é realizada a prestação de contas da execução dos processos, bem como é apresentado o cenário financeiro existente, na forma do modelo apresentado nos quadros 2 e 3.

Potencialização das ações em EP, acesso aos recursos financeiros, desafios e alternativas inovadoras

Citando o funcionamento das CIES durante o 2º Encontro Estadual de Educação Permanente do Estado do Rio de Janeiro, concluiu-se que a viabilização das Políticas de Educação Permanente, através da utilização de seus recursos, encontra-se de algum modo ainda desagregada em sua operacionalização, numa ótica regionalizada.

A compreensão da operacionalização das ações em EP para a qualificação dos profissionais de saúde, centrada na realização de um conjunto de treinamentos e capacitações pontuais, indica a necessidade de maior aprofundamento sobre o ordenamento do processo formativo e maior articulação entre as práticas e proposições das Políticas de Educação Permanente em Saúde em relação à adoção de metodologias inclusivas e a elaboração de projetos que enfatizem a importância da regionalização do sistema.

Apesar do êxito na execução dos recursos de EP, nas reflexões sobre o 2º Encontro Estadual de Educação Permanente do Estado do Rio de Janeiro, realizado durante reunião ordinária de CIES-MP³ subsequente a este encontro, infere-se que as regiões que obtiveram êxito nessa execução permanecem incluídas numa avaliação global que aponta a baixa utilização desses

³ Arquivos de CIES-MP – Ata de Reunião Ordinária de 08 de outubro de 2014.

valores. Esse fato compromete novos repasses e de certa forma desacelera o processo de implementação de maior número de ações em EP que requeram utilização de recurso financeiro.

A partir dessas constatações, iniciativas apontadas como indicativas durante o Encontro citado estão sendo empreendidas no sentido de realizar “Oficinas de Troca de Saberes”. Estas oficinas visam obter um desenvolvimento mais homogêneo destas instâncias e garantir maior adequação aos indicativos definidos pelas políticas pertinentes ao processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vale assinalar que, respondendo à demanda, em 05 de novembro de 2014 foi realizada, no município de Piraí, a Oficina Troca de Saberes,⁴ entre a CIES Médio Paraíba e CIES Metropolitana II, contando com a participação de representantes da Coordenação do Fundo Municipal de Saúde do Município de Piraí, membros da CIES Metropolitana II, CIES Médio Paraíba e Fundo Municipal de Saúde de Niterói-RJ, município executor do recurso em EP para aquela região.

Análises sobre os limites e possibilidades dessa execução, do desenvolvimento e implantação das comissões CIES, identificam oportunidades que vão além da exclusiva elaboração e execução de projetos para capacitações, cursos e eventos dirigidos aos trabalhadores do SUS à luz das políticas nacionais para a Educação Permanente. Portanto, o momento é favorável ao desenvolvimento de estratégias que incluam ferramentas de gestão que darão suporte à CIES-MP para a realização de estudos que avaliem o impacto da operacionalização das ações em EP preconizadas através dos projetos sob seu

acompanhamento e os serviços de saúde na região do Médio Paraíba efetivados até o momento.

A região de saúde que conseguiu executar os recursos oriundos da educação permanente operacionalizou o maior número de ações de EP no estado. Em nossos encontros, foram discutidas as necessidades do (1) processo de trabalho, (2) processo crítico como inclusivo ao trabalho e (3) com a prática institucionalizada, com público-alvo multidisciplinar, enfocando os problemas de saúde, com o objetivo de transformar as práticas técnicas e sociais, com uma pedagogia centrada na resolução de problemas tendo como resultado a mudança. Contudo, precisamos avançar no monitoramento e avaliação de impacto dos nossos processos educacionais e na mudança que provocaram nos municípios, criando estratégias em que a periodicidade da educação permanente seja contínua, atingindo maior número de profissionais.

Essas discussões fizeram parte da pauta do II Encontro de Educação Permanente no Rio de Janeiro, que debateu a aplicação de recursos em Educação a Distância (UNASUS), Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde – UERJ) e aplicação de metodologias ativas (Hospital Sírio Libanês).

A Política de Educação Permanente aponta para o fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada. Mas um dos grandes desafios na execução dos recursos financeiros da Educação Permanente no Brasil é superar a complexidade do modelo burocrático da administração pública, na construção de processos de trabalho dinâmico, bem como na execução de processos de natureza regionalizada, buscando criar um novo modelo de gestão de recursos, que promova a economia de escala e a potencialização de recursos.

⁴ Arquivos de CIES-MP - Memória em Oficina em Troca de Saberes.

Compreender as formalidades do processo de gestão compartilhada que cabe às CIR, CIES e município executor é fundamental para o financiamento e execução dos projetos de educação permanente.

Referências

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.813/08. Define o recurso para Educação Permanente em Saúde para o ano de 2008. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2953/09. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências, Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências, Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do ministério da Saúde para a Política nacional de Educação Permanente em saúde, Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.033, de 17 de dezembro de 2010. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Brasília, DF, 2010.

_____. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Define a Lei de Responsabilidade Fiscal. Brasília, 2000.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-86, 2005.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do Sistema de Saúde do Brasil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 11 n. 23, p. 427-38, set.-dez 2007.

FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. Educação Permanente como prática. In Pinto, S.; Franco, T. B.; Magalhães, M. G. et al: *Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ*. São Paulo: Hucitec, 2012.

PIRAÍ. Lei Municipal nº 887, de 19 de fevereiro de 2008. Autoriza a criação da Ação Programática de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Piraí, RJ, 2008.

_____. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Secretaria Municipal de Saúde de Piraí, 2014.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB/RJ nº 792, de 03 de dezembro de 2009. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro 2009/2010, na forma do anexo desta. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. 2º Encontro Estadual de Educação Permanente do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB RJ nº 573, de 04 de dezembro de 2008. Aprova o Plano de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB-RJ nº 1.445, de 18 de outubro de 2011. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro- Exercício Orçamentário 2011. Rio de Janeiro, 2011.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB-RJ nº 374, de 04 de outubro de 2007. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro- Exercício Orçamentário 2007. Rio de Janeiro, 2007.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação Conjunta CIB-RJ/ COSEMS-RJ nº 01, de 09 de dezembro de 2010. Aprova *ad referendum* o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro – exercício 2010-2011. Rio de Janeiro, 2010.

Parte III

Estratégias de ação na integração
ensino-serviço

Educação Permanente na Rede de Atenção Psicossocial: a experiência do Curso de Atualização Técnica em Saúde Mental nas regiões do Médio Paraíba, Baía da Ilha Grande e Centro-Sul Fluminense¹

FLÁVIA HELENA MIRANDA DE ARAÚJO FREIRE
RICARDO SPARAPAN PENA
ANA PAOLA FRARE
GILMARA DA COSTA SILVA
JÉSSICA KELY SOARES DO CARMO DE C. SILVA
ELOA NOGUEIRA DE SOUZA

O material que compartilhamos neste texto apresenta a experiência do curso de Atualização em Saúde Mental, realizado nos municípios que compõem as regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande, no estado do Rio de Janeiro. O curso integra a política de Educação Permanente da região, articulado pela CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço), em parceria com a Universidade Federal Fluminense - Volta Redonda e o IMS-UERJ/LAPPIS/CEPESC.

Os encontros semanais sediados nos municípios de Volta Redonda e Vassouras, durante sete meses, foram ancorados

¹ Dedicamos estes escritos e reflexões a nossa querida companheira-amiga-professora Tatiana Ramminger, coordenadora por este projeto-curso de Educação Permanente na Rede de Saúde Mental da região, que nos deixou de forma prematura e, ainda sob efeito do susto de sua ausência, seguimos na continuidade de seus projetos. Dedicamos, ainda mais, de corpo e alma a esse curso, e os relatos que aqui compartilhamos neste texto certamente são frutos de muitas de nossas conversas. Em sua homenagem, querida, apresentamos a colheita de sua plantação.

pela perspectiva da educação permanente, inserindo o conteúdo teórico-conceitual e promovendo interação reflexiva na relação com o mundo do trabalho dos alunos-trabalhadores. No entendimento de Merhy (2013), a aposta na educação permanente possibilita criar situações que permitem mudar os processos de trabalho, na medida em que problematizamos com nosso próprio fazer, o seu acontecer coletivo no dia a dia do trabalho em saúde.

Em experiência relatada por Severo e Freire (2014) a respeito da reflexão de trabalhadores na composição de Redes de Atenção Psicossocial, integrando profissionais da saúde mental e assistência social, foi possível perceber que o compartilhamento das experiências vividas amplia a visão dos trabalhadores sobre as diversas possibilidades de práticas coerentes com a atenção psicossocial, pensando em projetos de educação em saúde, assim como em mudanças de perspectiva para afirmar que toda a equipe tem papel importante na intervenção em saúde mental.

Convergindo com esse fluxo de pensamentos, o curso de Atualização em Saúde Mental, que envolve três regiões do estado, se propôs a construir um espaço de trocas de experiências, compartilhamento de saberes e reflexões do cotidiano das equipes na tessitura da rede de atenção psicossocial em diálogo com os demais municípios das regiões participantes.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentido, a partir de reflexões críticas sobre as práticas vivenciadas pelos profissionais em ação na rede de serviços (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Sendo assim, o curso traçou como objetivo qualificar profissionais da saúde para uma atuação que venha atender à demanda de reestruturação da área de Saúde Mental de acordo com os

princípios técnicos e éticos da atenção psicossocial. Para tanto, propôs junto aos alunos/trabalhadores:

- Problematizar, instrumentalizar e reconstruir o processo de trabalho dos profissionais de saúde mental das regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul e Baía de Ilha Grande, possibilitando a reflexão e a operacionalização deste processo para a transformação das práticas assistenciais.
- Proporcionar aos profissionais informações e reflexões críticas que os capacitem a planejar, implantar e avaliar projetos de assistência à saúde mental e atenção psicossocial, permitindo construir novos modelos de intervenções, contrários às práticas manicomialis.
- Possibilitar o aprimoramento da formação técnica para conduzir o manejo clínico do portador de transtornos mentais e pessoas com problemas de uso prejudicial de álcool e outras drogas.
- Problematizar e analisar práticas contemporâneas em saúde mental, numa perspectiva não hospitalocêntrica, destacando as normatizações do Sistema Único de Saúde (SUS), as experiências de municípios e as práticas desenvolvidas pelos participantes do curso.
- Gerar informações para uma análise histórica e crítica da constituição dos saberes e práticas psiquiátricas a partir dos novos paradigmas propostos pela Reforma Psiquiátrica e Saúde Coletiva.
- Identificar recursos sociais, necessidades territoriais e demandas dos usuários e serviços para o planejamento, organização e execução de ações interinstitucionais, e projetos de reabilitação e ressocialização, a fim de constituir redes de apoio e de integração.

O desenho do curso e seus pressupostos metodológicos

Os textos disponibilizados no curso buscaram ativar o pensamento, a memória, e tornar públicas as experiências dos professores-trabalhadores e dos alunos-trabalhadores no campo da Saúde Mental, produzindo um dispositivo de reflexão sobre o trabalho em saúde no SUS. Buscamos, para isso, afirmar a todo instante a inseparabilidade entre Saúde Mental e Saúde Coletiva, expressando aqui o trabalho cotidiano de des-especialização dos saberes e fazeres *psi*, fortalecendo assim a transversalidade nas práticas em saúde.

Entendemos que, no método, é fundamental garantir o diálogo permanente entre as experiências em trânsito na rede de saúde. O curso não pretendeu repassar determinado conhecimento aos alunos-trabalhadores, mas construir coletivamente um plano de aprendizagem onde pudéssemos produzir e registrar as diferentes intensidades que estiveram presentes em nosso percurso. Lançamos mão, o tempo todo, do diário de campo – uma espécie de livro em branco, o qual produziu escrita por nós (professores e alunos) a partir do diálogo nas aulas, das nossas impressões cotidianas e atividades de trabalho de campo.

Deste modo, o curso foi organizado em três eixos principais, buscando articular as experiências vivenciadas pelos alunos-trabalhadores na rede de atenção psicossocial, afirmando uma política de coletivização da produção do conhecimento:

Eixo I: o Sistema Único de Saúde, a Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial

Este eixo abordou a Reforma Psiquiátrica brasileira e o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), articulando-os como importantes frentes de ação para a reinvenção das práticas

de cidadania e garantia de direitos à Saúde Mental no percurso da Reforma Sanitária. Para tanto, comparece aqui a história da Reforma Psiquiátrica, pontuando as interferências do poder psiquiátrico nos diferentes modelos internacionais da reforma, ao mesmo tempo que provocamos os encontros entre esses modelos, os movimentos sociais pela democratização do Brasil e a constituição do SUS.

Eixo II: Clínica e Política na Saúde Mental

Neste segundo eixo, comparecem fortemente as políticas de Saúde Mental no SUS, juntamente com o processo constitutivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), seus componentes, dispositivos de atenção à saúde e formas de financiamento. As marcas deste processo são as políticas de saúde focadas no protagonismo de trabalhadores, gestores e usuários em iniciativas que fazem da atenção psicossocial uma realidade em constante transformação no Brasil de hoje.

Eixo III: Temas Transversais à Saúde Mental

O terceiro e último eixo discute os temas transversais à saúde mental, problematizando a judicialização como estratégia de atenção aos usuários, as interfaces entre arte e loucura, o processo de educação permanente no campo da Saúde Mental, as implicações do trabalho em saúde neste campo, assim como as formas de avaliação de suas políticas públicas.

Com esse desenho, permeado pelos três eixos, propomos o curso em Saúde Mental produzindo diálogos e reflexões com os alunos-trabalhadores, tendo como disparador dos textos e discussões, a prática cotidiana do trabalho em saúde mental. O resultado dessa experiência será relatado na sequência deste texto.

Relatos do vivido em ato

A partir da experiência vivenciada em ato e registrada no diário de campo pelos professores-trabalhadores e alunos-pesquisadores da UFF-Volta Redonda, que acompanharam e experimentaram o desenvolvimento do curso, abordaremos, a seguir, as questões temáticas que permearam o curso a partir dos encontros e trocas de saberes entre os professores-alunos-trabalhadores.

Educação Permanente em saúde, ressonâncias metodológicas e a composição de grupalidade

A Educação Permanente em Saúde (EP), ao pensar as implicações entre os vértices que a compõem – serviços, gestão, controle social e ensino (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) – contribuiu para a criação de um terreno epistemológico que se faz como criação de certa grupalidade entre alunos e professores, trabalhadores da saúde, ao passo em que as aulas não foram compreendidas apenas como momentos anteriormente preparados pelos professores, prontos para serem aplicados em sala. Essa “grupalização” exigiu que alunos-trabalhadores e professores pautassem a articulação entre o cotidiano dos serviços e os conteúdos das aulas, atualizando a relação entre ensino e serviço – isto é, entre academia e serviço – na composição dos encontros que se deram às sextas-feiras.

Afirmar esta parceria na tessitura dos encontros é afirmar também uma construção metodológica que, entendendo o conhecimento como produção coletiva, não preexiste à relação entre academia e serviço. Esta relação, por sua vez, apenas tem sentido se fortalecer a cogestão dos processos de aprendizagem, fomentando as discussões em rodas, muito frequentes no curso, nas quais os elementos/conteúdos trabalhados em sala

buscaram operar a transformação de realidades, não por suas forças individuais, e sim pela potência que a roda tem para fazer circular os saberes, questionar as verdades e disparar a produção de novos valores.

É possível observar, então, que as discussões em sala buscaram articular simultaneamente a construção do conhecimento, o grupo em si e o cenário de práticas de ensino-aprendizagem, ou seja, articularam a própria relação academia-serviço. Também contribui, nesta articulação, todo o entorno da sala de aula – as trocas entre alunos-trabalhadores e professores nos momentos de almoço em conjunto, nas caminhadas pela geografia de Volta Redonda e Vassouras, com seus relevos e temperaturas diferentes. Isto é, o cenário de diversos percursos e paisagens que compuseram o curso aproximou as pessoas para que compartilhassem entre si diferentes elementos e significados que compõem não apenas a atividade em sua forma-curso, mas uma vida em curso.

No entanto, não podemos aqui desvincular a relação academia-serviço dos outros vértices da EP, como a gestão e o controle social, podendo aproximar o controle social, nesta escrita, daquilo que concebemos como participação social, pois a construção metodológica que apontamos neste trabalho nos trouxe o desafio de não conceber alunos-trabalhadores e professores em lugares rígidos no campo da formação, mas entendendo-os como atores em um plano de experiências que os convocam ao exercício da clínica e da gestão na construção epistemológica.

Desdobrando esta ideia, a clínica que se apresenta nesse processo tem como efeito a análise de si no trabalho e a transformação-produção de novos valores que sustentam as práticas em saúde mental. Surge aqui uma peculiaridade do curso: o entendimento de que a loucura não é sinônimo de

doença. Entendemos, a partir desta constatação, que as formas de cuidar são postas em questão quando o que se coloca como primordial é a rede necessária para sustentar a não patologização da loucura, levando em consideração o peso de tal valor na sociedade. A clínica aqui, como transformação de modos de fazer-saber/saber-fazer, convoca trabalhadores e gestores ao exercício da mobilização social contra a prática manicomial – este estado de mobilização é o que engendra a participação social, pois ele articula a clínica e a gestão para o fortalecimento das redes de cuidados substitutivos à internação psiquiátrica e dá visibilidade à demanda dos trabalhadores para a gestão de suas próprias práticas em saúde.

Assim, no cenário de práticas deste curso, a EP se fez base de um processo que afirmou a relação academia-serviço como produção de conhecimentos para o trabalho na saúde mental, ao passo em que buscou agenciar as composições teórico-práticas entre o serviço, a gestão, o ensino e a participação social para a problematização das redes e das tecnologias de cuidado. Articulando a comunicação entre saberes e a produção de novos valores, considerou a grupalidade entre alunos-trabalhadores e professores como motor para o fortalecimento das discussões e enfrentamento dos problemas cotidianos no território, os quais necessariamente são efeitos da indissociabilidade entre clínica e gestão.

Trabalho, judicialização da saúde, medicalização do social e a patologização da vida

Problematizando outro conjunto de temas em destaque no curso, a discussão sobre o trabalho em saúde se deu por todos os momentos do mesmo, pautando principalmente as

dificuldades de articulação entre clínica e gestão para o cuidado no território. Encontramos certo regime de produção de verdades sobre o trabalho em saúde mental, o qual entra em questão quando os enfrentamentos cotidianos são colocados nas rodas que compõem as aulas. Este regime só nos é acessível porque se apresenta nas discussões pautadas pelos conteúdos do curso, e são visíveis através das análises que os alunos-trabalhadores fazem sobre a relação entre o trabalho ideal e o trabalho real.

Como colocado anteriormente, sustentar uma prática descolando a loucura da doença é uma tarefa cotidiana, difícil, polêmica, e que requer a construção de redes que se dão não apenas por saberes e fazeres, mas também pela formação de sujeitos políticos que pautam, no trabalho, a defesa da vida.

Assim, o problema da patologização da vida se coloca como um desafio a ser encarado todos os dias nos atendimentos, grupos, oficinas, ateliês, visitas domiciliares, acompanhamentos terapêuticos, entre outras ofertas presentes nos serviços. Nos CAPS, por exemplo, a visão romântica frente à magia da loucura se desfaz nas dificuldades de afirmar como cidadã uma construção delirante. Fazer tal afirmação todos os dias demanda a implicação de atores disponíveis para provocar fissuras em uma cultura manicomial, hospitalocêntrica e que patologiza a vida, fazendo do sofrimento um objeto medicalizável, reduzindo as possibilidades de que as equipes de saúde compreendam os sintomas psíquicos como produtos da vida em sociedade.

Deste modo, os alunos-trabalhadores apontam que o trabalho ideal é um trabalho representável, aquele no qual os trabalhadores logram por uma rede coesa e composta por serviços, saberes, fazeres e sujeitos que defendam a loucura como exercício de cidadania e afirmação de direitos. Porém, o trabalho

que encontram – o trabalho real – demanda o enfrentamento da precarização dos vínculos empregatícios, do baixo número de trabalhadores nas equipes, das filas para atendimentos, das dificuldades com as emergências em saúde mental, dos poucos investimentos para supervisões clínico-institucionais, da ausência de políticas que priorizem a saúde do trabalhador, dos investimentos da gestão na criação de ambulatórios, os quais não são previstos na RAPS, além de um fator que interfere muito intensamente em suas práticas: a judicialização da saúde.

Em relação à judicialização da saúde, é trazido que o alto número de sentenças para internação compulsória e ordens judiciais para atendimentos, que variam desde as dificuldades de aprendizagem até a inserção de pessoas em serviços especializados em saúde mental, mesmo sem demanda para tratamento nos mesmos, tem se colocado como obstáculo para uma clínica que intensifique o corpo-a-corpo no cuidado diário com o sofrimento psíquico.

Dado esse cenário nas regiões de abrangência do curso, não é preciso maiores teorizações para tratar dos problemas acima colocados. Também não é possível afirmar que o curso tenha conseguido cuidar de todos os temas e problemas colocados em cena, mas é válido localizá-lo na perspectiva da EP e pensar como as interfaces entre os serviços, a gestão, a academia e a participação social podem contribuir para a qualificação das práticas clínicas e de gestão em saúde mental.

Na linha da análise sobre o trabalho real, a ancoragem na EP possibilita que os participantes do curso criem esferas de vizinhança com os problemas apresentados, colocando-os em roda para que sejam discutidos e analisados, gerando como efeito a ampliação da capacidade analítica de sujeitos e grupos

(CAMPOS, 2007). Isso não significa dizer, como já colocado acima, que tais zonas de vizinhança tenham como objetivo abarcar todos os problemas apresentados, mas pensá-los em rede para que haja priorização entre os mesmos e, conseqüentemente, eger os mais significativos para o grupo.

Estes, eleitos como os mais significativos, podem ser a chave para a composição de uma grupalidade debruçada sobre a produção da própria realidade, pensando saídas para problemas comuns, sem necessariamente destituir dos problemas certa natureza desestabilizadora do trabalho em rede. Deste modo, eger problemas não significa escolhê-los dentre os melhores e os piores para as equipes, mas entender que se trata de uma atividade analítica que engendra a produção de conhecimento sobre as dificuldades e a exploração dos fatores que ocasionam tais problemas no território – isto é, experimentar a não dissociação entre clínica e gestão na composição das ofertas em saúde.

Assim, concordamos com as falas dos alunos-trabalhadores quando os mesmos colocam que o curso, como uma promessa antiga da gestão para esse território, veio em tempos diferentes para cada um dos participantes, mas contribuiu para que gerasse conhecimento não apenas pela atualização de temas contemporâneos em saúde mental, mas também pela ampliação da capacidade analítica de sujeitos que produziram, em grupo e em rede, maior autonomia para a gestão do trabalho no SUS.

A crise, a rede e os modos de cuidar

Neste terceiro conjunto de problematizações, o tema da crise comparece também como força agregadora do grupo em suas discussões durante o curso, pois relaciona diversos elementos que se articulam nas práticas de cuidado em saúde mental.

Ao se colocar a crise no centro de algumas discussões, tornou-se nítida a disparidade entre a atenção psicossocial e o cuidado pautado pelo paradigma asilar, hospitalocêntrico, baseado na internação como estratégia de solução para a crise. Os alunos-trabalhadores reconhecem a convivência entre esses dois modelos em suas práticas, trazendo as dificuldades em fortalecer o CAPS como espaço de cuidados substitutivos à internação, correlacionado as práticas desenvolvidas nos CAPS com as próprias práticas que se dão na rede de serviços, apontando fatores como o medo de aproximação com a crise, os entraves administrativos que sustentam as equipes (precarização dos contratos, baixo número de trabalhadores nos serviços) e os diferentes entendimentos/modos de fazer acolhimento presentes nos serviços de saúde como complicadores da prática clínica em rede.

No entanto, tais complicadores são constantemente gerenciados pelas equipes, sendo reconhecidos como elementos também constitutivos da clínica que se faz no cotidiano. A grande dificuldade que se apresenta, naquilo que observamos nos encontros com os alunos-trabalhadores e professores, é a identificação do CAPS como o operador da internação psiquiátrica.

Observamos que, na correlação entre as práticas do CAPS e as práticas em curso na rede, os diálogos entre os serviços substitutivos e a Atenção Básica à Saúde não compõem múltiplas vozes no estabelecimento de espaços de corresponsabilização pelo cuidado. Estratégias como o apoio matricial, acolhimento conjunto e comunicação contínua entre as equipes, supervisão clínico-institucional e ofertas em saúde mental nas Unidades

Básicas de Saúde e de Estratégia Saúde da Família ainda são escassas e, quando presentes no território, são experiências de maior dimensão assistencial do que formativa.

Afirmam-se, assim, modos de cuidar que atuam mais próximos da resolução de problemas ou de “casos” e mais distantes do acompanhamento e compartilhamento cotidiano das ofertas de atenção aos usuários, o que interfere diretamente, por exemplo, no entendimento acerca do que é a crise no âmbito do sofrimento psíquico, gerando dissensos em relação à compreensão sobre a mesma. Neste caso, os dissensos não se combinam em possibilidades comuns de atenção à crise, mas se distanciam ao polarizá-la: ou a crise acontece como um processo na vida dos usuários, ou como algo que os afeta fazendo com que fiquem “fora de si”.

Se o CAPS ocupa, então, certa função ordenadora dos cuidados à saúde mental em rede, é preciso que fortaleça no território a dinâmica de articulação entre elementos que ampliem a clínica, localizando as práticas de cuidado ao sofrimento na relação entre os trabalhadores, usuários e seus familiares, entre a clínica e a gestão, entre o CAPS e Atenção Básica, entre a Saúde e a Intersetorialidade, entre outras possibilidades.

Pensar a descentralização do CAPS como espaço de cuidado é desconstruir as representações sobre este dispositivo, presentes na atuação dos alunos-trabalhadores. Entender sua atuação na crise como ativadora do acolhimento e continência em rede é uma tarefa que não cabe exclusivamente a si.

Por isso, pensar o curso articulando a EP e os dispositivos da RAPS permitiu discutir temas no contexto do modo como se engendraram simultaneamente o grupo, o conhecimento e

o próprio curso, o qual se deu como efeito das práticas entre atores – práticas que desenharam uma metodologia em ato, dando à relação ensino-aprendizagem o sentido de experiência.

Por fim... Intervindo na rede de atenção psicossocial

Levando em consideração que a aposta da EP se localiza na transformação das práticas dos profissionais no mundo do trabalho, a partir da criticidade e problematização do agir em saúde, o término do curso de Atualização em Saúde Mental solicitou aos alunos-trabalhadores, como avaliação do processo de qualificação da rede de atenção psicossocial, a elaboração de um trabalho de conclusão de curso em formato de projeto de intervenção. Para tanto, o trabalho foi elaborado em grupo por município. Os grupos elaboraram o projeto de intervenção para a rede de saúde mental de seu município, confeccionado de forma coletiva, cada qual composto por microintervenções construídas de forma individual por cada componente do grupo sob a orientação dos professores.

A proposta em andamento, uma vez que o desfecho do curso ainda não se deu nas regiões, está pautada na devolutiva à CIES do produto final que foi elaborado no curso, fortalecendo a parceria entre ensino-serviço, conforme ressaltam Ramminger et al. (2014, p. 103), ao salientarem que “a universidade e os serviços de saúde são coprodutores de conhecimento e parceiros em projetos de intervenção”. Por intermédio da organização de um seminário, pretende-se que os alunos-trabalhadores possam apresentar seus projetos de intervenção da região para a CIR/CIES, como forma de socialização e compartilhamento da experiência e viabilidade de execução na rede de atenção psicossocial.

Referências

- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec: 2007.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- MERHY, E. E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A.A. et al. (Org.). *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 248-267
- RAMMINGER, T. et al. A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão: um relato de experiência da integração entre a Universidade e a rede de atenção integral à saúde mental em Volta Redonda-RJ. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. São João del Rei, v. 9, n. 1, p. 103, jan-jun, 2014.
- SEVERO, A. K. S; FREIRE, F. H. M. A. O delineamento da rede de atenção psicossocial: reflexões a partir das experiências dos trabalhadores de saúde e assistência social. In: SEVERO, et al. (Org.). *Compondo Redes para Atenção à Saúde: experiências diversas, olhares afins*. Natal: EdUnP, 2014. p. 67-88.

