



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FACED**  
**DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

**DAVI ARAÚJO DA CUNHA**

**Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas**

**Manaus- AM**

**2020**

**DAVI ARAÚJO DA CUNHA**

**Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE, da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como requisito para obtenção do título de Doutor em Educação, sob orientação da Professora Doutora Iolete Ribeiro da Silva. Linha de Pesquisa: Formação e práxis do educador frente aos desafios amazônicos.

**Manaus-AM**

**2020**

### Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Cunha, Davi Araújo da  
C972a Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas / Davi Araújo da Cunha . 2020  
138 f.: 31 cm.

Orientadora: Iolete Ribeiro da Silva  
Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Educação permanente em saúde. 2. Atenção domiciliar. 3. Educador em saúde. 4. Política Pública. 5. Ses-AM. I. Silva, Iolete Ribeiro da. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

## AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar. Ele que é o Alfa e Ômega!

Aos meus pais, Milton e Margarida Cunha (*in memoriam*). Sábios iletrados!

A minha família. Dedicada esposa Rosinete (Rose), que compreendeu do seu jeito a importância das horas utilizadas em estudos. A meu filho Felipe, *Padawan* das letras e da vida, sempre sereno e com comentários que me orientaram na escrita. À Fabiane, amorosa e meiga filha.

Aos demais parentes e amigos que mesmo sem saber me estimularam a continuar.

A minha orientadora, Professora Iolete, sábia e simples; sensível e firme; competente e serena.

Aos membros da banca de defesa, professores doutores Silviane Bonaccorsi Barbato (UnB), João Luiz da Costa Barros (UFAM), André Luiz Machado das Neves (UEA) e Alcindo Antônio Ferla (UFRS). Experiência e simplicidade à serviço da produção de conhecimento.

À Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES-AM, que me acolheu como pesquisador e como servidor.

À Leida Bressane, profissional nutricionista e gestora competente da atenção domiciliar. Todas suas palavras foram de encorajamento! Muito obrigado.

Ao Gilberson Barbosa, gestor de pessoas dedicado, compreensivo e que valoriza seus liderados.

Aos meus colegas de trabalho da Gerência de Desenvolvimento de Pessoas e da Educação na Saúde – GDPE/SES-AM: Nádia, Lene, Camila e Andreia. Equipe que me dá orgulho e que admiro.

Aos participantes da pesquisa. Seus conhecimentos e impressões contribuíram para a produção de mais conhecimentos.

Aos profissionais e cuidadores do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD Manaus. Sempre atenciosos e corteses, vocês têm um conhecimento ímpar e fazem um trabalho maravilhoso.

Obrigado UFAM e obrigado PPGE! Espaço de conhecimento, luta, resistência e conquistas.

Obrigado CAPES e FAPEAM como financiadores da pesquisa e do programa.

*...desperta-me o ouvido para que ouça, como aqueles que aprendem.*

Isaías 50:4

## **LISTA DE SIGLAS**

AD: Atenção Domiciliar

CD: Cuidador

DISA: Distrito de Saúde (municipal)

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP: Equipe Multiprofissional de Apoio

EPS: Educação Permanente em Saúde

GD: Grupo de Discussão

MEC: Melhor em Casa

NepSAD: Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Atenção Domiciliar de Manaus-AM/SUSAM

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

PS: Profissional de Saúde

PMC: Programa Melhor em Casa

SAD: Serviço de Atenção Domiciliar

SUS: Sistema Único de Saúde

SES-AM: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

UFAM: Universidade Federal do Amazonas

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

OPAS: Organização Pan Americana da Saúde

## LISTA DE QAUDROS

### QUADROS

Quadro 01 – Sistematização sobre formas de ensinar em saúde no Brasil.....	52
Quadro 02 – Equipe de Saúde e seu quantitativo.....	68
Quadro 03 – Distribuição e quantitativo das equipes Multidisciplinar em Atenção Domiciliar (EMAD) e equipe multidisciplinar de apoio (EMAP).....	68
Quadro 04 – Momentos e participantes da pesquisa.....	70
Quadro 05 – Principais distinções entre educação permanente em saúde e educação continuada.....	82
Quadro 06 – Aspectos positivos e desejos de melhoria do cotidiano de trabalho construído pelo GD – profissionais de saúde.....	96
Quadro 07 – I planejamento educativo em saúde construído pelo Grupo de Discussão – profissionais de saúde. Programa Melhor em Casa. 2019.....	102
Quadro 08 - II planejamento educativo em saúde construído pelo Grupo de Discussão – profissionais de saúde. Programa Melhor em Casa. 2019.....	103

## RESUMO

A proposta da educação permanente em saúde ocorre no território da micropolítica como trabalho vivo em ato, nos agires cotidianos dos sujeitos, na relação entre si e nos cenários em que se encontram. O fazer público em saúde envolve diversas dimensões: a gestão, a política, o ensino e a atenção. Para compreender a proposta de educação permanente realizada no contexto amazonense propõe-se esta investigação envolvendo a dimensão do ensino, e buscou na educação, contribuições para responder ao problema de pesquisa. Objetivos: *a)* Compreender o processo de educação permanente em saúde do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Manaus-AM, na perspectiva dos profissionais de saúde e de cuidadores; *b)* Elaborar plano de ação para avaliação de necessidades de educação permanente em saúde no Serviço de Atenção Domiciliar, e, *c)* Planejar uma intervenção educativa em saúde para o Serviço de Atenção Domiciliar a partir das necessidades identificadas. Buscou-se na pesquisa psicológica histórico cultural, na pedagogia dialógica e nos conceitos que sustentam a Política de Educação Permanente em Saúde, principalmente, elementos psicológicos para a construção do referencial teórico. A pesquisa-ação foi adotada por ser considerada uma pesquisa social e de cunho qualitativo, além de sua coerência com os pressupostos da educação permanente e demais referenciais. O primeiro momento da pesquisa contemplou 9 participantes, sendo 5 profissionais de saúde da atenção domiciliar e 4 cuidadores que atuam na Atenção Domiciliar, que participaram de entrevistas individuais semiestruturadas. No segundo momento, foi intencionalmente formado Grupo de Discussão com 6 profissionais de saúde da atenção domiciliar que participaram de três encontros. As narrativas gravadas e transcritas dos dois momentos foram submetidas à análise do Discurso do Sujeito Coletivo, processo metodológico que objetiva explicitar dada representação social e parte do pressuposto de que é possível uma coletividade falar como se fosse apenas um indivíduo. Os principais resultados apontam para o desconhecimento da educação permanente em saúde como política, como conceito e como método indutor de transformações da formação e da atuação em saúde, com forte possibilidade da mesma dificuldade está presente em outros serviços geridos pela secretaria de saúde. No entanto, há um incipiente movimento de fortalecimento da política e de seus pressupostos demonstrado pela gestão local da atenção domiciliar no sentido de aumentar a participação e o envolvimento de maior número de pessoas no processo decisório e nas formas de comunicação. Existem desafios para o estabelecimento de encontros potentes para gerar mudanças pessoais e na própria organização do trabalho devido comunicação prejudicada. O planejamento educativo em saúde proposto e desenvolvido pelo grupo revelou uma equipe multidisciplinar atuando de forma disciplinar, mas, ao mesmo tempo, uma equipe que admite e rejeita essa realidade e com forte tendência de superação. As considerações finais apontam que foram dados impulsos para profissionais de saúde e cuidadores da atenção domiciliar refletirem criticamente sobre a dimensão de sua atividade construída nas vicissitudes do cotidiano, ao mesmo tempo em que denuncia que a pretensa capilaridade da educação permanente em saúde como política estabelecida é ainda um desafio monumental e a pessoa que trabalha na saúde um educador que ainda não se reconhece como tal.

**Palavras-chave:** Educação permanente em saúde. Atenção domiciliar. Educador em saúde. Política Pública. SES-AM.

## ABSTRACT

The proposal of permanent health education takes place in a micro-political territory as a living body of work in development, in the daily actions of individuals, in the connection amongst themselves and the scenarios they find themselves. Public health in action involves many aspects: management, politics, teaching and care. To understand the proposal of permanent education developed in the Amazonian context we propose this investigation involving the dimensions of learning, and searched in education, for contributions to answer the research problem. Objectives: a) Understand the process of permanent education in health of the Homecare Attention Services in the municipality of Manaus in the state of Amazonas, from the perspective of healthcare professionals and caretakers; b) develop an action plan to evaluate the necessities of the permanent healthcare education in the Homecare Attention Services; c) Plan a health educational intervention for the Homecare Attention Services from the necessities that were identified. We conducted the search in the psychological cultural history, in the pedagogical dialogic and the concepts that support the Policy of Permanent Education in Health, primarily the psychological elements for the construction of theoretical references. The action-research was chosen due to the fact it is considered a social research with qualitative hallmarks, as well as its coherence with assumptions of permanent education and other references. The first phase of the research consisted of 9 participants, 5 were home healthcare professionals and 4 were caretakers that work in Homecare Attention, that participated in the semi-structured individualized interviews. The second phase, was a Discussion Group that was intentionally created with 6 healthcare professionals of home healthcare services that participated in three meetings. The recorded and transcribed narratives of these two phases were submitted to analysis under the Discourse of the Collective Individual, methodological process that main objective is to expose social representations and it initiates with the supposition that it is possible for a collective to speak as if they were an individual. The main results point to the lack of knowledge of the permanent health education as a policy, as a concept and as a driving method of developmental and performance transformations in health, with strong possibility of the same challenges being present in other services managed by the public healthcare services office. Although, there is an initial movement to strengthen the policy and its assumptions demonstrated by local management at homecare services, with the objective to increase the participation and involvement of a larger number of people in the decision making process and in communication. There is the challenge of establishing significant gatherings to generate change in the personnel and in the organization due to the breakdown in communication. The planning in educational health proposed and developed by the group revealed a multidisciplinary team acting in a disciplined manner, but at the same time, the team recognizes and rejects this reality with a strong will to overcome. The final considerations point to data that healthcare professionals and caretakers of the home services were pushed to reflect critically on the difficulty and scope of their daily activities, at the same time reporting the alleged capillarity of the permanent health education as an established policy is still a monumental challenge, and the person that works in healthcare to see themselves as an educator.

**Keywords:** Permanent education in health. Homecare services. Healthcare educator. Public Policy. SES-AM (Public Health System of Amazonas state).

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1. PRODUÇÃO MEDIATIZADA DE CONHECIMENTO, PROMOÇÃO HUMANA E ENCONTROS MOBILIZADORES</b> .....	<b>17</b>
1.1 Conceitos e categorias psicológicas de análise .....	18
1.2 Mediação .....	19
1.3 Pensamento e linguagem .....	22
1.4 Interação .....	24
1.5 Promoção humana e a construção de novas formas de inserção social em saúde e educação .....	26
1.6 Educação Permanente - EP .....	28
1.7 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS: Atividade que gera potência ou só diretriz política? .....	35
1.8 Articulação dos conceitos para atendimento da pesquisa .....	39
<b>2. BREVE RESGATE SOBRE AS FORMAS DE ENSINAR SOBRE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>40</b>
2.1 O “ciclo da borracha”, a <i>belle époque</i> amazônica: muita ostentação, mas nada de educação em saúde .....	42
<b>3. CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR - DE CASA PARA O HOSPITAL DO HOSPITAL PARA CASA – O itinerário dos cuidados e da educação em saúde.....</b>	<b>53</b>
3.1 Antecedentes históricos e marco regulatório da atenção domiciliar .....	53
3.2 Os desafios de tornar em prática possível a Educação Permanente em Saúde na Atenção Domiciliar em Manaus .....	59
<b>4. CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>64</b>
4.1 Tipo de pesquisa – a metodologia da pesquisa-ação .....	64
4.2 Campo investigativo .....	67
4.3 Tópicos construídos para as descrições, roteiro e participantes das entrevistas.....	69
4.4 Primeiro momento – compreensões de profissionais de saúde e de cuidadores sobre educação permanente em saúde.....	70
4.5 Segundo momento – a voz coletiva do cotidiano. Problematização e elaboração de proposta de intervenção educativa em saúde na atenção domiciliar .....	72
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>79</b>
5.1 Resultados e análise das narrativas com profissionais de saúde e cuidadores: possíveis caminhos para a EPS e para o educador em saúde na atenção domiciliar.....	79
5.2 Resultados e análise do Grupo de Discussão com os profissionais de saúde – em busca de interação.....	93
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>112</b>
Apêndice A-Roteiro previsto para as entrevistas semiestruturadas – Cuidador (Cd) .....	121
Apêndice B- Roteiro previsto para as entrevistas semiestruturadas – Profissional da Saúde (PS) .....	122
Apêndice C-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	123
Apêndice D-Narrativas construídas a partir das entrevistas individuais .....	125
Apêndice E- Mata e Cidade.....	138

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa parte da afirmação que educação e saúde são processos indissociáveis e interdependentes, portanto, refletir os processos das atividades práticas do sistema de saúde, reclama refletir imprescindivelmente sobre a dimensão educativa que está presente neste processo. A proposta da educação permanente em saúde ocorre no território da micropolítica como trabalho vivo em ato, nos agires cotidianos dos sujeitos, na relação entre si e nos cenários em que se encontram. Esse entendimento supera a pretensa divisão entre teoria e prática assim como a ideia de supremacia de uma sobre a outra. A linha de pesquisa formação e práxis do educador frente aos desafios amazônicos, do programa de pós graduação em educação da Universidade Federal do Amazonas-UFAM, atenta em perceber a interação entre o saber conhecer e o saber fazer tanto nos processos educativos como nos atos mesmo da experiência humana, e por reconhecer que o serviço ensina, estimula a produção de conhecimento para além da escola e da sala de aula, indo até à dimensão da micropolítica, onde de fato se vive.

Assim, apresento o objeto desse estudo: a educação permanente em saúde (EPS), considerando suas diretrizes e os desafios para sua concretização no território coletivo e cotidiano do trabalho em saúde. O recorte escolhido contempla a compreensão de profissionais de saúde e cuidadores do Serviço de Atenção Domiciliar, SAD Manaus, Programa Melhor em Casa sobre o entendimento da política, avaliação das necessidades e planejamento de atividades educativas em saúde. A decisão por essa escolha ocorreu pela constatação de que deve haver coerência entre as atividades práticas em saúde e os pressupostos teóricos e metodológicos.

Implicado profissionalmente como servidor no cargo estatutário de psicólogo atuante na atenção domiciliar (AD) na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, tive a oportunidade de observar o trânsito das diversas atividades dos envolvidos no referido serviço e da organização do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD Manaus). Fato imediatamente constatado foi que o SAD carecia de consistentes e sistematizadas atividades educativas em saúde que atendessem não somente a portaria que regulamenta o funcionamento do serviço, mas também e principalmente que contribuísse para o enfrentamento dos desafios diários concernentes à formação e à atuação que são demandas dos profissionais de saúde e cuidadores familiares. Delimitada a situação-problema e tendo o compromisso social e científico, pensei que atividades educativas em saúde planejadas e desenvolvidas coletivamente, contextualizadas e problematizadas na lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e demais referenciais poderiam trazer benefícios ao SAD, aos atores comprometidos com ele, assim como à construção de conhecimento.

Foi, portanto, a partir deste impacto que surgiram reflexões profissionais e científicas que me impulsionaram, mais adiante, à construção desta pesquisa. A noção de implicação (ARDOINO, 1983; ELIAS, 1993; AMADO, 2005) é entendida aqui como ponto de partida da emergência do problema investigativo e da elaboração subsequente desta investigação. Implicar: enredar, envolver, afetar, comprometer (FERREIRA, 1979). Portanto, a implicação não significa apenas enredar-se emocionalmente, mas é também usufruir desse enredamento para uma reflexão crítico-científica sobre o problema da pesquisa e da construção teórica metodológica dela, proporcionando um vai-e-vem entre aproximação com o real experienciado e o distanciamento reflexivo necessário para a elaboração complexa de conhecimento científico.

Diante destas reflexões, algumas questões norteadoras podem ser colocadas:

- Como se dá o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, na perspectiva do profissional de saúde e do cuidador familiar que atuam nele?

- Como o profissional de saúde e o cuidador familiar concebem o processo de EPS em sua formação e atuação no Serviço de Atenção Domiciliar em Manaus-AM?

- Quais as possíveis necessidades de EPS identificadas no cotidiano prático do Serviço de Atenção Domiciliar a partir dos próprios profissionais de saúde e cuidadores familiares?

A principal tese defendida nessa pesquisa é que como prática social complexa, o saber/fazer do profissional de saúde e do cuidador familiar do Serviço de Atenção Domiciliar em Manaus-AM, constituído como trabalho vivo e construído nas vicissitudes do cuidado cotidiano, deve possibilitar a esses atores refletir sobre a dimensão crítica de sua atividade e definir finalidades que antecipam idealmente sua transformação. Como pressuposto à tese, defenderei ainda que o profissional de saúde é eminentemente um educador em saúde, e como tal deve favorecer o diálogo aprofundado, a reflexão crítica, a construção coletiva de conhecimento a partir da problematização das práticas com vista as suas transformações.

Pesquisas acadêmicas que investigaram o serviço de atenção domiciliar criado nacionalmente em 2011, tiveram como foco principal a análise das potencialidades e desafios na produção do cuidado (PEREIRA, 2014); a caracterização da implantação do Programa Melhor em Casa sob a perspectiva de gestores municipais (OLIVEIRA NETO, 2016); a avaliação e possíveis influências de habilitações da atenção domiciliar em alguns municípios brasileiros (MELONI, 2015); e avaliar o impacto da implementação de intervenções no processo de trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Escola da Universidade de Pelotas-RS (MAAS, 2019). Mesmo sem colocar a educação permanente em saúde como cerne

de sua investigação, destaco dentre esses, a última pesquisa que evidenciou perdas de espaço de educação permanente e comunicação como um dos nós críticos a ser superado para a otimização do processo de trabalho desse serviço.

A tese de Zinn (2015), ainda que não no campo da atenção domiciliar, e sim na área interdependente da atenção básica, utilizou a metodologia da pesquisa ação e os conceitos da educação permanente em saúde para investigar o processo de apropriação de educação permanente em saúde no município de Sorocaba-SP na ótica de profissionais da atenção primária à saúde. Seu problema de pesquisa se concentrou em saber se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é apenas uma diretriz política ou prática possível e se era potente para transformação de práticas e da gestão em saúde naquele contexto. Os resultados evidenciaram um incipiente, mas crescente movimento da educação permanente em saúde local. Mesmo sem a legitimação necessária essa diretriz política tem se ampliado. De forma prospectiva, enfrentado a coexistência de paradigmas educativos contraditórios e mobilizado o potencial das pessoas envolvidas, concluiu que a política tem potencialidades de transformar-se em prática possível e qualificadora das relações no cotidiano de trabalho e de promover o local de trabalho como um local de educação também.

Busco aportes teóricos na psicologia histórico cultural para embasar essa investigação dando ênfase em suas contribuições às áreas da educação e saúde e tomando como referência autores de base crítica. Tais matrizes possuem suporte conceitual para sustentar as discussões sobre o problema de pesquisa investigado. A partir da escola russa de psicologia, quatro são as características da psicologia histórico cultural que nortearam essa investigação e que apresento a seguir:

- Focaliza a concepção de que o homem é determinado por sua atividade material, constituindo-se, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de sua atividade intencional. Desta forma, o homem ao nascer encontra no mundo que o acolhe os meios necessários para realizar a atividade que mediatiza a sua relação com a natureza, sendo que é nessa relação que ele a humaniza e humaniza-se, forjando o caráter histórico de sua atividade. No caso dessa pesquisa, o problema que se busca resolver ou, ao menos esclarecer, é a conciliação entre o saber acadêmico-escolar e a atividade prática, viva e cotidiana de profissionais de saúde e cuidadores da Atenção Domiciliar, supondo que através dessa interação sejam produzidas novas condições para uma natureza que é também passível de ser influenciada pelo homem.

- Preocupa-se em analisar dados sobre processos e não especificamente sobre o objeto. Disso decorre a compreensão de que os fenômenos sociais, como os encontrados na sala de aula

ou no trabalho em saúde, se caracterizam por movimentos contraditórios que culminam em uma síntese jamais definitiva, e, por isso mesmo, ponto de partida para nova contradição. Para essa pesquisa, espera-se que o conhecimento obtido venha mais de uma análise das relações e movimentos processuais do que de simples descrição do fenômeno.

- Destaca o processo do uso da linguagem em situação de interação oral ou escrita. Para esse trabalho o uso da linguagem é focado nas atividades de entrevistas individuais e através de grupo de discussão, sendo o tipo de interação estudada sobretudo oral.

- Emprega métodos de pesquisa interpretativistas, que é adotado nessa pesquisa.

Explicitadas as características do aporte teórico dessa investigação, cumpre especificar as categorias e conceitos adotados.

De Lev Vigotski, lança-se mão dos conceitos linguagem, mediação e interação (LEONTIEV, 1984; VIGOTSKY, LURIA e LEONTIEV, 2010). Nessa perspectiva, o desenvolvimento humano é um processo contínuo de aquisições quantitativas e de transformações qualitativas que se dão no sujeito a partir de suas experiências no contexto de suas relações sociais. Dito de outra forma, é o profundo enraizamento entre história social e história individual que se produz a complexa estrutura humana. Essa ligação acontece porque o ser humano é um ser interativo. O contexto interativo é a camada que permite a apreensão pelo indivíduo, tanto das propriedades estruturais dos objetos materiais e ideais, como de seu significado e função social.

Essa interação – homem-ambiente – se dá de forma mediada através de instrumentos externos (materiais) e internos (psicológicos) tendo a fala como grande signo mediador. Esses últimos são sistemas de signos “criados pela sociedade ao longo do curso da história humana mudando a forma social e o nível de seu desenvolvimento cultural” (VIGOTSKY, 1984, p. 8). Internalizados os sistemas de signos que foram culturalmente produzidos provocam transformações comportamentais e estabelecem um elo entre as formas iniciais e as mais avançadas de desenvolvimento individual. As funções psicológicas que emergem e se consolidam no plano intersubjetivo – na ação entre sujeitos – tornam-se internalizadas, transformando-se para constituir o funcionamento interno do indivíduo, o plano intrassubjetivo. Assim, temos um sujeito que não é passivamente moldado pelo meio, nem realiza suas aquisições assentado em recursos exclusivamente sociais, mas sim um sujeito interativo que se constrói socialmente ao mesmo tempo que participa ativamente da construção do social. Tais conceitos serão aprofundados no capítulo para esse fim.

Paulo Freire (1998) é também acionado nessa investigação como autor com proposta para um modelo pedagógico crítico de educação em que procura superar os modelos educacionais hegemônicos. Seu entusiasmo, humanidade e amor ao mundo e aos homens, compreendia a educação como mediação básica da vida social de todas as comunidades humanas e com capacidade geradora de novas formas de concepção de homem e de mundo. Sua certa compreensão da vida forjou um modelo educativo crítico, significativo, problematizador e pautado no diálogo que ajuda, além de importantes contribuições para essa pesquisa, na construção da noção de educador elaborada nessa tese. Para essa introdução, é necessário dizer que o educador é uma pessoa que contribui de forma consciente ou inconsciente para que as pessoas adotem condutas que venham beneficiá-las. No caso do educador em saúde é aquela pessoa envolvida num processo amplo de comunicação e que alfabetiza por meio da linguagem oral, escrita, por imagens e pelo próprio exemplo modos de cuidados para manter-se sadio. Freire e outros teóricos críticos da educação apostam em algo que ultrapasse o processo simplificador de ensinar e aprender. Seu alvo é a construção de um modelo novo de relação e de interação, pautado no diálogo, na solidariedade, respeito e igualdade. Com Freire, o diálogo torna-se numa potência de ação e transformação; passam a existir inéditas relações de poder, inéditos paradigmas em um tempo forçosamente novo onde a luta contra a marginalidade e interesses dominantes é subsidiada por uma teoria crítica de educação, pelo agir educativo.

Cabe destacar a aproximação das contribuições de Vigotsky e Freire e que influenciaram e seguem influenciando o pensamento pedagógico atual e financiam a possibilidade de construção de novos modelos educativos. Mais detalhadamente explicitado na seção fundamentação teórica, destaco os conceitos de linguagem e mediação a partir da unidade dialética desencadeadora de pensamentos e ações críticas sobre a realidade para transformá-la. Vigotsky e Freire consideram as palavras como signos que podem ser utilizados na transformação do pensamento. Dessa forma, as palavras influenciam diretamente o desenvolvimento cognitivo das pessoas impactando na constituição da consciência. No que se refere a mediação, como possível aproximação, Gehlen, Maldaner e Delizoicov (2010), pontuam entre o processo proposto por Freire, de codificação, decodificação e tema gerador e a concepção de signos propostos por Vigotsky. Além do que, mesmo sem uma referência explícita à problematização, conforme concebido por Freire, há sinais de uma problematização implícita também na perspectiva vigotskiana.

Além desses conceitos e autores, destacam-se também os conceitos *de quadrilátero da formação* (CECCIM e FEUERWERKER, 2004) e de *educação permanente em saúde* (MERHY, 2004, 2005, 2006, 2015; OLIVEIRA, 1997; CECCIM e CARVALHO, 2006; FERLA, 2002; FRIEDRICH, 2012). Na seção destinada à fundamentação teórica, será feita a exposição desses conceitos e categorias teóricas e procurar-se-á desenvolver uma discussão sobre o modo como são articulados para dar conta da análise do objeto desta investigação, as atividades educativas em saúde desenvolvidas na atenção domiciliar na cidade de Manaus-AM.

O objetivo geral é investigar as atividades educativas em saúde desenvolvidas na Atenção Domiciliar no município de Manaus-AM na perspectiva de profissionais de saúde e de cuidadores familiares que atuam na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. São objetivos específicos: compreender o processo de educação permanente em saúde do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Manaus-AM, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos cuidadores familiares que atuam nesse cenário; elaborar plano de ação para avaliação de necessidades de educação permanente em saúde no Serviço de Atenção Domiciliar e planejar intervenção educativa em saúde para o Serviço de Atenção Domiciliar a partir das necessidades identificadas.

## **1. PRODUÇÃO MEDIATIZADA DE CONHECIMENTO, PROMOÇÃO HUMANA E ENCONTROS MOBILIZADORES**

*Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Paulo Freire (1987)*

Silva (2017, p.13) reconhece que “dentre as contribuições que a psicologia pode fornecer à educação estão os referenciais para a leitura da prática educativa como prática social e principalmente para a construção de uma prática educativa transformadora”. No decurso da história houve diferentes modelos teóricos psicológicos que influenciaram de diferentes formas a pesquisa e a intervenção na ampla área que é a educação. Evidentemente os efeitos do estudo desses modelos repercutiram também sobre as metodologias de ensino, contribuindo fundamentalmente para a construção de conceitos de desenvolvimento e de aprendizagem.

Como argumentações teóricas na área da psicologia dão suporte às práticas pedagógicas, é preciso reforçar a necessidade de reflexão ao se falar e escrever sobre as ideias básicas da psicologia a serviço da educação. Nesse debate, entre desenvolvimento psicológico e educação, Coll (1999) afirma que ele sempre esteve limitado a velha e dicotômica relação entre natureza e cultura, biologia e sociedade, procurando oferecer explicações às diferentes expressões comportamentais tipicamente humanas. Do estudo empreendido sobre o desenvolvimento humano durante o século XX predominaram três discursos que, na visão de Cole (1992), são teorias que concebem o desenvolvimento como interação entre duas forças justapostas: organismo e ambiente. São elas: as visões clássicas que ora apontava para a supremacia dos mecanismos maturacionais, ora apontavam para o ambiente como a principal força propulsora do desenvolvimento e ora propunham que o organismo tem um papel ativo, e que o indivíduo é quem constrói seu próprio desenvolvimento através de diversas tentativas de adaptação ao ambiente (SILVA, 2017).

Cole (1992) sugere uma quarta visão. Que seja incluída como central que a mediação cultural é constituinte do desenvolvimento. Em outras palavras, que a interação social é mediada pela cultura. Ao pensar a cultura como um fator presente no processo de desenvolvimento é preciso ter em conta a evolução dessa palavra ao longo do tempo. Inicialmente a ideia de cultura se referia ao processo de fazer plantas ou animais crescerem. Alinhada a segunda visão clássica de desenvolvimento, essa ideia de cultura incluía uma teoria geral de como promover desenvolvimento, como preparar o ambiente para que o organismo pudesse ter condições adequadas para o crescimento. Logo se percebeu, no entanto, que atender às condições internas e externas ao ambiente exigia saberes, crenças e o uso de ferramentas e

que a combinação desses fatores poderia constituir condição adequada para que a cultura seja vista como meio de desenvolvimento. Cole (1992) compreende cultura como o vestígio atualizado da atividade humana utilizado pelos humanos para transformar a natureza para que atinjam seus objetivos e, ao fazer isso, acumula artefatos para as próximas gerações, na forma de ferramentas, rituais, crenças e nas formas de conceber o mundo. Assim, para transformar o ambiente, o homem se apropria de artefatos que foram produzidos por gerações anteriores. Esses artefatos têm a finalidade de ligar os seres humanos ao mundo físico, o que os torna instrumentos de mediação. Não há, portanto, uma influência unidirecional entre biologia e cultura ou entre biologia e ambiente. O que há é uma intensa e complexa interação entre aspectos biológicos, sociais, culturais e ambientais.

Os autores citados estão ancorados na psicologia histórico cultural para quem o processo de interação social não cumpre simplesmente a função de desenvolver princípios de tolerância e solidariedade. Ele é uma necessidade ontológica, ou seja, é por meio da relação do humano com os outros, com a natureza e com a história dessas relações que este se humaniza. Assim, é impossível que o professor eduque o aluno. É apenas possível que o aluno eduque a si mesmo por meio de sua própria experiência no meio social, seja esse meio social imediato ou mais amplo. Longe de perder importância, esse entendimento traz maior relevância ao papel do educador, uma vez que o educador se torna o organizador do meio social educativo, o regulador e controlador da sua interação com o educando. Se por um lado, o professor se vê impotente quando procura agir de modo direto, de outro, descobre seu grande valor de influenciá-lo de modo indireto através do meio social, a “verdadeira alavanca do processo educacional” (VIGOTSKY, 2004, pp. 63-65). O educador atua como organizador e administrador do meio social educativo ao mesmo tempo que dele faz parte. Ele não atua como educador se apenas substitui livros e colegas, pois assim é mera peça da máquina educacional. Sua atividade como educador acontece quando, ao afastar a si mesmo tanto quanto possível, inclui a força do meio social, organizando e administrando-a para atingir objetivos educativos específicos.

### **1.1 Conceitos e categorias psicológicas de análise**

Para compreender o processo de educação permanente na Atenção Domiciliar em Manaus e de suas atividades educativas em saúde desenvolvidas busco na pesquisa psicológica histórico cultural, na pedagogia dialógica e nos conceitos que sustentam a Política de Educação Permanente em Saúde, dentre outros, elementos psicológicos para a construção do referencial teórico dessa pesquisa.

## 1.2 Mediação

A mediação psicológica é a atividade humana de interpor sobre sua própria atividade interior (mental) signos (qualquer objeto, imagem, som ou lembrança com significado) com finalidade de ampliação de suas funções psíquicas. Como complexas negociações de sentido, as mediações, em termos genéricos, são o processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação; a relação deixa de ser direta e passa a ser mediada por esse elemento. Oliveira (2005), cita como exemplo clássico, quando um indivíduo aproxima sua mão da chama de uma vela e a retira imediatamente ao sentir dor, está estabelecida uma relação direta entre o calor da chama e a retirada da mão. Contudo, se a pessoa retirar a mão apenas ao sentir o calor e lembrar-se da dor sentida em outra ocasião, a relação entre a chama da vela e a retirada da mão estará mediada pela lembrança da experiência anterior. Se, em outro caso particular, a pessoa retirar a mão quando alguém lhe disser que pode se queimar, a relação estará mediada pela intervenção dessa outra pessoa.

As investigações originais de Lev Vigotsky foram direcionadas principalmente ao estudo dos processos mentais superiores ou funções psicológicas superiores. Ou seja, seu problema de pesquisa era compreender os mecanismos psicológicos mais sofisticados e mais complexos, que são típicos do ser humano e que envolvem o controle consciente do comportamento e ação intencional e a liberdade do indivíduo em relação às características do momento e do espaço. Desde modo, as funções psicológicas superiores apresentam uma estrutura tal que entre o homem e o mundo real existem mediadores. Vigotsky distinguiu dois tipos de elementos mediadores: os instrumentos e os signos. Muito embora exista analogia entre os dois tipos de mediadores, eles têm características bastante diferentes e merecem ser tratados separadamente. Aqui não tem como não ligar a importância dos instrumentos para a atividade humana de Vigotsky com sua filiação teórica aos postulados de Marx. Assim como Marx, ele busca compreender as características do homem através do estudo da origem e desenvolvimento da espécie humana, tomando o surgimento do trabalho e a formação da sociedade humana, com base no trabalho, como sendo o processo básico que vai marcar o homem como espécie diferenciada. É o trabalho que, pela ação transformadora do homem sobre a natureza, une homem e natureza e cria a cultura e a história humanas. No trabalho desenvolve-se, por um lado, a atividade coletiva e, portanto, as relações sociais, e, por outro lado, a criação e utilização de instrumentos.

Então, instrumento é um elemento interposto entre o trabalhador e o objeto de seu trabalho, ampliando suas possibilidades de transformação da natureza. Por exemplo, uma

atadura permite cobrir um ferimento facilitando a cicatrização e a vasilha estéril permite o armazenamento de substâncias que precisam permanecer assim. O instrumento é criado para cumprir certo objetivo, carrega, portanto, a função para a qual foi criado e o modo de utilização desenvolvido durante a história do trabalho coletivo. É, pois um artefato social concreto, externo ao homem, portador de uma finalidade que está incorporada em sua forma material e mediador da relação entre o indivíduo e o mundo. Os signos, por sua vez, também chamados por Vigotsky de instrumentos psicológicos, não estão no mundo exterior, mas na atividade psíquica do sujeito, sendo esses signos um meio de influência do sujeito sobre si mesmo; um meio de autocontrole e autorregulação. São meios auxiliares para solucionar um dado problema psicológico, como lembrar, escolher, contar, entre outros, mas que não guardam em si qualquer predeterminação em sua forma como no caso da ferramenta de trabalho. Pode-se dizer que é análoga a invenção e uso de instrumentos no trabalho, só que agora no campo psicológico. Pode-se afirmar também que, se em Marx as ferramentas são mediadoras na ação do homem sobre os objetos (externos), ampliando sua possibilidade de modificação da natureza; em Vigotsky os signos são mediadores na ação do indivíduo sobre si mesmo (internos), sobre sua atividade interior, ampliando suas funções psíquicas. Os signos são ferramentas que auxiliam nos processos psicológicos e não nas ações concretas, são destinados ao controle do próprio comportamento psíquico e dos outros e possuem natureza não orgânica, ou seja, têm uma natureza social (FRIEDRICH, 2012).

No transcorrer da história, o homem tem utilizado signos como instrumento psicológico em diversas situações. Signos podem ser definidos como elementos que representam ou expressam outros objetos, eventos, situações. Quem já inverteu o anel ou aliança da mão com objetivo de lembrar de algum compromisso fez uso de um signo. A palavra mesa, por exemplo, é um signo que representa o objeto mesa; o símbolo 3 é um signo para a quantidade três, e o desenho de uma cartola na porta de um sanitário é o signo que indica o sanitário masculino. Observado em suas sucessivas experimentações com criança, Vigotsky constatou que os processos de mediação sofrem transformações ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Por serem processos psicológicos sofisticados, ainda não estão presentes em crianças pequenas. Em um experimento realizado por Alexei Leontiev (1903-1979), citado em Oliveira (2014), foi apenas com oito anos, aproximadamente, que as crianças fizeram uso de objetos (no caso eram cartões coloridos) como instrumento psicológico; crianças menores operaram de forma direta, sem uso de signos mediadores. Adultos também que participaram do experimento não se beneficiaram da presença desses cartões: seu desempenho na primeira fase do experimento (sem

cartões) foi muito semelhante ao da segunda fase (com cartões). Vigotsky argumenta que esse resultado não significa uma regressão dos adultos a uma atividade psicológica não mediada, como das crianças pequenas. Ao contrário, o bom desempenho dos adultos nas duas fases do experimento evidencia que está, sim, havendo mediação, porém, que ela está ocorrendo internamente, independentemente da presença dos cartões, no caso. Pode-se supor, que esses sujeitos foram capazes de sozinhos, pensar sem a necessidade da existência física do cartão para lembrá-lo. Os signos internalizados são como as marcas exteriores, elementos que representam objetos, eventos, situações. Assim como o nó num lenço pode representar um compromisso que não quero esquecer, minha ideia de “mãe” representa a pessoa real da minha mãe e me permite lidar mentalmente com ela, mesmo na sua ausência.

É essa capacidade de lidar com representações que substituem o próprio real é que possibilita ao homem libertar-se do espaço e do tempo presentes, fazer relações mentais na ausência das próprias coisas, imaginar, inovar, fazer planos e ter intenções. Sem essa habilidade tipicamente humana, campos tão necessários de constante transformação como são os campos da educação e da saúde seriam impossíveis de passarem por mudanças ao longo do tempo. O processo pelo qual o indivíduo internaliza a matéria prima fornecida pela cultura não é, portanto, um processo de absorção passiva, mas de transformação ativa, de síntese. Esse processo é um dos principais mecanismos a serem compreendidos no estudo do ser humano. É como se, ao longo de seu desenvolvimento, o indivíduo tomasse posse das formas de comportamento fornecidas pela cultura, num processo em que as atividades externas e as funções interpessoais transformam-se em atividades internas e intrapsicológicas. O processo de desenvolvimento do ser humano, marcado por sua inserção em determinado meio cultural se dá ‘de fora para dentro’. Em outras palavras, primeiro a pessoa realiza ações externas, que serão interpretadas pelas pessoas a seu redor, de acordo com os significados culturalmente estabelecidos. A partir dessa interpretação é que será possível para o indivíduo atribuir significados as suas próprias ações e desenvolver processos psicológicos internos que podem ser interpretados por ele próprio a partir dos mecanismos estabelecidos pelo grupo cultural e compreendidos por meio dos códigos compartilhados pelos membros desse grupo.

Assim, as origens das funções psicológicas superiores e de suas transformações devem ser buscadas nas relações sociais entre o indivíduo e os outros indivíduos, portanto tem fundamento social e, por isso, histórico. Os elementos mediadores na relação entre o homem e o mundo – instrumentos, signos e todos os elementos do ambiente humano carregados de significado cultural – são fornecidos pelas relações entre homens. E é aqui que se volta para a

linguagem (mais especificamente a fala), uma vez que dentre os sistemas simbólicos, a fala exerce um papel fundamental para a comunicação entre indivíduos e para o estabelecimento de significados compartilhados capazes de permitir interpretações dos objetos, eventos e situações do mundo real.

Nesta pesquisa, o que se pretende reter não é nem o termo linguagem ou o termo internalização, mas a concepção vigotskiana da atividade reguladora que a fala (signo mediador por excelência para Vigotsky) com propósito desempenha no curso da ação humana e do seu potencial transformador de realidades e gerador de aprendizagens. A invenção de tecnologias educativas de mediação centradas no diálogo interprofissional em educação na saúde, e que seja potente o suficiente para responder criativamente aos desafios desses setores, através do desenvolvimento da capacidade de ajustamento crítico às mudanças.

### **1.3 Pensamento e linguagem**

A partir da ótica metodológica, a pesquisa deve: *a)* analisar processos e não produtos; *b)* explicar e não descrever; *c)* analisar o desenvolvimento. A análise do produto é algo totalmente diferente da análise do processo que trouxe o produto à existência. É possível seguir e estudar o desenvolvimento de um produto provocando-o em condições controladas, por exemplo. O método desenvolvimento-experimental, então, consiste justamente na criação artificial de um processo de desenvolvimento. A substituição da análise de produtos pela análise de processos obriga a pesquisa a reconstruir cada estágio do desenvolvimento do processo em estudo, provocando o retorno do processo aos estágios nos quais teve início (VIGOTSKY, 1989).

Durante a análise de um processo, é privilegiado a explicação e não a descrição, principalmente porque a descrição “não revela as relações dinâmicas-causais reais subjacentes ao fenômeno”. Do ponto de vista descritivo estuda um fenômeno baseando-se em sua manifestação e aparência externa, enquanto o ponto de vista explicativo o faz com base em sua origem, revelando “sua gênese e suas bases dinâmico-causais”. (VIGOTSKY, 1989, pp. 71-72). Assim, dois processos que, do ponto de vista de sua aparência externa, são iguais ou semelhantes podem diferir de modo radical um do outro no que se refere a suas características dinâmico-causais. O inverso também é verdadeiro. Se todos os objetos, isto é, os produtos coincidissem do ponto de vista descritivo e explicativo, ou seja, se seu processo de desenvolvimento se revelasse por meio de sua manifestação externa, a análise científica poderia ser substituída sem prejuízos pela experiência cotidiana (LIMA, 2010).

Há processos que, com o passar do tempo, se enfraquecem em seu dinamismo, isto é, que passaram por uma fase longa de desenvolvimento e se “fossilizaram”. Esses processos podem ser melhores observados nos processos psicológicos que, por já terem sido repetidos uma infinidade de vezes, tornaram-se automatizados ou mecanizados e cuja aparência externa não revela o menor detalhe a respeito de sua natureza interna. Essa automatização ou mecanização dificulta muito a análise. Como estudar um processo desse tipo? Cabe ao pesquisador, nesse caso, modificar esse comportamento automatizado experimentalmente fazendo com que retorne a sua origem e vá se desenvolvendo até chegar novamente a sua forma. É desse modo que se pode realizar uma análise dinâmica e histórica desse fenômeno: “é somente em movimento (de desenvolvimento) que um corpo mostra o que é” (VIGOTSKY, 1989, pp.73-74). A partir desse pensamento, considera que o método para investigar o pensamento e a linguagem deve iniciar com a criança porque ainda não passaram por um processo longo de desenvolvimento. É por essa razão também que Vigotsky é frequentemente visto como psicólogo do desenvolvimento infantil. Tal visão, como sugere Clot (2006; 2010) é redutora da teoria vigotskiana, uma vez que a obra do autor consiste, de fato, no desenvolvimento de uma psicologia geral do desenvolvimento humano.

O pensamento e a linguagem humanos constituem um problema da ciência psicológica (e linguística) que traz consigo, em destaque, um outro problema: o da relação existente entre funções psíquicas diferentes entre formas diferentes de atividades da consciência. Sem se atentarem para o estudo da questão da ligação e da organização dessas funções no todo da consciência, os pesquisadores inicialmente estudavam de forma isolada e atomista as diferentes funções psíquicas como processos separados e independentes uns dos outros. Assim, ora pensamento e linguagem eram identificados e fundidos como a mesma coisa, ora completamente separados e dissociados. De fato, pensamento e linguagem, formam um todo que pode ser denominado de pensamento verbal. O problema de seu estudo consiste em um problema de método de pesquisa. Então, tem-se dois métodos de análise em psicologia que precisam ser diferenciados: 1) o da decomposição de um todo em elementos (análise de produtos apresentado a pouco); e, 2) o da decomposição de um todo complexo em unidades básicas que possuam todas as propriedades fundamentais do todo (o que faz parte da análise de processos também discutido a pouco).

Nesse ponto se torna necessário perguntar qual é, então, a unidade básica de análise do pensamento verbal? A resposta é: a palavra, mais precisamente em seu aspecto interno, a significação. Ela é a unidade viva do som (aspecto externo) e da significação (aspecto interno)

e, como a molécula da água, comporta todas “as propriedades fundamentais inerentes ao pensamento verbal em seu todo” (VIGOTSKY, 1997. pp. 52-54). Da palavra se conhece bem seu aspecto externo, o som, mas não tão bem seu aspecto interno, a significação, essa sim o ponto nodal desta unidade é o pensamento verbal. A compreensão/decodificação discursiva estaria então na esteira de importantes aspectos entre o código cultural, histórico e o particular de onde se emite essa unidade viva. A palavra e mais precisamente sua significação não está a serviço do sujeito, mas sim é o sujeito em atividade; uma coisa da cultura e do sujeito. Isso quer dizer que cultura e educação estão implicadas: elas contrapõem tanto a ideia de predeterminação e fato certo como a noção de circunscrição geneticamente cabal. Tal entendimento força chegar à conclusão de que o sujeito tem duas características distintivas: imprevisibilidade – nada está determinado; e intencionalidade – tem algo que podemos determinar, logo somos seres transformadores.

#### **1.4 Interação**

Relações cotidianas só aparentemente triviais têm um efeito cumulativo na caracterização e no desenvolvimento das pessoas. Embora coexistam uma gama de abordagens teóricas que tem como ponto de encontro o estudo da interação, poucas são as investigações que objetivam integrá-las. De fato, é só a partir dos anos de 1970 notadamente com Bowlby (1969) que o estudo da interação se constitui numa segunda grande tendência; o desenvolvimento social passa a ser analisado em termos do que acontece entre as pessoas e não dentro dos indivíduos tratados isoladamente. Antes dessa época, e mesmo já a partir de meados do século XIX, a questão das relações sociais geraram alguns estudos dos efeitos do grupo social sobre as pessoas. Deste período destaco como relevantes a pressuposição de que as vivências de grupos estão entre os fatores dos mais importantes para a determinação da natureza humana; e a impressão de que os fenômenos sociais são passíveis de investigação científica. A limitação desses estudos pode ser identificada na busca de conhecimento humano tendo como ênfase os efeitos do grupo sobre o comportamento individual, e não nos efeitos da interação social. Além disso, as ideias expostas tinham pouca sistematização exigidas hoje pelos critérios de cientificidade e não constituiu uma base empírica consistente. Contudo, tais estudos favoreceram os avanços da pesquisa das interações que passaram por assim dizer, por três grandes tendências.

Iniciei pela segunda grande tendência por entender que sua importância preparou o solo adequadamente para a tendência seguinte, uma vez que a primeira caracteriza-se pelos efeitos

da interação no comportamento social dos indivíduos, enfatizando o indivíduo em suas aquisições de competências sociais, ou o ambiente, na determinação do desenvolvimento, noção que não defendo aqui. Influenciada pela tensão pós Segunda Grande Guerra, as teorias de aprendizagens desenvolvidas deram continuação à investigação e demonstração dos efeitos do reforçamento e da punição, bem como de formas variadas de instalação e modificação de comportamentos. Além disso, a teoria de sistema e suas variações fundamentou trabalhos frequentemente voltados para as relações familiares, sendo concebidas ora como relações de poder e troca, ora como contexto de processos adaptativos que permitissem manter o equilíbrio do sistema, o que obscureceu olhar a interação como processo (ARANHA, 1993).

As bases que prepararam o terreno para a terceira grande tendência no estudo das interações, quais sejam, o estudo com crianças, permitiram apontar que qualquer estudo com o progresso da criança deve-se estudar a criança e o adulto. Outra base impulsionadora foi a que entende que o progresso no desenvolvimento da criança não é uma questão apenas de acréscimos quantitativos mas sim de reorganizações sequenciais que periodicamente ocorrem na vida mental, e que, como a criança se desenvolve em um contexto social, as interações (sem desconsiderar o processo maturacional) e as relações com as pessoas e sistemas sociais possuem importante papel para suas aquisições e para a construção de funções psicológicas cada vez mais complexas. Em suma, para se estudar o desenvolvimento social da criança é necessário estudar o que acontece entre as pessoas. A grande contribuição dessa tendência consiste em redirecionar o foco de análise do estudo das interações para o processo e não para os resultados. A interação social só pode ser entendida quando estudada em sua capacidade de ser bidirecional. Para isso, e essa é outra contribuição dos estudos da interação, precisa ser realizada a descrição das relações, sua categorização e classificação de suas propriedades que possibilitem a identificação de princípios explicativos referentes a sua dinâmica, evitando o pluralismo teórico existente.

A próxima tendência traz a influência da anterior, notadamente a que referencia a leitura das interações enquanto processo, um movimento contínuo de parceiros interativos e o entendimento do efeito cumulativo das interações tanto para o desenvolvimento cognitivo como para o desenvolvimento das relações interpessoais. No entanto, é radicalmente inovadora ao defender o plano interativo como o contexto em que se dá a construção, por um lado, da subjetividade humana, e por outro, da própria história da humanidade. Os psicólogos da antiga União Soviética Lev Vigotsky e Alexei Leontiev são os principais representantes dessa tese e dos mais conhecidos atualmente.

Dois são os períodos históricos mais marcantes da psicologia soviética: os da década de 1920 e os posteriores a década de 1970. Segundo Valsiner (1988; 1994), os dois principais temas na década de 1920 eram as relações sociais das crianças, além de estudo sobre ambiente de origem – rural ou urbano sobre o desenvolvimento de relações interpessoais, e estudos sobre a visão de religiosidade pela criança. Com a extinção das classes sociais e da religião, mediante decreto, uma importante fonte de investigação foi interrompida. Já a partir de 1970 uma abordagem enraizada no trabalho de Vigotsky e Leontiev destacou-se por abordar estudos mais descritivos que experimentais e defende que a estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social. Defende ainda que tal ligação acontece num contexto de interação. Isso permite que o indivíduo apreenda tanto as propriedades estruturais dos objetos materiais e ideais como seu significado e função social. Que essa interação se dá de forma mediada, conceito já desenvolvido nessa pesquisa. Porque interage, se manifesta uma subjetividade construída socialmente e que irá modificar a situação estimuladora. Dessa forma, surge um sujeito que não é passivamente moldado pelo meio, nem que realiza suas aquisições assentado em recursos exclusivamente individuais. Tem-se o sujeito interativo.

### **1.5 Promoção humana e a construção de novas formas de inserção social em saúde e educação**

Freire (2005) destaca que a libertação autêntica, parte da humanização em processo, quer dizer que não é algo que se deposita na pessoa e nem é uma palavra, mas sim uma práxis que demanda ação e reflexão das pessoas sobre o mundo para transformá-lo. Em suas palavras:

*A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo “encha” de conteúdos [...], mas nos homens como “corpos conscientes” e na consciência intencionada ao mundo. Não pode ser a de depósito de conteúdo, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo (FREIRE, 2005, p. 77).*

A proposta teórico-prática freiriana impulsiona e direciona as novas práticas em saúde referentes à PNEPS que pretende que os processos educativos superem aspectos voltados apenas para a reconhecimento, para aquisição de habilidades intelectuais e psicomotoras e atuem como instrumento político no enfrentamento das fragmentações dos serviços e ações de saúde e que objetivem desenvolver potencialidades individuais e coletivas capazes de aprimorar os processos de trabalho (BRASIL, 2014).

A metodologia problematizadora é mais do que uma abordagem educativa, porque ela é uma postura educacional crítica sobre os elementos da realidade vivida pelos sujeitos do processo [...]. Essa metodologia está ancorada nas pedagogias que tomam como objeto a transformação do mundo do trabalho, do indivíduo e da sociedade como um todo, por meio de aprendizagens significativas e contextualizadas que contribuam para o desenvolvimento de capacidades e competências individuais e coletivas, gerais e específicas, para o trabalho e para a vida (Brasil, 2014, p.11).

Freire e outros pensadores críticos que escrevem dentro de um movimento forte de sua época e crítico de uma cientificidade moderna classicamente cartesiana que compreende a doença como uma cascata de defeitos que surge de forma ordenada e previsível iniciada na estrutura molecular, denuncia as contradições desse modelo, aponta seus paradoxos e divisa um novo paradigma. Nesse novo paradigma está presente e é valorizado o conhecimento biomédico já tão fartamente demonstrado ao longo de mais de quatro séculos como precioso, mas este faz parte de um conjunto de saberes em construção e produtores de novos e enriquecedores sentidos a partir de ações coletivas e de práticas cotidianas. O questionamento é a busca pela superação de um processo de formação acadêmica que historicamente tem se baseado nos conhecimentos oriundos das ciências biológicas, de forma compartimentada. Propõe-se uma forma de ensino que não apenas renove e realce nossas vivências, mas que possibilite a formação de pessoas capazes de apreender e praticar um cuidado pautado no inter-humano, ou seja, que cada um assuma com o outro um comportamento que não o considere e nem o trate como seu objeto, mas como seu companheiro de vida, mesmo que esse encontro dialógico só dure alguns minutos.

Para Freire (1998) o diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo. Se ao dizer suas palavras, ao chamar ao mundo, os homens o transformam, o diálogo impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens. O diálogo é, pois, uma necessidade existencial, logo é o ponto central na atividade de ensino e de desenvolvimento em qualquer área de conhecimento. Para Freire só há diálogo se há transformação; se houver ação e reflexão, ou seja, práxis. Como condição inerente ao humano, o diálogo é a forma padrão ouro de demonstrar respeito pelo saber do outro e de se aproximar do que foi verbalmente referido por ele. Como sujeitos do processo, educadores e educandos simultaneamente ensinam e aprendem e já não há mais os argumentos de autoridade, mas sim a intenção de subir de patamar de compreensão dele, do outro e do mundo. Ter como de alto valor o saber que cada um traz com suas próprias vivências é anular a autossuficiência para então ser possível o encontro. Uma pedagogia da implicação é necessária aqui. A autointerrogação de si mesmo enquanto produtor de cuidado; a capacidade de auto problematização

e posicionamento ético tanto no plano individual como no coletivo do trabalho é tarefa ambiciosa e necessária, ao mesmo tempo que desafiadora.

## **1.6 Educação Permanente - EP**

A necessidade de uma educação contínua que atenda às situações de mudanças seja no âmbito sociopolítico ou maturacional trouxe como fruto não só a evolução histórica do pensamento educacional como a noção de que a educação é um processo permanente e que a aprendizagem perdura a vida inteira. Não estou argumentando só de um ideal, mas de uma evidência prática que se impõe, uma necessidade socioeconômica, pedagógica e antropológica.

Neotti (1978) e Lemos (2016), afirmam que a primeira vez que se tem notícia de algum tipo de menção à educação permanente ocorreu em um informe do Comitê de Educação de Adultos do Reino Unido, em 1919. No Relatório preparado pela Comissão Governamental Britânica de Estudos Pedagógicos, a educação surge como uma *necessidade permanente*, ou um aspecto imprescindível da cidadania; descreviam a educação para adultos como uma necessidade. No entanto, não exerceu maior influência exceto entre especialistas da educação de adultos em alguns poucos países. Na França de 1955 o termo *educação permanente* aparece possivelmente pela primeira vez, sendo oficializado no ano seguinte em um documento do Ministro Educacional sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. Surge o que parece ser a primeira definição de EP por Pierre Arents: conjunto de instrumentos postos à disposição dos homens, sem distinção de idade, sexo, de posição social e profissional, a fim de que não cessem, caso o desejem, de formar-se e informar-se tendo em vista o pleno desenvolvimento das próprias capacidades e, ao mesmo tempo, a mais eficaz participação no processo da sociedade. Antevendo qualquer possibilidade de manipulação ou dirigismo, Arents arremata e afirma que educação permanente deve ser entendida não no sentido de que os homens do nosso tempo têm necessidades de serem conduzidos, mas no sentido de que têm necessidade de serem ajudados a atuar e a agir num mundo complexo e móvel e, não menos, de serem ajudados a resistir à tentação de abandonar pura e simplesmente a própria vontade às correntes econômicas e sociais que ameaçam subjugar-los.

Os principais objetivos da educação permanente estão todos após o período escolar:

- Assegurar, após a escolaridade, a manutenção da instrução e da educação recebidas na Escola;

- Prolongar e completar, fora da formação e da atividade profissional, a educação física, intelectual e estética da juventude, até o exercício da cidadania;

- Permitir, aperfeiçoar, completar, renovar ou readaptar as capacidades (humanas) em qualquer idade;
- Facilitar a elaboração dos conhecimentos e a compreensão dos problemas nacionais e mundiais a todos os cidadãos sem distinção de títulos ou responsabilidades;
- Permitir a todos gozar do patrimônio cultural da civilização e de seu constante enriquecimento.

Em 1959 acontece em Washington a Conferência Internacional de Educação de Adultos, promovida pela Confederação Mundial de Organizações dos Profissionais de Ensino sediada nessa mesma cidade. Nela, a nota tônica é sobre a necessidade de se modificar o ensino para atender a uma educação que prossegue a vida inteira. A ideia de educação permanente começa também a aparecer em livros como o de Gaston Berger (1962), autor conhecido pelo movimento da educação prospectiva. Observa-se que até esse ponto a educação permanente é vista como educação de adultos e como sistema complementar. Em 1960, no Congresso Mundial de Educação de Adultos, realizado pela UNESCO em Montreal, Canadá, amplia-se o sentido da expressão educação permanente, conferindo-lhe um sentido mais abrangente, porém num plano ainda teórico, e, até 1965 a UNESCO considerava que a educação permanente continuava a referir-se a uma terminologia, a uma escala de interesses e pesquisas, a uma série de ideias e princípios (FURTER, 1974).

Na 14ª reunião da Conferência Geral da UNESCO, em Paris, em outubro e novembro de 1966, dentre outras finalidades da Organização para os anos seguintes, a noção de educação permanente com todas as suas implicações é proposta como setor prioritário de estudos. Nesse mesmo ano, seguindo as orientações da UNESCO, esse tema é introduzido no Conselho de Cooperação Cultural da Europa, o que estimula vários países a promoverem estudos através de seminários, simpósios, debates, e o intercâmbio entre documentos e peritos em educação. Na América Latina, merece destaque o Simpósio realizado na Venezuela, em 1968. Neste momento, no entanto, já se percebe que a educação permanente abarca elementos bastantes distintos que vão se configurando em diferentes e complementares conceitos como educação de adultos, formação continuada profissional, democratização da cultura, visão integrada e integradora da ação educativa para o desenvolvimento de múltiplos aspectos da pessoa, ou seja, muitas definições indicam dificuldades em defini-la. Inclusive, a diversidade de definições do termo educação permanente foi pauta do 1º Seminário Nacional sobre Educação Permanente, realizado em Buenos Aires nos dias 20 a 26 de junho de 1970 – em adesão ao ano internacional

da educação instituído pela UNESCO. No documento final desse seminário os participantes reconheceram a dificuldade em encontrar consenso sobre a definição de educação permanente.

Com o objetivo de realizar um informe independente e objetivo sobre as questões que se coloca à educação numa sociedade em permanente mudança, a UNESCO cria em 1971 uma comissão composta por 07 especialistas de vários países. O resultado é divulgado em 1972 com o título vivaz *Apprendre à Être*, mas que se notabilizou mesmo com o nome de Relatório Faure em menção a Edgar Faure, ex-presidente da Comissão e ex-Ministro da Educação da França, presidente da referida Comissão. Espremido esse relatório, realça-se de forma insistente para a necessidade de transformações radicais relativas ao ato educativo, ao espaço educativo e ao tempo da educação. A força motriz dessas transformações é a educação permanente com sua potência em criar um quadro de estratégias alternativo e que conduza a um processo de ensinar e aprender que não se restrinja as instituições convencionais de educar.

Em 1975, novamente a UNESCO, reunindo um grupo de peritos sobre o conteúdo da educação na perspectiva da educação permanente, promove estudos sobre os efeitos ou consequências do conceito educação global permanente no conteúdo da educação, a identificação de alguns problemas presentes nessa perspectiva e a elaboração de propostas concretas relativas a essas investigações, além de estudos que orientem sobre a necessidade de continuar nessa direção. Houve consenso no grupo quanto ao significado de educação permanente, mas não quanto à forma ou termos. Quanto ao significado, educação permanente pode ser entendida como: *a)* um processo contínuo ao longo de toda a vida da pessoa; *b)* um processo social não limitado a instituição escolar e, *c)* um processo integral. A ausência de consenso residia (e ainda reside) nas formas que a educação permanente aparece nos debates. Termos como educação geral, educação básica, educação formal e informal, educação para a vida, educação para o amanhã, educação integrada, ensino permanente, educação recorrente, educação continuada eram usadas (e ainda são) indevidamente como sinônimos. Percebe-se então, que a definição de educação permanente se choca com os vários enfoques que buscam situá-la gerando uma disposição com amplos significados correndo o risco de perder força por ser ampla demais.

A grande contribuição que esse debate trouxe foi que ele favoreceu a ampliação do conceito tradicional de educação. Para três direções apontaram essa ampliação: *a)* dinamização da atividade pedagógica. Educação passa a ser concebida não mais como um bem, mas como um processo e tendo a finalidade não apenas de informar ou transmitir conhecimento, mas criar condições para que a pessoa possa permanentemente autoformar-se e autocapacitar-se para ser

agente de desenvolvimento; *b*) ampliação da atividade pedagógica. Significa dizer que deve se levar em conta não apenas os aspectos formais e sistematizados, mas também e igualmente importantes os informais e indiretos dos diferentes contextos em que vive a pessoa, considerando a educação como processo de desenvolvimento humano integral; e, *c*) integração de uma nova clientela, os adultos. A preparação via educação desse público, acredita-se, pode acelerar o ritmo e alcançar a modernização da sociedade a curto e médio prazo. Pelo menos dois desdobramentos básicos dessa nova interpretação teórica podem ser identificados: o primeiro é que a educação como processo engloba sem distinção educação e trabalho, induzindo a autorrealização em termos de crescimento pessoal, felicidade e rentabilidade econômica. A segunda dobra é que a educação é uma atividade que não pode desligar-se de uma autêntica participação política. Mas a conclusão mais lúcida que o processo de entendimento e definição da educação permanente formulou foi que estratégia genuína de educação permanente não pode ser concebida apenas pelos educadores. Implica uma metodologia interdisciplinar, interinstitucional e uma atividade de cooperação desde a formulação dos problemas e nós críticos até a proposição e execução das soluções, e mais, durante todo processo de monitoramento e avaliação.

Mais adiante, outro aporte que fortaleceu a EP veio do entendimento da antropologia moderna que insiste no fato de que o homem vive um processo de contínua maturação, reelaborando sua visão de mundo a cada nova fase de sua vida. Como consequência, sua educação é também tarefa contínua. A partir desse entendimento, deduz-se pelo estabelecimento de uma relação construtiva entre a busca profunda por equilíbrio e estabilidade inerentes de uma personalidade já amadurecida e a necessidade de inovação, renovação, busca permanente, imposta pelo desenvolvimento de uma personalidade sempre inacabada. Como defendido no parágrafo anterior, tal entendimento facilita um processo de ensino e aprendizagem pertencente ao educador, mas também a qualquer outra pessoa; uma possibilidade de progressiva capacidade que conduza a pessoa assumir ele mesmo a própria formação. Em absoluto se trata de acreditar na necessidade de uma refundação do processo educativo ou em que seja dispensável o educador de hoje, mas em pensar uma educação renovada num projeto coletivo e que dê certa harmonia ao processo geral e ao processo individual de desenvolvimento humano e social. Precisa ser um movimento que permita à pessoa questionar as mudanças, suas próprias e de seu meio, e à educação seja não mero acúmulo sistematizado de conhecimentos ou apenas um local de passagem, mas um processo de autoformação e autoavaliação. Para isso acontecer, precisará inclinar-se ante as carências

das pessoas e fazer com que se sintam livres para expressar o que cotidianamente desejam e vivem. Iniciado aí, renasce a conscientização dos problemas, dos interesses e das ilusórias e precárias soluções ofertadas. Essa ausculta, essa pedagogia da interação, pode aprimorar a capacidade da atividade pedagógica por modificar substancialmente o papel do educador e da educação. É estabelecida uma relação de reciprocidade, de interação e de confusão onde educandos e educadores se sentem em momentos alternados ora educadores, ora educandos.

Há a necessidade da existência de um diálogo com propósito entre os envolvidos no processo de educação permanente que seja o regulador da atividade educativa e o seu ponto nodal. Implica dizer que qualquer que seja o propósito é conversado – currículo, avaliação, disciplinas, saberes, contexto de aplicação, entre tantos outros aspectos como os políticos e econômicos que envolvem a atividade educativa em situação fática. Uma forma de organização social onde as pessoas em qualquer nível decisório, como agentes que interagem, são incentivados por uma recíproca e contínua troca a se transformarem e, assim, transformarem também a realidade.

Essa proposta, intermediária entre a desescolarização e a transformação da sociedade numa comunidade educativa, é fruto da admissão de que a história da evolução da educação permanente que iniciou com o conceito aplicado inicialmente à educação de adultos, em seguida a continuação de sua formação acadêmica, para depois vir a considerar os múltiplos aspectos da personalidade numa visão integradora da atividade educativa, atualmente, tende cada vez menos a designar o que antes era seu objetivo último, o conjunto do processo educativo, considerado em função do indivíduo e da sociedade num envolvimento global, permanente e recíproco. Como perspectiva bastante ampla e audaciosa, a EP é de utópica (no sentido vulgarizado do termo) viabilidade prática. Quando se analisa no plano prático a ideologia radical e global da educação permanente os problemas e críticas são contundentes a partir da análise das condições reais de dependência político econômica e da desigualdade do processo educativo. Idealismo exagerado, desconhecimento ou não valorização da realidade concreta e o humanismo abstrato que desconsidera o jogo de poder e as vaidades implicadas em todo processo de interação humana, prejudicam as transformações indicadas como necessárias à renovação da educação na perspectiva da educação permanente. Ainda, como ato político, pode tanto está a serviço da emancipação ou da alienação, tornando-se uma ou outra a depender das forças dominantes.

Nesse ponto particular reside a crítica mais incisiva sobre a perspectiva da educação permanente, que seria a de omitir, após constatar as desigualdades do desenvolvimento

socioeconômico, as causas reais dessas desigualdades, quais sejam as relações sociais de dependência e dominação que as produzem. Assim, o interesse da economia pela educação permanente estaria fundamentado exclusivamente no aumento da força de trabalho, permanecendo ou mesmo acentuando as demais distorções. Ainda que fosse essa a grande acusação contra a educação permanente no início dos anos 1980, chegando a ser levantada como a ideologia progressivamente predominante no campo educativo das sociedades capitalistas, hoje somente um descontente extremado do atual modelo econômico defenderia essa afirmação. No entanto, exige-se vigilância constante. É fácil confundir quem está de fato nos acusando e/ou nos defendendo. Nesse terreno a educação permanente pode oferecer suporte, ao instigar um nível de consciência crítica que seja capaz da pessoa fazer tal distinção com melhor lucidez, ainda que embotado pelas forças sociais e econômicas vigentes.

Defendo o conceito de educação permanente como ainda capaz de responder à ânsia por mudanças na educação e a todos os empreendimentos a ela vinculados. Também é a que melhor responde à inclinação do ser humano para perfectibilidade, e a sua vocação de ampliar de forma sem limites seus horizontes intelectuais e espirituais, sua teimosa natureza de buscar a superação de suas crises existenciais. Não defendo seu radicalismo por se confrontar com intransponíveis situações políticas e práticas mas, mesmo admitindo a dificuldade de transposição da teoria para a prática, defendo sua ideia-força, uma ideia que fustiga o imobilismo e estimula quem acredita numa interação ativa e inventiva que responda às tensões mesmo que nem sempre possam ser equalizadas. Educação permanente se opõe aos dois modos extremos da filosofia de Demócrito e Heráclito ao se posicionarem ante à realidade da condição humana. Estes, foram dois filósofos, o primeiro, por considerar ridícula a condição humana, só saía em público com uma fisionomia graciosa e zombeteira; o segundo, pelas mesmas razões, trazia um semblante continuamente triste, e os olhos em lágrimas. Educação permanente é o movimento, a oscilação entre esses dois polos constituintes de nós, e que com a lucidez necessária nos tiram dos extremos inférteis.

O conceito de educação permanente é a possibilidade de representar um escape produtivo entre a interação homem/situação, integração teoria/prática, clássico/moderno, simples/complexo, e vir a ser a orientação mais adequada para os processos que envolvem a vida humana individual e coletiva. Para isso, mentalidades precisam ser modificadas, responsabilidades pessoais precisam ser assumidas e consciências educadoras críticas precisam ser geradas como a necessidade de redes de ensino e aprendizagem totalmente diferentes do ambiente escolar tradicional, mas com alta capacidade de disseminação pedagógica e que

provoque no modelo tradicional escolar não sua extinção mas sim uma necessária renovação. Neste ponto em particular, o ambiente de trabalho, e em especial o trabalho em saúde pública pode se constituir numa enorme sala de aula e o SUS em um ambiente-escola, a nova ágora voltada para a comunidade e para a construção de pactos de convivência e práticas vividas. Superado o desconforto gerado pelo rompimento do trabalho individual e da gestão silenciosa, pode surgir a disposição para a produção de alternativas de processos, conceitos e práticas, para o enfrentamento do desafio de gerar transformações. Tarefa essa ousada e difícil, porém possível.

A denominada Educação Permanente em Saúde (EPS) surge em meados da década de 1980, tendo sido disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), e quando estudada pela ótica brasileira deve ser vista no bojo de uma política pública nacional de saúde que também precisa ser analisada criticamente, tendo em conta os próprios desenvolvimentos da OPAS e de outros organismos que também propõem alternativas à formação em saúde no sentido da integração ensino e trabalho em saúde. Mais recentemente, em 2017, a OPAS, preocupada em melhor qualificar os sistemas de saúde de seus Estados Membros e tendo como foco a pessoa e toda a potência com que é dotada, fez algumas recomendações que merecem destaque aqui. A primeira delas é a que aponta para a necessidade de investir em equipes interprofissionais nas redes de serviços mediante a formação interprofissional. A segunda, a que destaca a diversificação dos contextos de aprendizagens, adequando os perfis profissionais e as novas formas de organização do trabalho, como distribuição de tarefas e delegação, possibilitando a incorporação dessas equipes nas redes integradas de serviços de saúde (PADILHA, 2019).

As necessidades de saúde locais requerem como prerrogativa indissociável uma formação interprofissional e cooperativa tanto no nível acadêmico como no nível prático dos cuidados em saúde. A prática cooperativa só acontece efetivamente quando vários profissionais da saúde com suas singulares vivências e experiências profissionais trabalham entre si e ainda com usuários, famílias, cuidadores e comunidade objetivando a assistência integral e de qualidade. Assim, qualquer pessoa, como educadora permanente em saúde, pode ser acrescentada como força de trabalho da qual tanto nosso sistema universal de saúde necessita. Essa tese traz um debate antigo e persistente que é a necessidade de trazer a educação formal para o mundo do trabalho em saúde. Para diminuir ou mesmo inexistir distância entre eles. Nesse sentido alguns “esforços tem sido feitos para modificar estrutura de conteúdo, métodos de ensino e principalmente a inserção precoce dos alunos nos sistemas de saúde, a fim de

alcançar uma formação abrangente que atinja um perfil de excelência contextualizado às necessidades das populações e dos sistemas de saúde dinâmicos” (PADILHA, 2019, p. 10). Reconhecida, em geral, como disciplinar e fragmentada, a educação precisa integrar universidades e serviços, educação e trabalho, docência e atenção e ambas proporem iniciativas que estimulem o trabalho colaborativo e interprofissional. Iniciativas nesses moldes são ainda esparsas, e, no que pese a esta pesquisa em campo multiprofissional em atenção domiciliar, um permanente desafio.

### **1.7 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS: Atividade que gera potência ou só diretriz política?**

O artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde (BRASIL, 1988). Educação Permanente em Saúde, ou simplesmente EPS, foi a designação recebida à formação e desenvolvimento das pessoas que trabalham na saúde no SUS. A expressão Educação na Saúde foi formulada para abarcar os processos formativos de profissionais de saúde. Difere da Educação em Saúde, que se realiza como prática cuidadora na atenção integral realizada pelos serviços perante seus usuários. Difere também da “Educação Popular em Saúde”, que se realiza como prática de consciência e participação social, e da “Educação da Saúde”, que se refere aos objetos, termos e objetivos das práticas educativas no interesse da saúde. A criação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se coloca como resposta constitucional de ordenar a formação dos trabalhadores na área da saúde com vistas a consolidação do SUS. Nessa política o trabalho é visto como princípio educativo e como desenvolvimento de uma pedagogia em ato na incorporação do aprender e ensinar no cotidiano do trabalho (SCHWEICKARDT, LIMA, CECCIM, FERLA e CHAVES, 2015).

A formação profissional passou a ser reconhecida como fator essencial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Em 2003 é criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Nesse mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde – CNS, publica em 04 de novembro de 2003 (publicado no Diário Oficial da União em 04 de dezembro de 2003), a Resolução CNS nº 330, que aplica “*Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)*” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. De acordo com essa norma, a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de

pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, como para a saúde coletiva. Segundo esse documento, na formulação de uma proposta política para a área, novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passaram a exigir novos perfis profissionais. Daí ser imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o SUS e com o projeto technoassistencial definido nas Leis nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Ainda em 2003, o CNS, publica a Resolução nº 335 de 27 de novembro de 2003 que aprova a *Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*. Nessa mesma resolução é proposta a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. Recomendações são feitas para que os gestores das três esferas de governo envidem esforços para a implantação e implementação desta Política, de forma a assegurar todos os recursos necessários a sua viabilização, permeabilidade às instâncias de controle social do SUS e ao engajamento das instituições de ensino na área da saúde. O CNS também se compromete a apoiar as estratégias que visem à interação de profissionais e a construção da organização da atenção à saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS e dessa recém-criada Política. Essa Resolução é do final do ano de 2003, mas somente passa a vigorar no início de 2004 quando é publicada no Diário Oficial da União, ficando conhecida nacionalmente como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL, 2004).

Em 2004, foi então instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria MS/GM nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, na qual o Ministério da Saúde assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação das pessoas que trabalham na saúde (LEMOS, 2016). Como conceito pedagógico para o setor saúde, a Educação Permanente em Saúde – EPS, pode efetuar interações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliada até para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Com a pretensão de realizar a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade com vistas às transformações das práticas em saúde, a EPS apregoa está em contraposição ao predomínio do paradigma simples em educação que privilegia o desenvolvimento de habilidades psicomotoras e a remodelação cognitiva. A simplicidade desse paradigma está em defender que conhecimentos, habilidades e atitudes advêm de uma tecnologia instrucional com

objetivo claro de suprir lacunas de desempenho no trabalho ou preparar pessoas para novas atribuições (MENESES, ZERBINI e ABBAD, 2010; MEHRY, FEUERWERKER e CECCIM, 2006). Tal constatação, a de reduzir o conceito e prática de EPS em cursos e capacitações, tem-se constituído um desafio permanente a ser superado, como será demonstrado à medida que essa pesquisa vai para seu ocaso.

Em 2007, é publicada a Portaria MS/GM nº 1.966, de 20 de agosto de 2007 que tem como objetivo fornecer a adequada base normativa para a organização dos processos de gestão da educação permanente em saúde, nas diferentes esferas de gestão. Um dos componentes dessa base é que a PNEPS deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação em saúde. A PNEPS tem o desafio de articular necessidades e possibilidades de desenvolver a educação das pessoas que trabalham na saúde e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento da educação popular com ampliação da gestão social sobre as políticas públicas. Conceitualmente a Educação Permanente em Saúde é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004; 2017a).