Educação Permanente em Saúde Mental: (per)curso da atualização técnica em álcool e outras drogas da região do Médio Paraíba

TATIANA RAMMINGER
MARTINHO BRAGA E SILVA
PHILIPPE VELOSO CABRAL

Este texto visa partilhar nossa experiência na condução do curso de “Atualização Técnica em Álcool e outras Drogas” da região do Médio Paraíba, Estado do Rio de Janeiro, realizado a partir de uma parceria entre a Coordenação de Ensino-Serviço do Médio Paraíba – CIES (coordenação geral), IMS/LAPPIS/CEPESC/UERJ (execução) e UFF/VR – Universidade Federal Fluminense, em Volta Redonda (coordenação técnica). Para tanto, apresentaremos os participantes, nossa metodologia de ensino e de avaliação, bem como os resultados da avaliação e os projetos desenvolvidos pelos alunos.

Conhecendo os atores

O curso aconteceu entre os meses de novembro de 2013 e maio de 2014. Foram ofertadas 50 vagas, sendo que 35 alunos-trabalhadores concluíram o curso. Os alunos eram trabalhadores de saúde dos 12 municípios da região do Médio Paraíba: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real,

Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. Quanto às instituições de origem, atuavam em variados tipos de serviços de saúde, dentre os quais Unidades Básicas de Saúde – UBS (Estratégia de Saúde da Família – ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF), ambulatorios, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, II, i e ad, hospital geral, Santa Casa de Misericórdia, bem como em alguns serviços da assistência social e educação. Muitos exerciam coordenação de serviços ou tinham a função de apoiadores e supervisores institucionais. Alguns, ainda, se designavam como “especialistas em dependência química”, de modo que grande parte dos alunos-trabalhadores tinham experiência profissional em saúde mental, álcool e outras drogas. Em relação à formação acadêmica, a turma era formada por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, pedagogas, nutricionistas e profissionais de educação física.

Em relação aos professores convidados, contamos com cinco psicólogos, uma médica psiquiatra e um cientista social/redutor de danos. Os professores trabalhavam em três diferentes municípios do Estado do Rio de Janeiro: Niterói, Rio de Janeiro e Volta Redonda. Alguns eram docentes em universidades públicas (UFF e UERJ) e outros mestrandos, doutorandos e doutores da área de Psicologia Social, todos com pesquisas na área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Do mesmo modo, todos já foram trabalhadores da rede pública de saúde mental, com experiência clínica, por vezes de supervisão e inclusive de gestão, tanto na esfera municipal quanto estadual e federal.

Essa heterogeneidade de formações, trajetórias e pertencimentos institucionais foi o ponto de partida para o exercício de diálogo a que nos propomos durante esses sete meses de encontros. Já o que uniu alunos e professores ao longo do curso foi justamente

o trabalho em saúde, a experiência profissional prévia ou atual rede pública de saúde, de modo que desenvolvemos uma metodologia que pudesse explorar ao máximo esta convergência.

Metodologia e eixos transversais do curso

Desde o início, pensamos um curso que não fosse apenas um mosaico de vários temas e aulas, mas sobretudo um espaço de compartilhamento de experiências. Esse compartilhamento já começou no processo de composição do curso, que foi pensado e debatido com todos os professores participantes, através de reuniões sistemáticas ao longo de três meses. Nossa intenção foi ofertar um espaço que pudesse provocar outros olhares sobre o cuidado de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, para além das intervenções homogêneas, normalizadoras e, muitas vezes, moralistas. Para isso, foi fundamental desenvolver uma metodologia que garantisse o diálogo permanente com as experiências dos nossos alunos-trabalhadores da rede de saúde. Nosso objetivo, portanto, não foi “repassar” determinado conhecimento aos trabalhadores, mas construir um campo de aprendizagem coletivo, de produção e troca de diferentes saberes.

Sendo assim, consideramos a triangulação de diferentes métodos didáticos: aulas expositivas, registro em diário de campo (pelos professores e alunos) e seminários de discussão dos temas registrados nos diários. Em nosso entendimento, o diário de campo era o material privilegiado para o diálogo com a experiência cotidiana de trabalho, e os seminários, a forma de compartilhá-la.

Os temas tratados ao longo dos encontros foram divididos em quatro eixos transversais, quais sejam:

- Eixo I - O Sistema Único de Saúde (SUS), a Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial: trabalhamos a importância de considerar o cuidado das pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas sob a perspectiva do SUS e da Reforma Psiquiátrica.
- Eixo II - História e Antropologia das Drogas: destacamos a relevância de uma perspectiva histórica sobre o consumo de substâncias psicoativas, chamando a atenção para o processo através do qual condimentos, alimentos, medicamentos e drogas foram se distinguindo ao longo dos séculos. Também consideramos uma abordagem antropológica do fenômeno, ressaltando os usos recreativos e também o papel do aprendizado e da socialização no consumo de drogas ilícitas.
- Eixo III - Redução de Danos (RD): abordamos o desenvolvimento das estratégias de RD no Brasil, desde a experiência da cidade de Santos em 1989, com ações de prevenção às DST/Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI), até a sua transformação em paradigma das novas políticas para álcool e outras drogas, notadamente, no campo da Saúde Mental. Nesse cenário, discutimos a tensão existente entre as práticas de saúde articuladas com as ações de RD e a política dominante de guerra às drogas e abstinência que está presente na legislação e nas práticas desse campo. Nesse percurso histórico, a RD emerge no contemporâneo como um paradigma de cuidado e atenção que promove um novo modo de pensar o campo problemático das drogas e as suas implicações políticas e clínicas.

- Eixo IV - Clínica Ampliada: trabalhamos com três abordagens e experiências possíveis da clínica, que visam tirar o foco da substância e pensar o cuidado para o sujeito e seu território de vida: a Clínica na Rua (debate da experiência dos consultórios na rua), a Psiquiatria e a Psicanálise.

Nos seminários de discussão, esses eixos se cruzaram, através da apresentação das redes de atenção em saúde de cada município, dos casos atendidos na atenção básica e especializada, bem como das situações disparadoras de reflexões sobre o processo de trabalho em equipe.

Avaliação: questionário, projeto de intervenção e diário de campo

Do mesmo modo que nos valem de uma “triangulação” de métodos pedagógicos, também utilizamos três diferentes instrumentos de avaliação: questionário, projeto de intervenção e diário de campo.

Como forma de avaliar o desempenho da turma, o aproveitamento do curso e, também, para conhecermos os saberes formalizados que os alunos-trabalhadores traziam consigo no início das aulas, construímos um questionário com nove perguntas, que acordamos serem imprescindíveis para tal objetivo. São elas:

- 1) Qual a relação das propostas da reforma psiquiátrica com os modos de cuidado das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas?
- 2) O que compõe a rede de atenção em saúde para o cuidado das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas?

- 3) O café é uma droga? Justifique.
- 4) Todo usuário de drogas precisa de tratamento? Por quê?
- 5) Quais os espaços de moradia que uma equipe de saúde deve atender em seu território de abrangência?
- 6) O que é preciso para iniciar o cuidado em saúde de uma pessoa que vive na rua?
- 7) Quais as substâncias psicoativas os usuários que você cuida em sua rede usam com mais frequência? Quais você acha mais prejudiciais? Por quê?
- 8) O que você entende por “redução de danos”?
- 9) Como você definiria a “clínica ampliada”?

As perguntas relacionaram-se a cada eixo transversal citado acima. Ao Eixo I, relacionaram-se as questões 1, 2 e 5. Ao Eixo II, relacionaram-se as questões 3, 4 e 7. Ao Eixo III, relacionou-se a questão 8. E, por fim, ao Eixo IV, relacionaram-se as questões 6 e 9. Destacaremos aqui as questões que consideramos de maior impacto e que foram temas mais centrais durante os encontros, a saber: as questões 5, 8 e 9.

Na questão 5, a análise dirigiu-se à identificação ou não identificação da rua como espaço de moradia e, por conseguinte, território de intervenção das equipes de saúde. Comparando as respostas da primeira e da segunda aplicação do questionário, observamos o impacto que este debate produziu no entendimento desses trabalhadores sobre o espaço de intervenção da equipe de saúde. Na primeira aplicação do questionário, de 28 respondentes, oito (28,6 %) apontaram as ruas com espaço de intervenção. Já ao final do curso, de 23 respondentes, dez (43,5%) apontaram as ruas como espaço de intervenção.

Na questão 8, podemos observar que da primeira para a segunda aplicação do questionário ocorreu uma mudança no entendimento dos trabalhadores quanto ao que seja o trabalho da equipe de saúde na prática da redução de danos. Como exemplo, podemos citar uma trabalhadora, que ao início do curso escreve que a RD seria: “ao atender um usuário, tentar ajudá-lo a ter melhores condições de vida, mesmo em meio a todas as consequências envolvidas, os danos – de todos os males, o menos pior”. No final do curso ela aponta: “A redução de danos visa ao trabalho das equipes de saúde e outros colaboradores no sentido de prevenir outras doenças que possam surgir devido ou em consequência do uso de drogas; seja através de trocas de seringas, distribuição de camisinhas, cachimbos, informativos sobre DSTs e outros”. Outra trabalhadora, na primeira aplicação do questionário, aponta que a RD “consiste em tolerar a utilização de drogas menos agressivas como paliativo na ausência das drogas pesadas”. No final, ela escreve que a RD “é toda prática que visa a diminuição ou minimização dos efeitos deletérios do abuso de drogas com vistas à *qualidade de vida* e dignidade deste usuário.”

Enfim, termos e palavras-chave que circulam a RD, como qualidade de vida, respeito à experiência do sujeito, direitos humanos, prevenção, cuidado, acolhimento, “construir junto ao usuário”, etc., foram mais encontrados nas respostas ao final do que no início do curso. Por isso, podemos apontar um melhor entendimento do trabalhador sobre a prática e a experiência da RD.

Por fim, na questão 9, que trata da clínica ampliada (CA), muitos alunos-trabalhadores não conseguiram esboçar uma

definição no momento da primeira aplicação. No entanto, ao final do curso, todos responderam, sendo que algumas palavras se destacavam: “projeto singular”, “trabalho em rede”, “intersectorialidade”, “integralidade”, “ampliação do olhar”. Foram estes os termos que acompanharam a maioria das respostas ao final do curso, demonstrando que os alunos-trabalhadores tinham maior domínio dos conceitos da CA.

No primeiro momento, uma trabalhadora considerou a prática da CA como “uma forma de atuar no cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, mais expansivo; garantindo especialmente a acessibilidade do sujeito aos serviços”. Já no final, ela apontou que a clínica ampliada é “uma integração dos dispositivos da rede de forma a realizar um cuidado singular. Uma ampliação da forma de fazer saúde.” Para outro trabalhador, ao final do curso, CA seria uma “clínica construída e gerenciada a partir da intersectorialidade, mantendo olhar integral sobre o usuário e envolvendo diversos atores/dispositivos a partir da necessidade do caso.”

Projetos de Intervenção

O curso ofertou 50 vagas, sendo que circularam em torno de 30 a 40 pessoas por encontro. No entanto, foram considerados concluintes do curso apenas os alunos-trabalhadores que entregaram um projeto de intervenção, que foi acordado como trabalho de conclusão de curso. Ao final, 32 trabalhadores entregaram projetos, que embora fossem individuais, poderiam ser elaborados coletivamente. Por isso, houve projetos por município ou por região. Mesmo assim, cada trabalhador deveria indicar qual era sua ação específica no projeto coletivo.

Nos projetos de intervenção entregues, foi possível observar que os mesmos foram diretamente relacionados ao conteúdo tratado no curso: oito trataram da intersectorialidade/clínica ampliada (Piraí, Volta Redonda, Barra Mansa, Quatis, Rio Claro); um projeto propôs a criação de uma equipe redutora de danos (Resende) e outro tratou da criação de um serviço especializado, CAPS I (Quatis).

A única equipe que propôs a criação de um serviço especializado foi a de Quatis. Entendemos que isso se justifica em função de algumas especificidades do município. Primeiro, ao fato de que em seu território, desde 1969, funciona um hospital psiquiátrico – a CLIVAPA (Clínica Psiquiátrica Vale do Paraíba) – o que tornou o município porta de entrada para internações psiquiátricas da região. A inexistência de um serviço substitutivo à internação muitas vezes compromete a transformação do ideário social no município, que é atravessada pela cultura manicomial. Segundo, porque o CAPS I de referência funciona na modalidade de consórcio com um município vizinho – Porto Real –, que é também a sede do serviço. Isso dificulta a adesão de familiares e usuários ao serviço e ao tratamento. Terceiro, porque há uma importante população com necessidades sazonais e diferenciadas, já que o município conta com um assentamento do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) e com um Quilombola.

Entendemos que o questionário, o diário e o seminário, particularmente os dois últimos dispositivos de ensino-aprendizagem, eram complementares e favoreceram em grande parte a elaboração das propostas de trabalhos finais no formato de projetos de intervenção sobre a própria rede de atenção em saúde local. A finalidade foi reunir conteúdos que refletissem

o cotidiano assistencial dos trabalhadores em três dimensões: a própria atividade de trabalho em equipe, a relação entre os serviços que compõem a rede de atenção à saúde (integralidade) e a relação com os demais serviços públicos do município (intersectorialidade).

Para concluir: que substâncias?

Embora a mídia nacional e mesmo grande parte dos programas governamentais elaborados nos últimos anos pelo setor saúde do Governo Federal tenham focalizado o uso do *crack* e outras drogas ilícitas, o Congresso Nacional, em sua última legislatura (2007-2011), tem se voltado mais para as drogas lícitas, e particularmente o álcool, em seus projetos de lei (SILVA, 2012). Percebemos que os municípios da região de Médio Paraíba seguem esta última tendência e têm se ocupado, principalmente, de um problema que é mais abrangente e regular do ponto de vista epidemiológico, qual seja, o abuso de álcool.

Um dos estudos sobre a rede para a atenção às pessoas adoecidas pelo uso problemático de álcool e outras drogas no município de Volta Redonda (PINTO, 2012), por exemplo, realizado através de entrevistas com profissionais e gestores locais, mostra que grande parte da organização de ações e serviços de saúde voltada para essas pessoas teve como alvo uma droga em particular: o álcool. Quer dizer, nem sempre a preocupação do poder público no que diz respeito à atenção em saúde em álcool e outras drogas volta-se para o uso de drogas ilícitas como o *crack*, elegendando, sobretudo, o abuso de drogas lícitas como o álcool.

Essa tendência em abordar principalmente o abuso de álcool na rede de atenção a pessoas com necessidades decorrentes do

uso de drogas ficou patente no curso, já que muitos dos casos discutidos em sala de aula – e atendidos pelos profissionais, portanto – eram justamente de pessoas que se encontravam em situação de drogadicção exclusivamente pelo consumo do álcool, uma minoria dos casos dizendo respeito ao uso de maconha e *crack*. Entretanto, relatos dos trabalhadores sobre o território no qual as UBS, Hospitais, Santas Casas de Misericórdia, ambulatórios e CAPS se encontravam revelam que uma parcela da população local não só fazia uso de substâncias psicoativas consideradas ilícitas, como também adquiria problemas e agravos por conta desse uso, embora não tenha sido incluída em ações de redução de danos.

Álcool principalmente, mas também *crack*, cocaína, maconha, tabaco e muitas outras substâncias psicoativas, fazem parte do cotidiano dos trabalhadores do setor saúde que atendem a usuários de drogas lotados na região do Médio Paraíba, no Rio de Janeiro. No quarto e último seminário, quando avaliamos o curso com esses trabalhadores, escutamos dos mesmos que eles gostariam de saber mais informações sobre o impacto dessas substâncias no funcionamento do sistema nervoso central, bem como se “atualizar” em “novas substâncias”, como o oxi, esperando do curso mais elementos para compreender a interação entre as drogas e o cérebro.

Embora esse conteúdo estivesse previsto nas aulas sobre a clínica ampliada, ministradas por uma psiquiatria que não isolava o sujeito de seu ambiente e muito menos a dimensão biológica da psicológica e social, essa expectativa permeou os seis meses de aulas e aparentemente não foi atendida. Entretanto, como dito anteriormente, em diferentes ocasiões ficou claro que grande parte da clientela sob os cuidados desses profissionais fosse

usuária exclusivamente de álcool. Esses agentes, e ao mesmo tempo agenciadores do cuidado, pouco se perguntavam sobre a prescrição de fármacos nos próprios estabelecimentos de saúde. Em um dos seminários, a prática de medicamentação foi descrita como “boca” autorizada, uma alusão à boca de fumo, local no qual acontece o mercado de drogas ilícitas.

Deste modo, em um curso sobre álcool e outras drogas, o tema das substâncias psicoativas teve seu lugar, tanto nas aulas, quanto nos seminários e avaliações. Para que o tema não viesse a ser o único em discussão, nem o mais relevante no debate sobre o cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, outros assuntos se fizeram presentes, como as diferentes abordagens clínicas com o usuário de drogas, particularmente no território e em convergência com a perspectiva de redução de danos, do mesmo modo como outros sentidos do termo drogas – o produto, a mercadoria – e do uso de drogas – recreativo.

Nesse sentido, as aulas e debates foram inspiração, inclusive, para a organização de um livro que propõe, justamente, “mais substâncias” para o trabalho em saúde com usuários de drogas (RAMMINGER; SILVA, 2014). Para desinstitucionalizar o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, há que se dessubstancializar um pouco o debate sobre esse tema também, ampliando e pluralizando os assuntos substanciais para a produção de cuidado.

Referências

PINTO, S. *Fotografando a rede de saúde mental para atenção às pessoas com o uso problemático de álcool e outras drogas no município de Volta Redonda: da observação ao observatório*. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) -Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

RAMMINGER, T.; SILVA, M.; MACERATA, I. *Educação e Trabalho em Saúde: relato de uma experiência de formação em álcool e outras drogas*. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11., 2014, Fortaleza-CE. *Anais...*, 2014.

RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Org.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde mental com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SILVA, M. O debate sobre as drogas no Congresso Nacional: descrição e análise quantitativa das proposições legislativas da 53ª Legislatura. In: DELDUQUE, M.; ROMERO, L. *Produção Normativa em Saúde: políticas setoriais e regulação*. Brasília: Senado Federal, 2012.

Pró-Saúde e PET-Saúde: nossas experiências de integração ensino-serviço

VERÔNICA LOPES LOUZADA VIDAL
SHEILA RODRIGUES D. FILGUEIRAS

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Ministério da Educação, a partir da Secretaria de Educação Superior (SESU), vêm formulando e desenvolvendo as políticas nacionais de educação superior e formação dos profissionais da saúde em progressiva articulação e integração.

No Centro Universitário de Barra Mansa, a adesão a essas políticas nacionais se deu em 2006, por meio do curso de Enfermagem com o projeto “Agir Integrado”, apresentado como uma proposta para o programa ministerial Pró-Saúde, que teve por parceiro o município de Barra Mansa-RJ, intensificando a aproximação entre a UBM e a Secretaria Municipal de Saúde do referido município.

A parceria gerou mudanças profundas na matriz curricular do curso, dando ênfase à inserção dos acadêmicos nos cenários de prática, viabilizando a problematização na construção do saber. Havia, porém, um desejo intenso de maior articulação

entre os diversos cursos da saúde. Assim sendo, em 2012, os municípios de Volta Redonda e Barra Mansa, em conjunto com o Centro Universitário de Barra Mansa, elaboraram o projeto “Agir Integrado II”, para o programa Pró-Pet Saúde do Ministério da Saúde.

O projeto apresentado e aprovado pelo Ministério da Saúde integra os cursos de graduação de Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, e tem por parceiros dois municípios, Barra Mansa-RJ e Volta Redonda-RJ, com linhas de pesquisas definidas de acordo com as necessidades estabelecidas pelas gestões municipais, que são: “Fortalecimento das ações para prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama” e “Vigilância, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e Doenças Transmissíveis de interesse da Saúde Pública”, respectivamente.

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) é uma das estratégias do Programa de Reforma Curricular para a Saúde (PROSAÚDE), para capacitar professores como tutores e profissionais de Saúde da Família como preceptores. Seu objetivo é formar estudantes de graduação dos vários cursos da saúde com uma visão multiprofissional, integrada e interdisciplinar.

Após a implantação do Pró-Saúde e PET-Saúde, foi possível identificar que há efetivamente processos de mudanças que estão ocorrendo nos cursos de graduação na área da saúde e nos serviços nela envolvidos. Isso se reflete na apresentação dos trabalhos desenvolvidos nos dois municípios apresentados em dois seminários.

O primeiro seminário ocorreu em 14 de agosto de 2013, quando foram apresentados dez trabalhos desenvolvidos no primeiro ano do Pró-Pet Saúde, elencados a seguir:

- Interação ensino-serviço: um relato de experiência. Preceptores Pet-Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda
- A utilização do SISCOLO nas ações de planejamento e monitoramento. Preceptores Pet-Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Barra Mansa
- A visão do acadêmico do PET Saúde quanto à prática dos serviços de saúde na atenção básica
- A visão do aluno no ambiente de trabalho nas unidades básicas de saúde
- Programa Saúde na Escola: uma experiência de interação com o programa PET-Saúde
- A influência do Pet-Saúde na formação acadêmica do estudante de Fisioterapia: um relato de experiência
- A troca de saber entre acadêmicos, serviço e comunidade
- Atividades promovidas pelas alunas bolsistas do PET-Saúde no mês rosa no combate ao câncer de mama e câncer de colo do útero no Centro de Atendimento ao Idoso em Barra Mansa
- Assistência à saúde da mulher: uma experiência vivenciada no programa PET-Saúde
- Experiência em pesquisa sobre a avaliação do perfil e o conhecimento de um grupo de mulheres sobre o exame citológico do colo do útero.

O segundo seminário ocorreu em 15 de maio de 2014, quando foram apresentados 12 trabalhos desenvolvidos no segundo ano do Pró-PET-Saúde, também relacionados a seguir:

- Educação em saúde: uma forte aliada ao controle da tuberculose

- O pé diabético: sua frequência e seus fatores de risco no portador do *diabetes mellitus*
- Perfil dos usuários portadores de feridas em membros inferiores cadastrados em Unidades Básicas de Saúde da Família
- Avaliação do perfil e do conhecimento de um grupo de mulheres sobre o exame citológico do colo do útero
- Avaliação do equilíbrio e marcha em idosos diabéticos
- Campanha de vacinação contra o papilomavírus humano (HPV): comparativa entre o nível nacional, estadual e municipal da cidade de Barra Mansa
- A atividade física no cotidiano do portador de diabetes e os resultados em sua qualidade de vida
- A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) na população idosa acamada
- A acessibilidade das idosas as ações preventivas e curativas do câncer de mama e de colo do útero em Barra Mansa
- Avaliação qualitativa de mulheres com alteração no exame de mama do município de Barra Mansa no 2º período de 2013
- Situação do segmento dos casos de câncer de colo uterino segundo o SISCOLO.

Os seminários demonstraram a materialização da integração entre todos os atores que participam e dão vida ao projeto – ou seja, os usuários do SUS, os coordenadores e professores dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, os alunos, os profissionais das unidades de saúde da família dos dois municípios, os gestores municipais, tutores e preceptores do PET-Saúde.

Os trabalhos desenvolvidos mostram a integração entre os serviços e o ensino em prol de um modelo de transformação no fazer pedagógico objetivando a qualificação da formação na área de saúde e consequentemente das ações de saúde.

Essa experiência nos apontou as evidências do potencial da aplicação da integração entre o ensino e o serviço como estratégia de transformação das práticas de trabalho, tendo o cotidiano como o grande cenário de articulação dos atores envolvidos, incluindo os usuários, na busca por tornar todos protagonistas deste processo.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 28 set. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde*. Disponível em: <http://www.prosaude.org/indexold.html>. Acesso em: 28.set.2015.
- _____. Ministério da Saúde. *Pró-Saúde. Pet-Saúde*. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf Acesso em: 28.set.2015.
- BUENO, D.; TSCHIEDEL, R. G. *A arte de ensinar e fazer saúde – UFRGS no Pró-Saúde: relatos de uma experiências*. Porto Alegre: Libretos, 2011.
- HADDADI, A. E. et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Pet-Saúde. *Cadernos ABEM*, v. 5, n. 1, p. 6-12, 2009.

Rede de Telessaúde por município e região do Médio Paraíba

ROGÉRIO NOVAIS

A região do Médio Paraíba é composta por 12 municípios e possui uma população média de 870.000 habitantes. Com a criação do Telessaúde Brasil, a região foi contemplada com 13 pontos de telessaúde assistidos pelo Núcleo Técnico Científico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NTC Telessaúde UERJ). Cada município passou a contar com pelo menos um ponto de telessaúde, com localização definida pelo gestor municipal e conforme disponibilidade técnica. Com a Portaria GM-MS nº 2546, de 27 de outubro de 2011, que instituiu o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, foi lançada a estratégia para ampliar ao Programa Nacional de Saúde da Família: o uso da ferramenta de telessaúde a todas as equipes de saúde da família, através da criação de Núcleos Técnicos Científicos Regionais. Estes teriam apoio técnico e científico dos Núcleos de Telessaúde já existentes em universidades públicas, através de disponibilização de recursos financeiros para compra de computadores para cada equipe de forma.

Os 12 municípios da região de saúde do Médio Paraíba aderiram a essa política, totalizando 173 equipes de Saúde da Família. Após a adesão do Telessaúde Brasil Redes, na Atenção Básica, a região saiu de 13 pontos de acesso e passou a contar com 186 pontos de conexão exclusiva com o Programa Telessaúde Brasil Redes.

Quadro 1: Pontos de conexão Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica por município, região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2013

MUNICÍPIO	PONTOS TELESSAÚDE DO NTC MÉDIO PARAÍBA	PONTOS NTC UERJ	PONTOS TELESSAÚDE BRASIL REDES NO MÉDIO PARAÍBA
BARRA DO PIRAÍ	07	01	08
BARRA MANSA	31	01	32
ITATIAIA	03	01	04
PINHEIRAL	08	01	09
PIRAÍ	10	02	12
PORTO REAL	06	01	07
QUATIS	03	01	04
RESENDE	22	01	23
RIO CLARO	07	01	08
RIO DAS FLORES	04	01	05
VALENÇA	12	01	13
VOLTA REDONDA	60	01	61
TOTAL	173	13	186

Fonte: NTC Telessaúde Médio Paraíba, 2013.

Em maio de 2012, o Ministério da Saúde realizou uma oficina para divulgar e implantar o Telessaúde Brasil Redes. Nesse momento, visando fortalecer o serviço já existente e integrar os novos núcleos de telessaúde à expertise acumulada, o Governo do Estado do Rio de Janeiro, através da Superintendência de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde, aderiu à plataforma telessaúde já existente, desenvolvida pelo Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde da UERJ que possuía expertise em telemedicina, teleconsultoria e tele-educação.

Através de um processo seletivo público simplificado, ocorrido no ano de 2012, foi selecionada a equipe do Núcleo Técnico Científico do Médio Paraíba, conforme orienta o *Manual de Implantação de Telessaúde-MS de 2012*. Sua composição foi aprovada tanto na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES-MP) quanto pelos gestores municipais da região em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região do Médio Paraíba.

O Núcleo Telessaúde do Médio Paraíba iniciou suas atividades em novembro de 2012, com a participação nos fóruns do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde. Em novembro de 2012, foi realizado um seminário regional com o apoio do Núcleo Telessaúde UERJ, e no período de novembro de 2012 até maio de 2013 foram realizadas visitas técnicas a todos os municípios, com o objetivo de verificar a situação de conectividade e a compra de equipamentos de informática para as equipes de Saúde da Família cadastradas no projeto. Verificou-se também a ocorrência da capacitação das equipes para o uso da plataforma de Telessaúde, que foi adotada pelo estado do Rio de Janeiro, além de orientação e cadastro das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em maio de 2013, o Núcleo Telessaúde do Médio Paraíba passou a ofertar serviço de teleconsultoria síncrona e assíncrona, atendendo também aos municípios pertencentes a diversas regiões de saúde e inclusive de outros estados da federação. A equipe é composta por um coordenador geral, um coordenador operacional, um teleconsultor odontólogo, um teleconsultor enfermeiro, dois monitores de campo, um técnico de informática, um agente administrativo e conta com uma retaguarda de teleconsultores médicos pertencentes ao Núcleo Telessaúde UERJ.

A forma de contratação dos profissionais que atuam no Núcleo de Telessaúde do Médio Paraíba foi realizada através de um convênio com o Centro de Pesquisas em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ e com a Prefeitura Municipal de Saúde de Volta Redonda, município-sede responsável pelo gerenciamento dos recursos financeiros do projeto.

Os repasses do Fundo Municipal de Saúde de Volta Redonda para o CEPESC¹ foram regularizados e orientados através de um contrato de convênio com duração de seis meses com cronograma de pagamentos preestabelecidos, e sua renovação foi feita através de prorrogação do convênio, que se encerrou no mês de abril de 2014, com a recomendação da Procuradoria Geral do Município de se fazer novo contrato.