A grande expectativa é a instituição de interações orgânicas e com permanentes diálogos entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso. Se utópico no sentido usual da palavra ou como ideia-força proposta também para a educação permanente, essa pretensão pode ser a resposta que induz a ação e capaz de mobilizar pessoas para que o SUS se aproxime dessa realidade que se coloca no campo até agora mais teórico do que prático. Depois de dezesseis anos da PNEPS, algumas questões interconectadas precisam de respostas quando o tema é

educação permanente em saúde: as ações de EPS têm causado impacto no atendimento à população? Há retorno do investimento feito em EPS? Outros questionamentos: Como a formação está posta nessa política? Os trabalhadores estão se vendo dentro dessa formação? As duas primeiras perguntas, embora relevantes, não são objetos dessa investigação. A terceira permeia toda a discussão aqui apresentada e a última é respondida tendo em conta o lugar de onde é feita e respondida a pergunta.

A tese de Zinn (2015), que pesquisou esse tema junto a gestores e trabalhadores assistenciais de unidades de saúde da atenção básica no município de Sorocaba-SP, responde que a EPS é uma prática possível no campo estudado, com potência para manter essa prática em movimento. No entanto, reconhece alguns desafios para a sua concretização, como legitimação de práticas existentes e não nomeadas como EPS, superação na contradição de paradigmas de educação coexistentes e melhorias nas estruturas físicas e de recursos humanos.

Campos (2003, p. 9) destaca que o trabalho das equipes e das organizações de saúde “deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural”. Segundo o autor, “isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva”. O que Campos defende é que “caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas.” No que concerne à formação em saúde nos deparamos com duas realidades que estão em desigualdade de valoração. De um lado a atualização técnico-científica vista como aspecto central das qualificações das práticas em saúde, e, de outro lado, a valorização em escanteio em formação de produção de subjetividade, de produção de habilidades técnicas e cognitivas e o adequado conhecimento do SUS. A formação e o desenvolvimento para área da saúde devem privilegiar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Deve estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade (CAMPOS, 2003).

Como proposta ético-político-pedagógica, a Educação Permanente em Saúde (EPS) visa, ainda, transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. A política de educação permanente em saúde pretende contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) ao propor que os processos de capacitação dos trabalhadores de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde tenham como objetivos principais a transformação das práticas profissionais e da

própria organização do trabalho em saúde. Hoje, o principal desafio é manter vivo, e em movimento, o tema da PNEPS. Sua atualização é necessária e os que a defendem são chamados a reconhecerem essa necessidade, bem como a complexa estrutura para mantê-la atual e influente (BRASIL, 2018).

### **1.8 Articulação dos conceitos para atendimento da pesquisa**

Diante do que apresentei até esse momento, pode-se dizer que os conceitos de linguagem e de mediação de Vigotsky juntamente com os conceitos da pedagogia conscientizadora e dialógica de Freire, acrescida as noções de educação em serviço da EPS são conceitos teóricos convergentes e correspondem a uma atividade intencional e dirigida, realizada em um espaço-tempo específico por meio de diversos tipos de ações concretas, verbais ou não verbais, orientadas simultaneamente para certos objetivos. Assim, a atividade – especialmente a de trabalho educativo em saúde realizada em domicílio – o uso da linguagem, na forma de expressões que os sujeitos falantes dirigem alternadamente uns aos outros, como ação verbal inseparável de outras ações não verbais, está a serviço da realização e da composição da atividade como partes integrantes fundamentais, inalienáveis e inseparáveis. A linguagem, e mais propriamente a fala em sua forma exterior e interior, se conecta ao desenvolvimento da atividade, regulando seu curso, e reorganizando-a ativamente e participando da mudança de sua estrutura (VIGOTSKY, 2001).

Sendo assim, no âmbito dessa pesquisa, as ações verbais, o diálogo criativo e capaz de acolher os conflitos se constituem como a principal porta de entrada para acessar a complexidade da atividade investigada e de seu desenvolvimento. É justamente por meio da fala e mais diretamente do seu significado que se pode formular um ponto de vista específico sobre as próprias ações não verbais e aprofundar seu conhecimento sobre elas. Além disso, nenhuma compreensão sobre os agires humanos se faz descolada da reflexão e da crítica, esta última entendida como uma forma de refinamento de consciências. Para tal, há necessidade de uma nova ágora, de espaços para diálogos com propósito, capazes de gerar a reinvenção de saberes e fazeres e de superar o fazer que automatiza o cotidiano e torna a pessoa num fazedor de coisas e consumidor de conhecimentos ao invés de engenheiros do laço social e especialistas em interação humana.

## **2. BREVE RESGATE SOBRE AS FORMAS DE ENSINAR SOBRE SAÚDE NO BRASIL**

Acontecimentos políticos sempre afetaram frontalmente a educação nacional em saúde no Brasil. Tentar compreender a relação entre educação, saúde e suas práticas exige reconhecer, primeiro, suas várias e complexas camadas estruturais que somente uma análise histórica pode oferecer melhor entendimento. São nos momentos de crise em que se sobressaem as intervenções do Estado no terreno da educação e da saúde. Entenda-se momento de crise para o Estado aquele que é uma ameaça ao setor financeiro e/ou gera destacada insatisfação popular. O que se tem constatado como um *continuum*, é que desde o início das ações de educação em saúde até o presente momento há uma forte ênfase em manutenção da saúde da mão de obra trabalhadora para fins empresariais. Se há alguma diferença, é que no início esse objetivo estava escancarado, hoje está opaco.

As formas de ensinar em saúde são orientadas por concepções de saúde e de educação em saúde para atender certo período histórico (VASCONCELOS, 2001; 2017; SILVA et al, 2010). Para atender a nova classe dominante que surgiu na Europa em meados do século XVIII, se organiza no Brasil a pedagogia do asseio. Tem-se aí os rudimentos da higiomania que alcançaria todo seu rubor na cultura narcisista da modernidade tardia que forja um ciclo sem fim de consumo de bens e serviços em saúde em busca da perfeição do corpo. No entanto, a população-alvo era unicamente as famílias da elite e visava “europeizar os costumes e urbanizar os hábitos da elite brasileira, com o objetivo de transformar o perfil sanitário da antiga família colonial, composta de agregados, escravos, domésticos e serviçais, em uma instituição conjugal e nuclear marcada pelo sentimento de privacidade” (SILVA, et al, 2010, p. 2540). Tal posição higienista preconceituosa e racista, alimentou a discriminação e tornou mais visível as diferenças entre as camadas sociais da população de então. A outra camada da população, a desclassificada, recebia atenção sanitária em forma de coerção policial e/ou quando sua sujidade era uma ameaça a propagação de doenças e pestes geradoras de epidemias que pudessem atingir as elites.

As primeiras intervenções sistemáticas de educação em saúde ampliadas às classes desprivilegiadas são do final do século XIX e início do século XX quando o Estado tem a obrigação de combater justamente a epidemia da febre amarela, varíola e peste que traziam grandes transtornos comerciais, como a exportação do café. Mas uma vez, porém, essa preocupação em saúde foi delimitada para atender uma parte da classe popular apenas: aquela que fazia parte direta do corredor de tráfego de mercadorias, notadamente áreas portuárias,

estradas e principalmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. A razão é óbvia: diminuir a perda de competitividade do modelo econômico agrário-exportador de então.

De acordo com Rocha (1997) até por volta dos anos 1920 não havia uma designação para as práticas educativas em saúde no Brasil. Residências, ruas e áreas públicas eram os locais de atuação, a elite urbana era o público alvo, e o educador, a polícia sanitária que tinha papel fiscalizador/controlador. São dessa época os relatos de Freud sobre as ameaças de castração feitas pelos pais e que “na maioria das vezes não tinha caráter metafórico” (REIS, 2004, p 111). O controle do corpo (mais especificamente dos esfíncteres) passa a ser um dos objetivos dessa fase de educação burguesa, que contava inclusive com o apoio da opinião médica do século XIX. A polícia sanitária criada desconsiderava o processo saúde-doença-condições de vida. O que predominava era a imposição de normas e medidas legitimadas por serem normas e medidas fundadas no conhecimento científico, sobretudo nas descobertas no campo da bacteriologia de Louis Pasteur (1822-1895). Surge aí a legitimidade científica para o movimento campanhista de Osvaldo Cruz, entre outros sanitaristas que se organizavam e que até hoje são repetidos como um *karma* negativo. Por *karma* negativo entendo a repetição de um padrão inconsciente, e por isso mesmo acrítico. Acontece que normas e medidas de saúde impostas não visavam somente corrigir os desvios que poderiam ocorrer na área da saúde, mas, como destaca Costa (1986) visavam também fazer o povo aceitar pelo temor e tremor a hierarquia, uma liga entre educação e coerção criada pelo Estado. O fato é que a educação em saúde era brevíssima, pois as autoridades partiam do pressuposto que a população era incapaz de entender e, por isso, eles eram ‘obrigados’ a tomar medidas coercitivas. Nem por um instante se configurava a noção de saúde como direito.

No entanto, já se inicia aqui a união de parcelas da classe média com as classes populares lutando por melhores condições de vida. A crença corrente na época de que a salvação para os brasileiros passava pela europeização e branqueamento da população, movimento denominado eugenismo, e que esse método era a única alternativa para limpar tanto o recente passado escravocrata como os perniciosos efeitos da miscigenação é colocado em debate forte. Ainda que fortemente influenciado pelo determinismo racial de sua época, Euclides da Cunha, em 1902, lança *Os sertões* e estampa a separação brasileira em povos litorâneos e povos interioranos. Na primeira se tinha um polo de desenvolvimento político e econômico; no segundo, um atraso econômico que subjugava suas populações à fome e a miserabilidade. Sua obra influenciou muito o círculo intelectual das cidades brasileiras ao dizer que as regiões litorâneas não se encontravam em condições melhores do que os do interior, mas que ambas

ainda se encontravam em um estágio bárbaro de sociedade. Vários escritores passaram a denunciar a falta de atenção do governo, preocupado apenas com o colono estrangeiro. Pressionado, o Estado inicia um debate político nacional, obviamente baseado em campanhas, para saneamento dos sertões. Outro intelectual, Monteiro Lobato, em 1918 é a voz que expressa o clamor popular de que sanear é preciso e afirma que “jeca não é assim, ele está assim”. Em outras palavras, o problema do brasileiro não estava nas raças, mas nas doenças que tornam a população sem iniciativa, preguiçosa e improdutiva. Tem-se, assim, já no final da década de 1920 um forte questionamento da estrutura sanitária criada num formato para atender problemas específicos. Se, por um lado se conseguia algum controle nas doenças como a febre amarela, por outro lado, doenças menos aguda como a tuberculose continuavam assolando as populações (OLIVEIRA, 2000). Logrando muito diagnóstico e pouca prevenção, a medicina tem seu sucesso discutido sobretudo porque as poucas vacinas desenvolvidas nesses primeiros anos não produziam terapêutica eficaz, sobretudo do ponto de vista coletivo.

No entanto, o processo de industrialização e o favorecimento econômico nacional devido sobretudo a produção do café, fez brotar uma nova concepção de ensino em saúde, denominada saúde coletiva, e, com ela, uma nova prática chamada de educação sanitária. Uma nova fase de sanitaristas despontava e se perguntavam a quem eles iriam atender. Fortemente influenciada pelos norteamericanos, a estrutura de saúde que surgia criticava o modelo campanhista e unicausal biomédico como sendo de baixa eficácia diante de novos problemas que a saúde tinha a sua frente. Esses novos problemas eram a saúde da criança, saúde do trabalhador e que somente a educação sanitária poderia resolver. Entretanto, esse movimento continuava ser fundamentalmente de elite com repentina vista de olhos as demais classes, que muito pouco fez além de distribuir exemplares de Jeca Tatuzinho, num país que contava com 70% de analfabetos.

## **2.1 O “ciclo da borracha”, a *belle époque* amazônica: muita ostentação, mas nada de educação em saúde**

Para contextualizar mais propriamente essa investigação que ocorreu em pleno espaço amazônico concernente ao histórico sobre as formas de ensinar em saúde a partir da República brasileira, faz-se importante descrever e analisar o período em que o Brasil e o mundo olharam com cobiça para os rios, florestas e campos da Amazônia. Mais especificamente olharam para os seringais daqui.

Foi no período conhecido como “ciclo da borracha” que o Amazonas viveu a mais devastadora erosão cultural e o maior processo de alienação do seu próprio país. Esse período de enriquecimento rápido e de facilidades orçamentárias compreendido entre 1879 a 1912 impediu as lideranças locais de uma avaliação prospectiva, tornando-as míopes para as mudanças significativas que estavam ocorrendo no outro Brasil. Enquanto o sistema escravocrata começa a ruir e o Brasil mergulha no processo industrial, o Amazonas está desatento e despreocupado a tudo isso porque está ilusoriamente confiante no extrativismo único e rentável da *hévea* e vivendo alguns anos de sonhos, num teatro de variedades e ostentação. Na historiografia, por exemplo, Manaus parece ter experimentado repentino vigor e atividade, retirando-a do silencioso passado colonial, com suas vilas de poucas casas, boa parte delas em ruínas, para um ritmo intrépido, voraz e com “um grotesco sentido de eternidade na ideologia da borracha” (SOUZA, 1977, p. 89). Embora seja falso o mito da guinada radical em direção ao magnífico, existe uma impressionante diferença entre a região de 1870 e 1900. Antes da borracha, o nível de vida na sociedade amazônica ou era estático ou estagnado na quase impossibilidade de melhorar sua produtividade.

Uma nova psicologia é forjada e inquietudes inéditas como o salto da borracha na cotação da bolsa de Londres chegava ainda que com atraso e causava erupção na província, deslizando pensamentos e ampliando costumes. Como cada época histórica elabora um ideal de homem, uma espécie de arquétipo desse tempo, a Amazônia do ciclo da borracha esquece os limitados padrões do colonialismo português e entrega-se ao romantismo da aventura capitalista. Manaus, a “opulenta capital do seringueiro”, nas palavras de Euclides da Cunha era o fruto das audácias do pensador e primeiro governador negro do Amazonas Eduardo Gonçalves Ribeiro. O crescimento abrupto, nas palavras de Souza (1977, p. 104) “levantou-se de chofre, fazendo que trouxesse aqui, ali, salteadamente, as roupas civilizadas, os restos das tangas dos tapuias, cidade meio caipira, meio europeia, põe ao lado do ianque espigado o seringueiro achamboado. ” Sem precedentes na evolução brasileira, o “ciclo da borracha” foi uma época de contradições e insanidades das mais variadas especialmente no Amazonas. Esse momento extrativista que ficou fortemente associado ao ambiente físico e relacional da região, a uma vontade de triunfar a qualquer preço, a uma festa perene e a uma ansiedade para experimentar tudo, forjou um homem desumanizado pelo espaço e “uma existência exposta ao sol” (ABREU e GUEDELHA, 2014, p. 228). Um preço alto com a perda da saúde e mesmo da vida será pago nesse *vaudeville*.

Mas o que me interessa desse momento histórico, inglório e “dourados de dor” (vê impressões em forma de estrofes no apêndice E, *Mata e Cidade*), é identificar o que era feito no campo do ensino e da promoção da saúde para a miscigenada, sincrética e aumentada população amazônida formada a talhos de machado nesse período. Nada. E no campo da prevenção? Quase nada. Muito mais do que de um educador, ensinar e aprender exigem tempo e interesse. O seringalista queria enriquecer logo, o seringueiro sobretudo nordestino queria logo fugir da seca e logo ganhar algum trocado para logo retornar. O Estado em situação rudimentar, mas já ensimesmado, tratou logo de fazer o traslado de pessoas do Nordeste para a Amazônia com objetivo tríplice: resolver o problema da seca do Nordeste, povoar o Amazonas e atender a iniciativa privada brasileira. Aí, aproveitou, e tratou logo de esquecer essa gente. O “brabo”, nome dado ao recém-chegado seringueiro ao seringal, traduz ao mesmo tempo não somente a ideia de um ignorante em um ofício em terra estranha, mais ainda a noção agregada de um animal que precisa se tornar manso, conformado, servil. Essa conformação não tinha que ver somente com a dureza do trabalho do seringal, mas também com sua condição de saúde e principalmente de doença, tornando impensável qualquer possibilidade de reação. Somado ao exposto, o Estado já estava também forçosamente preocupado com as condições de saúde das populações litorâneas e sertanejas, devido a ameaça a produção e do aumento das críticas por parte dos intelectuais da época que viviam nessas regiões. Oswaldo Cruz, como exemplo, assume de 1903 a 1908 a Diretoria Geral de Saúde Pública com o objetivo primeiro de eliminar a febre amarela do Rio de Janeiro.

Porém, menos revisitada do que escassa na literatura nacional, dados sobre prevenção em saúde e condição de vida da população que viveu no “ciclo da borracha” pode ser dito. Manauara nascido no Rio Grande do Sul, como ele mesmo costuma dizer, Schweickardt (2009) é um dedicado cientista social e atilado conhecedor das margens e dos banzeiros amazônicos. Em sua pesquisa doutoral (SCHWEICKARDT, 2009), nos oferece relevantes informações e expõe tanto a exploração do trabalho nos seringais, como descreve uma população cronicamente doente tendo a malária como fantasma real e amarga companheira. Enquanto as visitas de Oswaldo Cruz ao Rio Madeira em 1910 revelou os absurdos e a qualidade dos produtos no seringal, a comissão liderada por Carlos Chagas em 1912-1913 no Rio Negro, denunciou que eram poucos os seringais que possuíam estoques de medicamentos, sendo que o quinino usado pelo seringueiro era contabilizado como mais uma dívida a pagar por ele. A condição era de semiescavidão e ameaçava a sobrevivência do ser humano.

Masô (1912), Ministro da Agricultura, no Território do Acre, descreve o cotidiano de um seringal afirmando que o mês de fevereiro era marcado por fortes chuvas, aumentando a entrada de seringueiros tanto “mansos” como “brabos” (Masô, 1912, p. 1). Os mansos eram mais resignados e desembaraçados; enquanto os brabos eram mais receosos quanto às febres e ingeriam quinino todos os dias, limão, arsênico e uma infinidade de preparados todos da base do quinino, infelizmente na sua quase totalidade adulterados. Segundo ele, os mansos faziam “abstinência de frutas, usavam água filtrada, fugiam do sereno, até que um dia qualquer “lá vem a febre a lhes desmoralizar toda a sua profilaxia” (idem p. 1). Nos meses de junho a outubro, com a diminuição das chuvas, o estado sanitário se tornava mais grave. No mês de novembro, com a chegada das chuvas, os vapores chegavam “abarrotados de mercadorias, para descerem carregados de borracha e de passageiros, muitos dos quais com sezões e beribéri (idem, p. 3). Com seu tempo quase todo dedicado à seringa, o seringueiro não tinha tempo e nem incentivo por parte do patrão para produzir seu próprio alimento. Isto porque além de provocar ausência do seringal, o único comércio possível para comprar alimentos era do próprio patrão.

Para o propósito desta pesquisa, Schweickardt e Lima (2007), e Abreu e Guedelha (2014), fornecem interessantes descrições da situação de saúde da população amazônica desse período e as formas de educação em saúde utilizadas. As descrições físicas feitas na viagem científica liderada pelo sanitarista Carlos Chagas em 1913 na viagem pelo Rio Negro são pistas esclarecedoras sobre a condição de saúde dessa população. As palavras de Chagas ilustram bem a situação dos seringueiros:

Os trabalhadores de seringais neste barracão (Providência) são quase todos índios, de diversas tribos. Apresentam-se aqui, como em todo o Rio Negro, numa condição física e moral das mais precárias, sendo os homens de estatura pequena, de constituição pouco robusta e aspecto geral pouco simpático. As mulheres são extremamente feias, muito precocemente envelhecidas, ou melhor, trazendo desde a mocidade estigmas da velhice (CRUZ, CHAGAS e PEIXOTO, 1972, p. 106).

Abreu e Guedelha (2014), ao realizarem uma leitura do romance *A Selva*, de Ferreira de Castro que viveu ele mesmo como seringueiro na Amazônia, explora a transfiguração do drama humano nos seringais amazônicos a partir das cenas mais expressivas de sua obra escrita 16 anos depois de ter saído dos seringais e já em Portugal. Como principal obra desse autor, contribuiu para a formação da literatura no Amazonas e fez um retrato das condições a que muitos seringueiros tiveram que se submeter em prol de uma condição de vida diferente da que tinham no sertão. Embora em região bem distante da descrita por Chagas anteriormente, as semelhanças são impressionantes quando Ferreira de Castro realiza sua autodescrição física do

seringueiro na região de Humaitá-AM. As condições físicas do seringueiro são representativas da decadência do ciclo da borracha que já se aproximava.

Viu o seu rosto magro e comprido, o olhar perturbado, o cabelo em ondas, farto e negro; e pareceu-lhe repugnante que essa imagem tão familiar fosse a do mesmo homem que ele havia sido pouco antes, que já tinha sido outra vez e voltaria porventura a ser mais vezes ainda se não partisse dali. Afirmava a si mesmo que a responsabilidade não era dele, era do meio, era essencialmente da Natureza (ABREU e GUEDELHA, 2014, p. 231).

De fato, esse meio a quem Ferreira de Castro culpa por transformá-lo em outra pessoa, outra coisa, é a Amazônia que desafiava (e ainda desafia) a compreensão dos cientistas sobre as chamadas doenças tropicais. Mesmo a mais comum aqui, a malária, e já bem conhecida no sul e sudeste, desafiava-os com manifestações que contrastavam com o conhecimento estabelecido à época. Com vistas a reagir à bancarrota e aos prejuízos econômicos que a condição de saúde compelia ao fatídico entardecer da *belle époque* amazônica, somado à concorrente e fraudulenta produção da borracha em solo equatorial na Malásia, foi realizado o I Congresso Comercial, Industrial e Agrícola em fevereiro de 1910 em Manaus-AM, com delegações dos Estados da Região Norte e dos países fronteiriços Venezuela, Peru, Colômbia e Bolívia cujo objetivo principal era adotar medidas preventivas não para as doenças que afligiam os habitantes da região mas para a entrada da borracha da Ásia no mercado local. No entanto, foi preciso tratar inevitavelmente das condições de saneamento, ainda que nas proposições gerais do congresso. Os congressistas ao considerarem a febre amarela e o impaludismo como os maiores inimigos do progresso e da prosperidade do Amazonas apelam ao governo federal e aos Estados do Pará e Amazonas que estabeleçam um serviço completo e permanente de profilaxia destes males. Recomendam que visitem frequentemente os seringais, ofertem assistência e tratamento aos enfermos e distribuam medicamentos aos indigentes. Outra recomendação dizia respeito aos fretadores e proprietários de vapores, que, se transportassem mais de cem passageiros, deveriam ter a bordo assistência médica, quando possível. Aos seringalistas, isolado ou em conjunto com outros seringalistas, foi recomendado a contratação de médico para os trabalhadores dos seus seringais. Todas essas medidas em nada afetava as bases sociais em que se dava a exploração da mão de obra por esses proprietários, mas visava sim garantir minimamente a sobrevivência do trabalhador utilizando a ciência da época para aumentar a sua capacidade orgânica e extensão de sua posição no ciclo (im)produtivo. Dito isto, se faz necessário acrescentar que não só na região amazônica como em todo país o furor do enriquecimento e a conquista do refinamento civilizatório à custa do descuido dos governos e

das pessoas pela saúde vai gerar uma série de questionamentos que se não atendidos poderia levar a atrofia progressiva do país.

Já em nível nacional, em 1923 Carlos Chagas efetuou a primeira reforma sanitária brasileira e criou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça, a educação sanitária e a propaganda foram introduzidas na técnica rotineira das ações em saúde, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz, puramente policial e fiscal. A capital federal cria os primeiros centros de saúde brasileiros. Esses centros se constituíam no interior da saúde pública como local em que as ações sanitárias deveriam se dar. No sistema de ensino, a educação em saúde deveria ser assumida pelas escolas com o objetivo de substituir os métodos repressivos das campanhas pela persuasão, conscientização e convencimento dos métodos educativos e preventivos propostos aos indivíduos e a coletividade. A base desse modelo consistia na ideia de que as doenças não eram só produzidas pelos meios externos, mas também pela consciência sanitária das pessoas. Esse ideário foi fortalecido e imposto de forma autoritária e importada por jovens sanitaristas que visitavam os E.U.A. para complementar sua formação médica. Com a difusão do ideário da Escola Nova em que considerava a criança o centro de tudo, elas foram o público alvo para receber os princípios de higiene para manterem-se saudáveis ao mesmo tempo que retirou a autoridade da polícia sanitária e as ações de saúde passaram a ser da competência de professores e educadores em saúde responsáveis pela padronização das informações e das técnicas de educação. A escola recebe a dupla missão de espaço de ensino e controle social, mas também espaço terapêutico, recaindo sobre o educador a missão de transformar o mundo. Influenciado pela crescente visão positivista, os cursos iniciados voltados para a higiene no cenário escolar e para o processo saúde-doença eram analisados apenas sob a ótica de disciplinas biologicistas. O pequeno peso conferido aos fatores ambientais associado à excessiva importância aos agentes etiológicos desconsiderando a necessidade de intervenção nas condições de vida e de trabalho a que estavam expostas as crianças e as classes populares, eram típicos da visão mecanicista e positivista de unicausalidade das doenças, lançando as bases para a estruturação dos serviços de saúde nas décadas seguintes.

Com o fim da chamada República Velha e início da Era Vargas, a partir de 1930 as classes populares passaram a encarar as práticas de educação em saúde com reservas. As razões disso foram a falta de participação popular nos serviços, e os modos coercitivos, discriminatórios e autoritários como se deram as campanhas de saúde pública até então. Nesse período, a ação do estado se volta à construção de um modelo previdenciário destinados às classes de trabalhadores minimamente politicamente organizados. Ações coletivas deram lugar

a uma assistência médica individual. As ações educativas em saúde estavam restritas às populações que estavam às margens do jogo político e continuavam a priorizar o *combate* das doenças infecciosas e parasitárias. As ações de saúde concentraram-se ainda em campanhas sanitárias e programas especiais, como materno infantil, saúde mental, pronto-socorro, entre outros, para onde recorriam quem não podia pagar ou quem estava de fora do sistema previdenciário.

Na década de 1940, em plena guerra mundial, o governo brasileiro, em convênio com o norte americano, principalmente com a Fundação Rockefeller (FARIA, 2007; SCHWEICKARDT, et al. 2015) estrutura o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, que se tornou um dos marcadores do desenvolvimento das instituições de saúde no país, particularmente em suas propostas na área das programações de saúde. Tendo o comando de militares norte-americanos como parte do acordo para exploração de borracha e de minérios do solo brasileiro, em 1942, unidades do SESP são organizadas primeiramente na Região Amazônica e Vale do Rio Doce, o que significou para o Brasil a vinda de novas tecnologias de medicina preventiva e formas de gerenciamento institucional. Entre as principais ações do SESP estavam a proteção dos trabalhadores envolvidos na extração da borracha e de minérios, o que transportou novas e sofisticadas tecnologias educacionais na área da saúde de tendência tecnicista de educação para essas regiões e contribuiu para fortalecer a visão dominante na qual a população era vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias quando a questão era cuidados em saúde (VASCONCELOS, 1999).

Nessa época, novas técnicas de ensino-aprendizagem e inovações tecnológicas foram introduzidas nas práticas de educação, tais como educação em grupos, recursos audiovisuais e o desenvolvimento e organização de comunidades, fazendo brotar incipientes ideias de participação e mobilização dos indivíduos nas ações de saúde. Ferindo frontalmente a política centralizadora e paternalista do Estado, a educação também passa a ser dirigida aos adultos e não somente às crianças e jovens, considerados até então como os únicos possíveis de serem educados. Na seção anterior em que tratei da evolução do conceito de educação permanente, destaquei que esse conceito foi primeiramente orientado para a educação de adultos, e que nesse período alcançava maior força, não sendo diferente aqui no Brasil. Iniciava o entendimento de que o adulto era passível de um processo de mudança. A fundação SESP influenciou de forma importante na introdução da ideologia do desenvolvimento e participação comunitária, educação de grupos e, ainda, na reforma do currículo, introduzindo os fatores sociais, econômicos e culturais na maneira de perceber o processo saúde-doença no currículo da

educação sanitária brasileira. Ainda que com forte inclinação higienista, esse movimento introduziu nas escolas a educação sanitária, onde se buscou técnicas de normalização e padronização visando criar um sistema fundamental de hábitos higiênicos com capacidade de controlar, inconscientemente, toda a existência do educando. Com o fim da Segunda Grande Guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU), que tem como uma de suas características a hegemonia dos assim chamados países do Primeiro Mundo, sugeriu o desenvolvimento comunitário como a forma explícita de mobilizar as populações carentes contra a miséria. O desenvolvimento comunitário foi usado como forma de intervenção social, informando e planejando modos de modificar comportamentos e gerar mudanças culturais, o que provocou na educação da década seguinte uma nova atribuição e a ser denominada de educação para a saúde.

A II Conferência Nacional de Saúde foi realizada em novembro de 1950 e, em 1953 é criado o Ministério da Saúde, cuja frequente troca de ministros é indicativo das dificuldades encontradas para a institucionalização de projetos próprios à política de saúde no Brasil. Em 1954, num cenário de fortes tensões políticas que conduziram à renúncia e suicídio de Getúlio Vargas em 24 de agosto desse ano, o governo consegue aprovar o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008). A chegada do governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), apresentou estabilidade ao país e trouxe otimismo, crescimento econômico concretizado com a construção de Brasília. Em 1956 é criado no Ministério da Saúde o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que assume as atribuições de alguns serviços nacionais criados em 1941 e se responsabiliza em organizar e executar o combate as principais endemias do país. Se no início do governo JK foi considerado os anos de ouro, no final do seu governo surgem sinais de crise econômica – crescimento da dívida externa e da taxa de inflação com consequente diminuição do poder aquisitivo dos que tinham salários. No campo do ensino em saúde, proliferaram o número de treinamento de voluntários de saúde, aumentando e barateando os programas comunitários devido emprego de mão de obra gratuita nessa área. Essa ação facilitou a ampliação física e o acesso aos serviços de saúde, mas não diminuiu o fosso social e cultural para a população a quem se destinava. Assim, a pedagogia sanitária entre os anos cinquenta e sessenta pautou-se por uma ideologia modernizadora que tinha por meta remover obstáculos culturais e psicossociais às inovações tecnológicas em saúde de controle de doenças, a fim de manter o domínio estrutural da sociedade (CANESQUI, 1984).

O golpe militar de 1964 impôs aos brasileiros um regime autoritário de administração pública que trouxe como resultado imediato o esvaziamento ainda que incipiente da participação popular nas questões de saúde e conseqüente piora da mesma, sobretudo para as camadas mais carentes da população. Com pouco espaço para a educação em saúde, voltou-se para a expansão dos hospitais, principalmente privados. Enfim, até a década de setenta, o ensino em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, portanto subordinada aos seus interesses. As ações de ensino em saúde estavam voltadas para a imposição de normas e comportamentos consideradas aceitas pelo regime. As ações de educação foram desmanteladas em favor da expansão da assistência médica individualizada. No entanto, paradoxal como possa parecer, esse regime também criou condições para a emergência de experiências em educação em saúde, o que significou uma ruptura com o padrão anteriormente descrito. Alguns movimentos populares antes violentamente reprimidos pelos primeiros governos militares após a revolução de 1964 começam a se rearticular e a crescer a partir da década de 1970. A insatisfação da população com o regime ficou evidente com o resultado das eleições em 1974, com a vitória do MDB – único partido de oposição autorizado a se organizar, o que representou uma guinada em direção a abertura política. Esse movimento ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária, expressão usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde e que cresceu ainda mais com a incorporação de lideranças políticas e sindicais interessadas na causa. Esse movimento obrigou o governo brasileiro a se preocupar mais com os problemas de saúde, educação, habitação e saneamento da população, ao mesmo tempo em que já se configurava uma crise econômica tornando escassos os recursos disponíveis, o que colocou em xeque a assistência médica e a medicina comunitária logo se tornou uma alternativa viável às necessidades políticas do momento.

Nessa época e pelas razões anteriormente descritas, a educação em saúde é disciplina obrigatória nas escolas brasileiras nos assim chamados primeiro e segundo graus. O aumento na intensidade da participação dos profissionais de saúde nas experiências de educação popular a partir dos anos 1970, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares, rompendo com a tradição autoritária e que iria se fortalecer ainda mais na década seguinte e se radicalizar ao final dessa mesma década. A profunda crise de caráter social, político e econômico, que estimulou a corrupção e fez crescer o movimento social que defendia a democratização da saúde e que difundiu a proposta de reforma sanitária, fortalecida pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, indicava o momento propício para o

advento da Nova República e para a eleição de um presidente não militar, além da perspectiva de uma nova Constituição, chamada mais como aspiração, de cidadã. A Carta Magna concretizou no plano jurídico-constitucional as ações da reforma sanitária transformando a saúde como direito de todos e dever do Estado, o que gerou magnas convulsões, até hoje difíceis de serem contornadas. O Congresso Nacional aprova a Lei Orgânica da Saúde, sendo formada pelo conjunto de leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. Mas, apesar de alguns impedimentos de ordem prática, a população conquistou o direito à saúde e à participação social e, hoje, os desafios são no sentido da criação de alternativas para que as diretrizes do SUS (universalidade, equidade e integralidade) sejam efetivamente implantadas e tenham o alcance pretendido.

Com a implantação do SUS, há diferentes processos educativos e formas de ensinar em saúde acontecendo ao mesmo tempo, mas não necessariamente em interação. Ainda permanece a educação tradicional e a centralidade do poder (porque tem o saber) nas mãos de educadores e profissionais de saúde. Ainda assim, surgem movimentos educativos, como o da educação popular e da educação permanente em saúde, que busca dá maior vez e voz à comunidade, encorajando-a a assumir maior responsabilidade sobre sua saúde e vida. Para isso o educador em saúde assume um papel não secundário, mas estratégico, o de ser o mediador tanto de conhecimento sistematizado como de conhecimento advindo do cotidiano tendo como instrumento de trabalho o diálogo aprofundado, o estímulo à consciência crítica e a interação.

Quadro 1. Sistematização sobre formas de ensino em saúde no Brasil.

Componentes	Até 1920	1920	1950	1960-1970	A partir de 1980
<b>Designação das atividades educativas em saúde</b>	Não configurada	Educação sanitária	Educação para a saúde	Educação em saúde pública ou educação em saúde	Educação em saúde ou educação popular/permanente em saúde
<b>Eventos que influenciaram a metodologia aplicada em tais atividades</b>	Relatório Flexner. Bacteriologia de Pasteur.	Primeira reforma sanitária brasileira	Chegada ao Brasil da Fundação SESP – novas tecnologias educativas	Golpe militar no Brasil. Conferência de Alma Ata. Projetos de medicina comunitária e cuidados primários em saúde	VIII Conferência Nacional de Saúde e a Consolidação da Constituição Federal/88. Lei 8.080/90
<b>Local ou espaços de atuação</b>	Residências, ruas e locais públicos	Centro de saúde, escolas e lares	Escolas, locais de trabalho e comunidades rurais	Serviços de saúde e escolas.	UBS, escolas, conselhos e espaços comunitários.
<b>População-alvo</b>	Elite urbana	Famílias e escolares	População urbana e rural de todas as idades	Escolares e grupos específicos	Toda a população
<b>Quem era o educador em saúde</b>	Polícia sanitária.	Educador sanitário e professoras.	Educador sanitário e profissionais de saúde	Equipes de saúde multiprofissionais	Todos envolvidos. Incluindo a população.
<b>Atribuições do educador em saúde</b>	Fiscalização	Divulgar o saber médico, higienista e convencer as camadas populares a seguirem certos padrões de comportamento.	Práticas de intervenção social. Informar e planejar modos de modificar o comportamento e gerar mudanças culturais.	Capacitar o educando para o autocuidado.	Buscar junto com a população propostas de solução dos problemas.
<b>Papel do educador em saúde</b>	Controlador	Divulgador e comunicador	Interventor	Treinador	Mediador. Facilitador.
<b>Atividades desenvolvidas pelos profissionais da educação em saúde</b>	Propaganda sanitária (conselhos ao povo). Fiscalização sanitária.	Palestras, conferências e confecção de impressos.	Educação de grupos e trabalhos em equipe. Incentivo a participação comunitária para suprir carências do governo.	Metodologia centrada no educador ou profissional, que passa informações sobre autocuidado à população.	Educação tradicional é ainda hegemônica, com algum avanço na metodologia cooperativa, interprofissional e dialógica.

Fonte: Adaptado do trabalho de Rocha (1997).

### **3. CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR - DE CASA PARA O HOSPITAL DO HOSPITAL PARA CASA – O itinerário dos cuidados e da educação em saúde**

*A casa é nosso centro no mundo; a casa abriga o devaneio;  
a casa abriga o sonhador; a casa permite sonhar em paz.*

Gaston Bachelard

O domicílio como hospital, mas não como ambiente-escola, é uma prática longínqua. Remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Ainda que reconhecida como importante, inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias não são contempladas pelas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY e FEUERWERKER, 2008). Segundo relatos históricos, os cuidados em saúde realizados no domicílio já são descritos no Egito Antigo e também na Grécia (em relatos de Asképlios e Hipócrates). Já na Europa, no final do século XVIII, antes do surgimento dos hospitais e dos ambulatórios, já se praticava a atenção no domicílio como modalidade de cuidado (BRASIL, 2012).