Os recursos para o projeto estavam previstos na Portaria GM-MS nº 2.815 de 28 de dezembro 2011, e após decisão dos gestores em reunião da CIR do Médio Paraíba, foram destinados, a cada um dos municípios, valores iguais em função do número

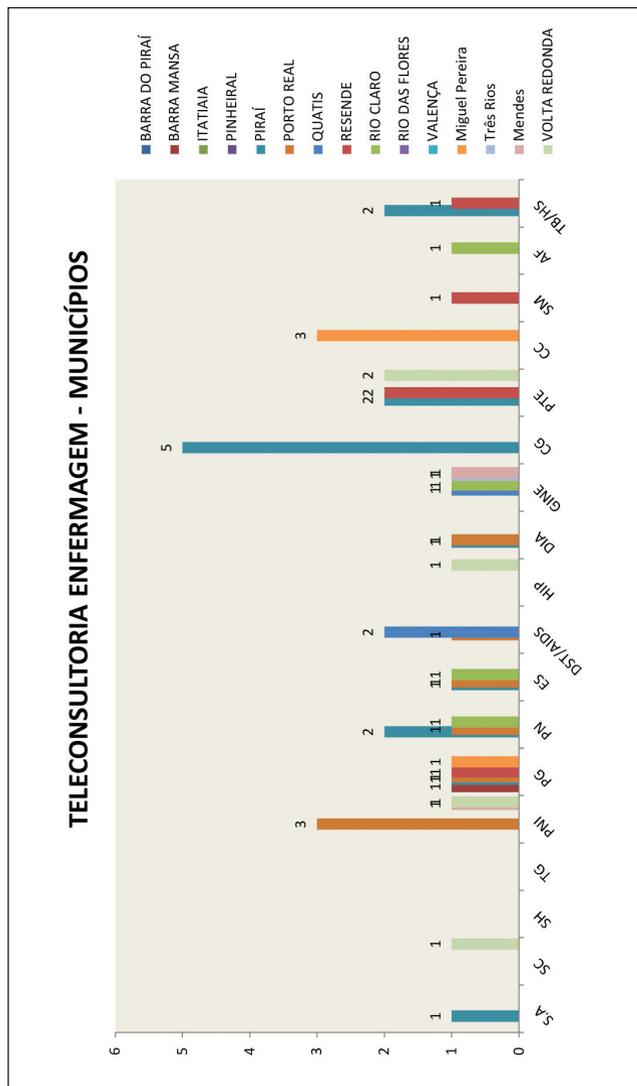
de equipes cadastradas. Tais recursos deveriam ser destinados à compra dos computadores a serem utilizados pelas equipes de Saúde da Família e ao custeio e implantação do Núcleo Técnico Científico (NTC) Telessaúde Médio Paraíba. O recurso da referida portaria, após a chegada da segunda parcela do projeto, garantiu o custeio e funcionamento do núcleo até o mês de abril de 2014.

É indiscutível a importância do telessaúde para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, como ferramenta para a Comissão Intergestores Ensino e Serviço e para a implementação do e-SUS nos municípios. Também se revelou um observatório das equipes de Saúde da Família, conforme demonstrado no gráfico 1, sobre o tipo de dúvida que levou os usuários a utilizar a Teleconsultoria de Enfermagem para esclarecimentos:

Gráfico 1: Teleconsultoria em Enfermagem por tipo de dúvida e por município - Médio Paraíba - Novembro de 2013.

LEGENDA - TIPOS DE DÚVIDAS:	
SA = Saúde do Adolescente	Hip=Hipertensão
SC = Saúde da Criança	Dia = Diabetes
SH = Saúde do Homem	Gine = Ginecologia
TG = Tabagismo	CG = Clínica Geral
PNI = Programa Nacional de Imunização	PTE= Processo Trabalho de Equipe
PG = Planejamento e Gestão	CC = Caso Clínico
PN = Pré - Natal	SM = Saúde Mental
ES = Educação e Saúde	TB/HS = Tuberculose e Hanseníase
DST/AIDS	AF = Abordagem Familiar

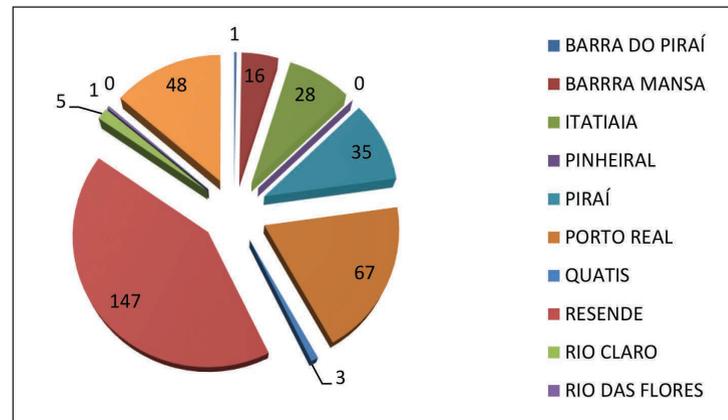
¹ Centro de Pesquisa em Saúde Coletiva - IMS/UERJ



Fonte: NTC Telessaúde Médio Paraíba, 2013.

O número de teleconsultas realizadas no ano de 2013, por cada um dos municípios que compõe a região, está apresentado no gráfico 2, a seguir.

Gráfico 2: Participação Municipal no Telessaúde - Médio Paraíba, abril a dezembro de 2013



Fonte: Polo Regional do Telessaúde – Volta Redonda.

A sustentabilidade do projeto, contudo, está intrinsicamente ligada a seu custeio e financiamento. Em plenária com os secretários de Saúde na CIR, em dezembro de 2013, foi confirmado pelos gestores municipais que a única contrapartida do município para o projeto seria o custeio da conectividade. Portanto, no sentido de garantir a sustentabilidade do projeto, considerando que o recurso disponível somente custearia o projeto até o mês de abril de 2014, e que até o final do ano de 2014 não houve publicação de portaria do Ministério da Saúde específica ao custeio do Telessaúde, faz-se necessário uma

definição de financiamento por parte do Ministério da Saúde, e/ou uma possível contrapartida estadual, para que, de forma tripartite, se consolide o financiamento do Projeto Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica.

O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica é um potente dispositivo de aprimoramento e suporte às Equipes de Saúde da Família. Ele possibilita a construção de uma nova relação entre as equipes assistenciais e com universidades federais que possuem núcleos de telessaúde e telemedicina com as equipes de Saúde da Família. Em seu período de funcionamento, o NTC Médio Paraíba ofertou teleconsultoria local e suporte técnico científico a toda região, além de promover mais um espaço de articulação entre as equipes de atenção básica e de fornecer um relatório sumário sobre as dificuldades técnicas apresentadas por cada equipe de cada município.

Esperamos que o Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica possa conseguir sustentabilidade financeira e que possa ampliar seu acesso aos diversos serviços de telessaúde, tele-educação e telemedicina existentes nas diversas universidades públicas de todo país.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 123p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.815, de 29 de novembro de 2011. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/PortariaMS_2815_2011_telessaude.pdf. Acesso em: 15 out. 2015.

Experiência regional dos cursos do Hospital Sírio Libanês

LAÍS DA GAMA DIAS SILVA

O Programa de Apoio ao SUS do Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês / Fundação Dom Cabral, teve Volta Redonda como município-sede, sendo executados os seguintes cursos na região: Pós-Graduação em Educação em Saúde para Preceptores do SUS, Regulação para o SUS e Gestão da Clínica para atendimento de 150 profissionais.

O processo iniciou-se na Região Médio Paraíba, quando ocorreu a seleção para a segunda fase do Projeto de Apoio ao SUS – Gestão da Clínica, pela parceria entre HSL (Hospital Sírio Libanês) e MS (Ministério da Saúde). Conduzido pelo CIR (Colegiado Intergestor Regional) e CIES (Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço), o curso oportunizou que as facilitações fossem conduzidas por profissionais de saúde indicados pelas Secretarias Municipais de Saúde da região do Médio Paraíba. Os municípios e o Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS) indicaram profissionais e foram selecionados dez trabalhadores: Volta Redonda: três enfermeiras,

uma médica, uma dentista, uma médica veterinária; Barra Mansa: uma enfermeira; Rio Claro: uma psicóloga, NDVS: uma enfermeira e uma médica.

Após a seleção iniciou-se o preparo dos profissionais através de um curso de extensão com duração de quatro meses (Capacitação em Processos Educacionais na Saúde – CPES), cuja realização foi de responsabilidade do Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sírio-Libanês – IEP/HSL, em parceria com o Ministério da Saúde – MS). A dinâmica do curso se deu através de um encontro de dois dias ao mês e desenvolvimento de atividades *online*, orientadas presencialmente e à distância pela Gestora de Aprendizagem (GA) da região. Ao final do curso, após apresentação do TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) e encerramento, a GA selecionou as facilitadoras dos cursos de especialização.

Foram selecionados dois facilitadores para cada um dos seguintes cursos: Curso de Educação em Saúde para os Preceptores do SUS, Gestão da Clínica e Regulação. Ainda foram selecionados três cofacilitadores, distribuídos para cada um dos referidos cursos.

As atividades começaram em agosto de 2014, com aula inaugural simultânea nas 20 regiões brasileiras selecionadas para o curso. Houve videoconferência com o coordenador do IEP/HSL, Roberto Padilha, e membros do MS. Após este momento, que teve a presença dos secretários de Saúde da região e os 150 alunos selecionados para os cursos, as turmas foram divididas pelas áreas e, no início de setembro, realizou-se a distribuição dos grupos de trabalho. A proposta original do curso foi promover uma capacitação aos profissionais do SUS,

dentro de um referencial teórico-metodológico dinâmico e ativo, que estivesse voltado para a educação de adultos, com produção e disseminação de novas tecnologias em saúde sem, contudo, desconsiderar o conhecimento prévio destes profissionais acerca de sua realidade de prática.

Portanto, a partir do acolhimento, os cursos foram distribuídos em unidades educacionais (total de seis), onde se desenvolvia uma série de atividades e propostas de trabalho (presenciais e a distância), com desenvolvimento em grupos de trabalho e também de cunho individual. Ao final, na primeira semana de junho de 2014, realizou-se a Defesa dos Projetos Aplicativos e fechamento da parte presencial, com encerramento das tarefas em julho de 2014 para os alunos e agosto de 2014 para os facilitadores.

A plataforma utilizada pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês permitiu a postagem de tarefas, troca de produtos e vivências entre seus participantes e facilitadores. Algumas tarefas eram anexadas a esta plataforma, assim como algumas videoconferências e gravações. O projeto apoiou-se metodologicamente na Metodologia Ativa, através da Abordagem Baseada em Problemas (PBL) e Abordagem Baseada em Equipes (TBL), simulações e sínteses, através da autoaprendizagem dirigida. A aproximação com o cenário de prática era iniciada através de casos simulados, previamente elaborados e orientados nas unidades educacionais.

O processo avaliativo ocorreu durante todo o curso. Ao final das atividades de grupo com autoavaliação, por vezes de forma individual, em outros momentos em grupo, utilizando recursos e participação na plataforma, nos conteúdos discutidos

e desenvolvidos e na construção de portfólios. E em paralelo aos mecanismos avaliativos, houve a construção e projetos de intervenção no cenário de práticas, pelos grupos de trabalho, de forma operacional e inovadora.

O curso sem dúvida foi um grande desafio, tanto para facilitadores, quanto para os especializandos. Todos nós habituados ao processo tradicional de ensino, vimo-nos frente a frente com uma proposta diferenciada, em que todos eram instigados à busca e ao diálogo, com uma construção coletiva de conhecimento.

A resistência e pragmatismo inicial foram pouco a pouco substituídos pelo interesse e pela sede de saber despertada nas unidades educacionais. Alguns sucumbiram pelo caminho, vencidos pela impaciência ou pelo esforço de aliar trabalho e estudo. Porém, os que avançaram testemunharam uma mudança em sua prática. Para os facilitadores os obstáculos foram muitos. O conhecimento dos conteúdos era abrangente e em alguns momentos desconhecidos também pelos participantes. O desafio em conduzir o processo sem dominar tecnicamente o conteúdo foi vencido por muita leitura e troca entre os pares, entre alunos e turmas.

Sair do modelo engessado de transmissão foi outra dificuldade, pois como nos submetemos a este tipo de aprendizado, torna-se difícil mudar. O policiamento e autocontrole foram essenciais para desconstruirmos nossa forma de agir. A paciência, mediação e respeito ao saber do outro foram capacidades duramente exercitadas. Conhecer ferramentas novas educacionais como videoconferência, plataformas interativas e interação virtual com outras regiões enriqueceram muito nossa bagagem de conhecimentos.

Para finalizar, sinto-me muito privilegiada por atuar em uma região tão rica em experiências e saberes, com grupos de profissionais tão envolvidos com o SUS, e com a vontade de transformar os locais de prática. Sem dúvida alguma, neste processo o “aprender” suplantou muito o “ensinar”.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde / Hospital Sírio Libanês. *Especialização em Regulação em Saúde no SUS: caderno do curso 2013* / Sílvio Fernandes da Silva [...]. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2013. 38p. (Gestão da Clínica no Sistema Único de Saúde). Disponível em: http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/AF_Caderno_Regulacao_2013_v2.pdf. Acesso em: 14 out. 2015.

Parte IV

Experiências municipais
e regionais exitosas

SUS permanentemente cidadão: duas experiências de saber-fazer controle e auditoria social na gestão da saúde em Pirai

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA
ALAN CARLOS DA SILVA
ROSENI PINHEIRO

Numa primeira leitura, menos sensível ou desavisada, poder-se-ia pensar que experiências que não tenham uma explícita configuração de “capacitação” ou “treinamento”, “módulos introdutórios” voltados para aperfeiçoamento de profissionais dos serviços de saúde não seriam classificadas como ações de educação permanente em saúde. Entretanto, importantes estudos realizados sobre a integralidade e o Sistema Único de Saúde (SUS) nos cursos de graduação na área de saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005) e a adoção de conceitos como “quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) destacam a permeabilidade ao controle social, seus atores e práticas, em suas diferentes expressões institucionais como produtoras de práticas eficazes para a construção e organização de uma gestão da educação na saúde de fato integrante da gestão do sistema de saúde, concretizando os princípios universais do SUS. São justamente essas questões que as duas experiências

do SUS de Pirai buscam destacar, tendo em vista sua trajetória de construção do SUS permanentemente cidadão.

Contextualizar o SUS em Pirai significa percorrer um histórico de 28 anos de lutas, em defesa do direito à saúde e de permanente qualificação do corpo de profissionais que espelha o próprio processo da Reforma Sanitária brasileira. Sua atuação nos caminhos do direito à saúde AIS-SUDS-SUS (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994) significa fazer escolhas de percursos singulares, os quais envolvem atores, cenários e práticas em um tempo histórico determinado. Entretanto, como em qualquer escolha, sempre corremos o risco de sermos injustos ao selecionarmos alguns de seus elementos, deixando de lado outros que poderiam ser mais abrangentes.

Nesta coletânea, apresentamos duas perspectivas inovadoras no âmbito das práticas participativas que foram desenvolvidas no SUS de Pirai. Essas ações são fruto dos avanços institucionais e políticos da administração pública, num município considerado como tendo uma das trajetórias mais bem-sucedidas na região do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro. Embora com a mesma temática, os estudos ocorreram em esferas de contextualização diferentes e se referem aos espaços formais de participação na saúde municipal: um no Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município, e o outro no Conselho Gestor de uma unidade de Saúde da Família.

Tais experiências marcam a cultura participativa de Pirai em suas várias esferas de mobilização de atuação: uma repercutindo ações de saúde na capilaridade do SUS e se ampliando para outros setores, tendo como foco usuários de determinado serviço de saúde; e a outra, no contexto municipal, abrindo portas e estimulando conselheiros municipais de saúde a participarem de

auditorias no setor. Ambas se tornaram verdadeiros dispositivos de transformação social na perspectiva da cidadania e vetores de mudanças de práticas institucionais na saúde, e por isso as elegemos como tema central deste texto.

Nesse sentido, intersectorialidade e auditoria participativa constituem temáticas vetoriais que marcam o aprendizado de cidadania como eixos analítico-práticos sobre as práticas participativas que influenciam de forma eficaz as tomadas de decisões na gestão da saúde municipal. Logo, trata-se de uma atividade que integra o elenco de ações de Educação Permanente em Saúde na região do Médio Paraíba. A sistematização acadêmica e a comunicação pública de seus resultados logram os objetivos ético-políticos-educativos na saúde, corroborando de forma tácita a consolidação do direito à saúde prescrito na Constituição Brasileira de 1988.

Ressaltamos que a narração que compõe o conteúdo das experiências descritas neste capítulo contou com contribuição das pesquisas de mestrado profissional desenvolvidas pelos autores-atores no âmbito do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Medicina Social, realizados no período de 2011-2012.¹

Um pouco da história de Pirai...

O município de Pirai está localizado no estado do Rio de Janeiro, fazendo limite ao norte com os municípios de Barra do Pirai e Pinheiral, ao sul com Rio Claro e Itaguaí, ao leste com Mendes, Paracambi e Itaguaí e a oeste com Volta Redonda,

¹ As dissertações do mestrado profissional defendidas no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS-UERJ são: A participação política dos conselhos gestores de unidades de saúde nas ações intersectoriais no Município de Pirai (SILVA, 2011) e Auditoria Participativa na Gestão em Saúde do Município de Pirai (ROCHA, 2012), ambas orientadas por Roseni Pinheiro.

Barra Mansa e Pinheiral. É cortado pela Rodovia Presidente Dutra em toda sua extensão territorial, que é de 505 km².

É importante dizer que Pirai é uma cidade que tem uma trajetória histórica marcada por transformações estruturais importantes que o alçaram a posição de destaque no estado do Rio de Janeiro. Na década de 70 do século passado, Pirai ganhou *status* de cidade, proveniente da sua economia fincada no setor primário com grandes cafeicultores, atingindo vinte mil habitantes, e possuiu uma estrutura urbana de razoável expressão: prefeitura, cadeia, hospital, duas igrejas, duas escolas públicas, teatro, clubes associativos e esportivos (BARCELOS, 2013).²

Avançando em seus investimentos estruturais, no ano de 1993, o prefeito Arthur Henrique Gonçalves Ferreira (Tutuca) assumiu o município de Pirai. Imbuído de uma nova perspectiva política, incentivou a participação popular, com forte estímulo às associações de moradores, permitindo o contato entre os bairros e a administração pública; estrutura organizacional descentralizada e informatizada, delegando autonomia aos órgãos da administração.

No ano de 1997, o prefeito Luiz Fernando de Souza (Pezão) assumiu o governo local, sendo reeleito no ano 2000. O quadro era de graves problemas econômicos causados pelas demissões

de aproximadamente 1.200 pessoas que trabalhavam na Light Serviços de Eletricidade S.A, que havia sido privatizada em maio de 1996. De certa maneira, houve um empobrecimento no município, pois múltiplos pais de famílias perderam seus empregos e as casas onde moravam, uma vez que a Light fornecia moradia, água e luz elétrica para seus trabalhadores em bairro próprio. Destacamos também a migração de grande parte dessas famílias para o município de Pinheiral, recém-emancipado de Pirai. Naquele momento, o mesmo oferecia melhores condições de habitação, considerando-se os valores financeiros.

O governo municipal focou na geração de empregos e capacitação profissional por meio de atração de empresas, incentivo à criação de cooperativas, aprimoramento da produção agropecuária e instalação do polo do Centro de Educação Superior à Distância do Rio de Janeiro (CEDERJ), que é um consórcio formado por seis universidades públicas do Estado do Rio de Janeiro: UERJ, UENF, UNIRIO, UFRJ, UFF e UFRRJ, em parceria com a Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia do Estado do Rio de Janeiro, com cursos de graduação semipresencial (BARCELOS, 2013).

No ano de 2001, Pirai recebeu o Prêmio Gestão Pública e Cidadania, concedido pela parceria entre a Fundação Getúlio Vargas de São Paulo e a Fundação Ford, o que intensificou o desenvolvimento do município e motivou a criação do projeto Pirai Digital, que tinha como propósito inicial, oferecer internet a baixo custo para as empresas instaladas no município. O sucesso do projeto Pirai Digital foi reconhecido no ano de 2004, quando o município recebeu o Prêmio Gestão Pública e Cidadania pela segunda vez e o Prêmio Latino-Americano de Cidades Digitais, em Bogotá-Colômbia, na categoria cidade

² Segundo Barcelos (2013), Pirai chegou ao século XX com amplos investimentos em infraestrutura, com destaque para o estabelecimento de Companhia Industrial de Papel Pirahy, a atual Schweitzer-Mauduit do Brasil. Em 1928, foi inaugurado o hospital de Pirai, o "Hospital Flávio Leal". Na terceira gestão do prefeito Otávio Teixeira Campos (1939-1941), foi criado o Serviço de Estradas e Caminhos Municipais (SEECM), com autonomia administrativa e financeira para acelerar o progresso rodoviário no município de Pirai, por meio da criação e manutenção de estradas. Durante o governo do prefeito Nilo Teixeira Campos (1959-1962) foram instalados a Companhia Estadual de Águas e Esgotos (CEDAE) e o Departamento de Estradas e Rodagens do Rio de Janeiro (DER-RJ). Foi criado o atual Fórum, além de postos de saúde e de vários prédios escolares.

de pequeno porte, além de elogios formais feitos pela Unesco sobre a relevância do projeto Pirai Digital (BARCELOS, 2013).

Atravessando dificuldades e conquistando avanços, Pirai chegou ao ano de 2015, consolidando-se como uma municipalidade que se encontra fundamentada em suas políticas, buscando valorizar e ampliar os passos alcançados, cuja temática de participação e controle social despontam notadamente como dispositivos institucionais com elevada potência formativa voltada para afirmação da cidadania na oferta de cuidados na saúde.

A Saúde em Pirai – alguns aspectos de sua construção

Em 1989, o município de Pirai instituiu a Secretaria de Saúde e nomeou seu primeiro secretário. Iniciou-se aqui a organização do sistema de saúde no município, ainda na proposta do SUDS, cujo estabelecimento do acesso universal requereria a reorganização dos recursos humanos em saúde, implicando enfrentar grandes dificuldades e buscar a confiança e adesão dos profissionais das esferas municipal, estadual e federal. Na prática, significava profundas transformações políticas e institucionais, as quais os profissionais e a própria população local percebiam com desconfiança, pois a nova organização poderia trazer perdas à frágil estrutura que existia.

No campo da atenção à saúde, é possível identificar as maiores dificuldades a serem enfrentadas naquele período: a necessidade de superar a histórica dicotomia entre os serviços preventivos e os curativos, ou seja, a mudança da ênfase na assistência individual e hospitalar para a prevenção de doenças e promoção da saúde; a construção de um sistema municipal de saúde racional, organizado a partir das necessidades de saúde da população; e a legitimação do secretário como gestor único no nível municipal.

A organização da gestão no município iniciou-se pela Atenção Básica, com o intuito de fazer acontecer a primeira política municipal com clientela adstrita: o PROSANE – Programa de Saúde nas Escolas. Tal programa, baseado no modelo criado por David Capistrano³ na cidade de Santos-SP, visava garantir o acesso a tratamento dentário; escovação supervisionada; aplicação de flúor; educação em saúde para alunos, pais e professores; controle do crescimento e desenvolvimento; vacinação; acuidade visual; fornecimento de óculos para os alunos e consultas especializadas, de acordo com as necessidades diagnosticadas; transporte das crianças da escola até a unidade básica de saúde e para atendimento especializado. Foram tempos de muitas dificuldades, com total falta de financiamento para a atenção básica. No entanto, a promoção de ações intersecretoriais entre as secretarias de Educação e Saúde firmou-se com sucesso.

No ano de 1991, em consonância com o texto constitucional de 1988 e com as Leis n^{os} 8.080 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ocorreu a primeira Conferência Municipal de Saúde de Pirai e nela, a eleição do primeiro CMS, configurando-se como o primeiro conselho da região do Médio Paraíba, no Rio de Janeiro. O CMS de Pirai atua desde sua instituição, em 14 de maio de 1991, por intermédio da Lei Municipal n^o 283. Com a evolução do processo de participação social, o texto do conselho foi revisto na Lei Municipal n^o 757, de 19 de novembro de 2004, e Lei n^o 1.061, de 20 de dezembro de 2011.

³ Médico sanitarista. Como orador, em seu discurso “Sede de justiça e fome de liberdade”, antecipou pontos que marcariam sua trajetória como defensor da saúde pública. Foi secretário de Saúde e prefeito de Santos, onde teve atuação marcante que se tornou referência em todo país (<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/143/reportagens/david-capistrano-um-genio-da-luta-pela-saude>).

A partir da gestão de Arthur Henrique Gonçalves Ferreira (Tutuca), em 1993, um novo secretariado foi nomeado, promovendo a reorganização e nova composição no quadro de cargos de confiança, além de uma abertura política com a democratização de serviços. No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional Básica de 1993, a qual teve como objetivo normatizar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS. No que se refere às condições de gestão, esta norma apresenta três sistemáticas de relacionamento para gestão: incipiente, parcial e semiplena.

Nesse momento, apesar dos avanços conquistados pelo município na organização de sua gestão e do sistema de saúde, o SUS em Pirai enquadrava-se como gestão incipiente. A razão desse enquadramento deveu-se a sua fragilidade institucional de garantir aos usuários o acesso universal aos serviços de saúde e à qualidade de vida da população. A rede pública precisava de investimentos importantes em infraestrutura predial, equipamentos, organização de serviços de média complexidade, contratação, capacitação e treinamento de pessoal de áreas técnicas específicas. Além disso, o quadro sanitário inspirava muito cuidado, com altas taxas de mortalidade infantil e materna, elevadas taxas de cesariana, entre outras.

É importante salientar que, mesmo com os avanços da NOB/93, apenas 3% dos municípios do país alcançaram a condição de gestão semiplena, a qual possibilitava as condições orçamentárias para as transferências fundo a fundo. Para Lima (1999), a referida norma operacional acirrou um quadro de profundas desigualdades regionais e municipais, pouco

contribuindo para o financiamento, uma vez que os instrumentos de repasse permaneceram os mesmos da NOB/91. Na mesma época, iniciava-se no município, liderado pela Pastoral da Criança e outros organismos da sociedade civil, o movimento de luta conjunta em defesa de melhoria das condições do sistema de saúde local, provocado pelas altas taxas de óbito materno e infantil na região do Médio Paraíba.

É justamente na primeira metade da década de 90, na gestão do Prefeito Sr. Luiz Fernando de Souza – *Pezão*, atual governador do estado do Rio de Janeiro, que Pirai enfrentaria duas graves crises na localidade: uma ocasionada pela demissão de mais de 1.200 trabalhadores da companhia de energia elétrica, a então Light, e a segunda decorrente do cumprimento do mandato judicial do Ministério Público (MP) para realização de um concurso público municipal. Considerando que 80% dos profissionais da prefeitura eram contratados, tal fato foi outro grande problema na gestão local. Desta forma, foi pactuado com o MP que o concurso seria realizado ao final do mandato, pois caso o fizesse naquele momento, outras centenas de pessoas ficariam desempregadas e o município vivenciaria uma grande crise.

Uma característica da nova gestão foi a vontade política de ampliação e melhoria do sistema municipal de saúde. Em um primeiro ato, o prefeito eleito, entendendo as necessidades de saúde apresentadas, reuniu-se com os dirigentes da instituição filantrópica local, o Hospital Flávio Leal, com o intuito de negociar apoio e impedir o fechamento do serviço. Nesse momento foi firmada uma cogestão com instrumentos bem definidos de financiamento e participação ativa do CMS.

Merece destaque, ainda nesse período, o convênio celebrado com Cuba, trazendo profissionais, cujo objetivo consistiu em auxiliar na elaboração de um diagnóstico de saúde da população, tendo em vista a bem-sucedida experiência do modelo de saúde pública daquele país. Essa estratégia na época se baseou nos índices de saúde alcançados pelo sistema de saúde cubano, que se empenhava em atendimento domiciliar. Neste sentido, em 1997, em Pirai foi implantado o primeiro módulo de Saúde da Família, segundo o modelo cubano.

Em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde de Pirai conquistou sua autonomia financeira, através da operacionalização do Fundo Municipal de Saúde, Lei nº 397/93, permitindo ao gestor gerenciar o orçamento e o financeiro da SMS, ser o ordenador de despesas e descentralizar o processo de compras que anteriormente ficava a cargo da comissão de compras geral da prefeitura. Com estas ferramentas, o gestor ampliou sua capacidade de gestão e de organização do município, avançando no planejamento e na conquista de mais recursos para a saúde. Em 2002, o município atingiu a marca de 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal da Família.

Já em 2003, Pirai pleiteou habilitação para a Gestão Plena⁴ do Sistema Municipal de Saúde, com a finalidade de melhor viabilizar o financiamento e a execução das ações e serviços de saúde, de modo a garantir o acesso integral de sua população aos serviços de saúde. O pleito foi aprovado pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) na esfera estadual e,

⁴ A Portaria nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, faz novas alterações quanto à gestão do SUS, sendo que em seu artigo 4º estabelece como única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema Municipal e estabelece que os pleitos dessa modalidade de gestão deverão observar as determinações da NOAS/SUS 2002.

posteriormente, aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), no nível federal.⁵

Esse processo envolvia eixos de intervenção que incluía ações no campo da gestão do sistema, a definição de um modelo tecnoassistencial qualificado e orientado para o aumento da resolutividade em cada um dos níveis do sistema e o fortalecimento das ações de controle social. A partir desse modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, Pirai passou a receber do Fundo Nacional de Saúde os recursos financeiros correspondentes ao Teto Financeiro de Assistência para a execução de todas as ações e serviços para o atendimento integral à saúde.

No campo da qualificação do modelo de gestão e do modelo tecnoassistencial, Pirai obteve, a partir das intervenções realizadas desde 2001, alguns resultados, como: único município no estado do Rio de Janeiro onde todo o sistema municipal de saúde foi qualificado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde com os títulos de “Hospital Amigo da Criança” e “Unidades Básicas Amigas da Amamentação”. Este processo exigiu no município ampla mobilização do corpo técnico da saúde e comunidade para modificar a forma de atuação, envolvendo pelo menos 400 horas de treinamento.

⁵ Criadas pela NOB-SUS nº 01/93, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes. É constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco pelo Conass e cinco pelo Conasems. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do país.

Em 2004, Pirai teve seu Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) ampliado de 0,753 (1999) para 0,886, configurando o maior IDI⁶ da região do Médio Paraíba e ficando com o 3º lugar de municípios com melhor IDI no estado. Em 2005, mais uma vez, o município teve seu esforço reconhecido quando foi o primeiro do país a conquistar o Prêmio Bibi Vogel, concedido pelo Ministério da Saúde, para os municípios com ações inovadoras na promoção, proteção e apoio à amamentação.

A rotina de oficinas de planejamento, com a confecção de relatórios trimestrais de avaliação, do caderno de avaliação local das unidades básicas de saúde, com adoção de modelos de monitoramento das ações programáticas e a profunda consolidação dos instrumentos e das práticas de vigilância em saúde em todos os níveis do sistema, são bons exemplos de quanto foi possível avançar na formatação de um arcabouço gerencial que sustenta o processo de transformação por que passou o município desde 2001.

Ainda nesse ano, Pirai manteve 100% de sua população assistida pela Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal, mantendo duas equipes acima do estipulado pelo MS, reconhecendo a questão geográfica do município como fator impeditivo do acesso, e que seria necessário um número menor de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, para que efetivamente pudéssemos implementar um sistema de vigilância à saúde da população.

⁶ O Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) foi criado pelo Unicef com o objetivo de promover e monitorar políticas públicas orientadas à primeira infância, ou seja, para os primeiros seis anos de vida. Ele agrega variáveis relacionadas: 1) à oferta de serviços de saúde; 2) à oferta de serviços de educação; e 3) ao cuidado e proteção que a família deve proporcionar à criança nos primeiros anos (representados pelo nível de educação do pai e da mãe).

Diante do compromisso com a integralidade da atenção, buscamos estratégias para a efetivação da assistência, estruturando a equipe de Saúde Mental com consequente implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) em 2006, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD), ampliando a oferta de tratamentos especializados aos usuários.

Seguindo a abordagem dos principais pontos da trajetória histórica do SUS em Pirai, não podemos deixar de citar o processo de assinatura do Pacto pela Saúde, no ano de 2007. Nesse processo, as etapas de diagnóstico, avaliação e discussão se deram regionalmente, que, coordenado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da região (CISMEPA), criou as condições necessárias para o estabelecimento de mecanismos de adesão ao pacto, em bloco, incluindo os 12 municípios que compõem a região do Médio Paraíba.

Em 2008, foi publicado pela primeira vez o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal – IFDM, ano base 2000. Pirai na saúde obteve a pontuação de 0,84, considerado um alto índice de desenvolvimento (de 0,80 a 1,0 ponto), mantendo-se dentro da classificação de alto índice de desenvolvimento até a última edição em 2011, ano base 2009 com 0,96 de pontuação e primeiro lugar em saúde no estado e 101º no país. Está entre os 10% dos municípios do país classificados pela FIRJAN como de alto índice de desenvolvimento em saúde.

No campo da Educação Permanente, avanços importantes foram implementados em 2008. Foi aprovado o Projeto do Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que contribuiu com a formação de recursos

humanos para a área de saúde, orientado para a necessidade da população brasileira e operacionalização do SUS.

Foram estabelecidas parcerias que permitiram ampliar a integração de instituições de ensino superior, através da assinatura do Pet-Saúde (Programa de Educação para o Trabalho), contando com profissionais do meio acadêmico, para a qualificação dos profissionais e desenvolvimento de pesquisas locais. Em Piraí, essa parceria se deu, primeiramente, com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

No mesmo ano foi implantado o Telessaúde, uma rede que interliga a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e o Serviço de Saúde de Piraí, num processo de trabalho cooperado *online*, utilizando modernas tecnologias de informação e comunicação, com o objetivo de desenvolver ações de apoio e assistência à saúde e, sobretudo, de educação permanente na Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva de mudanças de práticas de trabalho que resultem na qualidade do atendimento da atenção básica do SUS.

Em 2009, como forma de qualificação dos profissionais da rede de atenção à saúde, foi estabelecido convênio com o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, para a realização de mestrado profissional, sendo contemplados 17 profissionais da área de saúde do município.

No que diz respeito especificamente à participação e o controle social dos usuários, a Secretaria Municipal de Saúde de Piraí buscou desenvolver ações que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida de sua população, através do desenvolvimento de estratégias, não apenas voltadas para

aspectos exclusivos do setor Saúde, mas principalmente, com compromisso de intersetorialidade, tema inclusive de sua XV Conferência Municipal de Saúde, a qual contou com a participação de 437 pessoas.

Preliminarmente à organização da XV Conferência Municipal de Saúde, foram organizadas quatro pré-conferências, que contaram com a participação de 232 pessoas em sua totalidade. Esta estratégia de subdivisão municipal para realização das conferências teve como principais finalidades ampliar os espaços participativos e subsidiar propostas mais próximas da realidade que fossem capazes de causar maior impacto positivo na saúde da população. Nesse quesito, todas as propostas apresentadas nas pré-conferências foram debatidas na conferência municipal.

Imbuído da importância de incentivar uma política de gestão participativa de saúde em Piraí, foram fortalecidas e estimuladas a criação e manutenção dos seguintes espaços formais de participação (CMS PIRAÍ, 2005):

- Os Conselhos Gestores de unidades: organizado em cada unidade da ESF, é composto por representação da população local, gerência da unidade e representante dos funcionários.
- As Conferências Locais de Saúde: acontecem antes da Conferência Municipal e discutem as necessidades de cada área de abrangência da ESF para a Conferência Municipal de Saúde.
- O Fórum de Gerentes de unidades: instância de informação, problematização, discussão de temas técnicos e definição de operações, reunindo mensalmente todos os gerentes de unidade, os coordenadores de programa e os técnicos do planejamento.

- A Plenária de Planejamento: acontece uma vez ao ano, em formato de oficina com duração de três dias, quando são reunidos todos os gerentes da SMS para avaliação da agenda do ano anterior, problematização, definição de operações para o ano em curso e construção da programação anual de saúde.
- O Colegiado Técnico de Gestão da Saúde: instituído em 2009, através de portaria municipal, com reuniões mensais e participação dos serviços e coordenações ligadas diretamente à Secretária de Saúde, objetivando a tomada coletiva de decisões; e
- O Fórum Permanente de Ações Intersectoriais (Grupo de Parceiros): iniciado os encontros em 2009, com participação da APS, Saúde Mental, Promoção Social, Educação. Com reuniões mensais, discute situações individuais e familiares que necessitam de abordagens de diversos setores.

Em 2011, Piraí obteve a maior nota do estado (7,3) no IDSUS – Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Trata-se de um indicador síntese que faz uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das atenções ambulatorial e hospitalar e das urgências e emergências, verificando como está a infraestrutura de saúde para atender as pessoas e se os serviços ofertados têm capacidade de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população. O IDSUS é formado por seis grupos homogêneos e leva em consideração a análise concomitante de três índices: de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), de Condições de Saúde (ICS) e de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM).

Basicamente, os grupos 1 e 2 são formados por municípios que apresentam melhor infraestrutura e condições de atendimento à população; os grupos 3 e 4 têm pouca estrutura de média e alta complexidade, enquanto que os grupos 5 e 6 não têm estrutura para atendimentos especializados. A proposta é unificar em grupos cidades com características similares. De acordo com o índice, o Brasil possui IDSUS equivalente a 5,47. Seguido da Região Sudeste (5,56) e do estado do Rio de Janeiro, com 4,58. O município de Piraí, dentro do grupo de municípios homogêneos, obteve uma pontuação de 7,3 o maior IDSUS de todo o estado, considerando todos os outros grupos.

Intersetorialidade: o saber-fazer na experiência do Conselho Gestor de Unidade⁷

O Conselho Municipal de Saúde de Piraí (CMS Piraí), por meio da Resolução nº 05 (CMS PIRAÍ, 2005) regulamentou a instituição e o funcionamento dos Conselhos Gestores de unidades de Saúde, buscando consolidar a participação da comunidade na tomada de decisões nos serviços de saúde (CGU).⁸ Apesar desse ato normativo, verificamos registros de atividades de conselhos gestores em Piraí desde 2002 – o CGU pesquisado é um deles, pareceu-nos evidente que a legalidade dos conselhos foi construída por ações concretas provenientes da realidade das unidades de saúde, num movimento de participação já existente, assim como nos leva a inferir que a recorrência dessas ações contribuiu para que

⁷ Para melhor detalhamento sobre esta experiência, consultar Silva (2011).

⁸ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ. Resolução nº 005/2005, de 17 de janeiro de 2005. Regulamenta a instituição e funcionamento dos conselhos gestores de unidades de saúde. Conselho Municipal de Saúde de Piraí, Piraí. 18 de Janeiro de 2005.

ele se institucionalizasse, de modo que o município buscasse cada vez mais fortalecer sua atuação.

É importante salientar que a institucionalidade não privou, nem impediu que os temas fossem debatidos e as situações fossem trabalhadas limitando-se à resolução. Ao contrário, ela recriava formas e maneiras para discutir com responsabilidade a questão da saúde e sua complexidade. Tal como afirmam Lopes et al. (2011, p. 215), “a participação comunitária nos serviços de saúde implica novos espaços públicos de participação, que não se reduzem às práticas de controle social, caracterizadas pelo alto grau ‘fiscalizatório’ dos usuários sobre as ações de saúde”.

No que tange aos objetivos do GCU, estes extrapolavam a noção restritiva fiscalizatória dos serviços e viabilizavam a tomada de decisões locais de saúde, concretizando suas funções, conforme exposto na resolução:

I. Fiscalizar, acompanhar, avaliar e orientar a política de saúde ao nível de unidade local [...]; II. Planejar as ações individuais e coletivas de saúde daquela unidade a partir da realidade local onde estejam implantadas, estabelecer e aplicar critérios de avaliação e controle de trabalho desenvolvido pela unidade de saúde, deliberando mecanismos corretivos tendo em vista o atendimento às prioridades da população local (CMS PIRAIÁ, 2005, p. 2).

Analisando sua trajetória é possível perceber que, no município, as origens dos CGUs coincidiram com o investimento da gestão na Estratégia de Saúde da Família. Esse contexto evidenciou que, inicialmente, a instituição dos CGU se deu a partir de uma vontade política propiciada pela reorganização da Atenção Básica por intermédio da ESF, denotando um processo de maior transparência e visibilidade em relação à

implementação de um novo modelo a ser aceito e compreendido por todos os envolvidos.

Isto não quer dizer que outros sentidos, no que tange à mobilização da constituição dos GCU emanadas do gestor, pudessem ocorrer, embora nos depoimentos não tenham sido encontradas tais evidências. Autores como Bordenave (1994, p. 78) destacam a manipulação política no âmbito dos conselhos, mas reconhecemos que no GCU a participação poderia ser provocada e organizada, sem que isso significasse necessariamente manipulação, de modo que potencializasse a condução dos trabalhos e garantisse sua autonomia. Também não faltaram grupos sociais alheios às práticas participativas, podendo ser necessário induzi-los à mesma. Neste sentido, constatamos que a combinação desses elementos (vontade política, profissionais comprometidos e comunidade participativa), de certa forma, teve parte no estabelecimento do GCU de Arrozal, a tal ponto que facilitou o processo de conhecimento pela comunidade e divulgação em meio a ela, somando-se ao processo democrático para implementação da estratégia.

Embora não tenhamos percebido, no plano normativo, a relação dos GCUs com outros setores, podemos observar, analisando os discursos e documentos referentes às atas do GCU de Arrozal, que existia uma dinâmica de correlação intersetorial na medida em que, recorrentemente, se faziam presentes vários setores da sociedade local (promoção social, administração distrital, igrejas, ONGs, pastorais, imprensa, etc.), num esforço de trabalho conjunto. Como pode ser observado no depoimento de um usuário:

O conselho gestor da nossa unidade [...] sempre está vinculado a pessoas que tem uma participação na sociedade,

pra ajudar, ou participa de Rotary, ou associação de moradores [...]. A nossa reunião passou a ser não só uma reunião do conselho gestor, passou a ser uma reunião de Arrozal, porque [...] quando é informal né? Tem reclamação de todos os lados, participa o administrador de Arrozal, participa a igreja, o conselho gestor, o Rotary, a pastoral, participa todo mundo. Ai é bom, que um complementa o outro, a gente fica sabendo o que o Darley [administrador] tá fazendo, entendeu? (Usuário 1 – grifo nosso).

Outro elemento que evidencia o esforço de intersetorialidade das ações dos GCUs no município refere-se à participação dos setores da Secretaria de Saúde (vigilância em saúde, central de marcação) para esclarecimentos e conhecimento do serviço que outrora parecia ser um problema, bem como à participação da rede social nas reuniões (vereador, pastorais, administração local, associações de moradores, jornal local).

Tais participações apontam para importância do GCU na visibilização da dinâmica de vários setores e serviços, num movimento recíproco de entendimento dos limites e potencialidades de cada parte, contribuindo de forma decisiva para o processo deliberativo do GCU acerca da intersetorialidade. Outro ponto importante refere-se ao fato de que a demanda por esses setores é oriunda de vários atores dentro do conselho, independentemente do segmento que representam.

Destacamos aqui duas formas de sua atuação, que são: GCU como mediador e promotor de corresponsabilização nas ações intersetoriais e o GCU como partícipe nas tomadas de decisões locais na integração com outros serviços e setores.

GCU como dispositivo participativo de mediação e (cor)responsabilidade nas ações intersetoriais – revela que a

competência local do GCU, mediante as demandas, ora advém dos gerentes de unidade, ora dos profissionais de saúde, e ora por parte da comunidade, revelando um importante ator no processo de mediação entre as partes e suas entidades, contribuindo na corresponsabilização da oferta de serviços realizados. Nesse sentido, “a participação dos usuários nos serviços de saúde favorece a construção de redes sociais locais pautadas por valores de solidariedade que possibilitam o exercício da democracia e a construção de práticas inovadoras, necessárias para efetivação do direito à saúde” (LOPES et al., 2011, p. 215).

Nos documentos analisados, evidenciamos uma congruência nas reuniões. Prova disso é que o GCU não realiza reuniões isoladas e sem nexos entre si, havendo nelas certa sequência, com retorno das situações discutidas (problemas na liberação de medicamentos, marcação de exames, vagas de oftalmologia, etc.). Tal questão assinala o interesse dos atores em esclarecer fatos conflituosos, reafirmando o objetivo dos GCUs de cogerenciar as ações locais de saúde, deliberando mecanismos corretivos para situações que causam algum tipo de desconforto. É interessante percebermos que essa busca por soluções parte de todos os representantes, num processo de mediação entre as partes e responsabilidade com o serviço e a comunidade.

Acompanhando a atuação do GCU de Arrozal, nos é permitido inferir que ele promove um tipo de prática participativa que age como mediadora de ações intersetoriais e estimula a responsabilidade dos atores sociais para com o bem comum, de tal forma que configurem ações que envolvam a coletividade.

Outro aspecto relevante diz respeito às ações de saúde realizadas pela ESF de Arrozal, que amiúde são colocadas em pauta no GCU para apreciação das partes, quando estas

ponderam tendo por base suas representações e mediações de seus interesses, chegando a decisões com maior cunho avaliativo. Percebemos, inclusive, que algumas situações que aparentemente eram um problema, na realidade advinham de um mau esclarecimento por conta de uma das partes e, desse modo, eram solucionadas rapidamente e sem maiores conflitos: “eu acho que a importância é essa de esclarecer também pra população até onde vai a obrigação e até onde a gente também tem que saber responder [...] as queixas de tudo assim; no meu entendimento, o importante é isso, essa pergunta e resposta” (profissional).

Nesse tocante, “a noção [deve estar] presente nos cotidianos dos serviços de saúde e aponta[r] para o papel do mediador como um intermediário nas relações entre usuários e serviços, profissionais e gestores com a função de ressignificar informações e conhecimentos que circulam” (LOFEGO; SILVEIRA, 2011, p. 124).

O que nos parece uma realidade em Pirai, na prática participativa propiciada pelas reuniões do GCU, além da disposta anteriormente a respeito da tomada de decisões (situação problema – discussão – deliberação), é que ocorre uma dinâmica de participação, do tipo: deliberação – divulgação – visibilidade da ação – corresponsabilidade. Ou seja, na medida em que as soluções tomam repercussão, aumenta a confiança da comunidade em contribuir com sua participação, assim como aumenta a autoestima do conselho com relação à concretização das ações.

Tal situação nos remete ao fato de que a mediação e a responsabilidade de todos se fazem necessárias na medida em que propiciam discussões mais técnicas (no sentido de avaliar todos os ângulos), para que ocorram deliberações em saúde

com maior embasamento e mais seguras quanto às repercussões para a sociedade. Essa dinâmica participativa de troca de experiências que ocorre no GCU de Arrozal condiz com a visão de Gerhardt et al. (2011, p. 266): “Pensa-se em um espaço que proporcione mais laços e menos nós, mais lutas e menos disputas. É a construção coletiva deste espaço que acreditamos ser uma possibilidade de implantação da incubadora da integralidade”.

GCU como partícipe nas tomadas de decisões locais na integração com outros serviços e setores – teve como base as noções anteriormente discriminadas, cujo funcionamento revelava um GCU ativo, participativo e democrático, exercendo seu direito e dever de opinar sobre os serviços de saúde sob sua jurisdição – o bairro de Arrozal – com vistas ao bem comum.

É interessante perceber que, no seu processo de deliberações, diante de situações conflituosas, o grupo discutia as questões coletivamente para que se pudesse chegar a um consenso e, nesse processo, pelo menos nos documentos analisados e observações realizadas, não percebemos discussões de “gladiadores”, isto é, tendo como foco o embate sem se chegar à solução do problema.

Essa forma de decidir condiz com a visão de Araújo (2004, p. 163):

[...] uma comunidade política deve estar referenciada num ideal de bem comum, mesmo quando seus membros discordam em questões particulares. A convicção de que compartilham tal ideal os fazem respeitar as decisões coletivas, ainda que sejam muito controversas – mas não há ponto de romper o campo mais amplo do consenso.

Nesse sentido, percebemos que a constituição do GCU não representa mera formalidade “para inglês ver” e, sim, para que o conselho possa dar respaldo, suporte e visibilidade às ações

da gerência, bem como oferecer possibilidade real de que as sugestões da comunidade sejam ouvidas, discutidas e deliberadas.

Essas deliberações, apesar de corriqueiras, denotam a importância da presença de usuários que não compõem a representação do GCU, já que, por meio de um caso individual, pode repercutir ações para toda comunidade, quando o grupo decide mudar uma ação, por entender que aquela forma de trabalho não contribui com o todo.

Acreditamos que a participação no GCU propicia um respaldo e um reforço às ações da gerência, quando, tecnicamente, o usuário do serviço compreende a necessidade daquela tática para a qualidade de vida da comunidade de fato.

A gente hoje tem o conselho gestor não só como apoio, mas também com decisões mesmo que se toma aqui, e que as vezes [secretária de Saúde] fica muito danada da vida com a gente, é de suspensão por falta de condições de serviço, aí a gente tem respaldo da comunidade, entendeu, a comunidade não tá só exigindo, ela também apoia a gente (Gerente).

Essa configuração na tomada de decisões do CGU de Arrozal remete ao fato de que, a todo o momento e em todas as decisões, das mais simples às mais complexas, surge um “decidir junto com o outro”, sem o pensamento de que o outro não faz parte ou não deva saber das ações a desempenhar ou, pior ainda, só saberá delas quando acontecerem. Isso nos revela preocupação com o processo democrático de decisões em saúde.

O que nos parece coerente nas tomadas de decisões locais é que o CGU em Arrozal, por sua prática madura, carrega consigo – e até mesmo está imbuído disto – que as decisões em que se ouvem todos os envolvidos (gestão local, executores

da ação e receptores da mesma), quando deliberam por meio do compartilhamento, propiciam decisões pertinentes ao caso, num processo de construção da cidadania e, no caso da saúde, de fortalecimento do SUS. Acreditamos que tomar decisões faça parte de um processo, seguindo a seguinte ordem: surge uma situação a ser resolvida ou encaminhada, ela é discutida sob o ponto de vista dos diversos participantes, são levantadas propostas de solução, ponderam-se as estratégias apresentadas e, consensualmente, escolhem-se os pontos que se julgam ser os melhores naquele momento.

Quanto a isso, Oliveira e Almeida (2009, p. 147) compreendem que “deliberar está vinculado à ação de discussão, reflexão, resolução, decisão, autonomia e também ação de poder meditar, examinar, escolher alternativas”. Tal contexto denota a importância que os outros setores têm na vida das pessoas, no que diz respeito ao processo saúde-doença. Desta forma, amiúde são necessárias ações coordenadas para um efetivo solucionar, já que o setor saúde somente, tendo por base o exemplo anterior, não tem possibilidade e viabilidade de fechar um buraco.

Hoje, analisar a prática do GCU com relação a sua noção de decidir conjuntamente, no que diz respeito a sentir necessidade de ações de outros setores e percebê-las como importantes, permite-nos citar que esse conceito se encontra presente, arraigado e, sobretudo, ativo no modo de engendrar saúde, buscando dar conta da sua complexidade.

Percebemos que a história de participação propiciada pelo GCU, bem como a de tomada de decisões de sua parte, permite-nos citar que o conselho se encontra num patamar de visibilidade que serve de exemplo e estimula indivíduos a contribuírem com sua ação. No nosso entender, tal fato

potencializa a resolutividade das ações, o GCU e o PSF, enquanto mobilizadores das situações, bem como incita as pessoas envolvidas e a comunidade a participar efetivamente, considerando que observam e percebem ações concretas.

Auditoria participativa: o saber-fazer da experiência de participação e controle da sociedade civil sobre as contas públicas da saúde⁹

Um dos principais problemas identificados nas últimas décadas quanto à democratização institucional no âmbito da governança pública diz respeito a prestação e transparência das contas públicas. No caso brasileiro, tais problemas têm sido o verdadeiro “calcanhar de Aquiles”, quando se trata de analisar a governabilidade democrática da gestão de políticas públicas, neste caso de saúde, em níveis estadual e municipal. O termo “auditoria participativa” aqui destacado se fundamenta na ideia de auditoria social (BERTHIN, 2011), que tem sido apontada no âmbito do *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo* (PNUD), como um componente-chave de qualquer estratégia de governança democrática e potente remédio anticorrupção.

De acordo com Berthin (2011), a auditoria social pode fornecer respostas para questões-chave sobre a quantidade de recursos públicos que são geridos pelos governos. No entanto, além da quantidade de recursos, tem sido importante voltar a atenção à qualidade de sua utilização, incluindo o acesso dos cidadãos no monitoramento e na avaliação da qualidade dos serviços públicos, investimentos sociais prestados e também nas decisões econômicas, políticas e institucionais. À medida

que mais países completaram transições para a governabilidade democrática, a sociedade civil organizada ganhou maior legitimidade e espaços de participação (particularmente em questões relacionadas com os direitos humanos, gênero e ambiente) em diferentes organizações, sejam nacionais ou internacionais voltadas para questões de governança democrática, responsabilidade e transparência.

No Brasil, nomeado como Estado Laico de Direito, garantido institucionalmente pela Constituição de 88, é possível perceber, nas últimas décadas, que os cidadãos brasileiros são cada vez mais exigentes sobre seu direito de ser informado e influenciar processos de tomada de decisões governamentais. Mais especificamente na saúde, podemos identificar uma reciprocidade axiológica afirmativa entre os atributos de auditoria social com as instâncias de participação e controle social no SUS, tendo em vista a obrigatoriedade legal de criar e manter os conselhos municipais de saúde e os conselhos gestores locais e intersetoriais.

Entretanto, a história da cultura política do Estado brasileiro caracteriza-se pela prevalência de ações que conferem maior poder ao Estado, responsável pela estruturação e desenvolvimento da vida social. Tem na noção a “estadania” nacional, em detrimento da cidadania, um ponto de partida dessa discussão, considerando a ausência de cultura cívica de participação social. Cabe aos atores não estatais o papel de coadjuvantes no processo (ANDRADE et al., 2012). Ainda de acordo com esses autores, deve-se ao fato de que

[...] a formação do Estado brasileiro é um entrave para a consolidação da cultura cívica, pois não consegue desenvolver os direitos sociais, políticos e civis como apresentados por Marshall. Assim, o que se percebe é que o exercício da

⁹ Para melhor detalhamento da experiência, consultar Rocha (2012).

democracia não é uma tarefa fácil, porém, para uma nação evoluir em termos de participação efetiva dos cidadãos, os mesmos precisam participar (ANDRADE et al., 2012, p. 177).

Essa assertiva pode ser consubstanciada pela contribuição de Chauí (2008), que ao analisar o autoritarismo da nossa sociedade, ressalta que as diferenças e assimetrias sociais e pessoais transformam-se em desigualdades, e estas se transformam em hierarquias.

Exatamente diante dessa difícil tarefa, a gestão do SUS em Pirai envidou esforços para buscar meios de estimular a ampliação dos atores envolvidos na construção do SUS no município, a partir do fomento da participação e, conseqüentemente, garantir condições efetivas para o controle social. Mas do que isso, significava, na prática política, criar condições de legitimidade e segurança ao processo da gestão pública. De acordo com a fala da secretária de Saúde de Pirai: “abrem-se as portas da SMS para o Controle Social”.

Diante desse posicionamento, ao observar a dinâmica das reuniões do conselho, foi proposta uma capacitação orientada pelos assuntos debatidos pelos conselheiros de modo a construir novas estratégias de se desvencilhar das dificuldades encontradas, gerando soluções, explicações, direitos, deveres. Isso possibilitava maior aproveitamento dos conteúdos que o conselho já detinha a partir de sua experiência, articulando-o com os conhecimentos formais. Percebia-se também que sua inserção ativa no processo de trabalho, permitiria produzir saber específico, de forma que o conselho se sentisse sujeito. Dessa forma, em 2001, as portas do FMS foram abertas para que discussões mais maduras, devido ao interesse dos conselheiros pelo assunto “finanças” e a visão de que é função do controle social controlar as contas.

No acompanhamento das contas da SMS, observávamos que as aprovações advinham mais de articulações políticas do que propriamente do concreto entendimento do conselho sobre os demonstrativos financeiros. Percebendo isso, foi proposto um calendário de visitas ao FMS com a disposição do contador e tesoureiro para mostrar sistemas de informação, processos, contas bancárias e seus respectivos saldos. Ficavam totalmente perdidos, tinham acesso aos processos, mas não sabiam o que olhar e fazer. Provavelmente, por tratar-se de questões muito específicas e técnicas, gerando um desinteresse no grupo; passamos a ensiná-los como avaliar se um processo de despesas estava dentro das conformidades da legislação, e o que eles deveriam observar nesse processo.

Orientamos a fazer como os órgãos de controle externo faziam ao chegar na secretaria para uma fiscalização, escolhendo de forma aleatória no sistema um ou mais processos que seriam submetidos a análise. Em seguida, os processos eram desarquivados e eles manuseavam cada peça.

Os profissionais da tesouraria e contabilidade, percebendo a dificuldade que os conselheiros tinham sobre o que olhar no conteúdo do processo, começaram a orientá-los sobre o que deveriam observar em um processo, como era montado, o porquê de ser assim, quais os itens mais importantes. O que tem que ter propostas das empresas, recurso orçamentário e financeiro, empenho, nota fiscal, o que observar na nota fiscal. Depois do conhecimento básico da peça processual, eles passaram a receber informação sobre o que era para observar e entender sobre gasto com saúde.