Sob o comando da medicina científica moderna, a pessoa com manifestação de sofrimento, mas não necessariamente com alguma doença, passa por um processo de despersonalização: sai de sua casa e vai para um hospital, passa de agente para paciente, do cuidado familiar para o médico, do grupo para o isolamento, da atividade para a reatividade. Está no hospital é sinônimo de estar doente, mesmo que sem diagnóstico ou prognóstico. A casa deixa de ser lugar de manifestação do sofrimento e a família deixa de ser a cuidadora, perdendo sua autoridade para um saber maior. Mas aí surge a crise do modelo médico hospitalocêntrico gerado pelo alto custo tecnológico, envelhecimento da população e transição epidemiológica, principalmente. Tal constatação vai gerar demandas novas que apresentem melhor qualidade dos cuidados em saúde, como os cuidados integrais e contínuos. É assim, então, que a atenção domiciliar surge, como alternativa ao cuidado hospitalar, provocando o retorno da casa como espaço para produção de cuidado e tenta fazer aliança entre motivações racionalizadoras e humanitárias.

#### **3.1 Antecedentes históricos e marco regulatório da atenção domiciliar**

Em 1947, os Estados Unidos criam as primeiras leis que normatizam essa prática. No Brasil, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949,

e vinculado ao Ministério do Trabalho e incorporado pelo antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, é considerado a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileiro organizado como um serviço (BRASIL, 2012). Contudo, iniciada mesmo de forma planejada pelo setor público, a atenção domiciliar data de 1963 com a implementação do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores do Estado de São Paulo (HSPE). Sua expansão, no entanto, só vai acontecer no Brasil em 1990, com o surgimento do SUS. Com o princípio da municipalização, surgem serviços de atenção domiciliar de caráter municipal e territorial e não somente voltado à clientela em internação hospitalar. A partir desse período também aumentam os serviços privados conhecidos como *home care*. (BRASIL, 2014b). São dessa década ainda as primeiras experiências em AD, na área de cancerologia, conceitualmente assemelhada ao modelo do primeiro mundo, surgindo como uma das soluções para melhoria dos serviços prestados, o que força a necessidade de regulamentação e estabelecimento de políticas públicas que incorporasse essa demanda às práticas já institucionalizadas do SUS. Em 1995, é criado o Programa de Atendimento Domiciliar Terapêutico de um hospital da rede estadual de hospitais de Minas Gerais; O serviço de Internação Domiciliar de Londrina, em 1996; um PAD para pacientes com acidente vascular cerebral, DPOC, demências e outras patologias, no hospital Municipal Paulino Werneck, no Rio de Janeiro, em 1997, entre outros (BRASIL, 2014c).

Em março de 1997 é lançado o documento “1997, o ano da saúde no Brasil, ações e metas prioritárias”. Nele, é proposto a ampliação da internação domiciliar para outros pacientes, como idosos, diabéticos e hipertensos, pois até aquele momento, segundo o referido documento, esse tipo de atendimento se limitava aos casos de Aids e psiquiatria (BRASIL, 1997). No ano seguinte, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 2.416, de 26 de março, estabelecendo requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, incluindo novas patologias para essa modalidade de atenção (BRASIL, 1998). Destaco que essa internação domiciliar era para ser realizada pela própria equipe de profissionais do hospital e como sequência da internação hospitalar.

Em 04 de setembro de 2001, foi instituída Portaria GM/MS nº 1.531 para propiciar, aos pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva, o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas para tal, financiadas pelo SUS. Como os beneficiados eram apenas os portadores desta patologia, em junho de 2008, através da Portaria GM/MS nº 1.370, regulamentada pela Portaria SAS/MS nº 370 de julho de 2008, o MS ampliou o rol das patologias elegíveis para cadastramento no programa, porém de forma ainda insuficiente para a demanda, pois persistia restrita a doenças neuromusculares (vide listagem

completa na respectiva Portaria SAS/MS nº 370, de 4 de julho de 2008) e excluindo causas frequentes de insuficiência respiratória permanente como trauma raquimedular, por exemplo.

Em 2002, com o crescimento da atenção domiciliar, é publicada a Lei 10.424 de 15 de abril de 2002 (DOU de 16.04.2002) que acrescenta capítulo (VI) e artigo (19-I) à Lei nº 8.080/90, regulamentando o atendimento e a internação domiciliar no SUS (BRASIL, 2002). Com apenas dois artigos, essa lei não explicita em que consistiria o atendimento ou internação domiciliar, o que sugere a necessidade de uma regulamentação específica posterior. Coincidentemente, também em 16 de abril de 2002, foi publicada no *DOU* a Portaria SAS/MS nº 249, estabelecendo a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. No entanto, esta regulamentação também vincula a AD à área hospitalar. O artigo 2º desta portaria estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde adotem as providências necessárias à articulação dos Centros de Referência Cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família (Brasil, 2002b). Esta é a primeira iniciativa, no tocante à assistência domiciliar, de interação entre a área de assistência de média e alta complexidade e a atenção primária (REHEM e TRAD, 2005).

Em janeiro de 2006 foi publicada a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, a RDC nº 11, dispondo sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar. A estruturação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) deve ter como base às orientações desta resolução. A Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, instituiu no âmbito do SUS, a internação domiciliar, e a definiu como “um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim.” Ao revogar a Portaria GM/MS nº 2.416 de março de 1998, já citada, a portaria de 2006 avança no sentido de estabelecer a criação de equipes específicas para os atendimentos domiciliares em territórios não sobrepostos, além de garantir repasse federal mensal fundo a fundo para custeio das equipes e de retomar a discussão sobre o tema. Infelizmente tal ação não foi suficiente para alavancar o debate em atenção domiciliar e até 2011 se observa um vazio quando se analisa a regulamentação da atenção domiciliar em nível nacional. Após atenta análise do Caderno de Atenção Domiciliar, volume 1, observa-se que não é correto como se diz ali que nessa lacuna de 2006 a 2011 “gestores e trabalhadores nos municípios e estados, com SAD implantados ou não, aguardavam um posicionamento do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2012, p. 9). Isso porque até essa data

não havia SADs, ao menos na normativa nacional. A portaria até então vigente falava em SID – Serviço de Internação Domiciliar.

Logo no início de 2011, foi retomado o tema da atenção/assistência domiciliar no MS através de um grupo de trabalho (GT) constituído pelo conjunto de áreas técnicas do MS (Coordenação Geral de Gestão Hospitalar – CGHOSP/DAE; Departamento de Atenção Básica; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC; e a Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPES) e por áreas técnicas de diversas experiências locais de atenção domiciliar, a exemplo da SMS de Campinas-SP, Betim-MG e Belo Horizonte-MG. O acúmulo de conhecimento já produzido no tema foi valorizado pelo GT, além de ter sido feito a problematização da Portaria nº 2.529/2006. A decisão foi por publicar nova portaria que atendesse mais propriamente as necessidades e realidades locais. Desta forma foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, revogando a Portaria nº 2.519 de 2006. No entanto, logo em 27 de outubro de 2011, ou seja, apenas dois meses e dois dias depois de publicada, a portaria nº 2.029/2011 é revogada pela Portaria GM/MS nº 2.527/2011. Nessa última é proposto a ampliação do recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar. Além disso, são estabelecidas normas de cadastro dos agora Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), suas respectivas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), além da habilitação dos estabelecimentos de saúde aos quais estarão vinculados, regras de habilitação e valores de incentivo (BRASIL, 2012).

Para demonstrar que a atenção domiciliar estava posta como prioridade e como compromisso assumido pelo governo federal, é feito o lançamento do Programa Melhor em Casa no dia 08 de novembro de 2011, o que representou considerável avanço no fortalecimento da AD no Brasil (OLIVEIRA NETO e DIAS, 2014), com potência para se constituir em uma rede pensada meramente como substitutiva e/ou complementar de produção de cuidados (SILVA; SENA; et. al., 2010). Tinha como objetivo tornar o SAD mais conhecido, ampliar o atendimento domiciliar e integrar à rede de urgência e emergência (Saúde Toda Hora) e à Atenção Básica (Saúde Mais Perto de Você). Também tinha como objetivo fazer com que os que faziam parte do Programa Melhor em Casa pudessem ser beneficiados com programas sociais do Governo Federal e inscritos no CadÚnico com renda mensal de até três salários mínimos, tendo como benefícios, entre outros, a tarifa social de energia elétrica. Mesmo diante de todo esse marco legal duro, não se pode olvidar que a todo instante para efetivação do projeto de atenção domiciliar, há a constante necessidade de estar integrado com às centrais de

regulação e tendo como meta sempre presente a necessária comunicação entre hospitais, unidade de pronto atendimento, unidades básicas, usuários e cuidadores. Além disso, do necessário treinamento da equipe que está diante de um novo local de trabalho em saúde, o domicílio do outro. Relações de hierarquias e saberes estão sendo instauradas e a educação permanente em saúde sendo acionada como proposta ética, política e pedagógica.

Em novembro de 2011, ainda, foi publicado o Manual de Instrução do Programa Melhor em Casa, com o intuito de detalhar algumas orientações específicas aos gestores de saúde como auxílio na elaboração do projeto e adesão ao programa. Ressalta-se que o Melhor em Casa (Atenção Domiciliar) é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e estar estruturada até o momento nesta perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde. Outro detalhe a destacar é o fato de que o programa Melhor em Casa, que foi lançado para desviar o foco do hospital como praticamente único *locus* de atenção, bem como para despertar o interesse de gestores, profissionais da saúde e usuários para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) recém instituído, se tornou ao menos na realidade pesquisada, termo mais conhecido e mais ternamente utilizado do que o serviço que tinha como objetivo fortalecer.

Dois marcos normativos brasileiros ainda merecem destaque. A Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefiniu a atenção domiciliar no âmbito do SUS e a Portaria GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016, que a substituiu e é a vigente até agora. Sem significativas mudanças sobretudo na forma de definir a atenção domiciliar, a portaria atual reformulou a anterior no intuito de qualificação da atenção domiciliar, bem como de adequação da normativa em função das mudanças no âmbito da gestão federal do programa, de forma a garantir o financiamento das equipes em funcionamento. Porém, um fato aparentemente menor se destaca quando se faz a análise entre as duas redações que tratam das atribuições das equipes multiprofissionais em atenção domiciliar e do processo educativo desenvolvido. Na portaria 963/2013 é dito como atribuição das equipes “participar da educação permanente promovida pelos gestores”; já na portaria atual é redação traz “participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes”, fazendo uma diferenciação explícita entre o processo de capacitação e o processo de educação permanente, tendo em vista a possibilidade de serem erroneamente entendidos como sinônimos.

De acordo com a Portaria/MS nº 825, de 25 de abril de 2016 a Atenção Domiciliar (AD) é modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada

por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, *prestadas em domicílio*, garantindo continuidade de cuidados. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Programa *Melhor em Casa* tem como objetivos (BRASIL, 2017b).

I - Redução da demanda por atendimento hospitalar;

II - Redução do período de permanência de usuários internados (maior rotatividade do uso de leitos hospitalares);

III - Humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e,

IV - Desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

É possível fazer um paralelo entre os objetivos propostos pela normativa nacional em atenção domiciliar e as evidências de pesquisas que apontam as contribuições relatadas por usuários que receberam cuidados por uma equipe colaborativa, interprofissional. Essas evidências destacam que a prática colaborativa (PADILHA, 2019) contribui, para, *a*) reduzir o número de complicações e o tempo de internação hospitalar (itens I e II dos objetivos da AD), *b*) promover o uso adequado de recursos clínicos especializados (item IV), e, *c*) amplia e qualifica o acesso e a coordenação dos serviços de saúde (item III). Consistiria em investigação promissora o aprofundamento do referencial da prática colaborativa no campo específico da atenção domiciliar. Um convite para futuros pesquisadores e educadores em saúde.

A partir dos objetivos identificados na portaria do SAD, conclui-se a que a substitutividade real e efetiva da internação hospitalar por atenção domiciliar, nos casos indicados, pode trazer vantagens para o usuário, para a família, para as equipes de saúde e para o SUS, evidenciando um cuidado integral e interdisciplinar. Cria-se, assim, um público específico e ao mesmo tempo diverso para receber educação permanente em saúde. Qualquer projeto, portanto, que objetive a criação ou ampliação de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) precisa contemplar em seu fluxo proposta de *educação permanente em saúde e capacitação* para os profissionais do SAD e cuidadores familiares com indicação da periodicidade de suas temáticas (BRASIL, 2016).

O Caderno de Propostas de Educação Permanente do Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2014) elaborado pelo Ministério da Saúde subsidia ações relacionadas à educação permanente dos profissionais e trabalhadores envolvidos na Atenção Domiciliar (AD). Estas propostas têm como objetivos principais: *a*) delimitar dimensões e padrões de qualidade coletivamente reconhecidos; *b*) incentivar a cultura da autoavaliação nas equipes; e, *c*)

incentivar processos de monitoramento de indicadores (tomada de decisão e qualificação de processos, modelos e fluxos). Cumpre destacar que não somente o Caderno de Propostas de Educação Permanente do Programa Melhor em Casa como todo o exposto neste trabalho discute e reflete com outra importante política pública federal voltada para a área da saúde. A referência aqui é ao material que ficou conhecido como *HumanizaSUS*, notadamente os Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização (BRASIL, 2010).

Essa conjuntura remete à necessidade da criação de novas modalidades de atenção à saúde e coloca a atenção domiciliar como um potente caminho para o alcance desse objetivo. A AD torna-se uma porta aberta para o redimensionamento dos cuidados em saúde e precisa ser valorizada e utilizada. Isso exige novos olhares, novas percepções, sensações e formas de ensinar e aprender em saúde advindos de vários ambientes e pessoas, mas principalmente dos que se comprometem diariamente com a atenção à saúde nos domicílios. A velha metáfora da máquina pode ajudar. Essa metáfora, que certamente muito influenciou Le Corbusier (1887-1965) para quem a casa é uma máquina de morar, então deve-se defender que esse espaço precisa ser funcional o suficiente para garantir abrigo e cuidado e ter uma estrutura baseada nas necessidades humanas. Deve-se, ainda, ter em conta que a moradia nossa de cada dia é reflexo de nossas condições econômicas, do lugar social que habitamos e dos aspectos culturais que não somente forma, mas que conforma também. Desse entendimento decorre o pensamento de que, ainda que a construção de uma casa fale de seu lugar e tempo, ela tem pretensão de ser atemporal. O mesmo se dá no cuidado realizado em domicílio pelos especialistas, usuário e sua família. Se intervenções, procedimentos e acompanhamentos marcam certa temporalidade e espacialidade, as necessidades dos usuários e as formas de atendê-las podem ser reconhecidas como em permanente evolução e ilimitadas. Como característica singular, a casa conjuga o silêncio e a solidão com o contato diário e frenético entre pessoas, ambos aspectos entendidos como fundantes ao ato de conhecer e de aprender.

### **3.2 Os desafios de tornar em prática possível a Educação Permanente em Saúde na Atenção Domiciliar em Manaus**

A Atenção Domiciliar - AD, iniciou em Manaus no mês de agosto de 2003, com a denominação inicial de “*Projeto Piloto Saúde em Casa*”, uma iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - SUSAM, em parceria com o Governo Federal, com apenas 01 (uma) equipe Multiprofissional com capacidade para atender até 30 usuários, aprovado pela CIB-AM nº 041/2003, atualizada posteriormente pela Resolução CIB-AM nº 135, de 14 de dezembro de

2011. Dez anos depois, em julho de 2013, já nos moldes da portaria MS/GM de nº 963 de 27 de maio de 2013, o Serviço de Atenção Domiciliar se ampliou e ficou mais conhecido como “Melhor em Casa”. Em 2015, com habilitação de maior número de equipes, expandiu sua capacidade de atendimento para 500 pessoas. Atualmente o Serviço possui 09 (nove) equipes multidisciplinares em atenção domiciliar (EMAD) e 03 (três) equipes multidisciplinares de apoio (EMAP). Encontra-se distribuído de forma territorial na cidade de Manaus, funcionando em 05 (cinco) unidades de saúde: Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto e Fundação de Medicina Tropical (zona sul, centro-sul e oeste); Hospital e Pronto Socorro Dr. Platão Araújo e Hospital Universitário Francisca Mendes (Zona Norte) e Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado (zona leste).

O Programa Melhor em Casa realiza atendimento multidisciplinar em domicílio, obedecendo escala semanal ou quinzenal, de acordo com a classificação do atendimento domiciliar (GM/MS no 825 de 25 de abril de 2016) e a patologia do paciente, onde AD1 possui critérios para atendimento na atenção básica, AD2 perfil de atendimento pelo SAD, e o AD3, paciente com maior complexidade de atendimento, porém estabilizado, com condições de permanência em domicílio e que podem ser acompanhados pelo SAD. As Equipes Multidisciplinares do SAD possuem os seguintes profissionais:

EMAD: médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social, técnico de enfermagem, assistente administrativo e motorista. EMAP: Composição mínima de 03 (três) profissionais de nível superior dentre as seguintes ocupações listadas a seguir: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional. Nenhum profissional da EMAD ou da EMAP podem ter carga horária semanal inferior a 20 horas. Para ser incluído como usuário da atenção domiciliar pelo Programa Melhor em Casa, a pessoa deve ser avaliada pela equipe multidisciplinar com parecer favorável e autorização do paciente/familiar responsável e ter cuidador familiar designado. O SAD Melhor em Casa atende de segunda a sexta-feira, pela manhã e à tarde, com previsão de realização de 06 visitas domiciliares por turno, totalizando 12 por dia, 2.280 por mês e 30.000 por ano, entre visitas de acompanhamento e de avaliação para novos pacientes e avaliação de solicitações oriundas de processos judiciais.

A aposta na EPS como norteadora de novas reflexões e de novas práticas no processo de trabalho na AD em Manaus é recente. Historicamente, para atender a requisição de formação em saúde do Programa Melhor em Casa, a secretaria de saúde estadual local tem feito algumas parcerias, entre outros com secretaria de saúde do município de Manaus (SEMSA). Nestes

eventos, massivamente cursos e capacitações voltados para cuidadores no formato *assim devem ser feitos* sem articulação efetiva entre as secretarias, uma quantidade de vagas é previamente definida e destinada para os cuidadores familiares que estão devidamente cadastrados no Programa Melhor em Casa. Outras iniciativas pontuais sobre formação em serviço partem das próprias equipes de saúde localizadas nas bases hospitalares e que atendem exclusivamente na atenção domiciliar. Embora sem periodicidade e temáticas bem definidas, as assim chamadas equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMADs) e as equipes multidisciplinares de apoio (EMAPs), além da equipe técnico-gerencial organizam e promovem eventos de cunho educativo para público interno e externo. Do contato diário com a equipe desde novembro de 2017, os cursos e capacitações a seguir foram empreendidos mais por dedicação da gestora e técnicos do SAD do que pelo conhecimento, compreensão e aplicação da política nacional de educação permanente em saúde para os SADs.

#### 09 e 10 de dezembro de 2013

– Educação Permanente I - “O desafio do atendimento domiciliar, uma reflexão para a equipe”.

- A construção do cuidado no processo do envelhecimento;
- Perspectivas do cuidado domiciliar X Legislação;
- Família: interfaces do cotidiano familiar, luto e espiritualidade;
- Dinâmica *world café*: A assistência domiciliar que buscamos.

#### 05 e 06 de agosto de 2014

- Educação Permanente II – “Assistência Domiciliar em Manaus, realidade e desafios”.

##### II Seminário Estadual de Atenção Domiciliar.

- A Assistência Domiciliar como componente da rede em Manaus;
- Atenção Domiciliar no paciente oncológico – experiência do STPCP/FCECON;
- Fisiopatologia das úlceras por pressão;
- Avaliação das feridas e coberturas;
- Oficina de Capacitação para medição de aparelhos especiais;
- Minicurso: Assistência Ventilatória Não Invasiva em Domicílio.

#### 22 de dezembro de 2014

- Roda de conversa entre as equipes SAD do município de Iranduba e SAD Manaus – Troca de Saberes.

#### 23 a 25 de junho de 2015

- Educação Permanente III - “Singularidade do SAD de Manaus, perspectivas 2015”.

### III Seminário Estadual de Atenção Domiciliar.

- Atenção Domiciliar no Município de Iranduba, realidade e desafios;
- Lançamento do Protocolo de feridas do SAD Manaus;
- Relações interpessoais: profissional, paciente e família;
- Minicurso: Assistência Ventilatória Não Invasiva em Domicílio;
- Oficina: Feridas – cuidados e tratamento multidisciplinar.

### 18 a 22 de julho de 2016

- Curso de cuidador informal de idoso – parceria com a Secretaria Municipal de Saúde – Distrito de Saúde Norte.

### 03 de outubro de 2017

- Roda de Conversa - alta complexidade no cuidado em domicílio.

### 22 de fevereiro de 2018

- Atualização sobre as técnicas de curativos complexos para os enfermeiros das EMADs

### 16 e 17 de outubro de 2018

- Oficina de Implantação da EPS na Atenção Domiciliar com todos os trabalhadores que atuam na Atenção Domiciliar em Manaus. Método utilizado: Rodas de EPS, palestras, apresentação individual, entre outros. A partir dessa oficina foi criado o Núcleo de Educação Permanente em Saúde na Atenção Domiciliar em Manaus – NePSAD/SUSAM.

### 18 de dezembro de 2018

- I Encontro com os Fisioterapeutas da Atenção Domiciliar de Manaus e Iranduba.

### Janeiro a abril de 2019

- Elaboração de categorias da lista que identificou os problemas e elaborou propostas de educação em saúde – por base hospitalar do Programa Melhor em Casa, construídas na Oficina de outubro/2018.

### Agosto de 2019

- 14 e 15 de agosto – Oficina com o NepSAD – Elaboração do Plano de Ação de EPS na Atenção Domiciliar. Método utilizado: Rodas de Conversas em EPS.

### Setembro de 2019

- 24 e 25 de setembro – Curso teórico-prático em Ventilação Mecânica Domiciliar – VMD, no auditório do CETAM, parte teórica e;

- 26 e 27 de setembro – Vivência em Ventilação Mecânica Hospitalar, no Hospital e Pronto Socorro João Lúcio, parte prática.

Desse breve histórico de atividades educativas posso destacar a intenção desde o início de funcionamento do SAD Manaus em se orientar pela educação permanente em saúde como estratégia pedagógica. Embora sem sistematização e adequado registro das atividades, divisava-se um direcionamento com potencial de ser fortalecido e qualificado. O NepSAD criado no final do ano de 2018, veio concretizar essa intenção, ao mesmo tempo que evidenciou a necessidade de tornar conhecida a EPS nesse contexto assim como em toda sede da secretaria de estado de saúde, e, por óbvio, em todo território. Essa pesquisa qualitativa se propõe a fazer esse diálogo e oportuniza problematizar essa realidade com vistas a sua transformação.

## **4. CAMINHO METODOLÓGICO**

Toda pesquisa implica uma interação complexa entre observador e observado. Isso é particularmente verdadeiro em ciências humanas a tal ponto que ao invés de tentar esvaziar toda subjetividade entre pesquisador e participantes, as abordagens qualitativas investem na qualidade e na análise contínua da interação entre eles. Esses requisitos são exigidos nas ciências humanas pelo fato de que a pesquisa é aí impossível sem a compreensão e a colaboração dos participantes do estudo. A tentativa fracassada de resolver o problema da cientificidade nas ciências humanas utilizando a pesquisa convencional (padronização de seus instrumentos, controle das variáveis em jogo, neutralização da subjetividade e do contexto social), trouxe um resultado paradoxal: o distanciamento progressivo das situações naturais, não-familiares e o questionamento se os dados encontrados tinham de fato alguma pertinência (LAPERRIÈRE, 2010). Não se trata de desconsiderar os relevantes avanços na ciência a partir da ciência clássica, mas em destacar a reflexão metodológica empreendida por pesquisadores qualitativos e que forçou uma redefinição sistemática dos critérios de cientificidade, tais como foram definidos na epistemologia positivista.

A proposta dessa pesquisa aponta para um estudo descritivo-interpretativo de abordagem qualitativa (DEMO, 2004; MINAYO, 2008, VASCONCELOS, 2011), sem se restringir ao procedimento da entrevista. A partir da delimitação e explicitação do problema de pesquisa e bases conceituais, identificam-se agora os seguintes passos metodológicos:

### **4.1 Tipo de pesquisa – a metodologia da pesquisa-ação**

A pesquisa-ação é modalidade de pesquisa qualitativa que permite distintas formas de coleta e análise de dados, atendendo assim a amplitude e objetivos característicos dessa pesquisa. Sua concepção e realização está em estreita associação com a resolução de dado problema coletivo e objetivo, envolvendo a dupla pesquisador-participante de modo participativo e cooperativo. Deste modo, é possível investigar de forma dinâmica um farto material como problemas, negociações, decisões, conflitos e tomada de decisões durante o processo de transformação da situação. No caso do ensino, especialmente no contexto da educação de adultos ou da educação permanente, a pesquisa-ação tem desempenhado um papel fundamental para elaborar os conteúdos e procedimentos do ensino em conformidade com a visão e as necessidades dos interessados (THIOLLENT, 2011; 2014). Destaca-se ainda que a educação permanente em saúde consiste substancialmente em prática social que requer

constante interação das pessoas, demandando metodologia que tenha convergência para esse olhar. Assim, a pesquisa-ação procura coprodução de significado e de sentido aceito e compartilhado por parceiros; produção de conhecimentos inéditos, fundamentados cientificamente, numa perspectiva de transformação.

Ao ser destacada a proposta da PNEPS, percebe-se que a pesquisa-ação corrobora para o alcance dos seguintes atributos da educação preconizados nessa política, quais sejam: parte de problema concreto, posto no contexto comunitário de atuação profissional; ser reflexiva e participativa; estar inserida no próprio contexto social, sanitário e do serviço a partir dos problemas da prática da vida cotidiana das organizações, gerar aprendizagem significativa, ou seja, gerar aprendizagem com produção de saber. Além disso, tem caráter perene, nos quais os diversos momentos e modalidades específicas se combinam em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo; ser orientada para a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, o que supõe orientar para a transformação das práticas coletivas, e ser estratégia para que atinja uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisões técnicas e políticas do sistema (BRASIL, 2009). Portanto, como estratégia de mobilização, a pesquisa-ação caminha na direção da ciência retomar sua interação com um senso comum que busca ser emancipatório e, ainda, se constitui como instrumental fundamental para a defesa e a práxis concreta do ideário popular-democráticos e participativos, no sentido de oportunizar racionalidade orgânica a grupos sociais oprimidos (VASCONCELOS, 2011). A pesquisa-ação favorece a reorientação da ação por ser um sistema de comunicação dialógico entre pesquisadores, atores e contexto. Sua intenção é tanto de produzir conhecimentos como valorizar a pertinência dos conhecimentos adquiridos com relação à ação a ser conduzida ou reorientada.

Hugues (2007) destaca que a pesquisa-ação tende a:

- Fortalecer a relação entre teoria e prática;
- Favorecer alianças e comunicações entre pesquisadores e atores;
- Perseguir um duplo objetivo, de conhecimentos a desenvolver (pesquisa) e de situações a modificar (ação);
- Produzir um novo saber na ação e para a ação;
- Inserir-se em um processo de tomada de decisão com vista à resolução de problemas.

Ampliando a compreensão da última tendência proposta por Hugues a ser alcançada pela pesquisa-ação, desdobra-se quatro etapas em que essa metodologia pode se apoiar e que encontra convergência com o próprio processo de implementação da política de educação

permanente em saúde para o sistema único de saúde brasileiro e adotado com modificações nessa pesquisa. As quatro etapas então definidas por Hugues (2007) são:

- Identificação da situação;
- Projeção de soluções;
- Implementação de soluções;
- Avaliação do procedimento.

#### Etapa 1: Identificação da situação

Trata-se de executar três ações principais: a) Identificar os fatos de modo adequado; b) formular com precisão os problemas em causa; e, c) priorizar os problemas a solucionar.

A modificação que proponho nessa pesquisa para essa etapa é a necessidade de se inserir facilitadores ou aspectos positivos antes da identificação dos problemas. Eles poderão ser úteis na terceira etapa (implementação de soluções).

#### Etapa 2: Projeção de soluções

Dando continuidade ao planejamento e análise da situação, busca-se a solução para a acertada tomada de decisão. Cumpre então:

- Elaborar hipóteses de solução;
- Selecionar as soluções plausíveis;
- Escolher uma solução e tomar as decisões decorrentes.

Essa etapa é de grande enriquecimento para a pesquisa porque circulam informações entre os diversos envolvidos e contribuem tanto para a construção de hipóteses de explicação como para as hipóteses de soluções práticas. As duas primeiras etapas antecipam as etapas da ação propriamente delineadas.

#### Etapa 3: Implementação de soluções

Essa etapa é a da intervenção. Importante destacar que tarefas devem estar bem definidas entre os participantes e o calendário de operação claro e visível. Trata-se então de:

- Identificar as operações a efetuar;
- Pôr em ação a solução escolhida.

Motivação e o ritmo da intervenção devem estar mantidos. Os pesquisadores estão no seio da ação e há diálogo com os envolvidos. A ação escolhida é posta em prática e os facilitadores que apareceram na primeira etapa poderão ter papel fundamental para engajamento e resolutividade da ação.

#### Etapa 4: Avaliação do procedimento

A avaliação é inseparável de qualquer tomada de decisão por tratar-se de verificação da solução proposta e implementada. Essa etapa consiste em:

- Controlar a execução da ação;
- Avaliar os resultados da operação.

A proposta que insiro na etapa de Hugues (2007) é primeiramente em seu nome: proponho monitoramento e avaliação, por entender que são processos igualmente importantes e que caminham de forma indissociável. Outro aspecto fundamental na etapa de monitoramento e avaliação diz respeito acerca da divulgação dos resultados. Na seção de discussão desse trabalho aprofundo os aspectos de planejamento de atividade educativa em saúde e apresento quadro com proposta de intervenção levada a efeito a partir da metodologia da pesquisa-ação. Por fim, sinalizo que o objeto dessa investigação foi determinado por um tipo de parceria social que reclama competência tanto do pesquisador como dos participantes-atores. Foge, assim, da pesquisa clássica ou tradicional onde geralmente é o pesquisador quem define o tema da pesquisa levando em conta seu interesse pessoal ou atendimento de encomenda institucional.

## **4.2 Campo investigativo**

O local da pesquisa foi o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Programa Melhor em Casa, da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), pertencente à rede pública da cidade de Manaus-AM, localizado na zona centro-sul desta cidade, em área urbana. Serviço estruturado com prédio administrativo locado com cerca de 500 m<sup>2</sup> localizado próximo à sede administrativa do nível central da saúde no estado. O SAD está distribuído além de sua base administrativa em cinco estabelecimentos de saúde estrategicamente distribuídos nas quatro zonas da cidade de Manaus-AM. Nessas bases hospitalares estão localizadas as equipes multiprofissionais que se organizam para fazer as visitas/intervenções domiciliares. Tendo em conta a designação dos níveis de atenção, a AD é classificada como serviço de média complexidade, destacando-se então sua função mediadora entre a atenção primária (atendimento nos domicílios) e a alta complexidade (suas bases estão localizadas em grandes hospitais e prontos socorros da cidade), o que por si só já impõe a necessidade de qualificada interação entre esses níveis de atenção. A visita/intervenção domiciliar, portanto, torna-se mais complexa, no sentido de ser multideterminada, do que parece ser o ambiente hospitalar, o que torna o domicílio mais suscetível à aprendizagem no trabalho e pelo trabalho. Isto porque os saberes profissionais necessitam se colocar em diálogo aberto e permanente com as hierarquias

e saberes que existem naquele território. Já no hospital, esse diálogo é negado ao reduzir o trabalho à densidade tecnológica, ao conhecimento e ao domínio das técnicas já existentes. Os quadros 2 e 3 resumem os profissionais envolvidos e como está organizado o SAD Manaus.

Quadro 2. Equipe de saúde e seu quantitativo no SAD Manaus-AM

<b>Profissionais da saúde</b>	<b>Quantitativo</b>
Médicos	18
Enfermeiros	18
Fisioterapeutas	18
Técnicos de Enfermagem	36
Psicólogos	03
Assistentes Sociais	03
Nutricionistas	03
Farmacêutico	01
Fonoaudiólogo	01
Motoristas	20
Equipe Técnica Gerencial	06
<b>Total:</b>	<b>127</b>

Fonte: Notas do pesquisador (maio/2020).

Quadro 3. Distribuição e Quantitativo das Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissional de Apoio (EMAP)

<b>Equipes</b>	<b>Quant.</b>	<b>Distribuição</b>	
EMADs	9	EMAD I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII E IX	
EMAPs	3	EMAP I, II, III	
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>		

  

<b>EMADs</b>	<b>QUANT</b>	<b>LOCAL</b>	
DAS 9 EMADs	3	Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto	05 bases hospitalares
	2	Hospital e Pronto Dr. João Lúcio Pereira Machado	
	2	Hospital e Pronto Socoro Dr. Platão Araújo	
	1	Hospital Universitário Dona Francisca Mendes	
	1	Hospital de Medicina Tropical	
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		

  

<b>EMAPs</b>	<b>Quant.</b>	<b>LOCAL</b>	
DAS 3 EMAPs	1	Apoio à base do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto	03 locais sede de apoio
	1	Apoio às bases do Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado e Hospital de Medicina Tropical	
	1	Apoio às bases do Hospital e Pronto Socorro Dr. Platão Araújo e Hospital Universitário Dona Francisca Mendes	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>		
<b>TOTAL DOMICILIOS ATENDIDOS</b>	<b>500</b>		

Fonte: Notas do pesquisador (maio/2020)

A fase de campo da pesquisa ocorreu em dois momentos principais. Primeiramente procurei compreender através de entrevistas semiestruturadas as percepções da equipe de saúde e de cuidadores familiares sobre o processo de EPS do Programa Melhor em Casa no município de Manaus-AM. O segundo momento, através da técnica de Grupo de Discussão (IBÃNEZ, 2010; GODOI, 2015), foi desenvolvido um planejamento interventivo educativo em saúde a partir da avaliação das necessidades e desejos de melhorias identificados pelo GD no cotidiano de trabalho que poderiam ser aplicados a metodologia da EPS ao processo de implantação e desenvolvimento da EPS no referido programa.

#### **4.3 Tópicos construídos para as descrições, roteiro e participantes das entrevistas**

As nove entrevistas semiestruturadas descritas fazem parte do material coletado no campo investigativo. O roteiro dessas entrevistas foi orientado da seguinte forma: *a)* entendimento sobre educação permanente em saúde; *b)* participação em atividades educativas voltadas para a área de atuação; *c)* participação no planejamento de ações educativas para o atendimento na atenção domiciliar; *d)* temas/assuntos do fazer diário que gostaria que fosse trabalhado pela EPS; *e, f)* principais desafios que precisam ser enfrentados para que ocorra a EPS no seu local de atuação.

Os tópicos norteadores foram usados com todos os participantes nas entrevistas semiestruturadas. A seguir, apresenta-se a descrição deles bem como seu uso:

- Entendimento sobre educação permanente em saúde. Trata-se do ato de conhecer pela experiência ou pela informação recebida; daquilo que é sabido por alguém e da informação organizada a respeito da realidade dos acontecimentos.

- Participação em atividades educativas voltadas para a área de atuação. Participação aqui entendida como passiva ou ativa durante certa atividade ou operação.

- Participação no planejamento de ações educativas para o atendimento na Atenção Domiciliar. Participar no sentido de tomar parte em algo; compartilhar. No caso, envolver-se ativamente na preparação de um trabalho ou tarefa com estabelecimento de métodos convenientes relacionados ao cotidiano do trabalho domiciliar em saúde executado diariamente.

- Temas/assuntos do fazer diário que gostaria que fosse trabalhado pela EPS. O tema aqui referido trata-se de qualquer ideia ou sugestão citada com possibilidade de resolução de dado problema.

- Principais desafios que precisa ser enfrentado para que ocorra a EPS no seu local de atuação. O enfrentamento aqui referido trata-se de colocar numa posição de combate e de superação dos desafios propostos sob a ótica do diálogo, da consciência crítica e da práxis.

Vale destacar, ainda, que as entrevistas ocorreram em um espaço de conversação e troca, e não em um clima similar a um interrogatório ou mesmo da busca pela resposta simples, o que geraria dificuldades para uma comunicação que se pretende efetiva. A seguir, apresento quadro dos momentos e participantes das entrevistas e grupo de discussão da pesquisa.

Quadro 4. Momentos e participantes da pesquisa.

<b>Momentos da pesquisa empírica</b>	<b>Participantes</b>
Primeiro momento: Entrevista individual semiestruturada	1 médico 1 fisioterapeuta 1 técnico de enfermagem 1 enfermeira 1 fonoaudiólogo 4 cuidadores
Segundo momento: Grupo de Discussão	1 médico 2 fisioterapeutas 1 nutricionista 1 fonoaudiólogo 1 técnico de enfermagem 1 enfermeira

Fonte: Notas do pesquisador (agosto/2019).

#### **4.4 Primeiro momento – compreensões de profissionais de saúde e de cuidadores sobre educação permanente em saúde.**

**Participantes** – Para o alcance desse objetivo foram entrevistados 5 (cinco) profissionais de saúde e 4 (quatro) cuidadores familiares que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar – SAD Manaus - Programa Melhor em Casa (PMC). Foram realizadas visitas pelo pesquisador responsável nas cinco bases hospitalares aonde os profissionais de saúde atuam, privilegiando diferentes categorias e com profissionais com no mínimo 6 (seis) meses de atuação no PMC. A seleção da amostra de participantes envolvendo os cuidadores familiares foi através de visitas domiciliares acompanhadas pelo pesquisador durante as visitas realizadas pela equipe de saúde nos domicílios dos usuários. Os participantes selecionados a partir de indicações próprias e voluntárias de participação foram de qualquer faixa etária de idade a partir da maioridade (18 anos em diante), com no mínimo 06 (seis) meses como cuidador familiar designado.

**Coleta e análise das narrativas** – As entrevistas semiestruturadas consistiram em compreender apropriação dos profissionais de saúde e cuidadores familiares sobre EPS e a participação em

atividades educativas e foram estruturadas com as seguintes questões norteadoras (roteiro previsto anexo):

1. O que você entende por educação permanente em saúde?
2. Quais atividades educativas voltadas para sua área de atuação você participou?
3. Houve sua participação no planejamento de ações educativas para o PMC?
4. Que temas/assuntos do seu fazer diário você gostaria que fosse trabalhado pela EPS?
5. Quais os principais desafios você acredita que precisa ser enfrentado para que ocorra a EPS no seu local de atuação?

Para esse primeiro momento, as entrevistas foram todas individuais, com aproximadamente 30 minutos de duração e acontecerão nos seguintes lugares: a) com os profissionais de saúde: em cada base hospitalar em que os mesmos atuam; b) com os cuidadores familiares: em seus próprios domicílios ou local aonde atuam como cuidador. Todas as entrevistas foram agendadas previamente, procurando atender prioritariamente a disponibilidade dos participantes.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de discurso do sujeito coletivo (DSC), processo metodológico que procura tornar clara dada representação social, bem como um conjunto das representações que compreendem um imaginário específico. Nessa técnica de pesquisa qualitativa é possível uma coletividade falar como se fosse apenas um indivíduo, uma vez que se entende que seu conhecimento expressado foi construído também a partir dessa coletividade, resultando assim, em uma síntese que reconstituiu a representação social discursivamente (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2014).

O valor dado ao diálogo impõe à essa pesquisa um conhecimento que está sendo construído, em lugar de um conhecimento apenas da resposta. O objetivo é que os participantes se envolvam em conversações, evitando que suas expressões sejam apenas respostas isoladas a estímulos apresentados pelo pesquisador. Desse modo, pode-se alcançar interessantes reflexões e construções articuladas durante as interações. Com a participação ativa do pesquisador nesse processo, em contraposição às pesquisas que se apoiam em questionários fechados, o que se espera é superar as respostas intencionais e racionais dos envolvidos e gerar uma rede dialógica complexa e por isso mesmo com capacidade para fazer brotar a espontaneidade, o envolvimento afetivo e a refletividade.

Quando me refiro a rede dialógica complexa tenho em mente um conjunto de informações em pesquisa científica que foram tecidas a partir da participação ativa do pesquisador, do diálogo como ágora, do envolvimento racional e emocional dos participantes,

da potência da realidade investigada e que foram relacionadas entre si através das construções, interpretações e experiências do pesquisador. Objetiva-se assim, produzir uma mobilização conjunta capaz de gerar hipóteses que se aproximem de fato das questões que são relevantes para a compreensão de certa realidade com vistas a sua transformação.

#### **4.5 Segundo momento – a voz coletiva do cotidiano. Problematização e elaboração de proposta de intervenção educativa em saúde na atenção domiciliar**

Com o objetivo de desenvolver um planejamento de intervenção educativa em saúde no PMC, a partir da problematização contextualizada das necessidades e com base nas premissas da EPS, da dialogicidade e demais referências, foi constituído um Grupo de Discussão (GD) formado por cinco profissionais de saúde da AD. Os critérios de inclusão do GD e das entrevistas semiestruturadas estão identificados mais adiante e somam-se ao labirinto de pesquisa.

#### **4.6 Grupo de Discussão com os profissionais de saúde da atenção domiciliar**

Inicialmente entendi que seriam necessários pelo menos cinco encontros com o GD para o alcance do seu objetivo, qual seja a elaboração coletiva de proposta interventiva em educação em saúde. No entanto, o empenho dos participantes somado ao resgate do que foi trabalhado na Oficina de Planejamento das Ações de Educação em Saúde pela Atenção Domiciliar em Manaus, ocorrida em outubro de 2018 (cerca de seis meses antes dos encontros com o GD) propiciaram a conclusão do GD com os profissionais de saúde com três encontros.

A base hospitalar do Programa Melhor em Casa (PMC) escolhida para participar desse momento foi a localizada na zona leste da cidade de Manaus. Optou-se por essa base pela proximidade com a sede administrativa do Serviço de Atenção Domiciliar, facilitando assim os deslocamentos necessários e acessos, bem como por ela estar em plena atividade e atendendo os critérios de inclusão propostos. O local escolhido em que aconteceram os 3 (três) encontros do grupo de discussão com os profissionais de saúde da Atenção Domiciliar foi em um dos auditórios do hospital onde a base do Programa Melhor em Casa está instalada. Este local foi escolhido por dispor de espaço apropriado para o objetivo proposto, além de ser mais conhecido e mais central para profissionais de saúde participantes do GD.

O principal item recuperado na referida oficina que teve dois dias de duração e contou com a participação de 135 profissionais de saúde e trabalhadores de saúde da AD que atuam em Manaus-AM, foram os problemas identificados por eles mesmos em cada uma das cinco

bases hospitalares de instalação do Programa Melhor em Casa. O principal produto dessa oficina foi a criação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Atenção Domiciliar em Manaus-AM, o NepSAD. Os 25 participantes do NepSAD, entre titulares e suplentes, foram escolhidos a partir de indicação fornecida entre os próprios profissionais de saúde e trabalhadores de saúde presentes.

Todos os participantes foram avisados com antecedência via convite e telefonema sobre as datas e horários de encontro do grupo. Foi criado um grupo *whatsapp* com os componentes do GD com o objetivo de melhorar a comunicação entre pesquisador e participantes do grupo. E, na semana de início dos trabalhos foram contatados via mensagem *whatsapp*. Os três momentos de encontro do GD criado para essa pesquisa aconteceram em datas variadas. Com aproximadamente duas horas de duração, todos os encontros foram gravados por instrumento de áudio. Antes de cada encontro, foi feita inspeção pelo pesquisador responsável sobre o ambiente físico e equipamentos de mídia para verificação das condições de uso. Cada encontro foi orientado por metas e ações. Ao final de cada encontro foi elaborado consenso retomado no encontro seguinte.

Segue o roteiro de cada encontro.

## **Primeiro encontro**

### Metas

- a) Identificar e discutir os problemas e facilitadores vivenciados no cotidiano de trabalho concernentes ao processo de educação permanente em saúde no PMC.
- b) Eleger dois problemas como prioridades máximas para planejamento educativo em saúde

### Ações

- Integração do grupo - acolhimento e apresentações
- Apresentar a finalidade, os objetivos e a técnica de pesquisa
- Apresentar o tema da EPS
- Estabelecer os acordos éticos e operacionais
- Organizar em mini Roda de EPS – identificar os problemas e facilitadores no ambiente de trabalho
- Retomada da Roda de EPS para a apresentação dos resultados
- Hierarquizar as situações - problemas
- Eleição de dois problemas (constrangimentos) como prioridades máximas para realizar planejamento educativo em saúde.
- Agradecimentos e convite para o próximo encontro.

## **Segundo encontro**

### Metas

- a) Contribuir para o planejamento de uma intervenção educativa em saúde pautado na lógica da EPS e demais fundamentos teóricos da pesquisa
- b) Passar da reflexão para a ação e das reais possibilidades de intervenção educativa da EPS no Programa em Melhor em Casa.

### Ações

- Acolhimento
- Explicação dialogada sobre EPS, tal como está acontecendo no GD.
- Apresentar síntese da atividade anterior – validação da produção
- Definir objetivo geral e específicos para os problemas com elevado nível de prioridade
- Fazer resgate dos aspectos facilitadores para contribuir para superação do problema em questão
- Definir objetivos específicos e estratégias concretas de intervenção
- Definir suporte necessário para as intervenções
- Avaliação do encontro
- Coffee Break
- Agradecimentos

## **Terceiro encontro**

### Metas

- a) Compartilhar os produtos construídos pelo grupo
- b) Realizar avaliação dos aspectos positivos e desejos de melhorias vivenciados nos encontros, e,
- c) Agradecer a participação e contribuição de todos.

### Ações

- Discutir o planejamento educativo construído pelo grupo
- Fornecer a devolutiva da trajetória de pesquisa
- Verificar a avaliação do grupo
- Síntese dialogada do desenvolvimento da pesquisa
- Avaliação do GD
- Dinâmica de encerramento
- Confraternização de agradecimento.

## **4.7 Sobre o Grupo de Discussão**

Jesús Ibáñez escreveu em 1979 a obra *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría e práctica*, e é a partir dessa obra que se reconhece a origem da técnica e prática do Grupo de Discussão (GD) (IBÁÑEZ, 2003, 2010; GODOI, 2015). Ligado ao contexto da história

política da Espanha e aos nomes da sociologia crítica de Jesús Ibáñez, Ángel de Lucas, Francisco Pereña, Alfonso Ortí e José Luiz Zárraga, assim como aos trabalhos mais recentes de investigadores formados por eles (CALLEJO, 2001, 2002a; DOMINGUEZ e DAVILLA, 2008; GUTIERREZ, 2011) o GD surge como proposta inovadora de pesquisa de campo para superar o domínio das práticas quantitativas da pesquisa de opinião da época (GODOI, 2015). Portanto, o GD surge historicamente como algo contrário ao formalismo instrumental da sociologia empírica e foi construído com os materiais críticos do momento como o estruturalismo, a psicanálise e a Escola Crítica de Frankfurt (CALLEJO, 2001; GODOI, 2015). Essa técnica não pode ser vista como um receituário, algo como um protocolo fixo e inflexível, sob pena de engessamento do processo investigatório em pesquisa social conhecidamente fluido, e muito menos ir ao outro extremo e abrir mão de qualquer forma de canalização, sob pena de sair do formalismo e cair na anarquia.

Alonso (1998) e Godoi (2015) descrevem que o GD é um grupo artificial, convocado em função dos objetivos da pesquisa e controlado pelo mediador, com o objetivo de obter a participação ativa do sujeito na pesquisa, outorgando a ele a liberdade para expressar sua opinião sobre o sentido de suas ações relacionadas a sua vida cotidiana. Dada essas e outras condições (GODOI, 2015), o grupo se constituirá em um dispositivo de produção de textos, a partir do diálogo, que dará suporte a discursos e a representações sociais idiossincráticas. O GD é, desse modo, um *locus* de produção de sentidos coletivos originados e incorporados na trajetória social dos indivíduos. Acredita-se que ao se colocar o processo de educação permanente em saúde do PMC em “colisão” com diferentes discursos sociais através do GD pode-se captar não somente a incoerência desses discursos como também formas de sua superação e consequente transformação dessa realidade dialeticamente posta.

#### **4.8 Coleta e análise dos relatos do Grupo de Discussão - GD**

O coordenador dos grupos foi o próprio pesquisador. Os encontros foram gravados e os diálogos transcritos e apresentados em forma de narrativa, com alguns momentos analisados pelo DSC. O pesquisador ainda fez uso de notas de pesquisa em todo período da pesquisa de campo, organizado da seguinte forma: *a*) notas de observações de campo (NOC) – os vários registros de entrevistas, encontros, visitas cronologicamente realizados; e, *b*) notas reflexivas (NRE) – primeiras impressões e discussões iniciais com o intuito de provocar o debate entre as notas de observações de campo com o referencial teórico-metodológico e objetivos propostos para a pesquisa.

#### **4.9 Critérios de inclusão dos participantes para as entrevistas semiestruturadas (primeiro momento da pesquisa de campo) e do grupo de discussão (segundo momento da pesquisa de campo)**

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, os critérios previstos para a inclusão dos participantes da entrevista serão:

##### Dos cuidadores familiares

- Ser maior de idade, a partir de 18 anos de idade;
- Ser oficialmente identificado como cuidador familiar do Programa Melhor em Casa do município de Manaus;
- Está como cuidador familiar registrado e atuando no mínimo há seis meses;
- Aceitar participar da pesquisa e assinar o TCLE;

##### Dos profissionais de saúde

- Está no PMC do município de Manaus atuando no mínimo seis meses;
- Ser profissional da saúde de nível médio (com especialização técnica);
- Ser profissional da saúde de nível superior nas categorias admitidas pelo PMC em nível federal.
- Aceitar participar da pesquisa e assinar o TCLE.

#### **3.10 Critérios de exclusão dos participantes para as entrevistas semiestruturadas (primeiro momento da pesquisa de campo) e do grupo de discussão (segundo momento da pesquisa de campo)**

Foram excluídos da pesquisa profissionais da saúde e cuidadores familiares do PMC que atenderem a qualquer um dos seguintes critérios em qualquer momento da pesquisa de campo:

- Os que deixarem de fazer parte do PMC durante o processo de início e fim da realização da pesquisa de campo nos dois momentos de levantamento de dados;
- Os que manifestarem desejo de desistir por qualquer motivo de continuar participando da pesquisa;
- Os que se negarem a assinar o TCLE;

#### **4.11 Aspectos éticos da pesquisa**

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e metodologia propostos, bem como a garantia do anonimato e sigilo. Como forma de validar a participação voluntária, será solicitado aos sujeitos entrevistados da pesquisa, a assinatura do termo de consentimento livre

e esclarecido (TCLE), de acordo com as premissas das Resoluções CNS/MS 196/96 e 466/12 referentes a pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, sob o número de Parecer 2.914.062, de 24 de setembro de 2018.

Nos vários momentos de encontro do Grupo de Discussão foi reforçado a questão do sigilo das informações, como parte do compromisso ético, com objetivo de garantir que as discussões sejam instrumentos de pesquisa sem a possibilidade de compartilhar as informações fora desse espaço. No que couber e respeitado o sigilo, as demandas que surgirem tanto nas entrevistas como no grupo de discussão serão compartilhadas com os gestores que coordenam o PMC e com a área mais ampla de Educação Permanente em Saúde da respectiva Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas com vistas a compor, se pertinente, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e o Plano Estadual de Saúde.

#### **4.12 Análise dos riscos, dos benefícios e formas de divulgação**

A análise crítica dos riscos foi considerada nesta pesquisa, respeitando o processo de comunicação dialógica e a ética das relações humanas. Assim, se houvesse algum risco na atuação prática concernente a este processo de interação humana, o pesquisador procuraria dialogar com seus interlocutores e caso necessário acionaria intermediação com a equipe multiprofissional em saúde ou direção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), buscando uma solução adequada e cordial para esta situação.

O benefício que se deseja decorrente do estudo é a construção compartilhada de estratégias com potencial para qualificar o trabalho de todos os envolvidos no serviço de saúde escolhido, em especial no exercício em diagnosticar situações problemas que mereçam intervenções educativas com a equipe de saúde e com os cuidadores familiares, criando assim propostas de EPS que atendam de forma localizada e contextualizada as necessidades que emergiram. Espera-se, ainda que a própria vivência da construção de uma avaliação de necessidades educativas com consequente proposta de intervenção educativa constitua-se em um benefício de aprendizado e desenvolvimento do próprio exercício do trabalho. Por fim, espera-se como outros benefícios, que se dê maior visibilidade ao programa pesquisado, que ele integre e traga contribuições às pesquisas científicas e que haja contínuo esforço para o aperfeiçoamento da formação de educadores em saúde nesse contexto específico. Espera-se, ainda, que seja objeto de outras investigações científicas na área da educação e da saúde.

A divulgação dos resultados será realizada sob as formas de defesa de doutoramento, artigos científicos, apresentação deste trabalho em congressos, assim como restituição ao próprio Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pesquisado, particularmente aos atores envolvidos com a formação e educação permanente em saúde da instituição pesquisada.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esta seção, organizada em duas subseções, apresentará os resultados e fará a discussão da presente pesquisa. Na primeira subseção será apresentada e discutida criticamente as nove entrevistas semiestruturadas das quais participaram cinco profissionais de saúde e quatro cuidadores que atuam na atenção domiciliar em Manaus-AM. Na segunda subseção serão apresentados os resultados e a análise elaborada a partir dos encontros do Grupo de Discussão com os profissionais da saúde, e, ao final, uma síntese de cada categoria investigada. Nessa última subseção, será apresentada proposta de caminhos possíveis para efetiva atividade de educação permanente em saúde na Atenção Domiciliar em Manaus-AM, através da elaboração de um planejamento de atividade educativa coletivamente construída sob uma base crítica da Política de Educação Permanente em Saúde oficial e demais referenciais eleitos para construção dessa investigação. Em ambas as subseções as análises estarão fundamentadas no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a partir dos pressupostos teóricos, hipótese de trabalho e objetivos propostos. Considera também, a partir da metodologia adotada, os dados levantados no campo investigativo (entrevistas e observações de campo).

Os recortes das narrativas (para apropriação de todas as transcrições ver apêndice D) foram devidamente identificadas de tal modo a preservar o sigilo do participante e, ao mesmo tempo, tornar identificável se determinada fala faz referência a profissional de saúde ou cuidador, tendo sempre em vista o comprometimento coletivo de dada fala particular. Os seguintes descritores foram utilizados:

- PS mais um nome próprio arbitrado para designar que a narrativa se refere a um profissional de saúde.
- CD mais um nome próprio arbitrado para designar que a descrição se refere a um cuidador familiar.

### **5.1 Resultados e análise das narrativas com profissionais de saúde e cuidadores: possíveis caminhos para a EPS e para o educador em saúde na atenção domiciliar**

A seguir, apresento as ideias centrais dos cinco tópicos norteadores direcionados aos profissionais de saúde e cuidadores familiares, seguidas das expressões-chave, DSC e síntese crítica.

Referente ao tópico *entendimento sobre Educação Permanente em Saúde (EPS)*, segue a ideia central que emergiu:

**Ideia central: Compreensão tecnicista do conceito de Educação Permanente em Saúde**

*Eu entendo que a questão da educação em saúde é de estar se atualizando, sempre buscando o melhor para o dia a dia de nosso paciente. O que eu entendo disso, sempre tá buscando, como eu posso dizer, manobras, exercícios, até chegar ao objetivo que eu quero. Sempre está inovando (PS Bianca).*

*A promoção de cuidados num contexto de respeito, aprimoração de técnicas, buscar cursos... são fatores assim para aprimorar o serviço de parte técnica tanto de capacitação como de pessoas (PS Karla).*

*Então assim, se você não fizer uma educação permanente você trabalha, você vai começar ficando pra trás e as atualizações você vai perdendo, então pra mim a educação permanente acredito que deveria ser o carro chefe de qualquer equipe, de qualquer unidade básica de saúde de qualquer programa, a educação permanente que é atualizar o aprendizado de todo funcionário (PS Paula).*

*Fazer que nem o outro, não entendi muito bem o que é permanente né se for os cuidados que eu tenho com ele, que eu tive que adquirir ao longo dos anos (CD Lana).*

*Acho que a educação na...pra aprender a como cuidar das pessoas, fazer com que tenham uma vida melhor, pra ter mais um conhecimento pra ajudar (CD Graça).*

**DSC:** Não conheço o conceito de Educação Permanente em Saúde, mas acredito que esteja voltado para o desenvolvimento de habilidades técnicas adquiridas por meio de capacitações e/ou cursos.

Referente ao primeiro tópico, observa-se conhecimento restrito à técnica e consequente apropriação limitada ao que a experiência deles possibilitou obter. Como a palavra política não aparece em nenhuma das narrativas, pode-se supor que haja total desconhecimento de que se trata de uma política pública oficial nacional. A utilidade da EPS restrita a treinamentos e capacitações se destaca nas falas e tem sido objeto de sucessivas tentativas de superação desse entendimento. A OPAS cria diferenciação entre os termos educação permanente e educação continuada, considerando a última como contida na primeira. Embora não unânime, pois há autores que defendem justamente o contrário, de que a educação continuada é mais ampla porque incorpora a ideia de formação no próprio local de trabalho, sem fragmentação ou rupturas, a depender dos objetivos (MARIN, 1995), assim como outros autores que a educação permanente inclui a educação continuada e a educação em serviço (HADDAD, et. al., 1994), e, ainda outros que entendem que num contexto amplo os termos são sinônimos (RAMOS, 2010), considero acertada a posição da OPAS. Embora tenha pouca relevância tal distinção, o termo

educação permanente alcançou no Brasil força de política pública e pretende superar a formação em saúde baseada em cursos e capacitações tão associadas ao que ficou conhecido como educação continuada. Em outras palavras, a educação permanente é estratégia global e sistemática e como tal pode abranger em seu processo ações específicas de capacitação e não o inverso (DAVINI, 2009), mas qualquer separação entre ambas representa fragmentação do processo de educação em saúde (CECCIM, 2005; CECCIM e FERLA, 2008).

Embora a capacitação (educação continuada com foco no indivíduo) esteja contida no processo de educação permanente em saúde (foco no indivíduo e no serviço), e ainda que seja uma das estratégias educativas mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde, definitivamente, a EPS tem maior amplitude e alcance e não pode ser a ela reduzida. E isso por diversas razões. A primeira delas é a constatação de que a capacitação se desenvolve invariavelmente sob a influência de uma variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais antecipando e delimitando o espaço do qual a capacitação pode operar suas possibilidades e limites (DAVINI, 2009). Não se espera vencer esse desafio, o que defendo nem ser necessário, mas sim reconhecê-lo. O educador em saúde ingenuamente orientado pela ênfase em capacitação está simplificando e conseqüentemente reduzindo dado problema da educação de pessoal a uma mera questão de aplicação de técnicas pedagógicas, sem a substancial compreensão do contexto político institucional de sua realização. Outra razão para a superação da crença de que a capacitação é a salvação à educação em saúde consiste no fato de que os processos educativos assim desenvolvidos geralmente possuem alcance apenas pontual, sem força para gerar mudança institucional. Tem-se observado, ainda, a crença de que grandes e imediatos efeitos de uma atividade educativa em saúde podem ser alcançados com capacitação. Nessa lógica, capacitar é sinônimo de mudar, o que nem sempre ocorre. Outro argumento observado para a limitação da capacitação é que muitas das vezes são capacitações encomendadas e alheias à realidade a ser enfrentada. Em outras palavras, treinamentos herméticos e monologicamente impostos. Dessa forma, fica problemático o diálogo entre o tema da capacitação e sua diluição permanente ao longo do tempo laboral.

Nesse item particular, Rey (2011) destaca que não se pode definir aquilo que é melhor para uma população a partir de decisões e medidas centralizadoras e que não implicam em formas sociais cooperativas. Fazer parte do processo inclusive político das ações que envolvem as populações é condição para haver sentido íntimo e, daí, envolvimento pessoal efetivo. A inexistência de um programa efetivo de acompanhamento de resultados de treinamentos e capacitações favorece ainda mais a desconfiança da efetividade de cursos importados. Refiro-

me a um programa que avalie os capacitadores e os que foram alvo da capacitação. Uma memória de longo prazo institucionalmente instaurada pode permitir a assimilação de experiências, análise de seus efeitos e adequações futuras. A diferença entre medidas extemporâneas e voluntaristas e as medidas que consideram as pessoas como parte do processo, é que as últimas visam ao crescimento real da população em termos de mobilidade social e condições de vida, e não apenas por indicadores de consumo.

Adiante, apresento quadro com as principais diferenças entre os termos educação permanente e educação continuada segundo aspectos chaves.

Quadro 5. Principais distinções entre educação permanente em saúde e educação continuada.

Aspectos chaves	Educação Permanente em Saúde	Educação Continuada
População alvo	Multiprofissional	Uniprofissional
Conceito	Estratégia de reestruturação dos serviços pensadas para a equipes de trabalho	Ferramenta de aprimoramento profissional que desenvolve grupos ou categorias profissionais.
Enfoques	Temas de saúde	Temas de especialidades
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Objetivo principal	Transformação dos processos de trabalho	Atualização técnico-científica
Periodicidade	Contínua	Esporádica
Metodologia	Pedagogia da problematização - centrada na resolução de problemas	Pedagogia da transmissão de conhecimentos.
<i>Modus Operandi</i>	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho.	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, normalmente em forma de curso.
Resultados	Mudanças de práticas	Acúmulo de conhecimento
Pressuposto pedagógico	Práticas definidas por múltiplos fatores – conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho. Aprendizagem significativa.	O conhecimento define/preside as práticas.

Adaptado de Motta et. al., 2002.

Com relação ao tópico *participação em atividades voltadas para a área de atuação*, a ideia central que emergiu foi a seguinte:

**Ideia central: Participação limitada em atividades educativas em saúde e voltadas mais para a dimensão (re)cognitiva**

*Sim, sim, já tivemos várias vezes. Já tivemos palestras, já tivemos cursos, já estivemos assembleias. No meu caso, tivemos no ano de 2017 se não me engano em março, uma equipe foi para São Paulo lá para o HAOC, Hospital Osvaldo Cruz, a gente fez uma*

*capacitação lá muito boa, várias outras pessoas do melhor em casa dos outros estados, entendeu? Ele tratou de ventilação mecânica, as terapias nutricionais, tratou sobre feridas, ele falou sobre o programa em si, sobre a portaria, sobre o que é o AD1, o AD2 (PS Bianca).*

*Foi um congresso que participei em Curitiba, e nesse congresso me chamou muito a atenção pelo fato de que são coisas simples mas eu não sabia que surtia tanto efeito pro serviço (PS Karla).*

*Sim. Além do curso que a gente teve, assim eu sou terceirizado, a empresa nossa contratante ela está ofertando pra gente curso de gestão em atenção domiciliar, tem sido assim modular presencial, mensal e são momentos bons que a gente tá tendo lá pra conhecer bastante e aprender mais e enfim...é um momento de educação que a gente tá tendo (PS Maycon).*

*Não, ah sim, não sei se antes houve, mas no período que eu estive lá teve mas assim... só pra alguns profissionais, para a fisioterapia que eu lembro que elas iam participar, pra nutrição, pra mim não. Nutri e fisio participaram mais...era assim...empresas que convidavam para capacitar (PS Karol).*

*Não. Que eu sei é que ela fazia no hospital e ela me ensina né, que quando ela tem que sair eu já sei o que tenho que fazer e aí eu fico com ela entendeu? Mas curso nenhum a gente fez não (CD Lene).*

*Nenhuma. Não, nenhuma. É porque além de eu não ter a possibilidade de sair, a gente tem o cuidado de ele não pegar sereno, poeira, essas coisas assim, a gente não tem o carro próprio pra utilizar e a gente não tem o apoio para ir buscar e deixar da parte do governo, a gente tem que dá o jeito (CD Dias).*

*Nunca fui convidada pra nada (CD Lana).*

*Não participei (CD Graça).*

**DSC:** Considero que existam ofertas de cursos e treinamentos promovidos tanto por instituições públicas como privadas que ocorrem em momentos pontuais e sem a participação de todos ou organizados para que todos participem.

Nossa sociedade está diante da necessidade de compreender seus problemas emergentes de forma complexamente contextualizada. Delineada assim, o ensino e a aprendizagem em saúde precisam sofrer algumas mudanças, como estimular cada vez mais a participação, a curiosidade e a criatividade dos aprendizes. Os educadores em saúde são chamados para coordenar o processo de construção do conhecimento e colaborar ativamente para a transformação da informação em conhecimento e do conhecimento em saber-fazer. Sem participação efetiva do público alvo, não será criado um clima favorável e que estimule a mudança e muito menos o estabelecimento da autonomia e da disposição para a partilha. A perspectiva dialógica e histórico cultural defende uma formação docente e uma atividade educativa que não seja superficialmente feita ou que não se esgota no tratamento apenas do objeto ou do conteúdo, mas que “se alonga à produção das condições em que aprender

criticamente é possível. Essas condições implicam ou exigem a presença de educadores e educandos criadores, investigadores, inquietos e rigorosamente curiosos” (FREIRE, 1998, p. 29).

Distanciados do valor atribuído ao diálogo problematizador e da educação permanente em saúde, é fácil o surgimento de propostas educativas em saúde planejadas à distância, restritas às capacitações importadas e sem regularidade. Sem espaços propícios para a autoanálise e para o autoquestionamento, a autogestão dos coletivos fica abafada pela modelagem de serviços centrados em procedimentos e o sujeito restrito a descrever, quando muito, o que sente.

Referente à pergunta *participou do planejamento de ações educativas para o Programa Melhor em Casa?* Seguem as ideias centrais:

### **Ideia central 1.1: Planejamento realizado sem participação do público alvo**

*Durante esse tempo não. A Assistente Social não sei do município ou do estado, passava para dizer que tinha um determinado número de vagas para curso de cuidadores. Na base do y tinha 50 convites e aí nós saímos convidando principalmente aqueles que tinham paciente mais críticos, era a prioridade e aí eu acho que nesse período...acho que foi só mesmo. Não participei do curso, fazíamos somente as inscrições. Quem mais ficava a frente era a assistente social, a psicóloga e a enfermeira que palestrou inclusive (PS Karla)*

*Não. De forma ativa não (PS Maycon).*

*Na verdade eu sempre quis fazer uma equipe até pra gente tá renovando com os técnicos de enfermagem que a gente tem muita dificuldade de trabalhar... outra coisa...e, sim voltando ao que você tava perguntando eu sempre tava treinando eu nunca participei da equipe de planejamento de tá lá ajudando não, eu sempre fui como a aluna, a participante (PS Paula).*

*Não participamos (CD Lene e Nara)*

**DSC:** Embora tenha até vontade de me envolver no planejamento de atividades educativas em saúde no meu local de trabalho, quando os poucos cursos são ofertados já chegam prontos e quando participo é de forma passiva.

A imposição de receita de cursos e treinamentos decididos de forma verticalizada e sem a discussão do coletivo impede o envolvimento face a face e todo íntimo necessário para um melhor reconhecimento dessas ações como importantes a certo contexto de saúde. Vício antigo da centralização explícita ou velada, tanto nos programas ditos verticais como nas práticas de planejamento e execução dirigidas pelo nível central, que ocorrem sem a participação dos executores das ações finalísticas. Subjacente a essa postura, está o não reconhecimento de ideias

inovadoras e que orientam a nova educação brasileira em saúde norteada pela democratização do conhecimento, da utilização de pessoas não especializadas e de tecnologia simplificada, da participação da comunidade na definição dos problemas de saúde e das prioridades estratégicas que precisam ser implementadas. Redes de cuidados como as propostas no setor saúde (MENDES, 2011; 2012) significam dizer que a ideia de que um tem o conhecimento (profissional de saúde) e outro não tem o conhecimento (paciente, comunidade) precisa ser superada para a noção de conhecimento transmitido por muitos para muitos, de forma massiva, cooperativa e interdependente. Se o guia para a organização pedagógica da aprendizagem é o mundo do trabalho e seus problemas, a não participação de seus protagonistas se reveste de maior gravidade, principalmente quando se leva em consideração que a atenção domiciliar é uma modalidade recente e que precisa ser ocupada por processos de trabalho compatíveis e não pela transposição do território hospitalar para o domicílio da pessoa.

Leis, decretos, portarias, sistemas informatizados não constroem redes. Pessoas constroem redes. O nível de fortalecimento do sistema único de saúde é proporcional a sua capacidade de gerar encontros mobilizadores. O terreno que circunda o SUS deve ser plano. Sem desnível provocado, qualquer pessoa que esteja utilizando esse solo é reconhecida como portadora de conhecimento fundamental para seu aprimoramento. Aqui está um grande desafio para a EPS, para a ideia de redes e para o SUS: Mesmo que se admita que esse seja um cenário possível, é também fácil admitir que é difícil consegui-lo. Essa dificuldade reside no fato de não conhecermos o trabalho uns dos outros o que impede também de sermos condescendentes, conduzindo assim até ao preconceito do trabalho do outro. Se a EPS fala da legitimidade de diferentes interlocutores, então precisa haver conversas entre gestores, trabalhadores e usuários para se descobrir o saber produzido no cotidiano. É preciso instituir espaço legítimo de discussão, análise e reflexão cotidiana da prática com força para gerar mudança institucional, ainda que a longo prazo, uma vez que a intenção é modificar aspectos culturais.

### **Ideia central 1.2: Sinais de melhoria quanto a participação durante o planejamento de atividades educativas em saúde na Atenção Domiciliar em Manaus**

*Teve. Quando a gente voltou de São Paulo a gente teve que fazer uma apresentação para passar todo o conhecimento que a gente adquiriu, todas as ideias de lá para a gente passar para o restante da equipe.*

*... gente sentou e montou uma palestra que até foi apresentada aqui mesmo na SUSAM a gente montou uma palestra dos conteúdos que foi passado e o que a gente poderia é implementar aqui em Manaus, foi feito isso sim.*

*... Teve, teve agora uma recente, que foi a criação do POP que todos nós, todos os fisioterapeutas participamos e todos os profissionais em sua área.*

*... e teve uma recente agora que foi para a implementação de um programa como se fosse uma ação que vocês estão querendo fazer aqui da gente reutilizar os aparelhos respiratórios que nós temos CPAP, BIPAP, aí eu fui chamada novamente pra gente conversar pra gente tentar montar um esboço desse projeto.*

*... eu tô vendo que essa nova gestão depois que reformulou tudo... vocês estão muito mais interessados em qualificar os profissionais muito mais interessados em saber as dificuldades e as particularidades de cada um, pra quê? Pra gente fazer um bom serviço ao paciente final que a pessoa que está dentro de casa que mais precisa (PS Bianca).*

**DSC:** Ultimamente tenho observado a intenção de incluir um maior número de participantes durante o planejamento de atividades educativas em saúde no Programa Melhor em Casa com o objetivo de melhorar o cuidado.

Ainda incipiente, um envolvimento maior de toda equipe no planejamento de atividades educativas e de gestão voltadas para a própria equipe da atenção domiciliar é destacado por uma participante. A tênue transição entre a simples transmissão de conhecimento e o envolvimento mais participativo na produção desse conhecimento aparece exatamente entre os dois primeiros excertos e os demais citados pela PS Bianca anteriormente. Sobre os dois primeiros trechos posso afirmar que, embora não haja garantia da aquisição do conteúdo socializado como restituição ao ambiente de trabalho de treinamentos particulares e alhures, e ainda que essa socialização seja assimilada frequentemente não se revista de aplicabilidade nas rotinas diárias dos diversos contextos, considero válido mas indisfarçavelmente insuficiente para gerar mudanças ocupacionais. Sobre os fragmentos que insinuam alguma melhoria no envolvimento de outros atores no processo de planejamento de atividades no serviço justifica-se, em parte, pela realização de uma marcante oficina em outubro de 2018 com toda a equipe em que se buscou divulgar a apropriação do conceito e método em EPS para o serviço de atenção domiciliar pesquisado, já comentada nesse estudo.

Outra justificativa possível para essa sensação de maior envolvimento de quem trabalha “na ponta” com a gestão do SAD tem a ver com essa pesquisa mesmo. Como o pesquisador era da gestão do SAD e suas pesquisas de campo envolviam, entre outros elementos, entrevistas individuais e encontros no grupo de discussão com profissionais da assistência, gerou de forma não intencional um “fortalecimento” desses elos. Em outras palavras: o diálogo que se estabeleceu por exigência acadêmica pode ser utilizado como mediador entre a gestão e a assistência, potencializando ambas e conseqüentemente o serviço como um todo. Tal constatação se torna positiva no ponto exato em que essa é também uma das propostas da pesquisa-ação, do referencial da psicologia histórico cultural e da EPS. Para fazer EPS precisa admitir que o encontro, o diálogo aprofundado, fazem parte do trabalho em saúde, mas que não

acontecem de forma natural ou espontânea. Há de existir mediação para que aconteça o processo esperado. A EPS favorece a criação de conversas, de perguntas, de interrogação e auto-interrogação, e, por isso mesmo, dá trabalho.

O quarto tópico abordou sobre *temas e fazer diários que gostaria que fosse trabalhado pela EPS na Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa*. A seguir, as ideias centrais:

### **Ideia central 1.1 Necessidade de desenvolvimento técnico profissional**

*Ventilação mecânica. Foi uma realidade que eu me deparei aqui no melhor em casa, muitas e muitas vezes eu saía do melhor em casa eu ia estudar porque eu não tinha segurança digamos assim de responder ao que me era pedido (PS Bianca).*

**DSC:** Para que meu desenvolvimento profissional permaneça, preciso de capacitação tecnicocientífica aliado à investigação e interesse pessoais.

A informação recebida na academia e a aproximação prática curricular proposta por ela constituem-se em ações insuficientes para atender os vários cenários de atividades das pessoas que trabalham na saúde. Como já reconhecido nessa pesquisa, o ensino em saúde direcionado para o aprimoramento profissional é fundamental e, por isso mesmo, não pode ser realizado de forma assistemática. Na realidade de Manaus, não foram identificadas nos espaços formais de ensino, tanto na graduação como na pós graduação, temáticas específicas voltadas para a atenção domiciliar. Assim como também foi observado que o SAD não dispõe de plano próprio de capacitação inicial e que anteceda o envio desses profissionais à realidade e as rotinas da rua e da casa durante atendimento domiciliar. Além disso, os profissionais admitidos vêm geralmente com a visão de atendimento hospitalocêntrica, supervalorização do saber científico e, às vezes, com total desconhecimento da existência desse serviço.

Definido a importância da capacitação, precisa agora definir sua forma e conteúdo para execução. Mantendo-se firme ao referencial dessa pesquisa, qualquer programa de capacitação ou treinamentos deve privilegiar mais os processos do que os resultados e devem estar focados em promover mudanças na organização dos serviços. A menor falta de atenção aqui reduz as iniciativas de capacitações à reconhecimento, atualização de conhecimentos ou de competências técnicas específicas. Capacitações nessa lógica requerem que sejam realizadas no contexto real do trabalho, em número reduzido de participantes, com incentivo à interação de todos e não no modelo escolar em que um fala e o outro ouve. Seu objetivo não é transmitir conhecimento e

nem transformar o ouvinte em multiplicador, mas gerar reflexões e a possibilidade de problematizar o que está aprendendo com o que ele já sabe e confrontar tudo isso com a dureza de sua prática.

É impressionante notar que há mais de trinta anos a capacitação emprega os mesmos conceitos e tecnologias e, ainda assim, pouca discussão sobre sua efetividade é empreendida (DAVINI, 2009). Mudanças nos enfoques educativos e das práticas de saúde são chamados a dá sua contribuição e a estratégia da educação interprofissional e do trabalho multidisciplinar são desafios a serem enfrentados presentemente.