Atividades lúdicas foram criadas para aumentar nosso aprendizado, e o mais marcante foi o “teatro” construído

pelos conselheiros nos espaços da contabilidade e tesouraria, que ao imitar a realidade desses conselheiros, possibilitou desconstruir mitos de que a área financeira era secreta – que na visão dos conselheiros era porque tinha coisa errada, e na visão dos profissionais era secreta porque a informação não poderia ser divulgada.

Outro aprendizado se referia a instituir a cultura, dentro da SMS, de que as informações públicas são de domínio do cidadão. Isso propiciou uma educação permanente no âmbito do controle social, tanto para os profissionais, que ficavam as tardes apresentando seu trabalho e como se sentiam realizando, esmeravam-se no seu fazer, pois havia mais alguém compartilhando seu cotidiano, e a sociedade, que estava vendo como ele era importante e sabia ensinar algo aos profissionais. Tais acontecimentos foram despertando o interesse dos conselheiros na participação: as contas, as ações concretas eram palpáveis, nada de subjetivo para ele, que inicialmente não dominava conhecimentos técnicos daquela área, mas que se inseria na apropriação de seu papel e exercia o controle social de forma efetiva.

Ainda que interessados em conhecer todas as contas do FMS, havia dificuldades na participação de reuniões do conselho de saúde, seminários e outros eventos, espaços onde era importante a participação dos conselheiros. Buscamos superar isso através de outra estratégia: convidando os conselheiros a participarem da gestão através de comissões instituídas dentro do próprio conselho, onde as pessoas se candidatavam a participar das mesmas e eram eleitas por seus pares. Estas são formadas por conselheiros do segmento de usuários, de preferência que tenham disponibilidade de participar da gestão dentro do horário de funcionamento dos serviços de saúde. Cada comissão é composta por um grupo de

conselheiros que acompanha situações que envolvem o processo de trabalho pertinente a cada tipo de comissão.

As comissões eram instituídas a partir dos maiores pontos de reclamação, como: assistência farmacêutica, insumos para diabetes (seringas, insulina...), Bolsa Família e assistência nos serviços. Encontram-se em funcionamento as seguintes comissões: escuta e acolhimento, acompanhamento dos processos de compras e licitações, acompanhamento da execução de obras da saúde, acompanhamento e monitoramento do cadastro do Bolsa Família.

Considerando as reclamações sobre a assistência nas UBS, surge a comissão para ver *in loco* o que estava sendo feito e se escutava na população. Apurando a reclamação, ouvindo os dois lados e trazendo o problema para o CMS e o gestor. Isso estimulou uma ação por parte de todos para a solução do problema, a conversa com as partes envolvidas para sanar o problema, procurando valorizar os dois lados: o direito do cidadão de reclamar e exigir serviços de qualidade e o outro lado de entender esse direito, criando a cultura e qualificando o serviço.

Nas situações em que o cidadão reivindica seus direitos, acredita-se que quem tem preparo para entender seu pedido é o profissional. Esse encontro deve se qualificar no sentido de transformar a reclamação que muitas vezes produz um embate entre lados opostos, em um momento de crescimento e construção do sistema.

A Comissão de Escuta e Acolhimento é fundamental na mediação deste processo. Cabe destacar que esta comissão foi designada, inicialmente, pelos próprios conselheiros, como comissão de reclamação, e renomeada, também por eles, após alguns anos de funcionamento, para Comissão de Escuta e

Acolhimento a partir do entendimento desta ação como não baseada apenas na “reclamação”, mas na necessidade de escuta e acolhimento do usuário como fundamental para os avanços.

O amadurecimento da participação alçava novos patamares, e daí percebia-se que certos problemas de saúde exigiam ações que não somente do setor, como foi o exemplo do setor de obras, no qual houve a necessidade de acompanhar a execução das obras de reforma e construção das unidades de saúde, e com este intuito formou-se a Comissão de Fiscalização e Acompanhamento das Obras.

Nesse momento, a Secretaria de Saúde apresentou aos conselheiros as planilhas com os preços, memorial descritivo, projetos, e orientou como fazer a supervisão, documentando as etapas com fotografias, como pagar por medição, o que é cumprir cronograma, o que é aditivo de prazo e de valores, como e quando fazer. Com essa comissão, foi possível transitar no governo de forma transparente, legitimada pelo conselho. Desta forma, o mesmo exerce seu papel de fiscalizador e protetor da gestão, uma vez que compartilha de todo o processo.

Quando instituído o Programa Bolsa Família, houve uma pressão muito grande diante de irregularidades noticiadas no país. Era muito difícil fazer o julgamento das necessidades das pessoas quando se usava o subjetivo. Então, para proteger mais uma vez a gestão e o direito das pessoas, convidamos o conselho, que já tinha alguma experiência, para nos ajudar a garantir este direito e sua transparência. Desta forma, instituiu-se mais uma comissão: a de acompanhamento, fiscalização e supervisão do cadastro e condicionalidades do Bolsa Família. O cadastro no município é feito pelo agente comunitário de saúde, no próprio domicílio das famílias visitadas, que se encontram

dentro dos critérios de elegibilidade do programa. As auditorias são feitas após o cadastro, quando se identificam alguma não conformidade nos dados, denúncias da própria população ao CMS e desvinculação de famílias, com excelente aceitação por parte da população.

Destaca-se também a existência de um profissional que auxilia, exclusivamente, o presidente do conselho e as comissões, possibilitando maior agilidade e registro de seu funcionamento.

Na proposição do funcionamento do conselho, os entrevistados colocam que este tem por finalidade chegar mais perto da população, acompanhar os gastos públicos, assim como a oferta e qualidade na prestação de serviços – concretizada nas falas de Usuários 4 e 2:

Pra mim que eu defendo... o melhor plano de saúde que existe no mundo pra mim é o SUS, bem praticado e bem feito. Tô dizendo pra você funciona, pra mim é isso (Usuário 4).

Bom, quer dizer o conselho municipal de Piraf, nós montamos, nós começamos um trabalho na gestão passada de fazer o conselho levar ele mais pra perto do usuário, o projeto foi montado, começou o ano passado uma gestão que tinha o nome de comissão de reclamações do usuário, que hoje é escuta, mudaram até o termo, e acolhimento, ouvir e acolher o paciente. Aí foi montado também dentro do conselho de saúde o segmento de fiscalização do plano das licitações, a licitação e a fiscalização do serviço (Usuário 2).

Para melhor operacionalização desse conselho, foram apresentados alguns pontos a serem observados: a qualificação do conselheiro obtida por meio de capacitação e participação nos processos decisórios da própria secretaria; a elaboração de políticas públicas, em atenção ao estabelecido para todo o

território nacional e a instituição de comissões no início de cada mandato, conforme deliberação do CMS. Dentre as comissões, estão: I - Comissão de Acompanhamento das Licitações e Financiamento da SMS; II - Comissão de acompanhamento das Obras da SMS; III - Comissão de Escuta Acolhimento e Ética; e IV - Comissão de acompanhamento do Programa Bolsa Família, planejamento e promoção das atividades do CMS.

Destacando a fala dos entrevistados sobre as comissões supracitadas, apresentamos os trechos abaixo:

A licitação né, eu participei agora na licitação de obras, feito agora né, eu e Cemilto e verificamos tudo o que tinha que verificar aí... aí a gente vê que funciona mandaram me chamar pra mim ver como que era né, participar ali né da licitação né, assinar o documento todo né, pra proposta nós assinamos tudo e o acolhimento é o que mais funciona aqui né, o acolhimento é o que mais funciona, isso aí funciona mesmo, é lá em casa, o pessoal procura, a gente traz pra cá, eu venho aqui trago a pessoa de precisar tá resolvendo (Usuário 3).

Por exemplo, na obra, que eu participava, toda obra que vem do município pro conselho de saúde, como nós tivemos uma obra grande, de porte grande e de um grande valor até pra saúde, que foi uma obra de esgoto e sanitário no bairro de Santa Tereza aqui em Pirai, onde não se tiver rede de colhimento de esgoto... cada um fazia sua redezinha, despejava de qualquer maneira, construam, outros não tinham. Então foi um dos bairros que passava uma necessidade muito grande pro tratamento. Tinha várias infecções, devido aquele esgoto que corria pelo bairro, não tinha filtros... E nós acompanhamos essa obra desde a licitação, veio à licitação, o pessoal vem. (Usuário 2).

O acolhimento seria assim, era só reclamações, então fizemos escuta e acolhimento, nós escutamos todas as pessoas que precisam resolver alguma coisa né e acolher eles com mais... não tinha esse negócio de acolher a pessoa né, resolvia de qualquer jeito né, agora a gente acolhe eles aqui, a gente escuta o que eles tem pra dizer né, a gente ajuda pra poder resolver, procuramos as pessoas competentes né de cada área e se for necessário a gente pede o processo né, tem que ser... montar o processo aqui, levar pro hospital pra ver de direito alguém pra resolver isso. O mesmo foi mal atendido, foi recebido no posto de saúde, foi mal recebido no hospital, então, todos vêm aqui, chamam a gente, tem gente que vai na minha casa, então eu venho pra cá com a pessoa, então vamos lá, não é aqui não, vamos lá na secretaria né, no conselho de saúde, ... explicando o que vai fazer o que não vai, então, funciona assim. (Usuário 3).

Nós temos reuniões mensais, né, e o funcionamento, funciona desde que as pessoas procurem gente, traz tudo para o conselho e é levado para a secretária tudo o que se passa aqui tá, todo o processo, a gente monta o processo tá, se tiver uma visita pra ser feita, nós vamos atrás né pra ver o que tá acontecendo realmente, procuramos as pessoas de cada área pra resolver o problema (Usuário 4).

Então essas comissões que são montadas como Bolsa Família, que eu participei também, é uma comissão que eu não sei como ela está organizada agora, mas quando eu estava a gente quando... fora o governo mandava... oh nós temos 50 famílias que precisam ser analisadas, e precisam ser cortadas... a pessoa precisa apresentar uma nova documentação então vinha e nós saíamos em campo... (Usuário 2).

Dentre as comissões que mencionamos anteriormente, destacamos a menção do entrevistado Usuário 1, o qual relata acompanhar e auditar o cadastro das famílias no Programa Bolsa Família.

Tem pessoas que às vezes estão no bolsa família e não tem necessidade e às vezes tem um que precisa e não consegue. Aí a gente vai, faz o relatório e envia, manda pra cá pra saúde, aí a gente troca. Coloca aquele que tem mais necessidade e tira aquele que não tem. Tem pessoas que tem bolsa e até tem carro na garagem. E aqui no município o conselho acompanha mesmo (Usuário 1).

Ao relatarmos a percepção que possuem sobre a vinculação do conselho com a população, encontramos a responsabilidade social, observada na fala do Usuário 2: “Então... é um conselho que tem bom respaldo, tem assim como é que vou dizer pra você... ele tem seriedade e com isso a gente consegue também com a população e até mesmo com gerente do posto que fica ali...” e, confirmando a importância desse “respaldo” para a população, o mesmo entrevistado prossegue:

[...] nós participamos da licitação e a empresa que ganhou, isso é tudo fiscalizado... documentos das empresas que se propõem, como que exige que tenha no mínimo três participantes. Caso não tiver, falte algum, a licitação é suspensa, até mesmo porque o conselho – a gente cobra muito, desde quando foi fundado.

Semelhante a essa responsabilidade, o Usuário 5 faz menção às necessidades das pessoas, dizendo:

O conselho funciona assim... por exemplo, nós observamos o que o paciente precisa, entendeu? Para lutar por ele nós

vamos à secretária, daí nós fazemos os pedidos com ela... Por exemplo, remédio, ambulatorial, tudo nós vamos a ela... Quando a gente não consegue acertar no nosso bairro, porque nós temos o posto de saúde nos bairros, temos agentes de saúde em todos os bairros, nós temos um principal que é no centro da cidade entendeu... o que a gente não consegue acertar lá, nós viemos pra cá...

Ainda se observa, na fala dos entrevistados, a confirmação de corresponsabilidade dos conselheiros no processo licitatório:

Caso não tiver, falte algum a licitação é suspensa, até mesmo porque o conselho a gente cobra muito, desde quando foi fundado é muito cobrado até mesmo por causa da prestação de contas que nós como conselheiros não temos salário e quer dizer nós nos dispomos a isso, mas se houver um problema maior depois com as prestações de conta, como o tribunal de contas já esteve em Piraí e tudo, quer dizer: nós vamos responder junto com a secretária. A gente realmente fiscaliza, nós temos na mão... fica tudo conosco, a cópia conosco, tá certinho? Está!... Nós assinamos juntos porque vem pra secretaria e para que a secretária possa fazer o pagamento, então nosso nome tá ali também... Então a gente tem que prezar isso também... (Usuário 3).

Na efetividade do controle social, as falas desses conselheiros apresentam detalhes de como se dá a prestação de contas:

Nós participamos desde o primeiro piloto que colocaram na obra, por isso a gente é conselheiro. E isso nos ajuda também a passar para a população, porque tudo que você faz ali, nós fazemos um relatório que vem pro conselho, vira um processo e fica tudo nos arquivos. Nós temos tudo com fotos desde o acompanhamento, para que as pessoas que venham querer conhecer ou queiram... aquela fiscalização mesmo... está ali,

então é onde levam as nossas assinaturas, mas o trabalho do conselheiro tem que ser um trabalho muito sério porque é responsabilidade que se tem. (Usuário 2).

O controle social... as pessoas dizem assim ah ...controle social... pra mim controle social... esse lápis pra mim é controle social, mas por quê? Por que é dinheiro público, a secretaria de saúde... ah é só esse, mas eu vou comprar dez mil... lápis ou caneta. Eu vou dá pro médico, hoje eu vou dá uma caneta pro médico, amanhã ele já me pede uma, e depois mais... será que ele tá vendendo caneta? Sabe... isso é controle social, porque é um gasto, é dinheiro público, é o dinheiro que eu aprovo dentro do conselho municipal de saúde... Então qualquer coisa que envolve gasto público pra mim é controle social e é controle social. Porque as pessoas não veem isso de outra forma, depende do que se ver o que é o controle social (Usuário 4).

A prestação de contas contábil-financeira é realizada em Assembleia, com a participação de todo o conselho e com a colaboração do setor de finanças. A aprovação só é concretizada quando há consenso da maioria, conforme regimento interno do CMS.

As contas do dinheiro que vem e o que sai – o controle que nós temos é feito nas nossas reuniões mensais e o controle das contas é feito a cada três meses. É feito uma prestação de contas com uma reunião e quando não dá aqui na nossa sala, fazemos no CEDERJ que tem uma sala ampla, boa. Aí nos é colocado o pessoal da finança que vem coloca no quadro, no computadorzinho e lança as contas (Usuário 2).

Esse dinheiro eu acho não, tenho certeza que já foi nos passado até que é até uma obrigação... é uma obrigação com o tesouro federal e até com o municipal... Onde essas contas sendo

aprovadas, agora que eles arrumaram um sistema melhor de se entender que já dá para você ver com mais nitidez, com mil, gastamos cem aqui, cem ali, vinte cá, duzentos aqui e temos um saldo onde tivemos que recorrer o dinheiro que está depositado, então as contas ficaram mais fáceis, no final é passado para que a plenária concorde e assina. Quem concorda assina, que não concorda não assina, põe não. Sim ou não é um direito do conselheiro e nós debatemos. Porque isso? A prestação de contas aqui é bem clara e ela só é aceita se tiver uma unanimidade do conselho assinar (Usuário 2).

Ao relatarem essa experiência, os entrevistados falam também do acesso que a população tem a toda documentação, como explica o Usuário 4:

Olha, eles prestam conta todas as reuniões, em toda reunião é prestado contas então, eles dão pra gente todo informativo e assim, desde a disposição que a gente pode vir aqui a hora que quiser, você entendeu? Toda hora tem alguém preocupado pra acompanhar tudo que a gente quiser, então eu acho que não tem nada a esconder porque nunca proibiram de nada, se quiserem mexer nas contas, o único lugar que vocês não podem entrar; é no centro cirúrgico né, mas aqui dentro, vocês podem entrar em qualquer área, em qualquer setor, fazer pesquisas que quiser, verificar qualquer tipo de documento...

Além das obras, o conselho também participa das licitações, inclusive para compra de medicamentos. Nesse processo, o conselheiro tem a oportunidade de conversar com as empresas fornecedoras, questionando o não cumprimento do contrato e as penalidades aplicadas pela SMS, nesse contexto. Porém, isso não elimina o problema, uma vez que a descontinuidade no fornecimento de determinados itens permanece.

Nós fazemos também uma fiscalização dos PSFs quanto a compra dos remédios [...]. A falta do remédio não é culpa da secretaria, não é culpa do setor de compras, é parte da empresa que fez a licitação e ganhou e aí o que que nós fazemos? O conselho agora tem uma fiscalização da licitação que toda empresa que vem participar nós fazemos um levantamento dela se ela já em algum tempo atrás depois de cumprir alguma coisa de alguém ou contrato, se atrasou muito no fornecimento de remédio. Porque tanto o fornecimento do remédio ou da obra quando atrasa, o remédio principalmente pra proibir isso das empresas a secretaria de saúde põe uma multa, tem uma multa no contrato, multam os caras, que o paciente tá na fila esperando o remédio, os caras tem uma obrigação de... Nós compramos o remédio, ele tem que chegar para o paciente tomar, não vem, o paciente não se cura e a secretaria fica tomando paulada direto, porque abonou os três meses ou eles cumprem uma coisa e depois não entrega, aí tem que fazer um novo processo, uma nova licitação e comprar tudo de novo. Então essa empresa não vem mais, quando aparece, opa essa risca não vem mais, tá fora. Nós estamos com um controle rígido, bem sério sobre isso, mesmo assim ainda temos alguns probleminhas aí, entendeu. É assim que se faz o controle que nós temos feito aqui. (Usuário 2).

Outro elemento que emerge da fala dos entrevistados aponta para a informação sobre a prestação da assistência à saúde da população, conforme apresentado no depoimento de Usuário 4:

Eu acho assim, eles estão todo mês na reunião, é passado tudo, sobre doenças que tem no município, está vendo, os tratamentos que são feitos, em tudo, em vigilância sanitária, toda gestão da saúde, nós temos tudo, desde a última reunião, fui pra casa com um bloco de quase 500 folhas com tudo que eles deram, passando números, valores, eles passam tudo, tudo que é feito com dinheiro da saúde é passado pra gente.

Considerações finais

Parece-nos evidente que a narrativa sobre a participação do Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores de unidades na gestão do SUS em Pirai demonstra a desenvoltura de uma prática democrática legitimada pela Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde. A participação e o controle social, como um dos pilares do SUS, têm sua funcionalidade construída pelo coletivo que participa ativamente desse espaço político e social. O processo de trabalho empreendido pelo Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores de unidades de Pirai caminha, conforme os relatos, na direção da melhor qualificação e ampliação das possibilidades do exercício do controle social.

Tais conselhos lançam mão de diferentes estratégias e táticas para as quais são eleitas pessoas legitimamente, com a assunção de compromisso na sua execução conforme mandato. No caso do Conselho Municipal de Saúde, a alteração de uma comissão nomeada inicialmente como de Reclamação, e que se transforma posteriormente em Comissão de Escuta e Acolhimento, e a clareza da atribuição do acompanhamento de uma obra pública dão sinais da ampliação da percepção desses atores quanto a sua importância enquanto sujeitos efetivos da construção do sistema de saúde local.

Nessa diretiva, o conselho se coloca como corresponsável pela ação da Secretaria de Saúde, na medida em que não só acompanha, fiscaliza, monitora, audita, como assina a execução da ação. Desta forma, a qualificação desses atores e o estímulo ao funcionamento com garantias quanto à estrutura física e de recursos que assegurem as ações do conselho, têm relação direta com a relação estabelecida entre o gestor e o controle social

neste caso. Isso porque, ao compartilharem as lições apreendidas na efetiva participação no Conselho Municipal de Saúde, os entrevistados relatam que a qualificação do conselheiro, seja pela vivência ou pela participação em cursos de aperfeiçoamento, trouxe melhor capacidade de compreensão de seu papel social, com a possibilidade de representar melhor a população. O papel exercido, enquanto conselheiro, no atendimento às necessidades da população e na relação com a gestão municipal, traz crescimento e conhecimento das dificuldades vividas no cotidiano da administração pública.

Neste sentido, destacamos a fala abaixo:

[...] a função do conselheiro eu acho que ele ajuda demais a gestão tanto da saúde como do governo municipal porque nós trazemos as nossas necessidades e com isso eles veem onde vão aplicar, onde está sendo importante aplicar a verba. Então a função do conselho é essa ajuda mútua, quando está sendo estruturado assim, a porta está aberta ao público, podem vir pro que quiser e nós ajudamos (Usuário 2).

Complementando as lições apreendidas, os entrevistados revelam que a tendência do SUS é de melhorar cada vez mais, e que a participação do conselho constitui uma inovação na gestão em Saúde.

Eu creio sabe... que a tendência é só melhorar mais e mais. Porque o SUS é igual ao plano de saúde... porque o SUS ultimamente está prestando a mesma assistência à população e antes não, que era uma coisa reservada. Para fazer uma tomografia antigamente era um bicho de sete cabeças, agora hoje é possível através da nova gestão do SUS... essa participação, esse vínculo que a gente consegue muito bem isso... acredito que é inovador (Usuário 1).

O SUS é inovador, porque uns tempos atrás não tinha isto e hoje tem, nós temos com quem reclamar e antigamente não. Antigamente o SUS, antigamente o INPS se você não fosse fichada você não teria o direito pra ir ao consultório, hoje o SUS dá esse aval para todos os cidadãos ele tem direito de ir e vir em qualquer parte, desde que ele saiba entrar e sair, certo? (Usuário 5).

Correlacionado algumas lições apreendidas com o conceito de “cidadania”, há nesse processo um fomento pelo Estado, representado pela gestão que vem estimulando sua participação no fazer saúde no município. De certa forma, o exercício da cidadania é construído através do fomento pelo ator que “representa” de alguma maneira o Estado. É possível considerar que esse estímulo, traduzido na valorização de recursos materiais e operacionais, e do fomento à formação deste conselheiro produz qualificação e aprendizado. No entanto, há uma apropriação desses atores, à medida que se ocupam da tarefa de incorporarem seu papel de ator potente na defesa do direito à saúde da população.

A parceria estabelecida entre gestor e o controle social sugere a construção política que deve ser recriada a cada momento da história de uma sociedade para chegar a uma cultura cívica que é base para a cidadania. Talvez, mais que um estímulo de uma parte e a solidificação de um grupo, podemos (re) pensar um processo coletivo, em que gestor e cidadão não são opostos, mas atores potentes num trajeto comum que tenha o exercício de cidadania como fundamental para a garantia de governabilidade. Além disso, contextualizar processo de garantia do direito à saúde como complexo e coletivo parece-nos uma compreensão coerente com o momento atual.

Outro desafio a ser pensado são as formas de garantir que a qualificação construída nesse percurso não se perca, independentemente da mudança de atores. Mas que a apropriação dos conselheiros acerca de seu papel fundamental na garantia do direito à saúde seja solidificada como cultura local.

Temos claro que essa vivência traz como inovação, para uso na gestão pública, as temáticas da intersectorialidade e da auditoria social, por isso participativa, como avanços substantivos na legitimidade de todo o processo do exercício político e, por conseguinte, de cidadania. Entendemos que a gestão em saúde tem sua legitimidade assegurada quanto a funcionalidade e organização nos moldes legais, com atenção às necessidades da população a que serve e representa. Assim, podemos inferir que a auditoria social/participativa e a intersectorialidade configuram-se como atributos inovadores na gestão municipal/local do SUS.

Já no âmbito das ações locais de saúde, cabe destacar aquelas defendidas pelo GCU, que configuram esforços por melhores condições dos serviços prestados à população, com a corresponsabilização dos envolvidos, os quais, no caso dos CGus, evidenciam conflitos, desafios, limites e pactos, mas ainda contribuindo para a alteridade em comunidade.

A potencialidade encontrada no GCU nos permite citar que essa prática participativa pode gerar pertencimento por parte dos participantes, num contexto mais democrático, solidário, permeado pelas relações horizontalizadas na busca do diálogo. Podemos citar que o GCU promove um tipo de prática participativa que funciona como mediadora de ações intersectoriais e estimula a responsabilidade dos atores sociais, na medida em que suas decisões e ações promovem um sentimento de perseverança, confiança, e de que elas são ações reais.

No nosso entender, num movimento de imensa simplicidade e consciência de que na efetivação do direito à saúde, para além do que está prescrito em lei, não há frase melhor que represente este nosso desejo e que tenha maior força para nosso encerramento do que esta: “*Ninguém é culpado de nada, todo mundo é cúmplice*” (usuário em reunião de GCU).

Cabe-nos aprender permanentemente sobre as possibilidades de aprimorar as ações de controle social como substrato de um agir em saúde, em que a coletividade não se aparta de sua responsabilidade de garantir o direito humano ao cuidado à saúde.

Referências

- ANDRADE, D. M.; CASTRO, C. L. C.; PEREIRA, J. R. Cidadania ou “estadania” na gestão pública brasileira? *Rev. Adm. Pública* [online]. 2012, v. 46, n. 1, p. 177-190.
- BARCELOS, J. *A origem do povoamento de Pirai a partir do século XVIII*. Disponível em: <<https://juarezbarcellos.wordpress.com/2013/07/20/pirai-rios-dos-peixes/>>. Acesso em: nov. 2013
- BERTHIN, G. *Guía práctica para la auditoría social como herramienta participativa para fortalecer la gobernabilidad democrática, transparencia y rendición de cuentas*. PNUD, set. 2011.
- BORDENAVE, J. E. D. *O Que é Participação*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção Primeiros Passos, 95).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Leis 8.080/90 e Lei 8.142/90*. 2.ed. atual. ampl. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. NOB-SUS n. 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CHAUÍ, M. Cultura e democracia. Crítica y emancipación. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales*. Año 1, n. 1 Buenos Aires: CLACSO, jun. 2008.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ. Resolução nº 005/2005, de 17 de janeiro de 2005. Regulamenta a instituição e funcionamento dos conselhos gestores de unidades de saúde. *Conselho municipal de saúde de Pirai*, Pirai. 18 jan. 2005.

GERHARDT, T. E. et al. A mediação no meio rural: concepções e caminhos da pesquisa em saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2011.

LIMA, L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB/RJ*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

LOFEGO, J. SILVEIRA, R. Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer do colo do útero em uma regional de saúde no Estado do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / LAPPIS, 2011.

LOPES, T. C. et al. O plantonista social como mediador na construção da cidadania e das ações de saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / LAPPIS, 2011.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde soc.* [online], mar 2009, v. 18, n. 1, p. 141-153.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da Saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

ROCHA, M. C. S. *Auditoria Participativa na Gestão em Saúde do Município de Pirai*. Dissertação (Mestrado profissional) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012

SILVA, A. C. da. *A participação política dos conselhos gestores de unidades de saúde nas ações intersetoriais no Município de Pirai*. Dissertação (Mestrado profissional) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

A experiência exitosa de Educação Permanente em Saúde: uma história de desafios e mudanças no modo de cuidar em saúde

LAÍS DA GAMA DIAS SILVA

Para este momento do livro, que traz as histórias exitosas regionais e locais em relação às experiências em Educação Permanente (EP), nosso município não poderia se eximir de registrar seu percurso de desafios enfrentados, vivências e investimentos na área. Desde 2009, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde tem-se norteado por princípios bem demarcados, integrantes de seu projeto de gestão, que considera a EP uma ação estratégica tecnoassistencial para transformação e qualificação das práticas de saúde, a partir do desenvolvimento individual e institucional.

Na construção da Rede de Atenção à Saúde, vários processos foram disparados, utilizando a EP como dispositivo para seu desenvolvimento. As ações transversais de EP, desde então, alcançaram todo o corpo gerencial, que passou a utilizar essa estratégia em sua gestão cotidiana de trabalho. Não obstante, é importante registrar que as ações foram estruturadas na

Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, através da constituição de uma Coordenação de Educação em Saúde, que formou uma equipe mínima com profissionais experientes na área de educação e formação de pessoal, reorganização do espaço de capacitação e desenvolvimento das equipes, para que efetivamente fossem operacionalizados os projetos e ideias discutidas.

A coordenação teve como missão “desenvolver a Política de Educação Permanente no município, considerando-a como o contínuo processo de formação e transformação das práticas dos trabalhadores em saúde de acordo com o contexto local e, sobretudo, fundamentado nos princípios do SUS, suas relações com a gestão e com os serviços, visando à qualidade de vida da população”. A partir disso, foram quase seis anos desenvolvendo, por iniciativa municipal ou através das parcerias com a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), vários projetos na área de formação e desenvolvimento de pessoas, dentro de metodologias cada vez mais problematizadoras, buscando agregar conhecimentos atuais sem distanciar-se do cenário e da realidade de atuação das equipes de saúde.