### **Ideia central 1.2 Desafios para se alcançar a multidisciplinaridade na atenção domiciliar**

*Sim. Como profissional olhando pro meu lado, porque assim, antigamente tinha mais...alguns médicos até não sabiam que o fonoaudiólogo atuava. Isso me deixava meio que surpresa porque não imaginava que numa equipe multidisciplinar não sabia o que o colega era capaz e aí as vezes acabava deixando a desejar a pecar num ponto aonde eu poderia ter tido atuação e não houve. E aí eu levantava essa bandeira da importância do fono (PS Karla).*

**DSC:** Acredito assim: somos uma equipe multiprofissional atuando de forma uniprofissional.

Conhecer as várias atribuições das profissões atende ao projeto de formação e desenvolvimento profissional e tende superar a delimitação fantasiosamente de exclusividade sobre certas áreas de atuação. A profissionalização não deve representar delimitação precisa de *locus* de atuação, mas sim ser agente de conectividade com demandas que solicitam saberes profissionais. Distintos profissionais com suas distintas profissões poderiam, durante o necessário trabalho em equipe, enriquecerem-se mutuamente tal como ocorre na confluência entre dois ou mais biomas, para utilizar aqui a metáfora do *efeito de borda*, caracterizado pelo aumento da biodiversidade encontrada como resultado da interação de ecossistemas fronteirços (SAMPAIO, 2016). O confronto interprofissional deve maximizar recursos e enriquecer ideias e práticas. Contudo, não é o mais comum de acontecer nas equipes multiprofissionais de saúde. O mais comum é o silêncio, o desconhecimento e até o preconceito sobre a profissão do outro.

Como ser multi se desde a formação se é doutrinado a ser uni? Dito de outro modo: Apostar acriticamente numa formação instrumentalista e objetivista centrada no saber do especialista atende as mudanças que precisam ser operadas no setor saúde?

Canguilhem (2004, p. 29) escreveu:

A partir do momento em que a medicina deixa de fundar seu diagnóstico na observação de sintomas espontâneos para apoiá-lo no exame de signos provocados, as relações respectivas do doente e do médico com a natureza se

transformam. O doente ao não poder modificar ele mesmo os signos dos sintomas se inclina a considerar natural qualquer comportamento adotado exclusivamente em função dos sintomas.

Assim, ancorada no paradigma da ciência moderna, a formação oficial em saúde com sua conseqüente prática, submetem os processos educativos num determinismo tanto ao nível da construção de conhecimento como nas diferentes relações e atividades profissionais em saúde. Esse modelo, autossuficiente, fechado em racionalidade e organizado de forma linear e objetivista por especialistas, suplantou a emoção do sujeito e desconsiderou a complexa trama social, econômica, política e cultural que o processo saúde-doença participa e do qual a formação em saúde e o educador em saúde não podem ignorar.

É extemporânea uma formação que busca apenas as evidências do diagnóstico, do cuidado, tratamento, etiologia, prognóstico e profilaxia dos agravos e das doenças. Deve buscar, também, desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde, alargando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência efetiva na formulação de políticas públicas do cuidado. Este ainda é um nó crítico com poucas chances para ser desatado em um horizonte curto. Não é possível tecer críticas ao tipo de formação para a saúde no serviço público que tem sido feito no Brasil sem antes expor a necessária e urgente mudança que deve acontecer no setor do ensino, uma reforma da educação que seja a materialização do atendimento dos anseios públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional. Tem-se acompanhado lentidão crônica no processo de mudança na educação, e o SUS, através de gestores, usuários e sociedade tem a obrigação de exercer função provocadora e inovadora tanto para o campo das práticas de saúde como para o campo da formação profissional.

A Educação Permanente em Saúde deve estar voltada para os serviços de saúde, mas também reconhecer seus efeitos no docente e nas instituições formadoras. Ao considerar que significativo contingente de estudantes exercerão suas atividades profissionais no SUS, quais mobilizações estão sendo produzidas nesses estudantes? Quais aproximações efetivas estão acontecendo entre os ainda distantes campos de ensino e campo de práticas em saúde? A EPS pode ser o agente que causará a interação profícua entre esses saberes que trabalham de forma isolada. Uma pedagogia da escuta é solicitada, uma reflexão sobre como podemos formar estudantes e profissionais com melhor capacidade de trabalhar em equipes interprofissionais, heterogêneas, que respeitem as diferenças e as singularidades envolvidas no processo interativo. No entanto, apesar do SUS e da EPS terem assumido papel relativamente importante na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e

coletiva, e ainda que tenha sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender, não foi capaz, ainda, de gerar uma forte potência aos modos de fazer formação. As iniciativas de formação em saúde que têm contribuído tanto para um certo pensamento crítico nessa área como para o estímulo a se pensar formas alternativas ao processo de formação e desenvolvimento, ainda são iniciativas rasas quando se pensa em sua capacidade de promover mudanças efetivas nas práticas dominantes de formação no sistema saúde.

### **Ideia central 1.3 Barreiras diárias que impedem a integralidade do cuidado**

*Foi feito uma dinâmica que eu achei interessante partiu da emap; escolhia um dia da semana para fazer um estudo de caso, escolhesse um paciente e conversasse entre si, só que eu comecei a perceber que não tinha tanta necessidade, a necessidade maior seria como equipe e aí a gente pensou vamos mudar um pouquinho a pauta e esquecer o paciente e colocar a equipe, porque não adianta ter esse elo quebrado entre a equipe; foi quando a gente começou a fazer as reuniões de forma mais dinâmica entre a equipe (PS Karla).*

*Deixo eu pensar: como é que no dia a dia a educação em saúde pode ser inserida, eu que no dia a dia aqui no melhor em casa na atividade domiciliar eu acho que assim é que eu acho muito necessário é a reunião do grupo para que todos cheguem no paciente com o mesmo comportamento ou com uma sincronia no comportamento. É que eu percebo que nas atividades as vezes a gente não tem esse momento de fazer de todos se reunirem, fazer um estudo em conjunto e a partir desse estudo fazer a prática, cada um já traz a sua experiência pessoal, conversam entre si eu diria de forma tangencial e se harmonizam para trabalhar mas não existe uma forma que a gente se inclui em algum documento em alguma base de estudo (PS Maycon).*

*Tipo assim fazer com que as vezes a mãe precisa de um profissional aqui tão estressada do dia a dia, da casa, da rotina, que eu não saio lá fora, que se o senhor me perguntar quantas vezes eu já saí lá em frente dessa casa no mês, eu vou lhe dizer talvez uma, talvez, porque geralmente eu não saio, eu fico na frente dessa sacada e da sacada pra dentro então tipo assim eu não tenho com quem conversar, as vezes o dia a dia, a rotina se torna tudo estressante, mas a gente releva, mas a gente precisaria de acompanhamento (CD Lana).*

*Eu acho que deveria ter um curso assim pra ensinar as pessoas a ter um cuidado (CD Graça).*

**DSC:** Para que eu possa ajudar de forma efetiva o usuário e sua família, preciso primeiramente transformar minha equipe numa equipe coesa, dialógica e integrada.

O anseio resignado da CD Lana ao afirmar que “*não tenho com quem conversar*” ganha relevância ao ser confrontado com a constatação de “*elo quebrado*” da PS Karla e da “*forma*

*tangencial*” de comunicação intraquipe afirmado pelo PS Maycon. Teria aí uma relação de causa e efeito?

É significativo que o processo dialógico apareça comprometido aqui. Aparece igualmente problemático no grupo de discussão e no fato dos problemas eleitos para planejamento educativo em saúde também possuírem como tema central o prejuízo na comunicação. Como refletir sobre a dimensão crítica de sua atividade e definir finalidades que antecipem idealmente sua transformação sem diálogo? Se essa pesquisa defende o diálogo como mediador entre a atividade e a reflexão sobre a dimensão crítica dessa atividade, então constata-se ao menos até o momento que o SAD pesquisado faz, mas não reflete, não se auto interroga.

É possível existir equipes que sejam muito falantes, mas ainda assim silenciosas. Falas e ações que privilegiem os sujeitos, as pessoas, são capazes de construir partilha e espaço solidário. Em outras palavras, a noção de linguagem aceita como prática social e a conversa contínua são reputadas como condição para o entendimento do sentido. A ideia da roda de conversa é proposta aqui, e o diálogo como recurso didático e instrumento real para fazer brotar opiniões divergentes. A roda é o momento de problematizar a realidade para que a conscientização aconteça e se abandone a cultura de seguidismo. É claro que o arranjo pedagógico da roda não é o único capaz de resolver o problema da ausência de pensamento crítico, mas como essa investigação tem pretensão de gerar mudanças nas rotinas, a instituição da roda de conversa com o objetivo de gerar reflexão aprofundada e criativa e fugir da uniformização acrítica, é proposta de alternativa promissora.

Há a necessidade da institucionalização do tempo protegido. O tempo protegido é caracterizado por um período de tempo, dentro da jornada de trabalho, acordado entre gestores, trabalhadores e usuários, destinado a problematização, ao diálogo aprofundado e a interação com propósito. O tempo protegido é momento de refletir de modo alternativo individual ou conjuntamente, tempo de imaginar criativamente e recordar livremente. Um mínimo de planejamento precisa ser feito e que em cada tempo protegido esteja bem nítido seus objetivos, não para cerceamentos, mas no sentido de não dispersar ou não se saber porque se está reunido. Este é um espaço formalmente instituído em que se valoriza o diálogo e a reflexão sobre os processos de trabalho, a problematização das questões e a busca coletiva para solução dos problemas nas rotinas dos serviços, tendo como foco a melhoria dos processos e conseqüente melhoria ao atendimento da população. Todas as pessoas do serviço devem participar e ter bem

definido o objetivo dessa participação que não pode se restringir a condutas técnicas e discussão de casos clínicos, mas de envolvimento e comprometimento da equipe.

Quando se reflete sobre a narrativa da CD Lana que acredita que um curso “pra ensinar as pessoas a ter um cuidado” poderia ser útil para diminuir a barreira que impede o cuidado integral, não somente se evidencia a necessidade de maior interação e compartilhamento inter equipe como ainda se admite como solução a capacitação por cursos e treinamentos. Fica como inimaginável que a simples conversa numa roda da forma trabalhada aqui poderia ser saída forte para a quebra do muro que impede a comunicação eficaz e que faz a pessoa se sentir só. O agir conscientemente como resultado de uma reflexão teórica guarda força em identificar pessoas que queiram de fato *to think outside the box*. Sem esse esforço fica complicado reconhecer o outro na sua diferença, mais complexo ainda em reconhecer-se como que tendo vivido uma vida inteira sem reexame.

O último tópico norteador tratou sobre os *desafios para que ocorra EPS no local de atuação*. As ideias centrais que surgiram foram as seguintes:

**Ideia central. Desafio: adequação de recursos humanos, preparo profissional e coragem para mudar a forma de trabalho**

*Porque hoje em dia o que eu percebo agora trabalhando em outra base também é que as pessoas tem medo do fazer, sabem, conhecem a teoria mas na hora da prática pensa muito no que pode dá errado no suporte que a gente não tem, o que de fato é real, a gente não tem um suporte acho assim amplo, entendeu? (PS Bianca)*

*Acho que poderia ter um olhar mais humanizado. Acho que a humanização ela é primordial, principalmente quando se trata com saúde né? Com pessoas fragilizadas...é um serviço totalmente diferente o que você executa, porque você adentra a casa do paciente, tem que pedir licença que você entre ou não, senão, não tem muito o que fazer (PS Karla)*

*Muitos, muitos desafios. Primeiro. Primeiro não, não vou elencar prioridades, mas os desafios é o desafio dos recursos humanos né, fazer com que as pessoas entendam a importância da educação uma coisa que eu percebo que é difícil que as pessoas é mudar a forma de trabalho isso é bem explícito (PS Maycon)*

**DSC:** Sei que possuo bom aporte teórico, mas o receio de colocar em prática devido a falta de cooperação me induz a não inovar e em fazer somente o habitual.

Qual o resultado de uma conduta quando esta é guiada por uma sensação de medo e não cooperação? A reprodução. Para romper com essa prática a EPS se constitui como estratégia de construção social da saúde. Dito de outra forma: se não for colocado em desenvolvimento outras

interações como as informais, constituída pelos indivíduos e grupos de referência como a família, a comunidade, pouca ou nenhuma modificação ocorrerá na atenção ao usuário atendido em domicílio. Programas como o Melhor em Casa com possibilidade forte de obtenção de êxito em atividades orientadas pela EPS, devem propor intervenções nos níveis que vão da educação individual, educação grupal até a educação massiva, e, ademais, devem chegar aos níveis interprofissionais e interinstitucionais.

Sem o diálogo como mediador chave e a interação como forma de sua expressão, a educação atua como instrumento privilegiado de conservação. Portanto, num mundo que se transforma rapidamente, ela é ineficiente. Nem os sistemas escolares, nem os sistemas de saúde, estão suficientemente preparados para o contexto atual que exige da educação e da saúde múltiplas tarefas em território nômade. Sem auscultar as provocações cotidianas que impulsionam para o desapego da prescrição biomédica e medicamentosa da vida, e sem abrir mão das representações estanques de uma clínica configurada pela modernidade (FERLA, 2002, 2004), perde-se o compromisso de atender em qualidade e intensidade a vida e o viver das pessoas em atendimento à saúde.

## **5.2 Resultados e análise do Grupo de Discussão com os profissionais de saúde – em busca de interação**

Nesta subseção será apresentado e discutido os resultados do Grupo de Discussão (GD) com os profissionais de saúde refletindo sobre os caminhos possíveis para efetiva atividade de educação permanente em saúde na Atenção Domiciliar em Manaus-AM. A meta é a elaboração de um planejamento de atividade educativa em saúde coletivamente construída tendo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS e demais referenciais como base de interrogação e mudança.

Uma questão-chave para as mudanças de práticas é que para ela acontecer deve vir acompanhada da educação da pessoa, fazendo com que a pessoa se torne sujeito de novas condições de vida e atividade, impulsionando-as e capacitando-as para novos níveis de desenvolvimento. Quando me propus realizar um Grupo de Discussão parti do pressuposto que medidas ou decisões centralizadas e verticalizadas são insuficientes para definir o que é melhor para determinada população e que formas sociais cooperativas são mais eficientes por produzirem a participação efetiva da pessoa ou da população às quais as atividades são orientadas.

A seguir, apresento e discuto os resultados do GD com os profissionais de saúde da Atenção Domiciliar.

### 1º Encontro (11.04.2019)

Este encontro teve com meta integrar o grupo, identificar e discutir os problemas e facilitadores durante a atuação profissional no Programa Melhor em Casa em uma das bases hospitalares localizada na zona leste da cidade de Manaus. Não houve atraso para início das atividades e compareceram 5 profissionais de saúde: uma nutricionista, duas fisioterapeutas, uma técnica de enfermagem e um médico. Como introdução foi dado as boas vindas e realizado a explanação dos objetivos do grupo, da técnica de pesquisa. Foi ainda conversado sobre os acordos éticos e operacionais do grupo e entregue para ser lido e assinado o TCLE. Cada participante ficou com uma cópia do termo. Abordei de forma breve os conceitos da EPS, introduzindo a problematização como passo inicial para a transformação de práticas, sua relação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em interface com os conceitos de mediação, linguagem e interação da psicologia soviética de Vigotsky.

*A Educação Permanente em Saúde é uma política pública brasileira ainda pouco conhecida no setor saúde e creio que também no setor educação. Embora importante as atos normativos, são as pessoas e não portarias ou políticas públicas que unem os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O simples conhecimento e apropriação dos conceitos em EPS já podem ser reconhecidos como avanço para o desenvolvimento de processos de mudanças no setor saúde. A EPS valoriza o cotidiano como momento para a invenção e criatividade; estimula a conversa com propósito e procura incluir todos como partícipes de decisões que foram percebidas antes como problemas. (Fala do pesquisador)*

Logo após, os participantes foram convidados a se organizarem livremente em subgrupos para a identificação de problemas e facilitadores percebidos no cotidiano de trabalho. O objetivo em organizar dessa maneira foi gerar um diálogo mais próximo entre os participantes e envolvê-los no processo comunicativo. Formou-se, então, um subgrupo composto por médico e fisioterapeuta e outro composto por fisioterapeuta, nutricionista e técnico em enfermagem. Foi entregue uma folha contendo quadro para ser preenchido pelos subgrupos. O quadro foi organizado em dois itens: a) Aspectos positivos no cotidiano de trabalho; b) aspectos negativos no cotidiano de trabalho. A parte designada para os aspectos negativos no ambiente de trabalho foi entregue já previamente preenchida com os aspectos negativos identificados por essa mesma base hospitalar como resultado da oficina realizada em outubro de 2018 que teve como objetivo trazer os conhecimentos sobre a PNEPS para a atenção domiciliar e de criar o Núcleo de

Educação Permanente em Saúde da Atenção Domiciliar em Manaus-AM, o NepSAD, já comentado na seção metodológica dessa pesquisa. Foi pedido para ser feita revisão desses aspectos e acrescentar os aspectos positivos identificados.

Após o tempo destinado aos subgrupos, foi feito o convite para que fosse formado grupo único e realizada apresentação do material produzido. Esse momento trouxe a oportunidade de conhecimento dos aspectos positivos e desejos de melhoria dos subgrupos e foram esclarecidas algumas dúvidas relativas à composição desse quadro. Antes da finalização desse encontro, foi acertado a próxima reunião e acordado que seria apresentado quadro dessa construção coletiva. O quadro 6 apresentado a seguir, foi aprovado por todos após breve discussão.

**Quadro 6. Aspectos positivos e desejos de melhorias do cotidiano de trabalho construído pelo GD – profissionais de saúde. Programa Melhor em Casa. Manaus-Am, 2019**

<p><b>Aspectos positivos do cotidiano de trabalho</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Satisfação do paciente/cuidador que estar sendo acompanhado por uma equipe de saúde.</li> <li>2. Desospitalização do paciente</li> <li>3. Saber que as orientações dadas pela equipe multidisciplinar para o cuidador estão sendo realizadas, tendo como resultado a melhora clínica do paciente.</li> <li>4. Retorno dos carros</li> <li>5. <i>Comunicação interprofissionais</i></li> <li>6. Flexibilidade das equipes e entre as equipes</li> <li>7. Apoio passivo do hospital</li> <li>8. Disponibilidade/organização dos administrativos</li> <li>9. <i>Cor dos prontuários/organização entre EMADs</i></li> <li>10. <i>Disponibilidade de materiais (folha, pc) / 28 de agosto</i></li> <li>11. <i>Comunicação com SUSAM (nome coordenação)</i></li> <li>12. <i>Presença da EMAP na base</i></li> </ol>
<p><b>Desejos de melhorias do cotidiano de trabalho</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de material (logística, entrega)</li> <li>2. Entendimento do hospital perante o programa</li> <li>3. Cuidados com os manuseios dos cuidadores referentes a materiais + procedimentos</li> <li>4. Aderência do cuidador</li> <li>5. Infecções recorrentes</li> <li>6. Cobertura da Atenção Básica para dá alta</li> <li>7. Entrega de material</li> <li>8. Comunicação com a farmácia – medicamentos</li> <li>9. Tamanho da sala não comporta todos os funcionários</li> <li>10. Falta de materiais: glicosímetro, tensiômetro</li> <li>11. Instalar pacote Microsoft office</li> <li>12. Falta chave para usar o banheiro</li> <li>13. Falta manutenção do ar condicionado</li> <li>14. Faltam outras opções de dieta enteral e suplementos</li> <li>15. Falta divulgação do programa dentro do hospital</li> <li>16. Adequar o fornecimento de frascos e equipos. Ideal de 90 por paciente</li> <li>17. <u>Falta de entendimento do usuário e do cuidador quanto ao funcionamento do programa e fornecimento de material.</u></li> <li>18. Interação entre emad e emap</li> <li>19. Entrega de parecer (desorganização)</li> <li>20. Conhecimento do profissional dentro do hospital do Programa MC</li> <li>21. <u>Equipe conhecer a Rede de Saúde</u></li> </ol>

Fonte: Notas do pesquisador (agosto de 2019).

## 2º Encontro (25.04.2019)

Desde o primeiro encontro persistiu a ideia de se trabalhar a reflexão com a ação, com alternância imprecisa desses momentos. Nesse encontro, porém, se destacou a necessidade real de se refletir e registrar as possibilidades viáveis de intervenção educativa. O segundo encontro do GD ocorreu no mesmo local e horário combinados. Nesse encontro participaram os seguintes profissionais de saúde: Uma Fonoaudióloga, uma Técnica de Enfermagem, duas Fisioterapeutas, um Médico e uma Enfermeira, seis profissionais. A meta para esse encontro foi contribuir para o planejamento de uma intervenção educativa em saúde pautado na lógica da EPS e demais fundamentos teóricos da pesquisa.

Após o acolhimento dos participantes, foi feito pelo pesquisador explicação dialogada sobre EPS, tal como estava acontecendo no GD. Foi também apresentado a síntese da atividade anterior e feita validação da produção. Como se mostrou produtivo, os participantes foram novamente convidados a se organizarem em grupos menores para então receberem a orientação das atividades daquele encontro. A atividade proposta foi que, a partir dos desejos de melhorias identificados no cotidiano de trabalho, cada subgrupo deveria identificar um aspecto com elevado nível de prioridade e com viabilidade para sua resolução.

Após reunidos em grupos menores, o primeiro subgrupo concordou que a mínima articulação entre a equipe do Programa Melhor em Casa e a Rede (PMC) de Atenção à Saúde (RAS) onde a equipe do PMC está adscrita era um desejo com elevado grau de prioridade (item 21 do quadro anterior). O outro subgrupo entendeu que a falta de um melhor entendimento do usuário e do cuidador sobre o funcionamento do Programa Melhor em Casa deveria ser priorizada, tornando esse tema o destaque para receber planejamento educativo em saúde (item 17 do quadro anterior), ambos sublinhados.

Com estes dados definidos, cada grupo foi estimulado a pensar em um planejamento educativo que pudesse intervir nos desejos de melhorias priorizados. Esse momento se mostrou complexo para alguns participantes.

### **Ideia central 1: Organização de ideias e de ações como etapas desafiadoras**

*A atividade foi complexa, porém bem orientada, de forma que conseguimos desenvolver e elaborar o planejamento do trabalho a ser desenvolvido. O resultado desse trabalho trará uma grande importância no conhecimento da Rede de Saúde para o bom desenvolvimento do trabalho na prática (PS – Enfermeira).*

*Impressão de ser fácil realizar, porém difícil de identificar as melhores estratégias para atingir os objetivos (PS – Médico).*

**DSC:** Só aparentemente é simples participar de um processo de planejamento educativo em saúde. Contudo, sei que, com o conhecimento adquirido e as metas definidas a partir da prática é possível alcançar os objetivos.

Com o objetivo de clarificar os temas escolhidos, o pesquisador observou que os dois temas tinham algo em comum: ambos evidenciavam a deficiência na comunicação. A equipe admitia não conhecer a rede de saúde de sua área de cobertura; por sua vez, a própria equipe reconhecia que o usuário e o cuidador não conheciam o funcionamento da atenção domiciliar. Após esse esclarecimento e a necessária ênfase na comunicação efetiva, cada equipe se debruçou em elaborar sua proposta educativa. Não houve interação entre os subgrupos, reforçando a noção inconsciente de competitividade e individualidade mesmo quando a proposta é para uma atuação colaborativa. Em um dos subgrupos houve a tentativa de se definir logo as metas antes mesmo de ter bem definidos os objetivos. Um dos participantes observou esse “detalhe” que logo foi corrigido provocando risos entre os participantes. Tal fato, pode ser indicativo da dificuldade em transformar conceitos do cotidiano em conceitos sistematizados, assim como pode denotar também certa incompreensão e/ou desconhecimento dos significados desses termos. Para alguns, meta é sinônimo de ação, atividade e até de objetivo. Para não se estender nesse tópico, indico a leitura sempre proveitosa de Salomon (2006), bem como de outros metodologistas que geralmente se esforçam para fazer esclarecimentos ao ato de pesquisar e criar em ciência. Nessa investigação, metas são partes geralmente tangíveis do planejamento educativo em saúde que precisam ser contornadas utilizando-se de atividades estrategicamente bem delimitadas com a finalidade de alcançar o objetivo geral, esse quase sempre intangível.

O planejamento em saúde se mostrou complexo porque de fato é complexo. Problematizar para antecipar idealmente uma série de objetivos, metas e atividades e ainda fazer tudo isso em equipe é tarefa difícil mesmo para quem está acostumado em planejamento estratégico, muito mais para uma parte significativa de pessoas que trabalham na saúde e que se tornaram, pelo produtivismo acadêmico e exigência laboral, em uma máquina de fazer, mas não de refletir. Mas, felizmente, planejamentos bem elaborados ainda acontecem. O cuidado aqui é para não ficar somente nessa fase. Muito tempo e outros recursos já foram gastos com ótimos planejamentos que jamais foram executados. Muito tempo e outros recursos já foram gastos com ótimos planejamentos que foram executados, mas que não foram monitorados,

avaliados e divulgados. Esse é um risco comum a todos os processos de planejamento, mas em especial os que são orientados com as noções de educação permanente em saúde. Isso porque, como já foi discutido no referencial teórico dessa pesquisa, por sua abrangência, esse conceito pode querer dizer muita coisa e, por isso, ter sua pertinência diluída. Defendo que a importância de um planejamento deve ser diretamente proporcional ao seu entendimento por parte dos envolvidos como um problema que se tenha a intenção real de resolvê-lo. Em outras palavras, o processo de planejamento deve levar ao constrangimento (força, aperto, compulsão), e mover os envolvidos no processo ao passo seguinte, a fim de que a situação-problema que foi o disparador do planejamento seja não somente idealizada mas superada, mitigada, contornada. Para isso, é fundamental que quem planeja, quem executa, quem monitora, avalia e divulga esteja em interação e comprometido com todo esse processo. Dizer que é processo, é o mesmo que dizer que não é um mero ato. Deve ser visto dinamicamente, em movimento, numa sucessão de fases que interagem entre si e que são por vezes contraditórias. Sob a ótica da EPS, tais empreendimentos, não se assentam em meros processos de ensino-aprendizagem, mas visam criar condições para que as pessoas (inclusive as envolvidas no processo planejar-executar-avaliar) se autonomizem e se emancipem. Dá trabalho. Talvez por isso alguns se contentam em planejar como um fim em si mesmo; talvez alguns poucos que chegam a executar sem ter refletido desconhecem como chegaram a tais resultados; e, talvez por isso, há tão pouco interesse em documentar e divulgar o que foi executado, haja vista que falta rastro histórico.

Realizar planejamentos participativos em saúde, é abandonar a ilha segura construída pelo investimento na acumulação de conhecimento técnico e individualista e partir para o mar aberto desse grande colóquio humano que fixa a raiz do diálogo na complexidade. O profissional da saúde que se aventura nesse oceano será surpreendido ao perceber que “só ilusoriamente nos julgamos capazes de orientar a nossa ação sem ou outros; só equivocadamente julgamos saber decidir sobre o que fazer sem ajuda” (UMBELINO, 2018, p. 200). Também compreenderá que para além de seu profissionalismo e especialismo, ele é um educador em saúde, e como tal, tem tanto a ensinar como a aprender num vai e vem sem necessidade de identificar professores e aprendizes.

Como última parte desse encontro, os subgrupos entregaram suas produções e ficou acordado que no próximo encontro seria apresentado, num quadro único, o planejamento de cada subgrupo e submetido a discussão dialogada. A seguir foi solicitado aos participantes fazer avaliação do encontro. Depois da confraternização foram convidados a estar presentes no próximo encontro.

## **Ideia central 2: expectativas foram criadas**

*Atividade desenvolvida foi de suma importância para o desempenho e esclarecimento das atividades propostas, sempre em busca de melhorias dos serviços e capacitação da equipe (PS – Fonoaudióloga).*

*A reunião que foi realizada foi bastante esclarecedora, de suma importância porque através dela podemos pontuar os problemas levantados e procurar soluções para os mesmos, através do entendimento da equipe com o cuidador. Esclarecer dúvidas e demais orientações quanto ao programa no geral (PS – Técnica de Enfermagem).*

*De acordo com a atividade desenvolvida, achei muito útil e vantajoso para o SAD, pois muitas vezes o paciente sente dificuldade na hora da alta e para onde se encaminhar. Acho que vai ser muito importante para o grupo (PS – Fisioterapeuta).*

**DSC:** Considero encontros como esses fundamentais. A busca por melhorias em minha atuação, pode fazer a diferença para a melhoria do meu serviço e para melhor entendimento do usuário e cuidador.

O diálogo estabelecido com o propósito de possibilitar a fala de todos e as atividades do dia a dia do serviço como tema dos encontros são instiladores de esperança. O ruído na comunicação envolvendo as díades equipe-equipe, equipe-usuário e usuário-equipe é bem destacado e a diminuição desse ruído é visto como possibilidade ao menos possível de ocorrer. Nesse particular, a EPS incentiva e reconhece encontros como esse, e mais, define que sua inserção deve ser ascendente, ou seja, “insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta - implicando seus agentes, às práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou setor saúde, e, às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde” (CECCIM, 2005. p. 161).

Com essa intenção, a de tornar a pessoa que trabalha na saúde como ativo produtor de subjetividades e não somente assujeitado por modelos padronizados de subjetividades (ser paciente, ser profissional, ser estudante), Ceccim lança o desafio para se abrir outros territórios com sentido e que modifiquem o comportamento repetitivo de se fazer gestão do processo de trabalho. A psicologia, em seu compromisso social como ciência e profissão, reconhece que a atenção à subjetividade está integrada “como dimensão importante de políticas sociais orientadas a interação das pessoas e às condições de vida numa relação ativa e contraditória dirigida a estimular posicionamentos ativos das pessoas” (REY, 2011, p. 45).

### 3º Encontro (02.05.2019)

A metas desse encontro foram: discutir e consolidar o planejamento construído nos subgrupos no encontro anterior, fornecer a devolutiva da trajetória de pesquisa, compartilhar os produtos construídos pelo grupo, realizar avaliação dos encontros e fazer confraternização de encerramento. Participaram sete profissionais de saúde: dois fisioterapeutas, um médico, um técnico de enfermagem, uma enfermeira, uma nutricionista e uma fonoaudióloga. Após breve momento interativo, iniciamos o encontro retomando a síntese do que foi discutido no encontro anterior e foi colocado para o grupo os dois desejos de melhorias com elevada prioridade para ser construído um planejamento interventivo educativo em saúde nos moldes da EPS. Inicialmente foi pensado em se eleger apenas um desejo de melhoria para ser construído proposta de intervenção educativa, mas houve consenso que os dois poderiam ser atendidos, uma vez que aumentaria o potencial de benefícios ao Serviço de Atenção Domiciliar - Programa Melhor em Casa.

Dessa forma, o grupo foi novamente organizado em dois, para que cada subgrupo fizesse revisão do seu quadro de planejamento e proposta de intervenção. Ao devolver para o grupo e solicitar deles que modificassem e validassem o que foi proposto intensificou seu envolvimento e estimulou a democratização das decisões. A ação de organizar o grupo em subgrupos decorreu das observações anteriores que apontaram para melhor empenho e produtividade que esta dinâmica provocou no grupo. Com diálogo concentrado na tarefa, houve criação proveitosa que culminou nos dois quadros apresentados a seguir.

**Quadro 7. 1º Planejamento educativo em saúde construído pelo Grupo de Discussão profissionais de saúde. Programa Melhor em Casa. Manaus-AM, 2019.**

<b>Desejo de melhoria identificado como prioridade máxima</b>	- Falta de entendimento do usuário e cuidador quanto ao funcionamento do Programa Melhor em Casa (PMC) e do fornecimento de materiais					
<b>Público alvo</b>	Usuários e cuidadores atendidos pelo Programa Melhor em Casa					
<b>Exemplos do cotidiano que caracterizam o desejo de melhoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reclamação quanto ao material dispensado na farmácia (tipos, quantidade, distribuição, horários)</li> <li>- Questionamento sobre a frequência das visitas da equipe no domicílio.</li> <li>- Questionamentos de usuários e cuidadores que sugerem confusão entre Atenção Domiciliar e <i>home care</i>.</li> </ul>					
<b>Objetivo Geral</b>	- Esclarecer sobre o funcionamento do Programa Melhor em Casa para usuários e cuidadores ativos					
<b>Objetivos específicos – passos para alcançar o objetivo geral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar usuários e cuidadores sobre funcionamento do Programa através da leitura detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE</li> <li>- Divulgar sistematicamente as informações referentes ao funcionamento do Programa Melhor em Casa e fornecimento de materiais.</li> <li>- Envolver recursos visuais para melhoria da comunicação sobre o funcionamento do PMC entre usuários e cuidadores.</li> </ul>					
<b>Meta</b>	<b>Atividades/estratégias</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Pessoal envolvido</b>	<b>Recursos</b>	<b>Data provável para execução</b>	<b>Forma de Mensuração</b>
Elaborar cartaz de fácil compreensão e afixar no domicílio em local de fácil consulta sobre os seguintes temas: <i>a)</i> Funcionamento sumário do Programa; <i>b)</i> Principais informações contidas no TCLE; <i>c)</i> Formas de dispensação de materiais na farmácia do Programa Melhor em Casa; <i>e, d)</i> Outras dúvidas sobre o PMC identificadas no dia a dia profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Reunir com representantes das EMADs e EMAP dos dois turnos de cada base hospitalar para definição de itens que serão incluídos no cartaz.</li> <li>b) Mostrar um esboço do cartaz elaborado para a gerência do SAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fisioterapeuta turno da tarde.</li> <li>b) Enfermeira turno da manhã</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) EMAD e EMAP, dos dois turnos.</li> <li>b) Gestão do SAD e Farmacêutico do SAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Gráficos</li> <li>b) Criatividade</li> <li>c) Interesse</li> </ul>	Novembro/2020	<p>Número de cartazes elaborados e afixados/número domicílios atendidos no PMC.100</p> <p>Meta: 70%</p>

Fonte: Notas do pesquisador. Agosto 2019.

**Quadro 8. 2º Planejamento educativo em saúde construído pelo Grupo de Discussão profissionais de saúde. Programa Melhor em Casa. Manaus-AM, 2019.**

<b>Desejo de melhoria identificado como prioridade máxima</b>	- Mínima articulação entre atenção domiciliar e a rede de atenção à saúde onde a equipe está adscrita					
<b>Público alvo</b>	- Equipe assistencial e administrativa do Programa Melhor em Casa					
<b>Exemplos do cotidiano que caracterizam o desejo de melhoria</b>	- No momento da alta para Atenção Básica (AB) existe a dificuldade em encaminhar usuários para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de cobertura - Caso haja a necessidade de encaminhar para especialistas (média complexidade), existe a dificuldade em saber para onde fazer esse encaminhamento concretamente.					
<b>Objetivo Geral</b>	- Fortalecer a interação entre atenção domiciliar e a rede de atenção a saúde no município de Manaus.					
<b>Objetivos específicos – passos para alcançar o objetivo geral</b>	- Identificar a área de abrangência (bairros e localidades) de cada base hospitalar onde o PMC está instalado - Discutir e atualizar o conhecimento sobre a RAS no município de Manaus.					
<b>Meta(s)</b>	<b>Atividades/estratégias</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Pessoal envolvido</b>	<b>Recursos</b>	<b>Data provável para execução</b>	<b>Forma de Mensuração</b>
1. Reunir com gestores de cada DISA	a) Estabelecer pauta e formato da reunião b) Agendar reunião técnica com gestores de cada DISA	a) Médicos – turno tarde de cada base hospitalar do PMC b) GADPC	a) EMADs e EMAPs do SAD Manaus-AM b) GADPC	Transporte – turno tarde	Setembro/2020	Ata/Memória de reunião – fotos.
2. Realizar reunião de apresentação da equipe e de finalidade do programa junto aos gestores das unidades de saúde que estão dentro da área de abrangência de cada base hospitalar do Programa Melhor em Casa.	a) Mapear quantas e quais são as unidades de saúde que integram a área de abrangência de cada base hospitalar do Programa Melhor em Casa – Distrito de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/SEMS. b) Mapear quantas e quais são as unidades de saúde que integram a área de abrangência de cada base hospitalar do Programa Melhor em Casa – Secretaria Estadual de Saúde/SUSAM	a) Enfermeira e Fisioterapeuta de cada base hospitalar do turno da tarde b) Representante da equipe gerencial GADPC/SUSAM	a) Todas as EMADs e EMAPs do SAD Manaus-AM. b) Equipe gerencial GADPC/SUSAM	a) Interesse b) Transporte	Out/2020	Lista atualizada das unidades de saúde por base do PMC
3. Realizar palestra para divulgação do conhecimento obtido sobre a RAS da área de abrangência de cada base hospitalar onde o Programa Melhor em Casa está instalado.	a) Reunir com os responsáveis pelas duas primeiras metas b) Estabelecer critérios de explicitação do conhecimento obtido c) Criar fluxos de referência e contrarreferência	a) Médico, enfermeira e fisioterapeuta de cada base hospitalar do PMC – turno tarde b) Representante GADPC/SUSAM	c) Todas as EMADs e EMAPs do SAD Manaus-AM d) Equipe gerencial GADPC/SUSAM	e) Auditório f) Áudio visual g) Disponibilidade h) Criatividade	Nov/2020	a) Memória de reunião – fotos b) Esboço de critérios. c) Fluxos criados

Fonte: Notas do pesquisador. Agosto 2019.

Ao se destacar o cronograma de execução e o pessoal nominalmente comprometido objetiva-se favorecer o compromisso em manter o processo de forma permanente e em movimento, além de ser potencialmente capaz de alcançar a participação de outros a depender do grau de complexidade das demandas. A forma de mensuração permite realizar o monitoramento e avaliação de todo o processo tendo o diálogo como orientador. Os instrumentos sugeridos contribuirão para a gestão sobretudo em sua tomada de decisão, potencializando os resultados positivos e modificando os que apresentarem necessidades de ajustes.

Cumpra destacar que momentos de interação e construção coletiva com vistas a obtenção de entendimento, devem deixar de privilegiar assimetrias ou simetrias no conhecimento, *status* e papel dos envolvidos e se concentrar em entenderem-se uns aos outros para a coordenação e efetivação da atividade. Em outras palavras, as ações individuais são integradas em um plano que desponta como um plano de ação compartilhado a partir da comunicação dialógica.

Como avaliação desse dia e do período em que o grupo esteve reunido, os participantes verbalizaram como muito produtivo cada momento. Expressaram expectativas de ver em prática tudo que foi elaborado e divisaram as propostas da EPS como uma alternativa para lidar com os desafios do cotidiano de trabalho em saúde na atenção domiciliar em Manaus. Porém, não foi percebido por eles, ao menos assim deduzi, que, para a concretização das expectativas criadas, exigiria um desconforto de suas próprias posturas até ali estabelecidas.

Ao final, foi solicitada avaliação por escrito dos participantes sobre sua impressão sobre os encontros, deixando-os à vontade para opinarem. Seguem os textos transcritos e analisados a partir do DSC:

### **Ideia central 1. Satisfação, participação conjunta e concretização**

*Discussão sobre as problemáticas sinalizadas e análise do plano de ação bem satisfatórios, equipes ajudaram no desenvolvimento de cada proposta, o que facilitou o entendimento para colocar na prática. Realizar com mais frequência reuniões entre equipe multidisciplinar (PS - Fonoaudióloga).*

*O grupo de discussão foi vantajoso para a equipe debater casos do programa, está ajudando a equipe resolver e solucionar problemas frequentes do cotidiano do MEC. Vejo nossas discussões só tem colaborado para o crescimento das soluções do MEC (PS - Fisioterapeuta).*

*Discussão bem proveitosa sobre o tema levantado, onde colocamos nossas dificuldades e mediante a isso, chegamos ao ponto de partida, de onde devemos começar a melhorar e desenvolver a proposta de trabalho efetiva (PS - Enfermeira).*

**DSC:** Participei de uma pesquisa útil e que acredito que pode ajudar nas soluções dos meus problemas de trabalho. Eu acredito também que se for criado um tempo destinado para esses encontros será melhor para mim.

Há vida e poder nas palavras. Encontros e conversas podem gerar novidades no pensar e no agir. Assim como na música, em que o ouvido escuta todas as notas, uma por uma, porém a compreensão da melodia só é perceptível na relação de uma nota com a seguinte, em coexistência; a estrutura da linguagem usa essa mesma interação e interdependência para então gerar som e sentido que vão se completando, em termos, visto que completa-se em relação com sons e sentidos que estão adiante e/ou com os que já foram emitidos. É fácil identificar vantagens em conversas aprofundadas, visto que geralmente levam ao saber, o que leva ao conhecimento, embora esse conhecimento possa funcionar como forma avançada de controle, diria Foucault. O escape para essa armadilha é a socialização do conhecimento, para que a decisão de um não se torne na decisão de todos, devido à ausência de conhecimento relativo a certo discurso, o que eliminaria as possibilidades de ação.

O pedido de PS de “realizar com mais frequência reuniões entre equipe multidisciplinar”, revela tanto o desconhecimento do tratado no parágrafo anterior, como ingênua e cômoda delegação para outros de tomada de decisão que poderia ser dele ou dela ou de qualquer um. Uma das características das equipes multiprofissionais de cada base hospitalar é que não há líder designado no local. Isso objetiva estimular a conversa intraequipe para tomadas de decisões coletivas relacionadas não somente a solucionar problemas rotineiros como elaboração de rotas, encaminhamentos, elaboração de pareceres e escalas de serviços mas também gerar entendimento mútuo de que a equipe, para seu próprio crescimento, pode dispor de período de reflexão sobre sua própria atuação. Perde-se assim, oportunidade de obter poder advindo do conhecimento adquirido como resultado do uso de um discurso problematizado. Nas palavras de Ceccim,

*Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho...a vivência e/ou reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e*

*de conceitos para enfrentar o desafio de produzir transformações (CECCIM, 2005, p. 165).*

## **Ideia central 2. Necessidade desafiadora: estabelecimento de grupos de educação permanente em saúde no serviço**

*Através dos nossos problemas apresentados iremos tentar solucioná-los através da nossa pesquisa e tenho certeza que dará certo. Seria muito bom se pudéssemos ter outros grupos de discussão e conversas, visando a melhoria do nosso trabalho (PS - Fisioterapeuta).*

*Acho proveitosa e quem se beneficiará mais com esse trabalho são os usuários que irão receber um atendimento que está a todo momento melhorando. Só será efetivo e importante se continuar indefinidamente (PS - Médico).*

**DSC:** Meu serviço é dinâmico, portanto, para que o usuário seja beneficiado, preciso de um apoio que seja permanente e regular, capaz de me ajudar a apontar problemas e formas de resolvê-los. Enfim, mais conversas como essa deve existir e que esteja incluída dentro de minha rotina.

Educação em saúde e trabalho em saúde são termos indissociáveis. Assim como não é mais possível falar que a atenção domiciliar seja entendida como rede substitutiva (FEUERWERKER e MEHRY, 2008; OLIVEIRA NETO e DIAS, 2015), porque nenhum serviço substitui o outro, mas sim um espaço potente capaz de integrar e constituir a rede de saúde, não é mais possível também colocar a área do ensino ou da formação como secundária ou de retaguarda, mas sim como atividade finalística e central (CECCIM, 2005). Contudo, o que aparece aqui é o abismo entre ambos sem que ninguém se sinta responsável. O surgimento de sujeitos individuais e coletivos ativos capazes de assumir e gerar novas alternativas diante das condições objetivas pessoais e sociais das atividades é um aspecto central para a superação de produções que foram naturalizadas, e por isso, são muito resistentes às mudanças. Uma nova rotina é necessária, e para isso, muitos encontros desestabilizadores serão também necessários a fim de gerar deslocamentos do eixo do poder de decisão, comumente encontrados na formação e/ou na gestão, ambas distantes das práticas.

Agora, em se tratando especificamente das considerações desse último encontro, os aspectos positivos que destaco desse encontro foram a oportunidade de construção de novo espaço de fala, o fortalecimento da interação interpessoal, o conhecimento acerca das realidades de trabalho, a apropriação dos conceitos da EPS, a pontualidade, o diálogo grupal com foco definido, sensibilização pessoal, aplicação das sugestões das estratégias tratadas aqui para o enfrentamento dos problemas de saúde, da gestão em saúde e de educação em saúde dos usuários e cuidadores designados em AD. Houve ainda, positiva consideração da existência de um

espaço de troca de experiências dentro e fora do ambiente de trabalho. Como fragilidades, destaco o número limitado de participantes que se utilizaram desses momentos, embora tenha sido estimulado o caráter multiplicador de cada um deles em suas equipes. Destaco que poderia haver mais diálogo e troca de palavras entre os participantes, o que pode ser alcançado oportunizando outros momentos semelhantes.

No momento de palavras finais e avaliação, agradei a participação fundamental de cada um e me comprometi a realizar a restituição da pesquisa construída após a defesa e a aprovação da mesma.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como ponto central a compreensão das pessoas que trabalham no território da atenção domiciliar no município de Manaus, tanto profissionais da saúde como cuidadores, constato que a Educação Permanente em Saúde é prática desconhecida, conceitualmente confusa, limitada ao que se convencionou chamar de educação continuada, mas com potência em se constituir em tema norteador da atual gestão e da assistência local. Essa potência identificada como incipiente reside no esforço da gestão do momento em estabelecer espaço formal de reconhecimento da política, e situá-la como construtora de espaços individuais e coletivos para a reflexão e avaliação dos sentidos produzidos durante os agires cotidianos. A criação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Atenção Domiciliar – NepSAD/SUSAM no final de 2018, formalmente instituído por portaria em 2019, e os esforços para manter a regularidade de suas atribuições, são evidências desse novo movimento.

Sem conceberem em sua formação ou atuação os processos que são instigados pela EPS, pela relação dialógica e pelo entendimento de sujeito interativo, as pessoas que trabalham na saúde na atenção domiciliar e cuidadores pesquisados consideram, com alguma resignação, a transmissão de conhecimento, a verticalidade das decisões, o silêncio da gestão e das equipes como suficiente para realização de suas atividades cotidianas. No entanto, o confronto com o modo de fazer planejamento de atividades educativas em saúde num espaço que estimule a cooperação, demonstrou êxito em sua aplicação e teve avaliação inicial favorável. Das experiências vividas, das reflexões e construções coletivas para a realização do planejamento educativo em saúde, considero que a investigação se configurou de fato numa atividade, num movimento de EPS em que o paradigma dialógico, interativo e crítico seja capaz de oferecer novo significado ao processo de ensinar e de fazer em saúde.

É significativo que o tema comunicação tenha surgido como ponto central num cenário todo construído e orientado pela conversação, pela interação, pela escuta, próprios dos referenciais que orientaram essa pesquisa. O fato deste tema ter sido identificado e trabalhado ainda que brevemente, é indicativo de um movimento inicial de desconforto com a constatação da existência de equipe contida, com o risco de ser passivamente moldada pelo meio, mas que pode superar seu fazer centrado na técnica e se expor a se ver primeiramente como educadores em saúde em interatividade. Como educador em saúde, seja ele o formal ou informal, àquele para quem só falta o diploma, que se esforçou para pensar criticamente a educação na saúde, deverá reunir e dispor de recursos para intervir e transformar as condições concretas, tendo

como objetivo alcançar a saúde como um direito social forçosamente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos em cooperação.

É possível inferir, com cautela, que a partir da comunicação prejudicada no campo específico da atenção domiciliar, do período de mais de um ano como pesquisador nesse campo mas também em contato com outros setores da sede da secretaria de saúde, além das observações feitas ao longo de quase três anos como servidor, que a comunicação prejudicada encontrada na atenção domiciliar é herdeira das monótonas mensagens que são transmitidas no nível administrativo central. A não comunicação é também comunicação, pois é impossível para a pessoa não comunicar. Atividade ou inatividade, palavra ou silêncio, tudo possui valor de mensagem. A gestão silenciosa instalada, os processos de trabalho mais poderosos do que seus criadores, as magnas convulsões ocasionadas pela frequente alternância de gestores, impõem uma postura radical para seu enfrentamento tal como propõe as práticas problematizadoras e a pedagogia da implicação. Tais alternativas estão ocultas para sujeitos que não conseguem espaço para a auto interrogação individual e coletiva. Sem novos pactos de convivência e sem recomposição das práticas, o eterno recomeçar é o que se divisa mais claramente. Os desconfortos até agora gerados por essa constatação não foram suficientemente problematizados, conformando, portanto, às pessoas aos processos de trabalho.

O processo que envolve trabalho em saúde e trabalho educativo deve ser visto de forma indissociável. A proposta, como se procurou modificar ao longo do texto, foi de transformar o termo *profissionais/trabalhadores* da saúde (ou da educação) para *pessoas* que trabalham na saúde ou na educação. Isso porque os dois primeiros termos realçam a área do conhecimento e/ou a capacidade legal, técnica e científica exigidas, desconsiderando e obscurecendo a singularidade do indivíduo. São pessoas com todas suas riquezas e limitações que estão constituindo o espaço de saber, de fazer e de transformar em saúde. Quando as técnicas e o profissional têm supremacia, o lado humano fica obscurecido e tudo que ele poderia contribuir para a transformação de realidades fica limitado ao que adquiriu na academia ou na profissão. Além disso, o termo proposto estende para as demais pessoas que, sem formação oficial numa ou noutra área, cuidam e ensinam como atores sociais. A atenção domiciliar tem esse potencial, o de produzir novos modos de cuidar que incluam como igualmente importante e como igualmente educadores em saúde os usuários, os cuidadores e sua rede social, bem como os que formalmente exercem essa atividade missionária. Ao deslocar o profissional do hospital para a casa, a atenção domiciliar não somente desconcerta o modelo de atenção hospitalar hegemônico, como instiga esse profissional a reorganizar sua técnica e sua ética. Mas faz algo

mais. A atenção domiciliar, se dada a devida relevância, se constituirá no principal modelo de atenção à saúde, tendo em vista o alto custo em pessoas, serviços e tecnologias duras próprias da alta complexidade hospitalar, associado ao caminho permanente e sem volta do novo perfil demográfico e epidemiológico brasileiro.

Após nove anos de existência, contudo, a atenção domiciliar ainda não chegou na academia. No contexto pesquisado, há a necessidade de sua expansão para a graduação e pós graduação. Ainda precisa que hospitais e os gestores municipais e estaduais reconheçam a atenção domiciliar como legítima. Precisa ser vista como mediadora e integradora dos níveis de atenção e não como tendo que se perceber deslocada deles, ou como rede substitutiva. Outras importantes tensões estão relacionadas à integração do Serviço de Atenção Domiciliar ao sistema de regulação e com o SAMU, a disponibilidade de ferramentas de apoio ao trabalho das equipes como a telessaúde, o fortalecimento da atenção primária para assumir os classificados para esse nível de atenção e a qualificação para demandas mais complexas como ventilação mecânica invasiva ou paracentese.

Não posso deixar de destacar nessa investigação, ainda que entre parêntesis, o incêndio epidemiológico que se abateu no Amazonas e no mundo em decorrência da infecção humana causada por um novo vírus. Desde a primeira pessoa confirmada com o vírus no Amazonas no dia 13.03.2020, até hoje (24.05.2020) o pico ainda ascendente registra 29.867 habitantes oficialmente caso-confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2, nome do vírus que causa o espectro ou a doença Covid-19, com 1.758 óbitos acumulados, sendo 14 somente nesse dia. Estimativas apontam a necessidade de multiplicar esse quantitativo por números que variam de 6 a 14 como forma de corrigir a subnotificação. As imprecisões nos números, no entanto, não interferem na constatação do profundo impacto sanitário, econômico e psicossocial. Este último impacto pode levar a precipitações de sintomas relacionados à ansiedade, depressão, insônia e estresse pós traumático, sobretudo nas pessoas que trabalham na saúde, e, em especial, com aqueles com quadro mental alterado já estabelecido. Diante deste sobressalto, os sistemas de saúde e educação com suas tensões rotineiras já identificadas aqui, estão com a missão de aprender a lição e rapidamente se colocarem numa posição de diálogo consigo mesmo, entre eles, com as demais instituições e governos e com a comunidade, esta última, a maior protagonista no sentido de minimizar os efeitos da pandemia num sistema de saúde ainda silencioso. Se em toda crise se aprende, essa está nos desafiando a aprender a interagir.

Os planejamentos das atividades educativas em saúde elaboradas pelos integrantes do Grupo de Discussão foram estratégias de baixo custo, orientadas por ações factíveis e com

possibilidade de aplicação em diversos contextos. O serviço ensina. Criado o ambiente favorável, com tempo protegido como exemplo, é possível a sensibilização e a qualificação das relações no trabalho em ato e a transformação do lugar de trabalho num ambiente-escola, fazendo com que a pessoa que trabalha na saúde ou na educação se reconheça naquilo que faz.

Mas é preciso avançar. Planejar, executar, monitorar e avaliar são ações que se complementam. A contribuição desse trabalho é no sentido de que esse planejamento seja a primeira parte de um processo necessariamente mais amplo. Outra limitação dessa investigação foi a ausência dos cuidadores no grupo de discussão, ou no mesmo grupo das pessoas que trabalham na saúde ou em um grupo específico. Além de contrastar com os princípios dos referenciais tratados aqui, essa participação poderia trazer novos olhares e novas possibilidades de formação e atuação na área da saúde com possíveis novas tensões e lições para ambas. Outro fator com forte possibilidade de fortalecimento e investigação está o trabalho integrado entre a política de EPS e a política de humanização.

Caminhando para o final, defendo que o educador em saúde orientado conceitualmente pelos referenciais que lançaram luz sobre essa pesquisa, seja a pessoa que apoia, instrui, participa, estimula e coloca à disposição de qualquer um que deseje informar-se e formar-se um conjunto de conhecimentos, atitudes e comportamentos em benefício de sua saúde que possibilitem o desenvolvimento mais completo possível de suas habilidades em qualquer fase da sua vida. Atitude entendida aqui como designado pela psicologia como a disposição ligada ao juízo de determinados objetos da percepção e/ou imaginação, e a tendência em se posicionar sobre eles; e, comportamento como o conjunto de reações de um sistema dinâmico face as interações propiciadas pelo meio envolvente.

Os resultados dessa investigação fornecem potencial de análise que podem ir além das que foram feitas aqui. Outros resultados também poderão ser identificados, sobretudo com a intenção de continuação do que foi iniciado, tornando possível a monitoração e a avaliação dos planejamentos, assim como a necessária divulgação entre a comunidade científica, usuários e entre as pessoas que trabalham na saúde e na educação. Há a intenção do campo investigado e desse autor para a continuação do que foi aqui provocado e a possibilidade de ampliação do debate, questionando se as alternativas propostas aqui poderiam trazer benefícios para toda a estrutura da secretaria de estado da saúde, vindo a ser conhecida como secretaria educadora.

## REFERÊNCIAS

ABREU, M. C. GUEDELHA, C. A. M. A Selva, de Ferreira de Castro, e as cenas do drama humano nos seringais. *Revista Decifrar: Uma revista do grupo de estudos e Pesquisas em Literaturas de Língua Portuguesa da UFAM* (ISSN 23-2229) Manaus, Vol. 02, no 04 (Jul/Dez-2014) Edição Especial: Amazônia, 2014.

ALONSO, L. H. *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid : Fundamentos, 1998.

AMADO, G. Implicação. In: BARUS-MICHEL, J; ENRIQUEZ, E; LÉVY, A. *Vocabulaire de Psychosociologie – références et positions*. Lisboa: Éditions Éres, 2005.

ARDOINO, J. *Polysémie de l'implication*. *Pour*, n° 88, pp. 19-22, Paris: Payot, 1983.

ARANHA, M. S. F. A interação social e o desenvolvimento humano. *Temas em Psicologia*, v. 1. n. 3. Ribeiro Preto dez. 1993.

BERGER, G. *L'homme modern et son education*. Paris. PUF, 1962.

BOWLBY, J. *Attachment and Loss*: New York, Vol. 1. Basic Books, 1969.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*; 05 de outubro, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 1997: o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília-DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. DOU n° 58 (26 de março). Ministério da Saúde. Brasília-DF, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 1.531, de 4 de setembro de 2001. Institui no SUS o Programa de Assistência Ventilatória Não invasiva a pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. DOU. Seção 1. Página 1. – 16/4/2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n° 249, de 16 de abril de 2002. Aprova as normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, e dá outras providências. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n° 330, 04 de novembro de 2003. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília-DF, de 04 de dezembro de 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília-DF, de 5 fev. 2004. Seção 1, p. 62.

\_\_\_\_\_. 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. *Diário Oficial da União*; 2004; 14 fev.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução RDC No 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006. Que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. *Diário Oficial da União* 2007; 21 ago.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.370, de 3 de junho de 2008. Institui o Programa de Assistência Ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 370, de 4 de julho de 2008. Estabelece providências para viabilizar a organização e implantação do Programa, definir o rol de doenças a serem contempladas, estabelecer critérios técnicos de implantação do Programa e da assistência ventilatória aos portadores de doenças neuromusculares. Secretaria de Atenção à Saúde: Brasília-DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1) Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília-DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2013. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html). Acesso em 08.04.2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assuntos Administrativos. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde*: agenda 2014. Brasília, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Propostas de educação permanente: Programa Melhor em Casa* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Atenção Domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar*. Série Técnica NavegadorSUS, nº 9. Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2014c.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (GM). *Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (GM). *Portaria de Consolidação nº 2, de 28.09.2017*. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF, 2017a

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de Ventilação mecânica invasiva domiciliar*. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. PROADI-SUS. Melhor em Casa. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/DAHU/SAS/MS. São Paulo, 18 de outubro de 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para seu fortalecimento?* 1ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Resolução CNS/MS nº 196/96 de 2012. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisa com seres humanos*. Conselho Nacional de Saúde (CNS), Brasília: 2012.

CALLEJO, J. *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Editora Ariel, 2001.

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho mágico*, v. 10, n.2, p. 7-14. 2003.

CANGUILHEM, G. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004.

CANESQUI, A. M. Trajetórias da educação popular nas instituições de saúde. In: PAIVA, V. (Org.). *Perspectivas e dilemas da educação popular*. Rio de Janeiro: Graal. Pp. 315-324, 1984.

COSTA, N. R. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens da política de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.

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, 14 (1):41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168.

\_\_\_\_\_. CARVALHO, Y. M. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPO, G. W. et. al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz, 2006.

COLE, M. Culture in development. In: BORNSTEIN, M. H; LAMB, M. E. (Eds). *Development psychology: an advanced textbook*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1992. pp. 731-788.

COLL, C. *Psicologia da educação* (Org.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Editora Vozes: Rio de Janeiro: 2006.

CLOT, Y. *Trabalho e poder de agir*. Trad. Guilherme João Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Editora FabreFactum: Belo Horizonte, 2010.

CRUZ, O; CHAGAS, C; PEIXOTO, A. *Sobre o saneamento da Amazônia*. Philippe Daou, Manaus, 1972.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DEMO, P. *Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos*. Brasília: Liber Livro Editora, Brasília, 2004.

DOMINGUEZ, M. DAVILA, A. La práctica conversacional del grupo de discusión: jóvenes, ciudadanía y nuevos derechos. In: GORDO, A. SERRANO, A. (Orgs.). *Estratégias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educación, 2008.

SCOREL, S. TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 279-321, 2008

ELIAS, N. *Engagement et distanciation*, Paris: Odile Jacob, 1993.

FEUERWERKER, L. C. M, MEHRY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. Panam Salud Publica*. 24 (3):180-8, 2008.

FARIA, L. *Saúde e política: A Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

FERLA. A. A. *Clínica nômade e pedagogia mestiça: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós Graduação: Educação em Saúde. Porto Alegre, 2002.

- FERLA, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da educação em saúde. *PHISYS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1):85-108, 2004.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- FERREIRA, A. B. H. *Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa*. 11ª ed. Editora Civilização Brasileira S. A., Rio de Janeiro: 1979.
- FURTER, P. *Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural*. Petrópolis-RJ: Vozes, 1974.
- FRIEDRICH, J. *Lev Vigotski, mediação, aprendizagem e desenvolvimento: uma leitura filosófica e epistemológica*. Trad. Ana Rachel Machado e Eliane Gouvêa Lousada. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2012.
- GADOTTI, M. *Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito*. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 1988.
- GEHLEN, ST. MALDAMER, OA. DELIZOICOV, DF. Freire e Vigotsky: um diálogo com pesquisas e sua contribuição na educação em ciências. *Pro-posições* [online]. 21 (1) pp. 129-148, 2010.
- GODOI, C. K. Grupo de discussão como prática de pesquisa em estudos organizacionais. *RAE- Revista de administração de empresas*. v. 55. n. 6.pp. 632-644, nov-dez 2015.
- GUTIERREZ, J. *Grupo de discusión: prolongación, variación o ruptura com el focus grupo?* Cinta Moebio, 41, 105-122, 2011.
- HADDAD, J, Roschke, M.A.L.C, Davini, M.C. *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 1994. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100.
- HUGUES, D. *A pesquisa-ação para o desenvolvimento local*. Trad. Michel Thiollent. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.
- IBÁÑEZ, J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica*. 5rd ed. Madrid: Siglo Veintiuno Editores, 2003.
- \_\_\_\_\_. Como se realiza uma investigação mediante grupo de discussão? In: FERRANDO, M. G. IBÁÑEZ, J. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. 3rd ed. Madrid: Alianza Editorial, 2010.
- LAPERRIÈRE, A. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- LIMA, A. P. *Visitas técnicas: interação escola – empresa*. Curitiba: Editora CRV, 2010.

LEMOS, C. L. S. Educação permanente em saúde: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (3):913-922, 2016.

LEFÉVRE, F. LEFÉVRE, A. M. C. *Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. Texto Contexto Enferm.* Florianópolis. Abri-Jun; 23 (2): pp. 502-7, 2014.

LÉONTIEV, A. N. *Activité, conscience e personnalité.* Trad. Geneviève Dupond e Gilbert Molimier. Moscou: Editions du progress, 1984.

MAAS, T. *Serviço de Atenção Domiciliar em Pelotas/RS: avaliação das intervenções para a qualificação do processo de trabalho.* (Dissertação). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas-RS: Pelotas-RS, 2019.

MARIN, A. J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. In: Collares CAL, Moysés MAA, organizadores. *Educação Continuada.* Brasília: Cadernos CEDES; 1995.

MASÔ. Alberto. Memorando Acreano Agrícola. *Revista da Associação Comercial do Amazonas*, n. 46, ano IV. Manaus, 1912.

MEHRY, E. E. FEUERWERKER, L.C. M., CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Coletiva* (on line). 2(2): 147-160, 2006.

MEHRY, E. FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. Artigo produzido para Seminário Nacional de divulgação dos resultados da pesquisa Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagem a partir das experiências correntes. Rio de Janeiro, 2008.

Disponível [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf). Acesso em 05/04/2020.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface. Comunic. Saúde, Educ.* v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev2005.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes.* 1 (1). p. 7-14, 2015.

MELONI, D. R. *Análise da implantação domiciliar no Sistema Único de Saúde.* (Dissertação). Faculdade de Medicina e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto-SP, 2015.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da estratégia saúde da família.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. *As redes de atenção à saúde.* 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENESES, P. ZERBINI, P. ABBAD, G. *Manual de treinamento organizacional*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOTTA, J. I. J. et al. Educação Permanente em Saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 9, n. 1, p. 37-78, abr./jun., 2002. ISSN 1517-1345.

NEOTTI, A. *Perspectivas da Educação Permanente*. Dissertação. Fundação Getúlio Vargas. Instituto de Estudos Avançados em Educação: Rio de Janeiro, 1978.

OLIVEIRA, M. K. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipione, 2005.

OLIVEIRA NETO, A. V. Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde (Dissertação). Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2016.

OLIVEIRA NETO, A. V. DIAS, M. B. Atenção domiciliar no sistema único de saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, out 2014.

OLIVEIRA, M. C. S. L. Novas mediações na construção de conhecimentos: redes digitais e educação. In: DESSEN, M. A. MACIEL, D. A. (Orgs.) *A ciência do desenvolvimento humano: desafios para a psicologia e a educação*. Curitiba: Juruá, 2014.

OLIVEIRA, M. K. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipione, 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Educación permanente de personal de salud em la región de las américas. Washington: OPAS. Fascículo I: prouesta de reorientación. Fundamentos. Série de desarrollo de recursos humanos, no 78, 1988.

PADILHA, M. Educação e prática interprofissional no sistema único de saúde: ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho em equipes de saúde. In: FERLA, A. A. et al. (Orgs.) *Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

PEREIRA, P. B. A. *Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais*. Faculdade de Saúde Pública (Dissertação). Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, 2014.

RAMOS, M. N. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara e TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, suppl., pp. 231-242. ISSN 1413-8123. Acesso em 06.04.2020.

REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S. T. M; CODO, W. (Orgs.) *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo-SP: Ed. Brasiliense, 2004.

REY, F. G. Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez, 2011.

ROCHA, D. G. Análise do componente educativo nos programas preventivos de saúde bucal no Brasil, 1980-1994.(tese). São Paulo (SP). Universidade de São Paulo, 1997.

SALOMON, D. V. A Maravilhosa incerteza: ensaio de metodologia dialética sobre a problematização no processo do pensar, pesquisar e criar. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

SAMPAIO, P. C. A. *Efeito de borda e maximização de recursos em projetos artísticos junto a adolescentes: a perspectiva dos profissionais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Amazonas. Faculdade de Psicologia. Manaus-AM. 2016.

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitarista na primeira república: uma ideologia da construção da nacionalidade. *Rev. Ciências Sociais*, 28 (2), pp. 193-210, 1985.

SOUZA, M. A expressão amazonense: do colonialismo ao neocolonialismo. São Paulo: Alfa-Ômega, 1977.

SCHWEICKARDT, J. C. Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890-1930). Tese (Doutorado Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde). Manaus: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 2009.

SCHWEICKARDT, J.C. LIMA, R.T.S. CECCIM, R. B. FERLA, A. CHAVES, S. E. Educação Permanente em gestão regionalizada da saúde: Saberes e fazeres no território da saúde. Editora RedeUnida. 1ª edição. Porto Alegre, 2015.

SCHWEICKARDT, J. C. LIMA, N. T. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. V.14, suplemento, p. 15-50, Rio de Janeiro, dez 2007.

SCHULT, T. W. *O valor econômico da educação*. Rio de Janeiro. Editora: Zahar, 1985.

SILVA, et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(5). pp. 2539-2550, 2010.

SILVA. I. R. *Psicologia escolar: possibilidades de atuação profissional*. Manaus. EDUA, 2017.

SILVA, K. L. SENA, R. R. et. al. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(1): 166-76.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18ª ed. Editora: Cortez, 2011.

THIOLLENT, M. Pesquisa-ação e pesquisa participante: uma visão de conjunto. In: STRECK, Danilo R., SOBOTTKA, Emil A., EGGERT, Edla. Conhecer e transformar: pesquisa-ação e pesquisa participante em diálogo internacional. 1. Ed. – Curitiba, PR: CRV, 2014.

UMBELINO, L. A. O fim das humanidades: ensino e aprendizagem em época de crise. *Cadernos de Pesquisa*. v. 48. n. 167. pp. 192-202. Jan-mar. 2018.

VALSINER, J. Bidirectional cultural transmission and constructive sociogenesis. In: GRAAF, W. de; MAIER, R. (Eds). *Sociogenesis reexamined*. New York, pp. 47-70, 1994.

\_\_\_\_\_. *Developmental psychology in the Soviet Union*. London. The Harvester Press Limited, 1988.

VASCONCELOS, E. M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. 5ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, pp 73-99. 2001.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2017.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIGOTSKI, L. S., LURIA, A. R., LEONTIEV, A. N. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. Trad. Maria da Pena Villalobos. 11ª ed. São Paulo: ícone, 2010.

\_\_\_\_\_. *Psicologia pedagógica*. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

\_\_\_\_\_. *A construção do pensamento e da linguagem*. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. *A formação social da mente*. Trad. José Cipolla Neto. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

\_\_\_\_\_. *A formação social da mente*. Martins Fontes, 1984.

\_\_\_\_\_. *Pensée et langage*. Trad. Francóise Sève. 3ª ed. Paris: La dispute, 1997.

ZINN, G. R. *Educação permanente em saúde: de diretriz política a uma prática possível*. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2015.

**Apêndice A**  
Roteiro previsto para a entrevista semiestruturada  
Cuidador - Cd

1. Dados de identificação

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tempo como cuidador \_\_\_\_\_  
Vínculo com o paciente \_\_\_\_\_ Morbidade do paciente \_\_\_\_\_  
Escolaridade \_\_\_\_\_ Renda familiar: \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
Data entrevista \_\_\_\_\_ Base Hospitalar: \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_

2. Dados sobre a apropriação acerca da EPS

1. O que você entende por educação permanente em saúde?
2. Quais atividades educativas voltadas para sua área de atuação você participou?
3. Houve sua participação no planejamento de ações educativas para o PMC?
4. Que temas/assuntos do seu fazer diário você gostaria que fosse trabalhado pela EPS?
5. Quais os principais desafios você acredita que precisa ser enfrentado para que ocorra a EPS no seu local de atuação?

3. Observações

---

---

---

**Apêndice B**  
Roteiro previsto para a entrevista semiestruturada  
Profissional de Saúde - PS

1. Dados de identificação

Nome completo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tempo de Melhor em Casa \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Especialização \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Renda familiar: \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_

Data entrevista \_\_\_\_\_ Base Hospitalar: \_\_\_\_\_

2. Dados sobre a apropriação acerca da EPS

1. O que você entende por educação permanente em saúde?
2. Quais atividades educativas voltadas para sua área de atuação você participou?
3. Houve sua participação no planejamento de ações educativas para o PMC?
4. Que temas/assuntos do seu fazer diário você gostaria que fosse trabalhado pela EPS?
5. Quais os principais desafios você acredita que precisa ser enfrentado para que ocorra a EPS no seu local de atuação?

3. Observações

---

---

---

**Apêndice C**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FACED**  
**DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Convidamos o sr.(a) \_\_\_\_\_ para participar da pesquisa *Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas*. Objetivos: compreender o processo de educação permanente em saúde do Programa Melhor em Casa no município de Manaus-AM, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos cuidadores familiares que atuam nesse serviço; elaborar plano de ações para avaliação de necessidades de educação permanente em saúde e planejar intervenção educativa a partir das necessidades identificadas. Sua participação nessa pesquisa consistirá em participar de uma entrevista individual, de aproximadamente 60 (sessenta) minutos, sobre o tema da educação permanente. A mesma será gravada em áudio e, durante essa entrevista, você deverá responder livremente as questões colocadas pelo pesquisador. A entrevista é de caráter sigiloso, seu nome, endereço e qualquer tipo de identificação serão preservados, e não serão divulgados pelo pesquisador em qualquer hipótese. Sua participação é voluntária. Poderá desistir da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo a qualquer momento. Se houver alguma dificuldade no relacionamento com o pesquisador, embora saiba que os riscos inerentes a sua participação são mínimos, ressaltamos que caso haja algum tipo de constrangimento diante de alguma pergunta durante a entrevista, será dado tempo e os esclarecimentos necessários para que sejam minimizados diretamente e no mesmo momento pelo entrevistador que é psicólogo. Sendo assim, pedimos que quando houver alguma dificuldade de relacionamento ou de outro tipo, pedimos que dialogue primeiramente com o pesquisador ou se necessário solicite a intermediação da direção do Programa Melhor em Casa. Benefícios esperados: a melhoria da educação permanente dos serviços de saúde e da organização do trabalho com consequente melhoria dos processos de comunicação entre profissionais da saúde, da educação e dos usuários dos serviços de saúde. As gravações serão transcritas de forma sigilosa e utilizadas unicamente para fins da pesquisa. A divulgação desta

pesquisa deverá ser na forma de artigo científico e/ou outro tipo de texto, garantindo todo respeito aos aspectos éticos e profissionais. Para qualquer outra informação você poderá entrar em contato com os pesquisadores Davi Araújo da Cunha, telefone (92) 99478 7024, endereço eletrônico [davi.cunha@saude.am.gov.br](mailto:davi.cunha@saude.am.gov.br) e Iolete Ribeiro da Silva, telefone (92) 98235 7650, e-mail [iolete.silva@gmail.com](mailto:iolete.silva@gmail.com).

Declaro que fui informado e que entendi o que o pesquisador quer fazer e porque precisa de minha colaboração. Por isso, **consinto** em participar da pesquisa, sabendo que não serei remunerado e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia assinada deste documento, que irei guardar.