Alguns momentos marcantes...

O primeiro registro a que nos remetemos foi o investimento realizado no Projeto das Oficinas de Rede, desenvolvido entre 2010 a 2014, conduzido em parceria com consultores externos (Emerson Elias Merhy, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Tulio Batista Franco e Kathleen Tereza da Cruz), cujo objetivo geral foi criar um espaço de reflexão crítica para os gerentes dos serviços, em princípio da Atenção Básica e posteriormente de

demais áreas, sobre seu cotidiano de trabalho e relações, na ótica do trabalho em rede, de integralidade e resolução partilhada. As oficinas foram realizadas mensalmente, envolvendo cerca de 60 profissionais, de forma concentrada, com atividades de dispersão programadas e construídas processualmente. O projeto desenvolveu-se em uma metodologia significativa e ativa de aprendizagem. As discussões ocorriam a partir de estudos de casos emergentes da prática, com atividades de observação dos processos de trabalho e análise coletiva sobre o mesmo. Os resultados mais marcantes foram a possibilidade de troca entre os atores envolvidos, com aprendizagem mútua, com multiplicação das vivências positivas e rediscussão de processos fragmentados e dissonantes da lógica do cuidado proposto pela gestão.

Alimentar esse corpo gerencial estratégico com teorizações, fomentando discussões a partir de sua realidade e de seu cenário, aproximou teoria e prática de forma única. Com o avanço do trabalho analítico na rede básica, ampliaram-se as oficinas, de forma a incorporar outros níveis de atenção, tão importantes na operacionalização de uma rede. A riqueza de experiências e conhecimentos gerados durante o desenvolvimento do projeto, que foi acompanhado de perto pelos gestores, através de reuniões de trabalho periódicas com os consultores, sistematizou-se em forma de produções científicas no I Seminário “Experiências de Integralidade do Cuidado no SUS de Volta Redonda”, ocorrido em maio de 2012, quando foram apresentadas mais de 40 e experiências exitosas desenvolvidas na rede, posteriormente transformadas em um livro editado pela Editora Hucitec, intitulado *Tecendo Redes: os planos de educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda*.

Construindo o Espaço do Clínico...

Paralelamente a esse processo, levantava-se de forma pungente a necessidade de inserir o profissional médico nesta reflexão e transformação de práticas em saúde. Considerando os conflitos entre “formação/ação” e sua distância do modelo assistencial proposto pela gestão, desenvolveu-se um projeto que objetivava fazê-lo repensar suas práticas, refletir sobre sua inserção na equipe da Atenção Básica, como corresponsável pela construção da rede de cuidados.

O projeto, denominado então de “Espaço do Clínico”, consistia em encontros mensais e posteriormente bimensais com os médicos da Atenção Básica, conduzidos em seus dois primeiros anos por consultor externo, Dr. Cesar Favoreto, e posteriormente por elementos constituintes do Núcleo de Gestão da SMS-VR, Dra. Angela Guidoreni, com apoio de profissionais da Atenção Básica e Área Técnica, Dras. Zaíra Mansur e Nadia Carneiro, além de especialistas convidados.

Esse espaço buscou discutir processos de trabalho dentro das linhas de cuidado já existentes na rede de atenção, assim como aproximar os profissionais citados do cenário da gestão do cuidado. Os representantes dos Distritos Sanitários e da Educação em Saúde acompanharam o desenvolvimento do trabalho, fazendo *links* com as temáticas e processos discutidos.

Nesse caminho, muitos desafios foram enfrentados e superados: a resistência das equipes em abrir mão da agenda de atendimentos em detrimento dos encontros propostos, a disponibilidade interna de alguns profissionais para se envolverem efetivamente no projeto e o desenvolvimento das temáticas atuais, metodologicamente ativas, que produzissem

aprendizagem significativa para os envolvidos. Como resultado, pode-se constatar a maior aproximação desse profissional com sua equipe, a redução de ruídos no processo de comunicação e detecção de distorções e nós críticos importantes para execução da gestão do cuidado.

Integração ensino-serviço

Ainda com ideia de contribuir com nossas experiências, faz-se necessário registrar nossas vivências de aproximação entre ensino e serviço. Nosso município sempre funcionou como um polo de formação em saúde, com instituições de nível médio e superior (públicas e privadas), utilizando nossa rede de serviços como campo de prática. Essa relação, até então fragmentada e distanciada, não permitia uma interação entre os atores envolvidos, não contribuía para a transformação do cenário de prática e não possibilitava uma vivência positiva dos estudantes sobre a composição e funcionamento de uma rede de atenção à saúde, com suas potencialidades e desafios.

A Coordenação de Educação em Saúde desenvolveu ações em três processos distintos. O primeiro foi a inserção de representações nos espaços de planejamento de processos de trabalho da Secretaria de Saúde e externos, tais como: Comissão de Política Municipal de Assistência Farmacêutica, Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço (CIES), Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde, Comitê Municipal de Combate à Dengue, Comitê de Ética e Pesquisa, Grupo de Trabalho do Projeto PET-Saúde e Conselho Municipal de Assistência Social. Nossa presença nesses espaços reforça a introdução de um olhar sobre as pessoas nos processos de trabalho, considerando seu preparo e papel em ações estratégicas.

O segundo desafio foi buscar junto às instituições formadoras, a revisão e formalização de convênios e parcerias, comprometendo-as de forma mais contínua e participando mais proximamente do desenvolvimento das matrizes curriculares a partir do apontamento das necessidades dos serviços. Organizar os espaços de recebimento dos alunos e planejar lotação e supervisão de forma conjunta aproximou os atores, e apesar dos conflitos, oportunizou uma reflexão efetiva sobre o processo de formação. A fragmentação que está fortemente presente no trabalho do setor saúde gera a noção concentrada de saberes e especialidades, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004). Tentando desconstruir essa práxis, o esforço de aproximação com as instituições de ensino superior (IES) e cursos técnicos, utilizando a necessidade das instituições e valorizando nosso cenário de prática, gerou frutos interessantes para os dois lados. Houve aumento das produções de iniciação científica e outros projetos de pesquisa, e a oportunidade de fornecer uma visão mais abrangente sobre a Rede de Atenção em Saúde no SUS.

A partir de 2014, passamos ao terceiro passo, que foi realizar um encontro de integração ensino-serviço com os ingressantes nos campos de estágio e prática, a cada início de semestre, com conteúdos como: apresentação da História da Saúde no Município, a Rede de Atenção à Saúde com seus serviços e ações, orientação sobre imunização como proteção aos estudantes e fluxos e rotinas de interesse, como acidente com material biológico e notificações. No ano de 2015, ampliamos essa integração para os residentes que atuam em nossa rede, com inclusão de discussão de nossos principais indicadores de saúde (desafios e fortalezas), o que pode servir de base para o desenvolvimento de projetos e estudos por esses profissionais.

A participação do município no Projeto PET e PRÓ-Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com Centro Universitário de Barra Mansa (UBM), também foi uma bem-sucedida experiência, que aconteceu no período de agosto de 2013, e teve seu término antecipado em dezembro 2014. De acordo com a linha de pesquisa proposta pelo município, apoiada em seu Plano Municipal, que indicava como ponto de enfrentamento as doenças crônico-degenerativas e emergentes, os estudantes-bolsistas, orientados por três preceptores atuantes na Atenção Básica, desenvolveram estudos de campo sobre essas temáticas, investigando territórios vulneráveis, levantando informações que subsidiaram projetos de iniciação científica sistematizados e, apresentados nos seminários “Agir Integrado”, ocorridos no final de 2012 e no primeiro semestre de 2014, organizados pelo Centro Universitário de Barra Mansa (UBM), para conclusão dos trabalhos. Houve intensa produção científica, com debates internos e profícuos entre a IES e o serviço.

Outro ganho foi o estabelecimento de vínculos entre alunos e equipe de saúde, que geraram benefícios mútuos através do aproveitamento do olhar “novo” e questionador do aluno, e da experiência e vivência dos trabalhadores. Nas unidades de serviço onde os alunos estiveram presentes, processos de trabalho foram reorganizados e estratégias de intervenção foram discutidas.

As equipes que integram a rede de saúde do município de Volta Redonda, sem dúvida, têm ainda muitos desafios e conquistas para o fortalecimento e a solidificação do processo de democratização do acesso à saúde, de sua melhoria de qualidade e garantia de efetiva participação da sociedade na construção do SUS. Esses anos mostraram que o investimento no fomento a uma rede que potencializa o agir dos profissionais, ampliando

sua visão sobre o processo saúde-doença, instrumentalizando suas ações educativas e permitindo um crescimento através da reflexão crítica sobre o trabalho, possibilitando toda uma diferença na produção do cuidado em saúde oferecida à população.

Apostar na Educação Permanente como um eixo estratégico da gestão é acreditar que saúde e educação são um binômio que resulta em saúde, autonomia e cidadania, o que faz de Volta Redonda uma cidade melhor.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf. Acesso em: 24 set.2015.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Disponível em: <http://www.prosaude.org/>. Acesso em: 24 set.2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. Saberes necessários à prática educativa. 11 ed. São Paulo: Guerra e Paz, 1999.

MERHY, E. E. et al. *Projeto das Oficinas de Rede, 2010 a 2014*. Volta Redonda-RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

PINTO, S. et al. (Org.). *Tecendo redes: os planos de educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda-RJ*. São Paulo: Hucitec, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VOLTA REDONDA. *Seminário "Experiências de Integralidade do Cuidado no SUS de Volta Redonda"*. Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, 2012.

Pinheiral, Resende e Volta Redonda

Terapia Comunitária Integrativa e Educação Permanente em Saúde: experiências na região do Médio Paraíba

LAURIANE MARTINS SANTANA
MARILDA MACHADO FERNANDES

Este texto propõe uma reflexão sobre as correlações existentes entre a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e Educação Permanente em Saúde (EPS), apresentando as experiências vivenciadas por profissionais da região do Médio Paraíba durante a formação em TCI. Tomamos como cenário para ilustrar esse processo os municípios de Pinheiral, Resende e Volta Redonda. Através da implementação do recurso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, repassado pelo Ministério da Saúde para execução de projetos na região do Médio Paraíba, participamos do Curso de Formação em Terapia Comunitária Integrativa.

Criada em Fortaleza por Dr. Adalberto Barreto há mais de vinte anos, a TCI é um espaço de encontros que busca valorizar a história de vida dos participantes para o resgate da autoestima, ampliando suas possibilidades de resoluções dos problemas. Tem como objetivo qualificar profissionais da área da saúde, a fim de capacitá-los para trabalhar as competências

das pessoas, procurando estimular no grupo a criação de vínculos, valorizando o saber produzido pela experiência vivida e partilhada. Além disso, forma os terapeutas comunitários para que desenvolvam habilidades para lidarem com o sofrimento e angústia do outro.

Foi organizado em módulos, com parte teórica, prática e vivenciais terapêuticas, entre os meses de maio e agosto de 2013. A cada mês, durante quatro dias, nos hospedávamos junto com a equipe de formadores do Instituto Noos¹ em uma comunidade eclesíastica em Arrozal-RJ, para os encontros em regime de “imersão”.² Nos meses subsequentes, até setembro de 2014, participamos das intervenções.³

É importante salientar que todos devem cumprir as exigências acima descritas para serem terapeutas comunitários. Outro requisito indispensável e primordial é a realização de no mínimo 48 rodas de terapia durante todo o processo. É sabido que todos os terapeutas em formação realizam rodas em diversos lugares, sobretudo nos dispositivos onde atuam.

Um fato importante no processo de formação da turma da região do Médio Paraíba foi que os deslocamentos necessários para a participação nas intervenções e realização das rodas nos proporcionaram, como experiência profissional, vivenciar e conhecer a realidade de outros municípios, tais como:

¹ Polo de Formação de Terapeutas Comunitários do Rio de Janeiro.

² Esse regime promove o aprofundamento e abertura para o contato consigo mesmo e melhor entrosamento em grupo para a troca de experiências.

³ Encontros que proporcionam a sistematização do trabalho a partir de partilha de experiências, obstáculos, problemas e soluções encontradas na prática cotidiana. Visa trabalhar questões que emergem na atuação como terapeuta, com vistas ao seu crescimento profissional e humano, que repercutirá na qualidade de vida e bem-estar da população.

estrutura física das unidades de saúde, processo de trabalho nos dispositivos, o quantitativo de profissionais nas equipes, perfil dos usuários atendidos, etc. Discutíamos as dificuldades encontradas para a inserção das rodas nos dispositivos de saúde, aspectos facilitadores para a realização das rodas, nossa atuação enquanto terapeutas, estratégias para divulgação do trabalho nas comunidades.

A execução das Rodas nos municípios

Diante de nossas percepções sobre a necessidade de uma nova proposta terapêutica para o município de Pinheiral, realizamos nossa primeira Roda em abril de 2014, que foi composta por uma equipe de duas terapeutas em formação dos municípios de Pinheiral e Resende e uma terapeuta que já atuava no município de Volta Redonda. Em comemoração à Páscoa, fizemos atividades recreativas com as crianças atendidas no Ambulatório de Saúde Mental e com os pais e responsáveis realizamos a Roda de TCI.

A Academia da Saúde foi o local estrategicamente escolhido para a realização do evento, principalmente pelos objetivos e diretrizes que fundamentam nossa prática como terapeutas comunitários – ou seja, o fortalecimento da comunidade, a participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde. Consideramos que seria importante que a Roda fosse realizada em um local onde não houvesse vinculação com o “tratamento”, mas que se caracterizasse como um local onde as pessoas pudessem promover seu próprio cuidado, não sendo mediado por um profissional, mas pelos encontros e troca de experiências entre as pessoas. Os pais e responsáveis que participaram do evento nos procuraram para dizer que

gostariam que realizássemos outras, e a partir de setembro de 2014 a Roda passou a ser uma prática de cuidado oferecida aos usuários do Ambulatório de Saúde Mental do município. Temos como meta ampliar o acesso da comunidade a esse serviço, com a realização de rodas na Academia da Saúde.

As Rodas de Terapia Comunitária no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Resende foram iniciadas em julho 2013 e se tornaram uma nova modalidade de cuidado, compondo o projeto terapêutico singular de usuários que fazem uso de substâncias psicoativas, assim como de seus familiares. Eram estrategicamente realizadas às segundas-feiras, no período da manhã, pois era o dia que havia um público bastante diversificado: usuários que estavam acolhidos em comunidade terapêutica, mães que acompanhavam seus filhos nos atendimentos, usuários que procuravam o serviço pela primeira vez ou eram atendidos no plantão. Além disso, era o dia de atendimento dos médicos (psiquiatra e clínico geral). Nossa intenção era desmistificar o processo “doença – uso de álcool e drogas” – para valorizar a experiência do indivíduo frente às adversidades da vida, reforçando a importância do reconhecimento de suas ações e potencializando-o em sua experiência pessoal, muitas vezes não percebida.

Diante de um público com tantas demandas, podemos vivenciar, aprender e ter um novo olhar para os usuários a partir da formação em TCI, contribuindo e repensando junto com a equipe os projetos terapêuticos singulares.

Realizamos as rodas durante seis meses no CAPS ad, pois o serviço necessitou de reformas, houve reformulação nos atendimentos, saída e transferência de profissionais da unidade. A partir de janeiro de 2015, as Rodas voltaram a ser realizadas

no dispositivo quinzenalmente, também às segundas-feiras, com a entrada de outro profissional. Com esses aprendizados, podemos afirmar que estar de posse deste instrumento nos ajudou a estimular os usuários a refletirem sobre suas ações e direcionar suas vidas. Alguns estão frequentando o serviço, outros permanecem nesta busca, mas ambos estão na vida.

Em Volta Redonda, as experiências durante o processo de formação foram bastante expressivas, pois a cidade parecia ter “abraçado” a terapia comunitária, por haver uma equipe de terapeutas especialmente dedicada a essa prática e pela persistência em se manter viva a ideia de “uma transformação pessoal que parte de dentro” (CRUZ et al., 2012).

As profissionais relataram as dificuldades, resistências e negação por parte de outros colegas durante o processo de implantação da TCI nas unidades de saúde escolhidas. No entanto, com muita motivação e determinação, ela se instituiu como uma nova estratégia de cuidado, sendo reconhecida em suas contribuições para a promoção e qualidade de vida da população. Os profissionais envolvidos relataram também que, como a TCI havia provocado mudanças significativas em suas vidas, acreditavam que também poderiam promovê-las nas vidas das pessoas atendidas.

Foram realizadas rodas nas Unidades Básicas de Saúde (Volta Grande e Vila Brasília), CAPS Sérgio Sibilio Fristsch, Unifoa,⁴ Laboratório Central, Espaço de Cuidado em Saúde⁵ e Horto Municipal. Nesse local, há sete anos pessoas de diferentes bairros, idades e classes sociais se reúnem para refletir sobre suas vidas

⁴ Universidade Oswaldo Aranha.

⁵ Ambulatório Ampliado em Saúde Mental.

e compartilhar experiências e resoluções para seus problemas.

Percebemos que a realização de rodas em um lugar agradável em meio à natureza descontrói uma lógica instituída de que cuidar da “saúde mental” está associado a ir ao médico, ao psicólogo em uma unidade de saúde. Lá tivemos contato com pessoas encaminhadas por diferentes serviços, tais como CAPS, UBSFs, Espaço de Cuidado em Saúde, serviço de saúde particular ou que chegavam por demanda espontânea. Foi observado que a Roda no Horto é reconhecida na cidade e que os frequentadores a divulgam para amigos e familiares, sendo a interação entre alguns transformada em laços de amizade.

As Rodas no Espaço de Cuidado em Saúde já estavam sendo realizadas, com datas e horários já definidos, contando com o apoio da coordenação e dos usuários no aprimoramento da técnica. Implantada em 2012, foi sendo percebida pela equipe como uma estratégia de cuidado complementar dentro do projeto terapêutico singular; as resistências por parte de membros da equipe e pelos próprios usuários foram sendo trabalhadas e, com as mudanças observadas na vida dos usuários, passaram a ser valorizadas e praticadas também com os profissionais da equipe. Além da Roda de Terapia Comunitária, o dispositivo também contava com outras práticas alternativas no cuidado aos usuários, como ioga e acupuntura.

Refletindo sobre a Educação Permanente em Saúde e a Terapia Comunitária

As experiências e conhecimentos adquiridos no processo “ser terapeuta comunitário” nos remetem aos princípios da Educação Permanente, por contemplarem um modo de vivenciar, absorver e dar sentido à experiência de formas muito

parecidas. Nesse sentido, é importante destacar que Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Terapia Comunitária Integrativa estão alicerçadas em bases metodológicas semelhantes que preconizam o conhecimento através da experiência de forma horizontalizada, em que todos contribuem com o aprendizado em grupo, nas relações institucionais, profissionais e pessoais. Ambos se estruturam teoricamente nas ideias da Pedagogia de Paulo Freire, segundo a qual a aprendizagem só se efetiva através do diálogo, da troca e da reciprocidade. Nas práticas educativas em questão, o educador/terapeuta comunitário deve “[...] sempre ter uma visão contextual e compreender que não está lá somente para realizar uma tarefa para os outros, mas, sobretudo, para si mesmo” (BARRETO, 2008, p. 31).

Ausubel (*apud* FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012, p. 53-54) ressalta que a aprendizagem significativa acontece quando há inter-relação entre o conteúdo a ser aprendido e os conhecimentos construídos ao longo da trajetória de vida da pessoa. Um novo sentido pode ser elaborado quando é motivada a interagir com esses dois conteúdos.

O saber produzido nos encontros entre usuários e trabalhadores é tão importante quanto os escritos em manuais. Para a EPS (2014), o trabalhador é visto como sujeito participante no processo de construção do saber, sendo autor e produtor do conhecimento, uma vez que é movido a produzir respostas para os problemas do cotidiano. O cuidado em saúde deve estar sempre centrado no usuário e as ações devem estar pautadas nas experiências vivenciadas por eles.

Barreto (*apud* CRUZ et al., 2012, p. 181) ressalta o desafio de unir o saber acadêmico ao popular do ponto de vista da complementaridade, visando ampliar as possibilidades de

enfrentamento dos problemas vivenciados no cotidiano. Podemos pensar que, através da valorização do saber popular e de nossas raízes culturais, é possível resgatar nossa identidade e reinventar nossa história de vida. São condições fundamentais, para essa promoção, a criação de vínculos, o acolhimento e a escuta, uma vez que “[...] restauram a autoestima e a confiança em si e amplia a percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir de competências locais” (CRUZ et al., 2012, p. 178). A reinvenção dos modos de vida não é uma mera adaptação dos indivíduos ao meio, e sim um desafio constante, por não existir uma “fórmula” que solucione as questões que nos mobilizam.

Outra questão essencial que perpassa as práticas em EPS e a TCI é que o conhecimento acumulado no coletivo é constantemente reelaborado, ressignificado a partir das relações estabelecidas nos encontros, mesmo que seja um procedimento realizado sozinho. Podemos perceber que uma compreensão sobre a experiência do usuário pode ser um convite a se pensar sobre si mesmo, suas relações, seu “estar no mundo” que certamente garantirá uma experiência enriquecedora para o coletivo.

Vale lembrar que a EPS foi adotada como política pública, sendo em 2005 instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012). A TCI é uma das práticas inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, aprovada em 2006. (CRUZ et al., 2012).

Gostaríamos de destacar dois momentos vivenciados na Roda para simbolizar o que estamos apresentando ao longo do texto, no que se refere ao aprendizado que adquirimos com a troca de experiências como os usuários.

Em uma roda realizada em Pinheiral, foi feita a seguinte pergunta à usuária para a qual o tema foi escolhido: você acha que santo de casa faz milagre? E ela respondeu, com uma expressão facial de dúvida, que não. No entanto, continuou a justificar seu incômodo com o desinteresse do filho em cuidar da própria saúde. No momento do encerramento, em que os participantes verbalizam o que estão “levando” da Roda, uma das terapeutas comenta que levaria a referida pergunta, pois teria ficado mobilizada por ser uma questão que vivencia com um de seus familiares.

Durante uma das Rodas de TCI no CAPS ad de Resende-RJ, em que participaram usuários e familiares, uma mãe falou sobre o sentimento de impotência por não conseguir ajudar o filho dependente químico e a culpa que carrega por isso. O filho estava presente e falou sobre a falta de confiança da mãe, sendo muito enriquecedor para ambos compartilharem o sofrimento que sentiam, pois nesse momento um compreendeu a dor do outro.

Desta forma, como ensina a EPS, dar visibilidade à riqueza de experiências ocorridas nesse período, através da fala e especialmente da escrita, documentando o conhecimento adquirido para a coletividade, nos faz refletir sobre nossas práticas continuamente, no sentido de nos potencializarmos no cotidiano de trabalho. As vivências durante todo o processo superaram nossas expectativas quanto ao objetivo de “capacitar-se” em um curso em TCI. Percebemos que os princípios da TCI e EPS representam um modo de ser no mundo, de se relacionar com o outro.

Hoje acreditamos que os encontros podem estimular uma pessoa a compreender a si mesma através das experiências

compartilhadas, proporcionar o exercício da criatividade para o enfrentamento de situações nas quais antes não conseguiam perceber uma solução e também são capazes de impactar positivamente a qualidade de vida de uma comunidade. Sentimos que absorver um conhecimento é muito mais interessante quando repercute de forma horizontal, ou seja, “junto com” o outro, pois esse dá sentido à minha existência e eu à dele, o que gera mudanças significativas nas relações interpessoais de ambos.

Referências

- BARRETO, A. P. *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: LCR, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf. Acesso em: 24 set.2015.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 24 set.2015.
- CRUZ, V. M. M. et al. Terapia Comunitária Integrativa em Volta Redonda. Recurso terapêutico nas práticas integrativas e complementares no SUS. In: PINTO, S. et al. (Org.). *Tecendo Redes*. Os planos da Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS: A experiência de Volta Redonda/RJ. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 176-187.
- EPS EM MOVIMENTO. *Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência*. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015
- FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C. FRANCO, C. M. Educação Permanente como prática. In: PINTO, S. et al. (Org.). *Tecendo Redes*. Os planos da Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS: A experiência de Volta Redonda/RJ. São Paulo: Hucitec, 2012, p.53-54.

Pinheiral, Resende e Volta Redonda

Terapia Comunitária: um relato do vivido

CARLA GOMES PEREIRA DA SILVA

O convite para participar do Curso de Terapia Comunitária Integrativa, por estar coordenando o Programa de Tabagismo, deveu-se ao fato de que o mesmo estava destinado aos profissionais que teriam ações dentro das doenças crônicas não transmissíveis (DANTs). Por conhecer a estratégia da Roda, pois havia participado de uma experiência no Fórum de Saúde Mental, fiquei muito impressionada com a resposta que as pessoas tiveram ao se sentirem ouvidas e acolhidas. Ali, naquele momento, senti muita identificação com a proposta e diante do convite não hesitei em aceitar. Eu não imaginava o quanto essa escolha mudaria minha vida e me faria refletir sobre minhas necessidades para atuar no campo da saúde. Na minha visão poética, o grupo envolvido com o curso estava destinado a estar ali, naquele momento, e reunido para chegar ao ponto em que conseguimos chegar.

Pela primeira vez em anos no serviço público, estava fazendo algo voltado para meu crescimento pessoal, mais do

que meramente para meu crescimento profissional, favorecendo ambos os aspectos da minha vida. Aquele espaço tinha como objetivo algo além, não só nos ensinar uma técnica, mas a sabedoria de acolher, de multiplicar o conhecimento e dividir com o mundo aquela sensação humana de poder cuidar do outro sem escravizá-lo. As facilitadoras, na condução do processo, foram perfeitas até nos erros. Difícil era ter que passar a semana toda longe do trabalho, mas nos ensinaram inclusive a priorizar cada espaço. O grupo – ah, o grupo! – sem palavras, nos amamos até hoje. Pois bem, se eu pudesse faria só isso na minha vida, mas não foi tão fácil voltar para o município e perceber que tudo aquilo não tinha tanto valor assim para todos. Realizamos muitas rodas, nas equipes, com adolescentes, jovens, adultos, idosos, profissionais de saúde, igrejas, etc. Embora todos gostem muito, não foi dada continuidade ao processo no nosso município.

Tentamos iniciar um grupo permanente com os usuários que fazem Educação Física, porém tivemos pouca adesão, devido ao fato de o grupo todo não poder permanecer no local após o horário da aula. Estamos ainda no começo das ações, para que a Terapia Comunitária se efetive como uma política de saúde. Observo que, em outros municípios, as rodas se tornaram uma constante nas práticas integrativas. Tenho esperança de que elas entrem como meta nos trabalhos comunitários, com o fim de contribuir e provocar mudanças no comportamento da sociedade em geral.

Pinheiral, Resende e Volta Redonda

Terapia Comunitária e Educação Permanente em Saúde: mais que uma técnica, uma inspiração

DAYSE RAMOS DUARTE

Minha indicação para participar do Curso de Formação em Terapia Comunitária Integrativa (TCI) foi súbita, pois na ocasião atuava como nutricionista do Programa de Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial, prestava atendimento nutricional e promovia ações educativas em saúde, alimentação e nutrição, tanto individuais quanto coletivas. A princípio achava que se tratava de um curso de atualização, ou *workshop*, uma vez que a proposta apresentada pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) era a articulação da TCI nas DCNTs.

Fiquei surpresa e quase em pânico quando soube que o curso consistia em quatro módulos de quatro dias cada, em sistema de imersão, em Arrozal-Piraí, quase sem contato externo; haveria diversas intervisões nos intervalos entre os módulos e havia a exigência também da realização de 48 rodas de TCI para concluir a formação. O curso duraria cerca de um ano, a nível similar a uma especialização. Recebi a tarefa como um desafio: o que uma nutricionista faria em um curso como esse?

Como isso seria associado à prática profissional? Em rápida pesquisa pela internet (afinal, precisava obter alguma informação inicial do que se tratava), percebi que já tinha lido matéria na Revista *Radis*, da Fiocruz (2008), há um tempo, que mostrava resumidamente a TCI, apresentava seu idealizador, o médico psiquiatra e antropólogo cearense Adalberto Barreto e o Projeto 04 Varas, onde tudo começou. Lembrei que na época já tinha me encantado com a TCI, mas nunca imaginei que um dia teria oportunidade de me tornar uma terapeuta comunitária e nem que isso seria possível, devido à minha formação profissional.

Identifiquei-me com o método e nele observei a possibilidade de incorporá-lo no meu trabalho, pela possibilidade de propiciar fortalecimento emocional aos indivíduos e grupos, potencializando o vínculo com os usuários do serviço de saúde e, conseqüentemente, sua adesão ao tratamento do diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial.

Durante o curso, à medida que recebíamos informações sobre a TCI, seu histórico, a influência de Paulo Freire e do Pensamento Sistêmico, também participávamos de vivências de “Cuidado do cuidador” e fortalecíamos os laços com os colegas de turma, profissionais de diversas categorias (agentes comunitários de saúde, psicólogos, médicos, assistentes sociais, enfermeiros, etc.) das regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande. Um aspecto muito importante foi o reencontro comigo mesma enquanto pessoa, além da profissional, que foi proporcionado pelas vivências aplicadas no decorrer do curso, como “O Resgate da Pérola” e “A Crise”.

Dentre as dificuldades encontradas ao longo do caminho, a maioria era relativa ao transporte para se chegar ao local do curso,

que não era de tão fácil acesso; o módulo realizado em Mendes foi especialmente difícil para todos os participantes e monitoras.

Sendo o nutricionista um profissional extremamente técnico, formado para transmitir informações/orientações que considera corretas/adequadas e que procura mesmo inconscientemente “mudar a vida do outro” na tentativa de lhe proporcionar melhor qualidade de vida, muitas vezes não conseguimos enxergar esse outro como um indivíduo inserido em todo um contexto socioeconômico-cultural, com desejos, vontades e necessidades próprias. Muitas transformações foram observadas no dia a dia do trabalho e na minha observação sobre o usuário. Após a introdução das rodas de TCI como atividade rotineira no Programa de Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial, observei mudanças nos participantes, alguns resolvendo problemas pessoais há muito tempo pendentes, outros resgatando laços familiares, muitos entendendo melhor sua situação de saúde e conduzindo melhor seu tratamento; tantas respostas positivas obtidas, inclusive no melhor controle das taxas de glicemia e pressão arterial, que resultaram em um trabalho apresentado no evento II Mostra de Experiências Exitosas da região do Médio Paraíba em 2013 (DUARTE; SILVA, 2013).

Muito mais que um simples curso, a TCI foi o marco inicial de um período de intensas transformações pessoais e profissionais, mudanças de dentro para fora, aprendizado constante e trocas de experiências com todos com os quais convivo e a certeza de que as ideias, pensamentos e opiniões devem ser expostos no momento oportuno, porque “quando a boca cala o corpo fala, e quando a boca fala o corpo sara”.

Referências

DUARTE, R. D.; SILVA, C. G. P. da. *Trabalho sobre controle de glicemia e pressão arterial - II Mostra de Experiências Exitosas da região do Médio Paraíba. Núcleo de Desenvolvimento de Vigilância em Saúde. CIR – Comissão Intergestores Regional do Médio Paraíba-RJ*, 2013.

REVISTA RADIS. *Terapia Comunitária*. Rio de Janeiro, n. 67, 2008. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/67>. Acesso em: 28 set. 2015.

Porto Real

Relato de uma experiência de Educação Permanente em Saúde: mudança de paradigma na realidade de uma recepção hospitalar

CARLA GOMES PEREIRA DA SILVA
FREDSON COSTA SEREJO
VANILA DE AZEVEDO NOVAES ROCHA

As ações de Educação Permanente se potencializam ao virem acompanhadas por um processo de mudança institucional. O processo de reflexão e revisão das práticas profissionais deverá vir acompanhado de outro processo de revisão de rituais, regras e projetos institucionais. Desenhado o contexto e identificados os problemas de maior relevância para gestores, usuários e trabalhadores, busca-se identificar quais dificuldades são de natureza educacional, ou seja, identificar, dentre os problemas, aqueles que são passíveis de serem modificados através de uma ação pedagógica. Nem todo problema poderá ser resolvido por meio de uma ação pedagógica. Por vezes, o problema está no nível de gestão, na organização e mesmo na estrutura disponíveis nos serviços.

Um dos principais fundamentos da Educação Permanente em Saúde é que se possa aprender com o trabalho, valorizando os conhecimentos adquiridos na prática. Desse modo, a realização de um planejamento estratégico-situacional pode

ser muito pedagógica no sentido de favorecer um maior conhecimento da realidade e promover a socialização desta compreensão entre os atores que constroem o plano. Esse sentido amplo da educação permanente como uma lógica transversal capaz de articular a formação, a gestão, o cuidado e o controle social, na ideia de um quadrilátero, permite perceber a dinâmica das mudanças que, ocorrendo nos serviços, podem interferir na formação que, partindo do cuidado, podem interrogar a gestão e vice-versa. É o controle social, como a alteridade dentro do sistema de educação e saúde, promovendo interrogações e demandando mudanças. É importante que a gestão esteja envolvida nas ações de educação permanente, pois nossas práticas fazem parte de um conjunto de regras e rituais institucionais. Muitas vezes as mudanças das práticas estão atreladas às mudanças em outro nível nas instituições, e a EP não é uma ação isolada – ela requer articulação das equipes de trabalho, dos serviços e das instituições.

Tivemos como estratégia a aplicação de uma metodologia ativa (ARTMANN, 2000) chamada “árvore de problemas”, onde, através de uma problematização com diversos atores levantamos as causas, nós críticos, problema central e consequências. O trabalho foi proposto e desenvolvido a partir das inúmeras reclamações junto à Ouvidoria Hospitalar sobre conflitos gerados entre usuários e funcionários da recepção. Encontramos como problema principal a *demora do atendimento*, e como descritores das causas alguns nós críticos, como:

- relacionamento com a equipe médica (horários de almoço, localização de funcionários, trocas de plantão e não visualização do monitor de atendimento);

- falta de conhecimento sobre o acolhimento (relação com o usuário, humanização do serviço, classificação de risco, atendimento, relação de pertencimento à equipe);
- divisão de espaço físico com o laboratório (local de coleta, atendimento prioritário, recebimento de amostras, exames que demoram a ser entregues, e cotas de exames por médicos); e
- o papel da Guarda Municipal (rondas, postura, entrada de pessoas não autorizadas e insegurança na madrugada).

Foram identificados os problemas de maior relevância, através de uma árvore explicativa de problemas. Buscou-se identificar quais dificuldades eram de natureza educacional – ou seja, identificar, dentre os problemas, aqueles que são passíveis de serem modificados através de uma ação pedagógica. Foram programados alguns encontros internos para discussão dos problemas com a Ouvidoria, Diretor Administrativo e Clínico do Hospital, Direção do Laboratório, Controle e Avaliação e Secretário de Saúde. Após esses encontros, foi determinado um momento de capacitação (em 27 de março de 2014) sobre o acolhimento, com dinâmicas situacionais e simulações de casos de atendimento, classificação de risco, motivacional e apresentação do Teatro do Acolhimento da Atenção Básica.

De acordo com o levantamento realizado, detectamos que alguns conceitos tratados pela Política Nacional de Humanização seriam prioritários nas discussões durante o encontro com a Equipe da Recepção. Para isso, elaboramos uma dinâmica num primeiro momento, que consistia em receber dois animais de pelúcia; as recepcionistas deveriam esboçar em gestos e palavras

algum comportamento em relação àqueles objetos e dali tiramos diversos conceitos a respeito do que pode comprometer a qualidade de um bom acolhimento.

Num segundo momento, havíamos formulado algumas situações baseadas em fatos descritos por elas mesmas (simulações de casos vividos), com o intuito de observarmos as diversas óticas do problema, provocando a participação de todas na discussão e possível resolução dos problemas, sempre com o intuito de colocá-las como protagonistas. Um dos pontos cruciais que mereceu destaque em quase todos os casos foi o acolhimento. O que seria, o que estaria implícito e o que mudaria suas práticas diante da possibilidade de ampliarmos esse conceito, que a princípio estaria sendo confundido com “subserviência” ou com uma ideia de que este acolhimento seria apenas sorrir e usar de simpatia para tornar o relacionamento mais agradável.

Durante a discussão, tentamos transformar esse conceito, associando-o com a Classificação de Risco, detectando o que não estava sendo funcional. Vale ressaltar que, durante o exercício, pudemos levantar outros problemas, com dados mais reais e palpáveis do que os antes apresentados através do questionário. Saímos das queixas e partimos para a detecção dos problemas em si de forma mais responsável.

Após o encontro, foram feitas avaliações de satisfação, nas quais as recepcionistas avaliaram positivamente o encontro. Contudo, em seus relatos expressaram ainda enorme insatisfação com os problemas, devido ao relacionamento interpessoal entre as diferentes classes dentro do hospital. Outros encontros mensais de Educação Permanente foram propostos pela Direção Administrativa do hospital, para discutir o processo de trabalho

e monitoramento dos problemas. Foi constatado que, no período de março a setembro de 2014, houve redução das reclamações na Ouvidoria dos Usuários contra as recepcionistas, apesar de outros problemas resistirem.

Podemos observar que o conhecimento traz em si uma transformação significativa individual, onde papéis são modificados, passando de mero expectador para agente transformador, contribuindo assim para mudança de paradigmas. O empoderamento do saber abre caminhos e possibilidades de se analisar a situação sob várias óticas, e preparo para lidar com as adversidades que a Saúde impõe no cotidiano dos trabalhadores e que muitas vezes fogem ao domínio destes. Verificamos isso claramente quando a equipe da recepção que participou da capacitação começou a identificar os nós críticos e observou-se que esses eram oriundos de alguns fatores externos ao setor que diretamente influenciam o serviço deste, e que as queixas em sua maioria recaíam sobre este setor, por ser o primeiro contato do usuário.

Ao olharmos para o problema tomando como base os conhecimentos adquiridos, uma janela se abre, pois preparar o profissional para o ambiente de trabalho e capacitá-lo representa muito mais que um ganho individual, é um ganho para toda gestão. Afinal, o trabalho na Saúde Pública baseado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) – arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010) – e fazendo conexão da realidade dos municípios com a lógica do cuidado, deve estar presente em toda rede de saúde municipal, favorecendo a solução dos problemas.

Entretanto, faz-se necessário uma abertura de toda a gestão para que efetivamente mudanças ocorram, visto que o reflexo e o resultado final esperado sejam únicos e atendam exclusivamente à população com respeito e dignidade.

Referências

ARTMANN, E. O planejamento estratégico-situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local*. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 29 set. 2015.

Resende

Educação Permanente: percursos do Brasil na Saúde Mental do município

MILENE SANTIAGO NASCIMENTO
ANGELA DOS SANTOS MONTEIRO

A experiência que será aqui apresentada se passa no município de Resende, região do Médio Paraíba, estado do Rio de Janeiro. Resende, cidade do café, da “ponte velha”,¹ das histórias de Claudionor Rosa² e de lindos sobrados antigos, tem apresentado esses encantos, desde maio de 2013, aos trabalhadores das redes de saúde de Palmas-TO, Imperatriz-MA, Itaúna-MG, Jacobina-BA e Icó-CE. A nostalgia resendense tem-se misturado às riquezas de cada um desses municípios, através de Projeto de Educação Permanente desenvolvido pelo Programa de Saúde Mental.

Em novembro de 2013, o Ministério da Saúde lançou o edital para seleção de projetos de qualificação profissional, chamado “Percursos formativos na Rede de Atenção Psicossocial: intercâmbio de experiências e supervisão clínico-institucional”.

¹ “Ponte velha” foi o apelido dado pelos moradores a um dos marcos históricos da cidade, a Ponte Nilo Peçanha, atual ponte para pedestres, que se mantém, há 110 anos embelezando a travessia pelo Rio Paraíba do Sul.

² Historiador, cidadão e amante do município de Resende.

Os municípios poderiam se inscrever como redes preceptoras³ ou redes em formação,⁴ nos seguintes eixos: “Atenção à crise e urgência em saúde mental”, “Saúde mental na atenção básica”, “Desinstitucionalização e reabilitação psicossocial”, “Saúde mental da infância e adolescência” e “Cuidado aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas”. Cada rede preceptora receberia cinco redes em formação, constituindo um módulo do projeto.

O principal objetivo do projeto,⁵ que se caracteriza pelo intercâmbio, é qualificar os trabalhadores de ambas as redes, preceptora ou em formação, construindo boas práticas de cuidado, através da troca de experiências. Na prática, o intercâmbio acontece da seguinte maneira: durante dez meses, cada município que integra as redes em formação encaminha mensalmente dois trabalhadores ao município da rede preceptora, os quais passam cerca de 30 dias integrados à equipe do Programa de Saúde Mental do município preceptor. Dessa maneira, cada rede preceptora recebe por mês dez trabalhadores no total, que vivenciam e dividem as experiências exitosas, as dificuldades e as dúvidas com os profissionais que os acolhem em seu local de trabalho.

O Ministério da Saúde disponibilizou recurso para que o intercâmbio acontecesse, incluindo as despesas de hospedagem, alimentação e transporte dos profissionais. Além disso, ofereceu o valor de R\$ 100.000,00 para cada rede participante para investimento em ações de Educação Permanente.

Outras duas ações que compõem o projeto são as oficinas de qualificação profissional oferecidas pelas redes preceptoras

às redes em formação e a supervisão clínico-institucional. As oficinas de qualificação têm duração de 40 horas e são realizadas nas redes em formação. São abertas aos trabalhadores das redes de saúde e pretendem, além de discutir o eixo específico do módulo, promover uma reflexão sobre os processos de trabalho e cuidado das redes em formação, através de uma metodologia ativa. A supervisão clínico-institucional está sendo revisada pelo Ministério da Saúde e constitui a segunda etapa do projeto.

A experiência de Resende - Seja bem-vindo!

A decisão de se candidatar à rede preceptora surgiu da expectativa de que a experiência mobilizasse os trabalhadores, para reverem seus processos de trabalho e sua implicação com a prática cotidiana. Cabe ressaltar que todos os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) do município possuem supervisão clínico-institucional e, embora consigamos verificar um excelente resultado, há sempre algo que escapa a ela e assombra os serviços, as equipes. Acreditávamos que o projeto poderia materializar esses fantasmas, uma vez que receber visita nos obriga a arrumar a casa. O intercâmbio parecia uma excelente oportunidade de crescimento de nossos profissionais, sua valorização e um estímulo à militância no projeto político da Reforma Psiquiátrica, e consequente qualificação dos serviços.

O projeto foi enviado pleiteando sermos rede preceptora em “atenção à crise e urgência em saúde mental”, devido à *expertise* que temos no eixo, observada no cuidado ofertado aos usuários.⁶

³ Municípios que recebem as redes em formação.

⁴ Municípios que encaminham seus trabalhadores para a formação nas redes preceptoras.

⁵ Projeto desenvolvido pela equipe do Programa de Saúde Mental de Resende.

⁶ Estratégia de sobreaviso 24 horas em saúde mental; atendimento de crise e urgência em saúde mental nos CAPS e em parceria com a Atenção Básica; parceria com os dispositivos de atendimento à urgência e emergência do município; Serviço de Referência Hospitalar em Saúde Mental, que reduziu a zero o número de internações em hospitais psiquiátricos.

Selecionado, o município de Resende vem recebendo, desde maio de 2013, os trabalhadores dos municípios acima citados. Durante 30 dias, eles passam por vivências no CAPS ad, CAPS II, CAPSi, Serviço de Referência Hospitalar em Saúde Mental, Consultório na Rua, visitam a Oficina de Geração de Trabalho e Renda, Residência Terapêutica e participam das atividades extras e complementares, oferecidas pelo Programa de Saúde Mental, totalizando 160 horas. Em cada um desses serviços, os profissionais, que são divididos em quatro grupos, sendo duas duplas e dois trios, são recebidos por um trabalhador ao qual chamamos de “preceptor de território”. Este é responsável por fazer as “honras da casa”, integrar os visitantes às equipes e planejar suas atividades.

Apesar de o mote do nosso módulo ser “atenção à crise e urgência em saúde mental”, os visitantes experienciam várias ações desenvolvidas pelos serviços, como visitas domiciliares, matriciamento, grupos de acolhimento, entre outras. Entendemos que o cuidado se estende para além dos atendimentos das urgências e que as crises são conduzidas nas ações supracitadas. Além disso, ampliando o leque de atividades, as trocas de experiências passam a ser mais ricas. Destaque é dado para a participação dos visitantes nas reuniões de equipe e supervisões, onde todos podem trazer suas observações, sugestões, dúvidas e práticas.

O município teve que se organizar para receber os profissionais. Foi definido um coordenador do projeto, que acompanha o processo como um todo, oferecendo espaços de acolhimento das dúvidas, reflexões e avaliação. Esses momentos são também acompanhados pelos preceptores de território e coordenadores dos serviços, que repassam as colocações a suas

equipes. A proposta é sempre transformar as práticas em processos reflexivos, que também ocorrem ao longo de toda a vivência, no dia a dia dos serviços, com todos os trabalhadores envolvidos, os visitantes e os que recebem. Durante o mês, os profissionais das redes em formação escolhem um caso da rede preceptora para acompanhar e ao final apresentá-lo, oferecendo sugestões para o Projeto Terapêutico Singular, ilustrando suas vivências.

Quando chega nossa vez...

Até o momento, o município de Resende realizou duas oficinas de qualificação, em Icó-CE e Palmas-TO. Ambas foram construídas em parceria com os municípios e priorizaram grupos de trabalho, onde foram discutidos temas importantes para cada rede. Três profissionais de Resende foram facilitadores do processo.

Durante uma semana, cerca de 40 profissionais de cada rede de saúde se reuniram para trabalhar e refletir e, como resultado, foi esboçado um projeto de intervenção em cada rede. Foi de suma importância contribuir para a construção de processos de trabalho e de cuidado nas redes em formação. As oficinas de qualificação permitem maior aproximação com as realidades locais, tão ouvidas pelos corredores e esquinas de Resende.

Conclusões e novos percursos

O intercâmbio, num período de 16 meses, mobilizou cerca de 1.700 trabalhadores por todo o país. É uma ação de Educação Permanente em prol da construção de uma “RAPS nacional”, como mencionou uma das participantes de Imperatriz-MA. São 1.700 pessoas circulando por 15 redes preceptoras desse nosso

⁷ Rede de Atenção Psicossocial.

Brasil, falando sobre saúde mental, sobre suas práticas, desejos, esperanças, criando laços de amizade que para sempre ficarão. Além dessas, mobilizam-se também todos os profissionais das redes de saúde dos municípios que recebem a visita.

Trata-se de uma ação de Educação Permanente que deixa sua marca na história da Reforma Psiquiátrica do Brasil e na história de cada um que dele participou. Nós, resendenses de coração, de nascença ou por adoção, ficamos muito felizes por sermos o único município do estado do Rio de Janeiro a fazer parte desse capítulo da história. O intercâmbio atendeu a nossas expectativas, indicando caminhos para revisão e reconstrução da direção de cuidado oferecida aos usuários e trabalhadores dos serviços, processo permanente em nossas práticas. A *expertise* da ação é a possibilidade de construir “boas práticas” através de uma mescla de experiências de vida, de trabalho, trocas culturais e afetos.

EPensando Resende: um relato de experiência com Rodas de Educação Permanente em Saúde

ELUANA BORGES LEITÃO DE FIGUEIREDO

GUSTAVO ADOLF FICHTER

LÍGIA MARIA FONSECA AFFONSO

Como fazer com que os profissionais de saúde de Resende não sejam considerados apenas como “recursos humanos” a serem utilizados no processo produtivo da saúde, mas protagonistas dos processos de transformação, cuja implicação ético-política promova qualidade e efetividade no cuidado nos distintos campos de atuação do município? Como produzir fluxos potentes de Educação Permanente em Saúde (EPS) no cotidiano dos trabalhadores de saúde de Resende a partir da conexão e mobilização na micropolítica dos encontros e das afecções? Essas questões configuraram-se como ponto de partida deste relato de experiência, que surgiu como fruto do desejo de que a EPS alcançasse expressão e visibilidade.

Depreende-se que, nos cenários de saúde do município de Resende, é cada vez mais necessária a adoção de uma educação problematizadora que promova a transformação das práticas e a organização do próprio trabalho por um viés mais reflexivo e participativo. Tais aspectos posicionaram os autores,

na perspectiva da EPS, para além da dimensão pedagógica, percebendo-a como importante instrumento de gestão, capaz de operar mudanças na formação e no cotidiano dos serviços de saúde, em um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.

Cabe destacar que a proposta de construção coletiva de um grupo de Educação Permanente nasceu com o objetivo de sensibilizar e aproximar distintos atores do campo da saúde (gestão, trabalhadores, profissionais da formação e usuários) por meio do diálogo crítico e reflexivo sobre as práticas profissionais à luz da EPS, bem como estimular o processo de problematização e análise do trabalho.

Entendendo que os processos educativos para profissionais de saúde são importantes na formação profissional dos trabalhadores e refletem no cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), consideramos oportuno socializar a experiência vivida com o grupo chamado *EPensando Resende*.

Tecendo redes de conexões

Em função de uma pesquisa científica que estava em curso no município e que envolvia o tema EPS, observamos que as ações educativas realizadas para os trabalhadores de saúde se expressam em formato de educação continuada, com base no modelo tradicional de ensino, e não sob a égide da aprendizagem significativa e problematizadora apontada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A partir desse resultado, a primeira autora deste relato, enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Resende (SMS Resende) atuando em um serviço de urgência do município e também mestranda da Universidade Federal Fluminense

(UFF), na linha de pesquisa Educação Permanente em Saúde no SUS, em paralelo com a pesquisa, interessou-se por pensar e discutir a EPS a partir da construção coletiva dos trabalhadores. Assim, algumas conexões foram fundamentais para o curso dessa experiência. A primeira aproximação se deu com o gestor e superintendente de controle e avaliação do município, e também facilitador de EPS. A partir do potente encontro entre trabalhadora da saúde e gestor, iniciou-se o processo de construção de espaços de EPS no município. Os encontros de reflexão acerca do tema EPS davam-se uma vez ao mês na SMS Resende. Além do gestor, participou dos encontros a representante do município na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da região Médio Paraíba, também facilitadora de EPS.

Como aliados no processo, tivemos o apoio do secretário municipal de Saúde de Resende e da Coordenação Geral da CIES Médio Paraíba. Tais aproximações viabilizaram a formulação de propostas na condução da EPS e a articulação de profissionais da atenção e da gestão, com o propósito de operar mudanças e transformações em seus cenários de atuação, na perspectiva da EPS. Assim, estabeleceu-se o que chamamos de “coletivo em ato”.

Os encontros ocorriam na SMS Resende, assim foram contatados 12 trabalhadores de saúde que já haviam participado de oficinas de EPS promovidas pela CIES Médio Paraíba, para que se integrassem ao movimento, visto que já possuíam conhecimentos sobre a EPS. Os encontros ocorreram nos serviços em que os mesmos atuavam e, a partir de sugestões e apontamentos sobre suas necessidades de formação, nasceu a ideia da construção do grupo *EPensando*. Prevalencia em suas

falas o desejo da produção de um espaço coletivo de autoanálise, de troca de experiências e de expressão de dinâmicas que conectassem trabalhadores da gestão e da atenção com um só propósito: pensar o trabalho em saúde.

O primeiro encontro

O encontro passou a ser modelado na perspectiva dos apontamentos feitos pelos trabalhadores e a partir dos encontros que realizávamos na Secretaria de Saúde. Assim, o grupo *EPensando* nasceu como espaço não hierarquizado, imbuído da ideia de um lugar de fluxos de conexões existenciais, com potência livre e inventiva, produzidas de maneira que o valor maior seria dado ao saber da experiência dos atores, mediante os afetos e relações estabelecidas.

Por onde começar? O que fazer para desformar os cenários tão acostumados de formação do município? Como produzir um espaço de EPS confortável e terapêutico aos trabalhadores? Como unir gestão, formação, diferentes profissionais da atenção e usuários no mesmo círculo? Com essas indagações, partimos para a ação. Buscamos aliados e pessoas desejosas desses espaços, tendo em mente nossas limitações. A primeira roda de EPS criada abrangeria atores do município como um todo e optamos, nesse momento, por captar aqueles que nos tocavam de alguma forma, que se apresentavam como possíveis agentes multiplicadores da EPS nos cenários locais. Com esses questionamentos, fomos construindo pouco a pouco o primeiro encontro do *EPensando*.

Como meios de comunicação foram utilizadas ligações telefônicas, uma página do *Facebook* e um grupo no e-mail

[*Gmail*], criados com a finalidade de unir os diferentes atores. Inicialmente, candidataram-se 35 trabalhadores de diferentes profissões e setores: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem, professores, nutricionistas, gestores, coordenadores e assistentes sociais.

O primeiro encontro foi realizado em 5 de setembro de 2014, na sala de reuniões do Conselho Municipal de Saúde: um espaço tradicional com paredes brancas, cadeiras enfileiradas e em formato de sala de aula. Motivados pelo formato de educação proposto pela EPS, decoramos a sala dispendo as cadeiras em forma de roda e, visando estimular reflexões, foram coladas no chão e nas paredes questões provocadoras, relacionadas com o processo de trabalho e com a vida. O encontro tinha música e um delicioso lanche preparado por uma das integrantes. Tudo *EPensado* para que a EPS se expressasse de maneira livre, atraente e criativa.

A roda foi disparada e as falas, invariavelmente, remetiam para a importância desse espaço de trocas e de encontros, mostrando o quanto as pessoas que ali estavam possuíam experiências potentes na saúde. Dentre os integrantes do grupo, havia trabalhadores com mais de dez anos de atuação na saúde municipal. Havia também profissionais recém-contratados que se disseram surpresos e encantados com o *EPensando* e com o quanto ele poderia contribuir positivamente para sua integração na rede municipal de saúde.

O primeiro encontro aconteceu, a EPS floresceu e o desafio passou a ser manter a conexão entre os participantes, mobilizando novos trabalhadores na micropolítica dos encontros, mantendo acesa a chama da EPS no município de Resende.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf. Acesso em: 30 set. 2015.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA) e sua experiência no campo da Educação Permanente em Saúde

RODRIGO LAGES

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA) é um consórcio público de direito público cuja finalidade é conjugar esforços entre os municípios consorciados, objetivando a gestão associada do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a implantação e a implementação de políticas públicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação, observada a direção única de cada ente consorciado.

O CISMEPA foi idealizado por volta do ano de 1996, a partir das discussões técnicas dos profissionais de saúde que atuavam na gestão da saúde em municípios da região. Esses atores, imbuídos do arcabouço jurídico que surgia do recém-criado SUS, tiveram uma interpretação madura de fomentar, naquele momento, as políticas regionais de saúde.

A proposta de criação do Consórcio de Saúde da região foi apresentada tendo como justificativa maior a necessidade

de melhoria dos indicadores materno-infantis da região do Médio Paraíba-RJ, bem como a possibilidade de aquisição de recursos financeiros através de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde.

Assim, em 1º de julho de 1998, foi criado Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA), tendo como primeiro presidente o prefeito de Volta Redonda, Sr. Antônio Francisco Neto, e como secretária executiva a psicóloga Analice Silva Martins, secretária de Saúde do mesmo município. Naquele momento, o presidente do CISMEPA delegou a sua vice-prefeita, a pediatra Suely Pinto, a coordenação das atividades técnicas do CISMEPA, que juntamente com os representantes dos outros municípios consorciados, desenvolveu os primeiros projetos do CISMEPA.

Destacaremos a seguir, e em ordem cronológica, os principais projetos do CISMEPA relacionados ao processo de educação permanente dos profissionais de saúde da região.

Projeto Materno-Infantil

O Projeto Materno-Infantil foi decorrente do convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e o CISMEPA, tendo a Prefeitura de Volta Redonda como administrador do recurso financeiro, no valor total R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais). O projeto foi dividido em duas etapas. A primeira previa a incorporação tecnológica para a melhoria da capacidade instalada dos municípios consorciados, considerando os níveis hierárquicos de atendimento prestado pelos serviços, visando estabelecer fluxos de referência para responder às demandas de complexidade dos municípios

envolvidos. E a segunda foi a idealização de projetos de educação envolvendo cinco áreas temáticas:

- 1) Pré-Natal de baixo risco para clínicos e enfermeiros;
- 2) Pré-Natal de baixo risco para obstetras;
- 3) Neonatologia para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem; Curso de Reanimação Neonatal; Curso de Assistência Ventilatória em Neonatologia;
- 4) Pré-Natal de alto risco;
- 5) Assistência ao Parto.

Com o objetivo de garantir a qualidade de todo o processo, decidiu-se trabalhar com equipes de excelência do Rio de Janeiro, face à necessidade de viabilizar conteúdos aprofundados para os profissionais de saúde da região. Neste sentido, foram convidados o Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, a Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ) e o Centro de Produção da UERJ (CEPUERJ), entre outros, para ministrar as capacitações.

Demonstramos no quadro 1 o alcance dos cursos realizados, por profissão contemplada.

Quadro 1. Curso de capacitação por categoria profissional e período

CURSO	PÚBLICO-ALVO	PERÍODO	PARTICIPANTES
Capacitação em Pré-Natal de Baixo Risco e prevenção do câncer de colo de útero	Médicos clínicos e enfermeiros	Setembro – Novembro/2011	40 médicos e 28 enfermeiros

CURSO	PÚBLICO-ALVO	PERÍODO	PARTICIPANTES
Capacitação em Neonatologia	Etapa 1: médicos e enfermeiros; Etapa 2: técnicos de enfermagem	Dezembro/ 2001	19 médicos, 20 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem
Pré-natal de Baixo Risco para Obstetras	Médicos obstetras	Abril/2002	24 médicos obstetras
Pré-natal de Alto Risco e Assistência ao Parto	Médicos clínicos, obstetras e enfermeiros	Agosto – Setembro/2002	31 médicos e 03 enfermeiros
2º Curso de Reanimação Neonatal	Neonatalogistas e enfermeiros	Março/2002 – 1ª turma Maio/2002 – 2ª turma	54 médicos
Curso Básico de Assistência Ventilatória em Neonatologia	Pediatras, neonatalogistas e enfermeiros	Maio/2002	27 médicos
Curso de Reanimação Neonatal para técnicos de enfermagem	Técnicos de enfermagem	Julho/2002	34 técnicos de enfermagem
Curso de Aleitamento Materno	Profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde da região	Julho/2002	30 profissionais capacitados

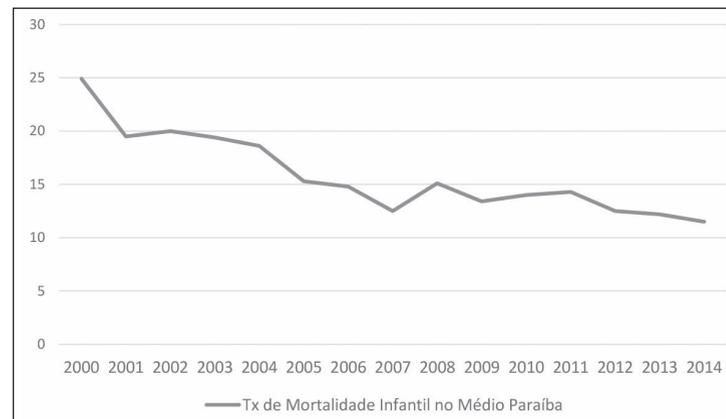
Com as capacitações realizadas, conseguimos qualificar os 12 municípios da região no baixo risco materno-infantil e os polos de atenção – Barra Mansa, Resende, Valença e Volta Redonda no alto risco, com público-alvo dividido nas diversas disciplinas que envolvem essa área de atuação.

Resultados Alcançados

Taxa de Mortalidade Infantil

Observando o gráfico abaixo, verificamos a tendência decrescente da mortalidade infantil na região, passando de uma taxa total da região de 24,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos no ano de 2000, para 12,5 óbitos para 1.000 nascidos vivos no ano de 2012. A taxa teve um comportamento de queda em vários municípios, com diminuição no número de óbitos infantis.

Gráfico 1. Taxa de mortalidade infantil na região do Médio Paraíba, de 2000 a 2014

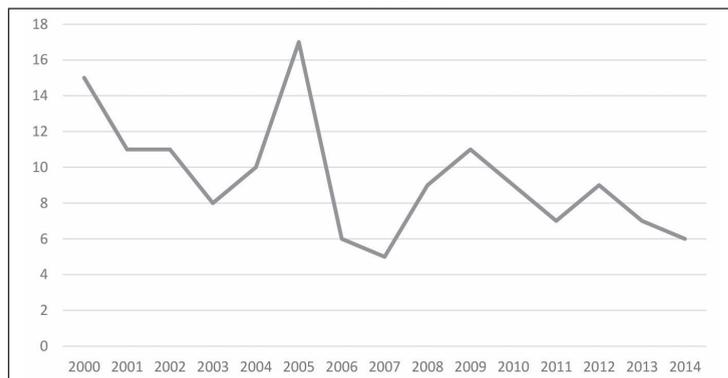


FONTE: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (2015).

Óbitos maternos por município de residência e Ano do óbito

O gráfico a seguir apresenta diminuição dos óbitos maternos da região, saindo de um patamar de 15 para nove óbitos no período de 2000 a 2012. Destaca-se negativamente o ano de 2005, com 17 óbitos, sendo 15 decorrentes de complicações do parto e puerpério e dois por doenças infecciosas ou parasitárias. Do total de 128 óbitos registrados no período de 2000 a 2012, 48,44% aconteceram nos municípios de Barra Mansa (30) e Volta Redonda (33), municípios mais populosos da região.

Gráfico 2. Número de óbitos maternos na região do Médio Paraíba, de 2000 a 2014



FONTE: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (2015).

Projeto de Atenção Integral ao Paciente Portador de Pé Diabético

O Projeto de Atenção Integral ao Paciente Portador de Pé Diabético foi idealizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-RJ) no ano de 2004, a partir de uma demanda judicial que notificava o poder público estadual a criar ações para a

diminuição das amputações de membros inferiores ocasionados por úlceras em pacientes diabéticos. A partir daí, a SES-RJ contratou uma clínica especializada, contando com o angiologista Dr. Jackson Caiafa, para desenvolver um projeto de atenção integral para esses pacientes, cujos objetivos eram:

- Promover a atenção integral ao paciente diabético portador de patologia nos pés, com redução de no mínimo 50% das amputações nos próximos três anos.
- Implementar parceria com os gestores (municipais e de unidades de saúde), com ênfase na lógica regional, facilitando a discussão para a organização dos fluxos e referências de acordo com o Plano de Desenvolvimento Regional.
- Capacitar equipes da Atenção Básica (médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem) em todos os municípios, incluindo o Programa de Saúde da Família.
- Capacitar equipes nos hospitais de emergência que são referências regionais.
- Atualizar e treinar os angiologistas e/ou cirurgiões vasculares no modelo de atenção integral ao paciente com pé diabético.
- Implantação de protocolos de acompanhamento a ser utilizado em todos os pacientes cadastrados no Programa de Diabetes do Estado do Rio de Janeiro.
- Implantação de protocolos para solicitação de exames (ecodoppler e angiografias, principalmente);
- Implantação de um protocolo de regulação, a ser incorporado pelo Complexo Regulador Regional.
- Avaliar o impacto das ações e difundir os resultados.
- Promover a educação permanente dos pacientes.

O projeto foi idealizado para capacitar profissionais dos 92 municípios do estado, sendo 171 equipes de atenção básica e 79 equipes de atenção especializada. Para a região do Médio Paraíba, foram destinadas inicialmente seis equipes da atenção especializada para atuarem no Hospital São João Batista e na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, além de 22 equipes de atenção básica, distribuídas conforme quadro abaixo:

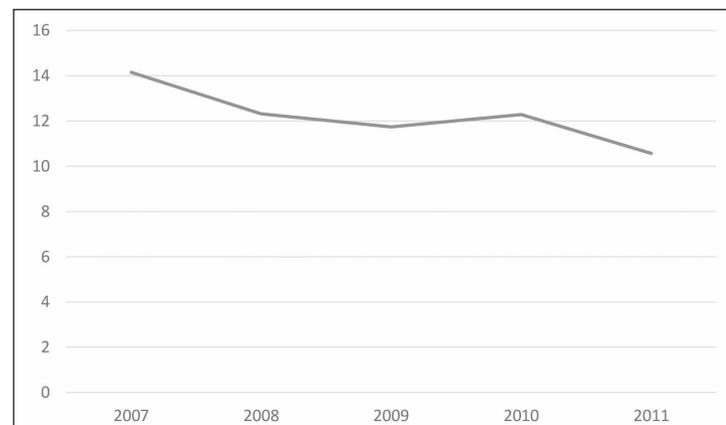
Quadro 2. Número de equipes e profissionais por município

Município	Número de Equipes	Total de Profissionais
Barra do Pirai	02	06
Barra Mansa	04	12
Itatiaia	01	03
Pinheiral	01	03
Pirai	01	03
Porto Real	01	03
Quatis	01	03
Resende	03	09
Rio Claro	01	03
Rio das Flores	01	03
Valença	02	06
Volta Redonda	04	12
TOTAL	22	66

No ano de 2006, os municípios da região do Médio Paraíba, através do CISMEPA, em parceria com a SES-RJ, desenvolvem o projeto na região. Assim foram idealizadas, inicialmente, quatro turmas para o ano de 2006: uma em Resende, duas em Volta Redonda e uma em Barra Mansa; e posteriormente mais uma turma no município de Pirai, já em 2007.

Em relação aos indicadores epidemiológicos relacionados ao diabetes, verificamos redução na taxa de internação por diabetes *mellitus* da região, conforme verificado no gráfico 3. Na análise por município, observa-se diminuição em boa parte dos municípios, excetuando Resende, Rio Claro e Rio das Flores. Resende por sua vez, apesar de não ter diminuído sua taxa de internação, manteve-se abaixo da média regional.

Gráfico 3. Taxa de internações por diabetes *mellitus* na região do Médio Paraíba, de 2007 a 2011



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde (2015).

Metodologia do curso

O projeto baseou-se na capacitação descentralizada de equipes de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem), formando equipes aptas para a classificação do risco e para o cuidado à saúde dos pés. As equipes seriam capazes de acompanhar e tratar lesões ocorridas até determinado nível de complexidade, sendo que todos os pacientes cadastrados no Programa de Diabetes *Mellitus* dos municípios da região seriam examinados e classificados quanto ao risco. O protocolo de acompanhamento previa ações específicas para cada nível, possibilitando a ordenação de um sistema de referência e contra referência. Na Atenção Básica, o principal executor das ações seria o auxiliar/técnico de enfermagem, que após o treinamento estaria apto a se tornar um “Agente Primário de Saúde dos Pés”. A importância desse profissional é valorizada com a responsabilidade a ele atribuída do acompanhamento periódico e educação permanente dos pacientes diabéticos com lesões nos pés.

O segundo nível de referência era responsável em receber os pacientes oriundos da rede básica e em providenciar uma avaliação técnica mais precisa, contando com angiologistas e/ou cirurgiões vasculares que poderiam determinar a necessidade de um procedimento de maior complexidade. Nesse nível poderá ocorrer também o preparo pré-operatório adequado do paciente que necessite de intervenção mais complexa, diminuindo riscos de morbidade e tempo de internação desse paciente.

O nível terciário de assistência seria representado pelos próprios hospitais gerais ou especializados da região, aptos a realizarem procedimentos de alta complexidade em cirurgia vascular.

Em todos os módulos, o primeiro dia de aula foi teórico, sendo os demais dias da semana de aula prática, em unidades

de saúde escolhidas pelo município, em comum acordo com os responsáveis pelo curso e o CISMEPA. Foram realizadas cinco turmas em quatro municípios diferentes, formando profissionais de saúde da atenção básica e especializada nos 12 municípios da região.

O projeto tinha como objetivo, além do processo de educação voltado para equipes de saúde da região, a organização da rede de atenção integral aos pacientes portadores de diabetes, com ou sem úlceras. A rede de atenção foi desenhada e pactuada entre os gestores, mas na prática não obteve o resultado esperado, pois não houve efetivação das referências e contrarreferências pactuadas regionalmente em todos os níveis de complexidade.

Apesar desse fato ficou clara, para os gestores e técnicos da região, a importância do projeto para a melhoria dos indicadores de saúde relacionados às doenças crônicas e degenerativas. Assim, em 2011, foi retomada essa pauta, já na Comissão de Integração Ensino-Serviço, com a retomada do processo de educação permanente em parceria com a clínica especializada. Nas novas etapas, a vertente foi a capacitação de multiplicadores para atuarem nos 12 municípios, sendo realizadas mais três turmas distribuídas em municípios da região.

Curso de Qualificação da Gestão para Atenção Oncológica

O Curso de Qualificação da Gestão para Atenção Oncológica II foi idealizado através de parceria envolvendo o CISMEPA, o Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS), o município de Barra Mansa e a Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa. Foi originado a partir do projeto Expande do INCA, que tinha como objetivo a ampliação/descentralização da atenção oncológica no país e em especial no estado.

Entre os pré-requisitos apontados pelo INCA/MS para o município receber os recursos, estava a capacitação de profissionais de todos os municípios da região, na área de gestão da saúde, em especial a atenção oncológica.

Deste modo, o CISMEPA promoveu, no ano de 2009, o primeiro curso descentralizado de Qualificação da Gestão para Atenção Oncológica, em parceria com a Universidade de Barra Mansa e o município de Barra Mansa. O curso tinha como metodologia a participação de tutores do INCA/MS, nos quais aproximavam os participantes do curso progressivamente das particularidades da atenção oncológica, no contexto da gestão da saúde no SUS. Os alunos se organizaram em três grupos e elaboraram em conjunto o projeto de intervenção para a região do Médio Paraíba.

O resultado final foi a construção do projeto “Integralidade na Atenção ao Câncer do Colo do Útero e Mama: uma proposta de ampliação do acesso na Região do Médio Paraíba”.

Considerações finais

O processo de adesão do estado do Rio de Janeiro ao Pacto pela Saúde favoreceu o processo de pactuação e cogestão solidária e cooperativa. O funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), atualmente denominados Comissão Intergestores Regional (CIR), proporcionou um espaço privilegiado de pactuação nas regiões de saúde, tendo como premissa a participação de gestores de saúde dos municípios que constituem a região de saúde, além da representação estadual. Entre as funções a serem desenvolvidas pelas CIRs, destaca-se a

criação de estruturas técnicas de apoio à CIR: câmaras técnicas, grupos de trabalho, grupos condutores e comissões, formados por técnicos dos municípios e do estado.

Naquele período, na região do Médio Paraíba, as ações técnicas preconizadas para a CIR eram desenvolvidas na instância “consórcio”, espaço de discussões técnicas e pactuação entre secretários de Saúde e prefeitos, formalmente constituído. Dentre essas ações, os projetos de educação continuada se encontravam presentes, na medida em que eram identificados como necessidades para as ações em serviços de saúde da região, sendo discutidos e promovidos pelos técnicos e gestores que constituíam o CISMEPA.

Com o fortalecimento do então Colegiado de Gestão Regional, parte das incumbências do consórcio foi legitimamente incorporada pela nova instância gestora regional. Atualmente, as discussões e o desenvolvimento dos projetos de formação profissional passaram a ser discutidos no Polo Sul de Educação Permanente, sendo substituído mais recentemente pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), espaço subordinado à CIR.

Concomitantemente, os gestores regionais reavaliam o rol de oportunidades agregadas aos consórcios de saúde e deliberam a manutenção do CISMEPA para o desenvolvimento de diversos projetos: gerência do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU); elaboração de Plano Assistencial e Plano de Negócios para a implantação do hospital regional; além de manter a participação de seu representante nas discussões técnicas da CIR, com entendimento de continuidade dos projetos desenvolvidos, aproveitando a experiência acumulada nos anos anteriores.

Referências

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Saúde. *Dados SUS*. Indicadores de Saúde. Indicadores Esfera Regional. Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?coap2014/coapreg.def>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. *Indicadores de Saúde (Tabnet)*. Pacto pela Saúde 2010/2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2010/cnv/pactrj.def>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

CISMEPA. SESDEC-RJ. INCA/MS. Secretaria Municipal de Saúde de Barra Mansa e Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa. *Termo de compromisso*. Rio de Janeiro, jul. 2006.

Volta Redonda, Piraí, Barra Mansa e Rio Claro

Tutoria no Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS: um relato do vivido

RIZZIERI MESAQUE E SILVA

O Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG) foi elaborado pelo Núcleo de Desenvolvimento em Saúde (NDS), que integra o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), em parceria com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Em 2010, ele foi trazido para o estado do Rio de Janeiro por demanda do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Em 2010, quando aconteceu o CDG-SUS, estava atuando como supervisora técnica da Atenção Básica no município de Piraí, no Setor de Planejamento da Secretaria de Saúde junto à Coordenação da Atenção Básica. Indicada para compor a equipe de tutores, realizei o curso específico para este fim, ministrado pela equipe do LAPPIS, em parceria com o grupo do NDS da UFMT, idealizadores do projeto, no município de Teresópolis.

Foi proposto, inicialmente, um curso de formação para tutor. Para isso, foi necessário que os gestores municipais identificassem profissionais de seus municípios com o perfil solicitado, e que fossem enviados currículos para o processo seletivo realizado pelo LAPPIS. O grupo selecionado era multidisciplinar e composto por cerca de 20 profissionais oriundos de diferentes municípios do estado do Rio de Janeiro. A proposta foi então capacitar os profissionais para atuarem como tutores e, em seguida, identificar os que possuíam perfil e disponibilidade para realizar o curso nos municípios envolvidos no projeto.

O curso de formação foi organizado em dois momentos, com duração de cinco dias cada, e aconteceu ainda um terceiro encontro no município de Petrópolis, onde foram divulgados o cronograma de trabalho e os tutores com perfil para realizarem o projeto-piloto. O município escolhido para realização do curso-piloto foi Volta Redonda, e os tutores selecionados foram além desta autora, Simone Flores, de Quissamã (administradora) e, como apoiadora, a enfermeira Adriana Nunes Chaves, de Teresópolis.

O curso-piloto contou também com a participação dos coordenadores do projeto, Roseni Pinheiro e Aloísio Gomes da Silva Junior, e sua equipe técnica, e também das tutoras Geny Catarina Francisca Rodrigues Lopes e Fátima Ticianel, da UFMT, que, comprometidas com nossa formação, participaram ativamente desta etapa, discutindo diariamente conosco a avaliação do dia e as adequações a serem feitas.

Foi para mim uma experiência profissional excepcional, jamais vivida antes, pois foi possível ver profissionais de saúde, conselheiros e tutores mergulhados na história da cidade, a

cidade em que eu nasci e vivo até hoje, levantando fragilidades e potencialidades no serviço de saúde local, e ainda, planejando em conjunto ações onde se colocaram como agentes ativos.

O curso em Volta Redonda foi fundamental para que o mesmo acontecesse com sucesso em outros municípios. Fui tutora também no CDG-SUS nos municípios de Teresópolis, Sapucaia, Três Rios, Barra Mansa e Rio Claro. Atuei ainda como apoiadora no município onde trabalho – Piraí. Em todos os lugares, pude vivenciar fortes e boas emoções; presenciei participantes também emocionados, participando ativamente, empenhados em buscar solução para problemas às vezes já identificados e dados como insolúveis. Pude também fazer novos amigos e parceiros militantes do SUS; aprender mais que ensinar com a experiência que traziam na bagagem; ver de perto a dor de quem, em anos de trabalho, viu o serviço de saúde ser estruturado e desestruturado, mas também a felicidade de poder estar presente para colaborar de alguma forma para reestruturação do mesmo; pude entender um pouco mais de como se organizam os municípios para atender às demandas das populações distintas que se organizam de acordo com sua história pregressa e atual.

A partir desta experiência, pude melhorar como profissional e pessoa, e assim contribuir mais com o processo de trabalho no município que atuo; conheci pessoas que jamais esquecerei, porque não são boas apenas profissionalmente, mas também carregam em sua essência a humanização e o amor ao próximo como princípio de vida, e lógico, colocaram em prática diariamente nos encontros que tivemos. Em todos os cursos realizados, trocamos experiências, aprendemos muito, nos

divertimos, fomos muito bem acolhidos, criamos, refletimos, discutimos, concordamos, discordamos, mediamos conflitos, nos emocionamos – enfim, fizemos história...

Não posso deixar de citar o quanto foi intenso, gratificante, rico e emocionante atuar no CDG-SUS em Teresópolis, pouco depois de terem enfrentado uma das piores catástrofes vividas no Estado do Rio, o quanto foi revigorante para todos os presentes.

A cada curso concluído, experimentei emoção que acredito jamais viver novamente da mesma forma, pois as avaliações dos grupos me faziam acreditar cada vez mais que era possível transformar e melhorar o serviço de saúde em que atuamos. Faziam-me ver que valia a pena ficar duas semanas longe da família, imersa o dia todo no curso, provar do medo que é coordenar discussões com grupo composto por profissionais superexperientes, porque de lá saíram planos para a melhoria dos serviços de saúde que emergiram de vários momentos de aprendizado teórico/prático, através do ensino pedagógico associado à realidade, de forma muito dinâmica, com base na educação permanente, prontos para serem colocados em prática.

Meu desejo é que, no mínimo a cada dois anos, nós profissionais do serviço público pudéssemos participar de experiências como essa, a fim de nos revigorarmos e jamais deixarmos de usar no cotidiano as ferramentas aprendidas nos encontros; e também ter notícias das pessoas que participaram, para saber se ainda guardam com eles, ou ao menos regam as sementinhas que foram semeadas. Informar-me como estão se comportando mediante as dificuldades e frustrações do dia a dia, se precisam de ajuda e se há algo que posso fazer por eles – e lógico... me revigorar com eles.

SOBRE OS AUTORES

ALAN CARLOS DA SILVA – Enfermeiro, mestre em Administração da Saúde; especialista em Promoção da Saúde; socorrista APH no Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ).

ANA PAOLA FRARE – Psicanalista, psicóloga, professora adjunta do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Doutora em Pesquisa e Clínica Psicanalítica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ANGELA DOS SANTOS MONTEIRO – Assistente Social, coordenadora do Programa de Saúde Mental da SMS Resende.

CARLA GOMES PEREIRA DA SILVA – Psicóloga, coordenadora do Programa de DST e AIDS da Secretaria de Saúde de Porto Real.

DAYSE RAMOS DUARTE – Nutricionista do NASF – Itatiaia-RJ.

ELOÁ NOGUEIRA DE SOUZA – Graduanda do Curso de Psicologia da UFF-Volta Redonda, apoiadora do curso de Atualização em Saúde Mental.

ELUANA BORGES LEITÃO DE FIGUEIREDO – Enfermeira concursada da SMS Resende, com exercício em Serviço de Urgência 24 horas da Rede de Urgência e Emergência de Resende.

FLÁVIA HELENA M. DE A. FREIRE – Doutora em Saúde Pública, professora do Departamento de Psicologia da UFF-Volta Redonda e membro da coordenação técnica do curso de Atualização em Saúde Mental.

FREDSON COSTA SEREJO – Doutor em Ciências Biológicas, coordenador de Educação em Saúde e Permanente da Secretaria de Saúde de Porto Real; coordenador da Comissão de Integração Ensino-Serviço do Médio Paraíba (CIES-MP).

GILMARA DA COSTA SILVA – Graduanda do Curso de Psicologia da UFF-Volta Redonda, apoiadora do curso de Atualização em Saúde Mental.

GUSTAVO ADOLF FICHTER – Economista, superintendente de Controle, Avaliação e Regulação da SMS Resende.

HELOÍSA HELENA SANTOS TEIXEIRA – Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde de Pirai.

IRENE MAGDA BORGES MAULER – Socióloga; especialista em Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ. Especialista em Educação em Saúde UFRJ/NUTES. Facilitadora em Educação Permanente/ENSP/FIOCRUZ-RJ. Tutora do CDGSUS/IMS/UERJ. Representante da SMS Volta Redonda no CIES. Atua em Educação Permanente/SMS Volta Redonda.

JÉSSICA KELLY SOARES DO CARMO DE C. SILVA – Graduanda do Curso de Psicologia da UFF-Volta Redonda, apoiadora do curso de Atualização em Saúde Mental.

LAÍS DA GAMA DIAS SILVA – Enfermeira/UFJF, mestre em Enfermagem UNIRIO-RJ, professora do UBM; equipe técnica da Coordenação de Educação em Saúde /SGTES/SMSVR/PMVR.

LAURIANE MARTINS SANTANA – Enfermeira/UFJF, mestre em Enfermagem UNIRIO-RJ, professora do UBM; equipe técnica da Coordenação de Educação em Saúde /SGTES/SMSVR/PMVR.

LÉLISA OLIVEIRA – Psicóloga; especialista em Mídia, Tecnologia da Informação e Novas Práticas Educacionais. Atua no planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiral e na Coordenação de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro.

LÍGIA MARIA FONSECA AFFONSO – Administradora, ex-representante do município de Resende junto à CIES/MP. Atualmente, integra os quadros da SMS Resende.

MARIA APARECIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA – Especialista em Saúde Pública/Centro Universitário de Barra Mansa (UBM) -RJ; facilitadora em Educação Permanente/ENSP/FIOCRUZ-RJ; mediadora em Educação Popular em Saúde/ENSP/FIOCRUZ-RJ; enfermeira da Vigilância em Saúde da SMS Pirai-RJ; enfermeira em Vigilância em Saúde do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde da região do Médio Paraíba (NDVS-MP) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro-RJ.

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA – Presidente do Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (gestão 2015-2017) e Secretária Municipal de Saúde de Pirai.

MARIÂNGELA DE SOUZA E SILVA – Assistente Social da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; técnica do Núcleo de Vigilância em Saúde do Médio Paraíba; membro titular da Secretaria Executiva de CIES-MP.

MARILDA MACHADO FERNANDES – Enfermeira do Leito de Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de Resende e do Ambulatório de Saúde Mental de Pinheiral.

MARTA GAMA DE MAGALHÃES – Psicóloga; mestre em Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ RJ; especialista em Gestão Hospitalar ENSP/FIOCRUZ RJ; tutora em Educação Permanente ENSP/FIOCRUZ RJ; tutora do CDGSUS/IMS/UERJ; coordenadora da CIES Médio Paraíba até 2014; vice-presidente do COSEMS-RJ 2013-2014; secretária de Saúde do Município de Volta Redonda-RJ até a presente data.

MARTINHO BRAGA E SILVA – Professor adjunto do Instituto de Medicina Social, UERJ.

MILENE SANTIAGO NASCIMENTO – Psicóloga, coordenadora de Projetos da Saúde Mental.

MÔNICA DE ALMEIDA CARREIRO – Doutora em Enfermagem/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); enfermeira da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); tutora em Educação Permanente em Saúde/FIOCRUZ/ENSP-RJ; professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH)/Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP)/UNIRIO; professora Adjunta da Universidade Severino Sombra (USS), Curso de Enfermagem/Vassouras-RJ.

PHILIFE VELOSO CABRAL – Graduando do Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense-Volta Redonda.

RICARDO SPARAPAN PENA – Doutor em Saúde Coletiva, professor do Departamento de Psicologia da UFF-Volta Redonda e membro da coordenação técnica do curso de atualização em saúde mental.

RIZZIERI MESAQUE E SILVA – Enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar de Piraí-RJ.

RODRIGO LAGES – Graduado em Medicina Veterinária. Mestre em Administração de Sistemas de Saúde. Especialista em Vigilância Sanitária, Epidemiologia e Gestão em Saúde. Coordenador do COSMEPA e Assessor do COSEMS-RJ.

ROGERIO NOVAIS – Enfermeiro e coordenador do Telessaúde Médio Paraíba.

ROSENI PINHEIRO – Pós-Doutora em Direito pelo Núcleo de Direitos Humanos da PUC-RIO, em parceria com a Università degli Studio Del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Itália; doutora em Saúde Coletiva; professora adjunta, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); líder do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br

SHEILA RODRIGUES D. FILGUEIRAS – Enfermeira, mestre, coordenadora do Pro-Pet Saúde; auxiliar de Coordenação do Curso de Enfermagem da UBM - Universidade de Barra Mansa.

SUELI SOLDATI ABRANCHES – Enfermeira. Doutora em Enfermagem/Universidade de São Paulo (USP)/Ribeirão Preto-SP. Docente/Universidade Federal Fluminense (UFF)/Campus Universitário de Rio das Ostras/Instituto de Humanidades e Saúde. Tutora em Educação Permanente em Saúde/FIOCRUZ/ENSP-RJ. Tutora do Programa de Educação Tutorial (PET)/MEC/UFF/Curso de Graduação em Enfermagem/Rio das Ostras-RJ

TATIANA RAMMINGER (*in memoriam*) – Psicóloga, professora e pesquisadora do Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda, Universidade Federal Fluminense.

VANILA DE AZEVEDO NOVAES ROCHA – Administradora, especialista em Gestão Pública Municipal, Logística Integrada as Empresas e Regulação em Saúde no SUS e subsecretária de Saúde de Porto Real.

VERA REGINA MENDONÇA – Assistente social; mestre em Saúde Coletiva, especialista em Desenvolvimento Gerencial para Unidades Básicas de Saúde e Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS-ENSP-FIOCRUZ. Especialista em Saúde Pública - Centro Universitário de Barra Mansa (UBM) -RJ. Tutora em Educação Permanente ENSP/FIOCRUZ-RJ; gerente de Saúde da AAP-VR.

VERÔNICA LOPES LOUZADA VIDAL – Enfermeira, mestre, coordenadora do Curso de Enfermagem da UBM (Universidade de Barra Mansa); membro da Comissão Integrada Ensino Serviço; tutora Voluntária do Pro-Pet Saúde.