GRAVAR ( )

NÃO GRAVAR ( )

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura Pesquisador Responsável



Impressão do dedo polegar direito

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Iolete Ribeiro da Silva

Orientadora

## Apêndice D

Narrativas construídas a partir das entrevistas semiestruturadas

### 1. Entendimento sobre Educação Permanente em Saúde

*Eu entendo que a questão da educação em saúde é de estar se atualizando, sempre buscando o melhor para o dia a dia de nosso paciente. No caso os pacientes que estão em casa, falando de maneira sucinta, numa forma que aquele cuidador mais leigo consiga entender, que faça a atualização com o conhecimento que já tem há tempo, que um caminhe junto com o outro né? O que eu entendo disso, no meu caso de fisio, sempre tá buscando é, como eu posso dizer, manobras, exercícios, até chegar ao objetivo que eu quero. Sempre está inovando (PS Bianca).*

*A promoção de cuidados num contexto de respeito, aprimoração de técnicas, buscar cursos... são fatores assim para aprimorar o serviço de parte técnica tanto de capacitação como de pessoas (PS Karla).*

*Bem, educação permanente que eu entendo é que são um conjunto de medidas adotadas de forma hierárquica, existe uma hierarquia para que aconteça e que seja atividades regulares de revisão, de assuntos, de discussão de casos, planejamento, avaliação das práticas já comuns em prol de melhorar o exercício do profissional no atendimento dos pacientes e melhorar também a eficácia, eficiência do trabalho para o trabalho fluir mais. Então educação permanente é repetidas práticas planejadas, organizadas com foco nessas medidas que ti falei, nessas medidas (PS Maycon).*

*Para mim falar de educação permanente em saúde é preciso dizer que todo dia tem uma nova doença, um novo projeto, uma nova forma de trabalhar, então assim se você não fizer uma educação permanente você trabalha, você vai começar ficando pra trás e as atualizações você vai perdendo, então pra mim a educação permanente acredito que deveria ser o carro chefe de qualquer equipe, de qualquer unidade básica de saúde de qualquer programa, a educação permanente que é atualizar o aprendizado de todo funcionário e até mesmo a gente no caso que trabalha no melhor em casa que as visitas são em residência, os cuidadores, como eu te falei ainda agora, a gente precisa, os cuidadores tem maior dificuldade e é muito pouco o que a gente passa pra ele, eles tem que saber mesmo desde o início, o que que é fazer uma mudança de decúbito, porque tem que fazer mudança de decúbito, de que forma você vai ajudar realmente, então a gente fazendo esses planejamentos, fazendo essa reeducação né a gente vai ajudar tanto a equipe quanto o cuidador que é aquela pessoa que fica com a paciente todo tempo, porque as vezes a gente não fala na casa do paciente, acontece alguma coisa e o paciente ´meu deus o que eu faço aí eu lembrei´ né, ou o paciente passou mal ou bronco aspirou de que forma eu vou fazer, então daí a importância da educação permanente (PS Paula).*

*Eu entendo que é aquilo que é dado no nosso ambiente de trabalho né, eu cheguei hoje eu tive uma dificuldade né, então eu penso que é trabalhar essa questão que eu tive dificuldade, seja da enfermagem, da fisioterapia como foi feito ontem né, seja das outras profissões, eu penso que eps é isso, as dificuldades que eu encontro no meu ambiente de trabalho (PS Karol).*

*Não ouvi falar não. Eu não sei nem te responder não, mas acho que aquela que permaneça fazendo o que é correto e ensinando os que não sabem pra aprender a ajudar aqueles que estão necessitando, essa é minha opinião...eu não sei nem te responder (CD Lene).*

*Educação permanente em saúde eu creio que é assim a pessoa tem que atender bem o paciente e no caso da equipe multiprofissional tem que ter uma profissão para doar para ofertar naquilo para aprender no caso que não há possibilidade; mas no caso do governo que já passou nós tivemos muita assim...em casa...assim...eu não sei como está a educação de hoje porque a psicóloga humilhou nós bastante, muito bastante, nós não temos recursos, nós não somos empregados, nós não temos outro tipo de renda, porque é assim, nós passamos dificuldade muito difícil só com um salário, ele faz tratamento em São Paulo e aqui, nesse caso aí nós precisa de uma nutricionista, de uma assistente social, de uma psicóloga, de uma fisioterapia né e um psicólogo pra nós conversar é tem vez que a gente não dorme, de repente a gente revesa porque sabe que deficiente acamado ele precisa ser atendido a qualquer momento né e eles pensam que a gente maltrata nessa situação não vive o melhor e pensam...e chorei nessa parte aí por acaso ela viesse dá assim uma educação que pudesse levantar o astral da gente é outra coisa, eu não sei...porque você não conhece meu sofrimento, você sabe que eu tenho um paciente aos meus cuidados e eu não sei seu sofrimento também, então eu acho que a educação profissional é importante pra quem tem como eu te disse, pra quem não usa um maltrata o outro, não é não? Eu não sei se é isso aí (CD Dias).*

*Fazer que nem o outro, não entendi muito bem o que é permanente né se for os cuidados que eu tenho com ele, que eu tive que adquirir ao longo dos anos não por coisa mas sim por necessidade porque eles poderiam ter dito olha mãe você faça um cursinho, a gente vai abrir, a gente vai profissionalizar você com algumas coisinhas aqui, a gente vai abrir sua mente entendeu? Explicar qual realmente foi a situação do seu filho porque em si eu imaginei que não era ou ia ser desse jeito que ia ser aqui, então foi totalmente diferente do que eu imaginei, tipo assim nunca ninguém sentou comigo aqui e disse olha Elai o teu filho vai precisar disso e disso e disso hoje o Paulo é uma nova criança, ele vai passar por 'Ns` procedimentos, você tem que ser forte do que você imagina ser entendeu? Você vai vê coisas que você nunca viu na vida, você vai aprender a vê, aprender a conhecer, você ter que aprender a falar com as pessoas, você vai ter que engolir o seu choro e dá atenção pra ele, você vai aprender ser, ter assim um...ser mais do que o normal, não vê só com os olhos de mãe, enfraquece no decorrer da situação, vai ter que ser mãe, colega, parceira e tudo mais e ir embora, deve ser dessa forma (CD Lana).*

*Acho que a educação na...pra aprender a como cuidar das pessoas, fazer com que tenham uma vida melhor, pra ter mais um conhecimento pra ajudar, porque não é todo mundo que sabe cuidar, como você disse ela é minha filha sim eu já tenho um cuidado a mais com ela. Quando fala em educação em saúde eu penso isso que é aprender a cuidar das pessoas, dá um estilo de vida melhor (CD Graça).*

## **2. Participação em atividades educativas voltadas para a área de atuação**

*Sim, sim, já tivemos várias vezes. Já tivemos palestras, já tivemos cursos, já estivemos assembleias. No meu caso, tivemos no ano de 2017 se não me engano em março, uma equipe foi para São Paulo lá para o HAOC, Hospital Osvaldo Cruz, a gente fez uma capacitação lá muito boa, várias outras pessoas do melhor em casa dos outros estados, entendeu? A gente um conteúdo bem rico ali. Aqui também, a gente trouxe muitas ideias entendeu? Eu acho que a gente não conseguiu implementar mais por conta das dificuldades que estávamos passando. Mas agora sendo o melhor em casa de 2014 para o 2018 agora que estamos começando a engatinhar para começar a andar entendeu? Mas agora tá bem melhor do que a gente tava.*

*Pesquisador: Quais assuntos/temas foram tratados no HAOC? Ele tratou de ventilação mecânica, as terapias nutricionais, tratou sobre feridas, ele falou sobre o programa em si, sobre a portaria, sobre o que é o AD1, o AD2, ele fez primeiro ele começou falando do programa, teve uma pessoa do ministério público, a Débora, ele teve lá, ela falou. Pesquisador: do ministério da saúde né? Isso, do ministério da saúde. Ela falou sobre o programa, tudo, como funcionava, como nós éramos pessoas de vários estados diferentes, cada um falou da sua cidade, entendeu? O que que a gente tinha de apoio de governo, município, no caso aqui é governo, que tipo de apoio davam pra gente, tudo isso foi passado, experiências vividas, o que acontece num lugar que dá pra ser feito no outro (PS Bianca).*

*Durante o programa não (depois pede esclarecimentos e responde que sim). Foi um congresso que participei em Curitiba, e nesse congresso me chamou muito a atenção pelo fato de são coisas simples né mas eu não sabia que surtia tanto efeito pro serviço. (após pesquisador esclarecer que eps é um novo olhar sobre 'velhas' práticas). Acho que pra mim Davi é mais boa vontade eu vejo mais como o profissional mesmo querer fazer o seu diferencial em prol do serviço da melhoria do serviço eu acho assim pode ser um ponto mais pessoal assim (PS Karla).*

*Observação: Não foi um congresso específico de AD mas trabalhou a lógica de uma equipe multidisciplinar.*

*Sim. Além do curso que a gente teve, assim eu sou terceirizado, a empresa que nossa contratante ela está ofertando pra gente curso de gestão em atenção domiciliar, tem sido assim modular (presencial), mensal e são momentos bons que a gente tá tendo lá pra conhecer bastante e aprender mais e enfim...é um momento de educação que a gente tá tendo. Então, acho que sim, mas salvo que é da iniciativa privada, não tenho sido atingido na verdade pela iniciativa pública (PS Maycon).*

*Sim. Logo que eu entrei, assim em 2015 nós tivemos uma educação permanente relacionada a curativos, e eu confesso que não tinha muita habilidade em curativo, apesar de trabalhar no curativo né, que uma das funções principais do enfermeiro é trabalhar fazendo os curativos diários e, com a educação permanente que a gente teve eu tive um leque de informações até trabalhar com material que nos cede, você chega assim esse é o material que eu te dou e as vezes até o profissional fica assim 'meu deus, que eu vou fazer com esse material' e acaba tendo vergonha de perguntar né e isso aconteceu comigo, então eu tava nova...então se eu dizer que não sei trabalhar com esse material eu posso até ser demitida então eu procurei ler, mas com a educação permanente que teve com a gente, nossa, eu aprendi muita coisa, confesso que eu sei muita coisa e muita coisa relacionada ao programa graças a essa educação permanente, e em relação também...uma vez a gente teve troca de sondas entendeu? (pesquisador: foi curso? Entrevistada: isso) uma forma de você trocar a sonda na residência porque você sabe que na residência não é um local estéril, não é um local limpo que você tá com todo material estéril, eles colocaram muitas coisas que a gente poderia fazer nas residências (PS Paula).*

*Não, ah sim, não sei se antes houve, mas no período que eu estive lá teve mas assim mas só pra alguns profissionais, para a fisioterapia que eu lembro que elas iam participar, pra nutrição, pra mim não. Nutri e fisio participaram mais...era assim...mais empresas que convidavam para capacitar né, mas assim da SUSAM ou da própria empresa até...porque quando eu entrei já estava com aquele problema (referência a operação maus caminhos que efetuou prisão dos responsáveis pela empresa que mantinha funcionários prestando serviço para o programa melhor em casa). Na minha área então eu sempre reclamo, eu sou reclamona (risos) (PS Karol)*

*Não. Que eu sei é que ela fazia no hospital e ela me ensina né, que quando ela tem que sair eu já sei o que tenho que fazer e aí eu fico com ela entendeu? Mas curso nenhum a gente fez não. Que eu aprendi assim é que eu ´espiro´(quis dizer aspiro) a V, eu aprendi no hospital; as enfermeira ´espiravam´ ela aí eu ficava assim olhando, aliás eu até falo assim pra ela que ela fica com a Vitória queria que ela tivesse...porque ela tem muito nervoso...que ela conseguisse assim ´espirar´ a V pra mim, mas é uma coisa que até ela num, num conseguiu, é ´espirar´ a Vania (CD Lene).*

*Nenhuma. Não, nenhuma. É porque além de eu não ter a possibilidade de sair, a gente tem o cuidado de ele não pegar sereno, poeira, essas coisas assim, a gente não tem o carro próprio pra utilizar e a gente não tem o apoio para ir buscar e deixar da parte do governo, a gente tem que dá o jeito. É difícil comparecerem em casa porque o governo anterior, eles falam né eu não tenho certeza, eles não tem carro, até pra fazer atividades, como a gente passa necessidade porque a renda que ele pega, só a renda de salário, era pra comprar o remédio que toda vez o governo não tem pra dá, tem vez que tem, tem vez que não tem, e a alimentação, eles participam pela sonda, então essa equipe é importante realmente mas se tivesse um apoio para custear a necessidade do paciente, mas se não tem não adianta, eu.. pra mim não adianta, ter uma equipe profissional, não é não? Pra gente coisar...mas graças a Deus não dá para superar tudo mas...pelo menos agora...cheguei aqui e já foi lá (se refere ao pedido feito pela gente do serviço pedindo para uma equipe ir naquela mesma tarde lá na casa do usuário), mas de primeiro não tinha nem isso (CD Dias).*

*Nunca fui convidada pra nada. Tudo que eu aprendi eu aprendi em algumas aulas que eu tive, a doutora Deise, eu perguntei dela assim doutora a senhora me ensina pelo menos a aspirar o Paulo ela disse eu vou lhe ensinar, eu passei uma semana na uti pra ela me ensinar a aspirar, então assim, tudo eu fui aprendendo só entendeu? Eu passei sete meses com o Paulo aqui só eu e Deus, então assim, se tu me deixar sozinho com meu filho eu faço qualquer coisa nele, qualquer coisa nele; e eu tipo assim conheci muita gente assim na área da saúde que ela dizia olha o procedimento, eu não sei fazer aí ela dizia peraí que eu vou te ensinar fazer isso. Colegas, eu tive muitos colegas entendeu? Da área da saúde, olha eu vou te ensinar a fazer, me ensinava, mas assim nunca tive auxílio de dizer assim olha mãe você vai fazer assim, assim, não. Era colega do colega que a gente ficava ligando pra ele vir fazer aqui aí tipo assim a gente ficava ligando muito né a ele não vou te ensinar a fazer pra ti não mais perturbar aquela pessoa entendeu? Aí tipo assim ele ensinava pra gente tentar aprender para não ficar ligando insistindo pra vir aqui, e aí por essas coisas eu aprendi um pouquinho mais rápido, e pela internet; a internet me ajudou muito porque eu não sei das coisas vou pesquisar vou tentar me orientar, vou tentar abrir minha mente pra mim não ser leigo entendeu? Porque o que acontecia aqui tudo mundo chegava aqui pra falar todo o mundo é bom no gogó mas pra fazer é totalmente diferente, ninguém quer ensinar, ninguém quer saber, ninguém quer participar, devia ter estudado e não estudou e agora não tem tempo pra estudar e pra está aqui entendeu? Não tem orientação dessas coisas, de nada, nada, nada, nada (CD Lana).*

*Não participei (CD Graça)*

### **3. Participação no planejamento de ações educativas para o programa Melhor em Casa**

*Teve. Quando a gente voltou de são Paulo a gente teve que fazer uma apresentação para passar todo o conhecimento que a gente adquiriu, todas as ideias de lá para a gente passar para o*

restante da equipe. Porque como eu te falei, entendeu? Foram poucas pessoas no caso dos fisios foram dois fisios, então a gente sentou e montou uma palestra que até foi apresentada aqui mesmo na SUSAM a gente montou uma palestra dos conteúdos que foi passado e o que a gente poderia é implementar aqui em Manaus, foi feito isso sim. **Pesquisador: teve outra ação que você participou que envolvesse a educação permanente que te chamaram para participar do planejamento?** (pensativa). Teve, teve agora uma recente, teve uma antiga que foi a criação do POP que todos nós, todos os fisioterapeutas participamos e todos os profissionais em sua área e teve uma recente agora que foi para a implementação de um programa, não é um programa, é como se fosse uma ação que vocês estão querendo fazer aqui da gente reutilizar os aparelhos respiratórios que nós temos CPAP, BIPAP, aí eu fui chamada novamente pra gente conversar pra gente tentar montar um esboço desse projeto (PS Bianca).

Durante esse tempo não. A Assistente Social não sei do município ou do estado, passava para dizer que tinha um determinado número de vagas para curso de cuidadores. Na base do platão tinha 50 convites e aí nós saímos convidando principalmente aqueles que tinham paciente mais críticos, era a prioridade e aí eu acho que nesse período...acho que foi só mesmo. Não participei do curso, fazíamos somente as inscrições. Quem mais ficava a frente era a assistente social, a psicóloga e a enfermeira que palestrou inclusive (PS Karla)

Não, somente passivo; de forma ativa não (PS Maycon – Médico)

Na verdade eu sempre quis fazer uma equipe até pra gente tá renovando com os técnicos de enfermagem que a gente tem muita dificuldade de trabalhar... outra coisa...e, sim voltando ao que você tava perguntando eu sempre tava treinando eu nunca participei da equipe de planejamento de tá lá ajudando não, eu sempre fui como a aluna, a participante (PS Paula).

Observação: Não houve atividade educativa voltada para a área de atuação da entrevistada PS Karol – psicóloga, portanto não foi possível participar de planejamento.

Não participamos (CD Lene e Nara).

Observação: Segundo os relatos dos entrevistados CD Dias, CD Lana e CD Graça não houve atividades educativas voltadas para a área de atuação dos entrevistados o que logicamente impede os mesmos de participarem de qualquer planejamento voltado para esse tema.

#### **4. Temas/assuntos do fazer diário que gostaria que fosse trabalhado pela EPS**

*Ventilação mecânica. Eu acho que não só... foi uma realidade que eu me deparei aqui no melhor em casa, muitas e muitas vezes eu saía do melhor em casa eu ia estudar porque eu não tinha segurança digamos assim de responder ao que me era pedido muitas e muitas vezes eu tive que sentar não é uma nem duas nem três foi várias vezes...e estudar e ventilação mecânica é realmente muito complicado CPAP BIPA, CPAP nem tanto mas BIPAP... então é uma coisa que toda hora tem que tá te chamando pra ler, a pesquisar, estudar e cada paciente é diferente um consegue outro não consegue a gente tem que entender bem o funcionamento não só pra mim mas para todos os outros fisios eu vejo que é um déficit, assim na grande maioria (PS Bianca).*

*Sim. Como profissional olhando pro meu lado, porque assim, antigamente tinha mais...alguns médicos até não sabiam que o fonoaudiólogo atuava. Isso me deixava meio que surpresa*

porque não imaginava que numa equipe multidisciplinar não sabia o que o colega era capaz né e aí as vezes acabava deixando a desejar a pecar num ponto aonde eu poderia ter tido atuação onde não houve. E aí eu levantava essa bandeira da importância do fono...principalmente no risco de bronco aspiração que é o ponto xis, o ponto mais relevante dentro da equipe. E aí assim tinha essa conscientização eu fui fazendo, eu por conta própria sinalizei, não, vamos chamar a equipe, vamos sentar, vamos conversar, vamos fazer dinâmica, o que você faz o que você deixa de fazer, e o que todo mundo junto pode é...pegar o ponto em comum, aí foi quando o serviço começou fruir melhor a questão da solicitação para intervenção aumentou. Foi feito uma dinâmica que eu achei interessante partiu da emp a ideia a empresa pedia que toda quarta feira ou terça, escolhia um dia da semana para fazer um estudo de caso, escolhesse um paciente e conversasse entre si, só que eu comecei a perceber que não tinha tanta necessidade, a necessidade maior seria como equipe e aí a gente pensou não vamos mudar um pouquinho a pauta e esquecer o paciente e colocar a equipe, porque não adianta ter esse elo quebrado entre a equipe aí foi quando a gente começou a fazer as reuniões de forma mais dinâmica entre a equipe. O que você faz? Você é enfermeiro, você médico, o que você faz, aí a gente começou a ter uma sintonia muito forte, a base deu uma melhorada muito boa (você começou a sentir que surgiu uma equipe mesmo?)sim, sim, a equipe se uniu e aí a gente conseguiu dá andamento, porque assim é como se fosse uma pessoa, como você vai cuidar do coração do outro se o teu coração está partido? Então a gente começou a vê primeiro de dentro pra fora pra poder a gente cuidar (de quem foi a iniciativa?). Eu, assistente social e a psicóloga (PS Karla).

Entendi, entendi, assim no meu dia a dia profissional. Deixo eu pensar: como é que no dia a dia a educação em saúde pode ser inserida, eu que no dia a dia aqui no melhor em casa na atividade domiciliar eu acho que assim é que eu acho muito necessário é a reunião do grupo para que todos cheguem no paciente com o mesmo comportamento ou com uma sincronia no comportamento. É que eu percebo que nas atividades as vezes a gente não tem esse momento de fazer de..de assim todos se reunirem fazer um estudo em conjunto e a partir desse estudo fazer a prática, cada um já traz a sua experiência pessoal, conversam entre si eu diria de forma tangencial e se harmonizam para trabalhar mas não existe uma forma que a gente se inclui em algum documento em alguma base de estudo algo que a gente possa dizer não a equipe aqui do platão, a equipe do Francisca, a equipe do João Lúcio todos trabalham baseado nisso ou todos estudam pelo mesmo material, a gente estuda pra atenção domiciliar por diversos meios, eu como médico, a Keyt da minha base como enfermeira, ela estuda as coisas da enfermagem, eu estudo as coisas da medicina, o Márcio também na área dele (fisio) e assim a gente comunga nossos conhecimentos, aprendo muito com eles também principalmente da parte que não é minha também, enfermagem e fisioterapia, aprendo muito, mas não sei ti dizer se esse seria a mesma atuação das outras equipes até mesmo aqui do platão, pessoal da manhã deve trabalhar da forma dele, enfim, acho que se houvesse um plano de estudo, onde houvesse reuniões pra gente ter um documento pra juntos estudar, não fazer por categoria, acho interessante fazer por equipe de forma multiprofissional para que quando eu esteja atendimento meu paciente que eu pense não só na medicina mas que eu consiga atuar de forma que eu leva a medicina mas também pensar como eu posso incentivá-lo a participar da fisioterapia ou então aceitar mais os cuidados de enfermagem, bem como o fisioterapeuta vai poder incentivá-lo a participar da conduta médica ou dos cuidados de enfermagem prescritos. Eu vejo que, que assim é isso é sinceramente eu não vejo aplicação da educação continuada a gente tem educação pontual, não continuada, é fracionada é...é... é fracionada. Sinceramente nesse tempo que eu estou aqui, fora esses exemplos que te dei não tivemos outros cursos outras oficinas focadas na atenção domiciliar (PS Maycon).

Sim. A realização de preventivos nas residências nas mulheres que são acamadas, tem dificuldade até de movimentar, eu acho que a equipe como multidisciplinar, (eu) nós trabalharíamos com a fisioterapeuta que ajudaria no manuseio, e a enfermeira que realizaria o preventivo, e a doutora que avaliaria, ter um lugar pra mandar aquele material que é

coletado. Nós não podemos fazer isso na residência, entendeu? A gente não tem como...até porque...a gente nem correu atrás disso mas eu tenho muita necessidade de fazer preventivo em residência, entendeu? Naquelas senhoras que estão em casa que tão...não vão, as vezes tem vergonha, as vezes não tem como, não falam, a família não quer levar eu acho que isso seria muito importante ... e também eu também tenho muita dificuldade na base na coleta de exames, aqueles exames de hemograma, que a doutora pudesse avaliar melhor o paciente, muitas vezes devido o lugar ser muito longe, quando chega já está coagulado...ou então precisa fazer uma outra coisa...sim quando chega no laboratório aí não tem mais condições, assim, aí que eu vejo que a ep entra aí...é o técnico de enfermagem que tá coletando errado? É o tempo? Ou é o local? O que que tá acontecendo entendeu? Então eu acho que tinha que trabalhar entendeu porque algumas vezes eu fui e eu observei que as técnicas estavam coletando com scalp e tem aquele trajeto então eu acho que naquele trajeto ele já entrou dentro do frasco coagulado, então olha aí, faltou ep, faltou uma avaliação, então você tem que ir pra vê o que está acontecendo de verdade, e assim outras coisas que você pode fazer ep, até na forma de você cortar as vezes um esparadrapo se você tiver uma educação permanente eficaz você não gasta muito esparadrapo, você num...entendeu? porque a ep está também na economia, as vezes não tem, então eu acho que tudo isso entra na ep e 'n'coisas que falta assim, eu, eu, vejo como principal a ep pro cuidador e a realização de preventivo no local; hoje a gente não faz porque falta o material, eu particularmente eu não sei nem se a gente pode fazer, ainda não li sobre isso no melhor em casa, se a gente pode fazer coleta de preventivos, porque a gente não tem foco, não temo como avaliar útero, são coisas que eu acho que falta entendeu?(PS Paula)

Dentro da minha área específica eu vejo sim porque eu fui até questionada agora semana o fisio me perguntou tu faz psicoterapia eu falei como eu vou fazer psicoterapia numa casa em que tá transitando várias pessoas tem os outros profissionais aqui, o que vai falar vai ficar aqui, onde tem até motorista que entra e fica lá em pé, entendeu? Eu sempre coloco isso, eu faço a escuta qualificada, se dê eu faço as intervenções, porque na nossa profissão a gente não pode fazer também uma intervenção muito brusca senão...é como no consultório... a pessoa não quer que mais nem que tu entre, a casa é dela não é? Então como eu vou fazer psicoterapia que é uma sessão por semana que dependendo se eu não vou... que eu posso ir daqui a uns quinze dias, o que eu faço é uma escuta qualificada com as intervenções, se o paciente não é contactuante eu favoreço isso para o cuidador ou alguém da família, faço os encaminhamentos né? E logo no início eu tive muita dificuldade, eu trabalhava em hospital tu sabe e no consultório, então pra mim foi bem foi bem difícil essa questão do contexto, do setting, sabe, na minha cabeça foi muito difícil, hoje em dia já tá bem mais fácil bem mais claro, porque lá no hospital tá, porque aqui a gente trabalha a doença né? O processo de adoecer mas ele tava numa instituição que eu trabalhava pra ele ir para casa, quer dizer o que que ele pensa lá na frente né o que que ele pretende fazer, agora não eu estou dentro da casa dele, e eu acho assim, dentro da nossa área trabalhar essa questão ética sabe, eu ouço, a gente vai falar mas em uma reunião aonde participe a equipe multiprofissional e não está comentando (PS Karol).

Dona Marlu: Eu acho que a fisioterapia seria essencial pra ela. Porque ela só tem duas vezes na semana que é segunda e sexta aí quem tem que fazer durante a semana é dona Alcy; então se fosse feito mais fisioterapia na V seria bem melhor porque ela só tem dois dias, se acrescentasse mais um dia ou dois dias seria bem melhor pra ela. Porque quem faz mais é ela (dona Alcy), porque pela parte da manhã quase eu não venho, venho mais a parte da tarde pra ajudar ela, uma e meia, duas horas (CDs Lene e Nara).

Dona Lene: Porque meu tempo também é corrido; tenho que me rebolar para dá conta da V também

*Dona Nara: é uma responsabilidade muito grande*

*Olha da parte da profissional, a gente tem muito assim, reclamação né, assim porque eles só vão lá vê e manda assinar, não tem fisioterapeuta, então tem que cuidar da fisioterapia; se o menino tá com a cárie, se tem máscara, se tem aparelho pra funcionar eles deveriam passar instrução, por isso que eu tô rolando o tempo todinho, pegando informação, isso não era pra mim era pra o profissional fazer...essa parte aí, se tem psicólogo era pra conversar com a gente pra injetar coisas boas, que a gente passa o dia sofrendo era pra funcionar, mas não faz a gente queria ter mais (inaudível) mas não faz, de forma alguma, aí chega a assistente social aí não porque nós vamos pesquisar e tal aqui se não tiver não sei o quê não venho mais aqui, já começa assim, poxa entristece a gente, é por isso que muitas vezes hoje tem pessoa que vai até o crime; fecha a porta, prefere o pessoal morrer né? Antigamente o serviço social era pelo lado da pessoa carente né? Se forma para conversar com o paciente; agora é o que o diretor fala é isso mesmo e queima a pessoa, como que faz hoje em dia? Aí faz o paciente perecer, o recurso vem de onde? Não vem de nada. E a gente sofre, eu como pai eu me defendo a minha situação, a minha família, do paciente; eu não estou falando mal é o caso de você mês entrevistar aqui a minha esposa vai falar da mesma forma. E agora o especial? Como é que fica a situação? Então é assim meu amigo.*

*No caso assim, se nós tivesse atendimento de SAMU, de SOS pra esse tipo de doença, mas ele não fala assim não, ele fala assim eu vou falar primeiro com o médico, o médico vai destacar pra onde a criança vai com esse CID, aí o médico diz não dá, nós só pegamos, o telefone consta lá no SOS ou mesmo SAMU, nós só levamos pessoas na unidade de saúde só pessoas quebrada na rua, nesse caso aí não tem, e como é que fica a minha situação sem dinheiro pra uber e pra taxi, nem um carro não tem. No caso se tivesse vou ligar pro melhor em casa tem isso tem isso tem que ir urgente aí poxa melhora meu amigo e muito mas não tem; nesse caso a gente sofre também, porque é poucas pessoas no nosso estado que tem essa doença, a gente sofre muito, inclusive meus filhos são pessoas assim desenganados da medicina, a minha esposa é genética, a minha filha é genética, são portadores, o meu menino já tem, já consta essa genética ele já tem essa doença é progressiva e a tendência é acabar com o musculo com o nervo, com o coração, com respiração ele só tá no aparelho, por isso fica difícil a situação, mas vai lá (CD Dias).*

*Hoje não porque eu já aprendi tudo entendeu? Não tudo porque tudo é novo, mas sim eu gostaria de me atualizar um pouquinho mais se eu pudesse esse ter pra me atualizar dizer olha a mãe é capacitada pra fazer tal coisa, entendeu? Ou a mãe pode opinar em qualquer coisa entendeu? Então acharia assim que a família tem que tentar investir mais nela se ela puder se ela tiver como investir, eu acho assim se as pessoas pudessem tipo assim fazer com que as vezes a mãe precisa de um profissional aqui tão estressada do dia a dia, da casa, da rotina, que eu não saio lá fora, que se o senhor me perguntar quantas vezes eu já sai lá em frente dessa casa no mês, eu vou lhe dizer talvez uma, talvez, porque geralmente eu não saio, eu fico na frente dessa sacada e da sacada pra dentro então tipo assim eu não tenho com quem conversar, as vezes o dia a dia, a rotina se torna tudo estressante, mas a gente releva, mas a gente precisaria de acompanhamento psicológico tipo pra mim quanto pra família mesmo que fica na casa, que o acompanhamento do psicólogo até mesmo pra conversar, só pra ele desabafar, tirar o estresse entendeu? Ele ir embora, que acho que toda família precisa até mesmo para chorar porque as vezes a gente fica tão aqui nesse mundinho aqui nem sabe o que tem lá fora, então é assim muito mesmo não tem tanto dificuldade assim mesmo, melhor mesmo o acompanhamento um conhecimento, ela falar algo que motive pra pessoa subir, a gente tão no nosso problema que as pessoas entristece entendeu? A gente precisa de uma motivação (CD Lana).*

*Eu acho que não só por mim né mas por outras pessoas que não tem a facilidade de aprender assim né, quando eu estava no hospital eu sempre prestei atenção desde alimentação e das enfermeiras tipo a de tirar a pressão, tirar a... pra saber se ela está com febre, vê o jeito que dão a alimentação dela, acho assim que teria ter um curso pra ajudar as pessoas, porque cada adulto, cada criança tem uma porcentagem né da alimentação deles que tem que dá num horário, em cada horário assim certo, eu acho que deveria ter um curso assim pra ensinar as pessoas a ter um cuidado (CD Graça).*

##### **5. Principais desafios que precisam ser enfrentados para que ocorra a EPS no seu local de atuação. (acha que EPS pode ajudar na transformação da prática na AD)**

*Com certeza. A gente...vocês fazendo educação permanente a gente vai ter mais segurança no fazer porque vai tá todo mundo ciente dos riscos dos benefícios todo mundo vai sentir confiante em fazer procedimentos nas residências entendeu? Porque hoje em dia o que eu percebo agora trabalhando em outra base também é que as pessoas tem medo do fazer, sabem, conhecem a teoria mas na hora da prática pensa muito no que pode dá errado no suporte que a gente não tem, o que de fato é real, a gente não tem um suporte acho assim amplo, entendeu? A gente tem um suporte básico, entendeu? Mas assim, o conhecimento muitas das pessoas até tem mas na hora do fazer o medo, a forma de segurança sabe, acho até que a autoconfiança eles deixam muito a desejar (PS Bianca).*

Pesquisador: Diferença entre educação continuada e educação permanente:

*Continuada e permanente...permanente é aquilo que permanece, continuado é que está sempre evoluindo, isso é o que na minha cabeça eu entendo (PS Bianca).*

Pesquisador: Mas alguma dica ou sugestão ou contribuição sobre EPS.

*Não é bem uma dica...é mais uma constatação e uma parabenização porque eu tô vendo que essa nova gestão depois que reformulou tudo, vocês estão muito mais interessados em qualificar os profissionais muito mais interessados em saber as dificuldades e as particularidades de cada um, pra quê? Pra gente fazer um bom serviço ao paciente final que a pessoa que está dentro casa que mais precisa...não bem uma constatação...é uma parabenização (PS Bianca).*

*Acho que poderia ter um olhar mais humanizado. Acho que a humanização ela é primordial, principalmente quando se trata com saúde né? Com pessoas fragilizadas é um pouquinho de forma grosseira você chegar adentrar...é um serviço totalmente diferente o que você executa, porque você adentra a casa do paciente, tem que pedir licença que você entre ou não, se não tem muito o que fazer... somente seguir para outra visita mas...faz parte da permissão do paciente, as vezes você entender que existe um algo frágil, procurar enxergar a pessoa e não a doença, acho que seria um ponto bem...a sensibilidade, ou seja, coisa desse tipo. Porque o serviço, eu acho Davi, o serviço muito lindo, gosto muito, é um serviço bem diferenciado e até como se fosse uma parceria mesmo, criar um elo bem forte mesmo entre equipe e família, porque a gente já se deparou com situações que, meu Deus, durante esse tempo que eu vivi já vi muitas coisas, muita coisa mesmo, da equipe ser botada pra correr e não é assim, saúde não é só, não é só cuidado com medicação, não é só dá remédio tem a saúde mental que precisa ser trabalhada de maneira muito forte, emocional (pesquisador: relacional) porque é assim eu me deparei hoje, a mãe não aceitava que a filha estava ali sobre o leito e que a filha dela a*

*partir de hoje seria uma vida totalmente diferente e ela não queria enxergar a filha dela do jeito que estava, queria que a filha dela fosse como era antes, mas agora é outra realidade e você fazer com que a família perceba que a realidade é outra, é...enquanto profissional todo mundo tem que ter um pouquinho de psicólogo dentro (risos) pra poder levar a missão frente. Estou me deparando com um novo desafio, essa mudança de equipe mexeu muito comigo, porque estava habituada a uma rotina, uma metodologia, uma forma de trabalhar e agora com os colegas que estão entrando também começar a fazer do zero e aí é personalidade, eu tô conhecendo agora a equipe, então pra mim é começar do zer...trazer o que aprendi lá para agregar na nova equipe (PS Karla).*

*Muitos, muitos desafios. Primeiro. Primeiro não, não vou elencar prioridades, mas os desafios é, o, o desafio dos recursos humanos né, fazer com que as pessoas entendam a importância da educação uma coisa que eu percebo que é difícil que as pessoas é mudar a forma de trabalho isso é bem explícito eu, então vou dizer que só porque a gente não recebe os convites ou não vê as oficinas cada tem a função de ir buscar. Aí mas também vou falar dessa parte da exposição do meio né da mídia hoje o acesso a informação é fácil, a gente pode se comunicar à distância acho que falta uma unidade centralizadora pra isso, pra coordenar e repassar os estudos, acho que só à distância funciona? Não. Acredito que talvez tenha que ter um representante in loco nas primeiras reuniões, de estudo com o grupo não só estudo teórico mas também exposição de práticas, não digo ir na casa do paciente pra não usá-lo como base de estudo mas fazer cursos de aplicação prática também não só estudar a prática na teoria. Bom eu já falei os dois lados né, o lado organizacional burocrático que eu não vejo um órgão centralizador de estudos não sei se existe um núcleo de estudos na susam, núcleo de estudo relacionado ao melhor em casa, desconheço realmente e a outra parte é sensibilizar os profissionais a participar a vê efeito dos estudos. (pesquisador: tem mais alguma coisa que queira pontuar? Entrevistado: dessa parte ou geral? Entrevistador: geral)É, eu acho que é assim, tendo, é difícil falar assim é...vamos imaginar o ideal não vamos pensar em problemas as pessoas estão participando dos estudos o estudo está ocorrendo também, tá organizado eu acho que é um fator que pode levar muito a melhoria do serviço das atividades, porque a gente leva a proposta de um atendimento multiprofissional no domicílio mas multiprofissional não é só ter muitos profissionais lá, multiprofissional é ter um profissional que tenha a visão de equipe, de atendimento em equipe, um exemplo que eu vejo aqui, aqui a gente tem divisão emad e emap, então, eu por está numa emad tenho menos contato de estar numa emap que os membros da emap entre si tem mais contato, mas entre emad e emap temos mais distanciamento, então muitas vezes eu não sei julgar se aquele paciente que eu tô atendendo ele poderia... eu não sei julgar qual seria a função de um profissional da emap lá, de um fonoaudiólogo, de um psicólogo, de um nutricionista, a gente muitas vezes supõe porque não é nossa área de formação mas se entre nós houver mais estudos e mais conversa o atendimento da emad vai ter uma cara de emap também e o atendimento da emap vai ter uma cara de emad e nós não vamos ser duas equipes diferentes, profissionais isolados, vai ser cada profissional tendo essa visão multiprofissional que é o mais certo, que é o que realmente a gente se propõe a levar. A gente se esforça é claro, eu vejo um paciente com um humor deprimido ou uma crise familiar eu aciona a emap, a emap prioriza essa visita mas as vezes eu acabo não tendo um retorno, eu digo olha o G, ou, olha o K, a gente estava sem psicólogo e aí a gente acabava passando para a assistente social, mas agora já temos psicóloga, aí eu falo F eu acho que vale atenção nessa casa, a F vai lá vê mas aí eu não tenho retorno, a gente não dialoga sobre o paciente, a gente não tem...aí o paciente já tá iniciando uma terapia medicamentosa enquanto o psicólogo está atuando também e a gente não sabendo o que está acontecendo; só o registro no prontuário no caso da psicologia não é total, não transparente até pelo sigilo.*

Pesquisador: o que sugere especificamente para esse caso?

*Entrevistado: o que a gente sabe que tem proposta mas ainda não está implementado é o grupo de estudos de caso, para as discussões dos casos que ainda não foi fechado qual vai ser o horário até porque a emap elas são de duas bases e também trabalham em turnos alternados tem dia que de tarde tem dia que é de manhã. O ideal seria o estudo de discussão de casos mas tem que ser ajustado qual melhor horário, é uma questão logística por enquanto e de instituição, de instituir qual é o horário, enfim...qual horário, qual a base (PS Maycon).*

*A burocracia. As vezes a gente tenta fazer alguma coisa, por exemplo, você tem paciente que só fica com um cuidador e as vezes o cuidador tem que sair para ir pegar...uma das coisas que eu também vejo na situação...tem que pegar o material dele lá na farmácia, entendeu? Eu fico olhando eu acho que não tinha necessidade pra isso, as vezes a gente tá passando por uma fase difícil, as vezes já aconteceu da gente levar aí não tem o local pra gente armazenar entendeu? Tem uma outra coisa que falta por exemplo você chega na casa do paciente e questiona você não fez o curativo? Ah, mas não tem gases; e a medicação? Ah, acabou e a gente não tem condição de comprar, e as vezes a gente nem ofereceu nossos 50% porque você sabe o MC dá 50% do material e o outro... aí eles questionam, olha é muita burocracia...olha por exemplo, essa semana eu passei por uma situação bem delicada em relação a medicação de um paciente que ligou pra que eu não sei como eles conseguem o nosso número...porque tudo é o enfermeiro...enfermeiro tem que resolver, mas eu gosto, gosto dessas coisas e de tentar resolver...e aí ligou e disse poxa eu já fui duas vezes em tal lugar pegar a medicação e me disseram que não era mais padrão, que era padrão do melhor em casa e aí o paciente volta; sai do emprego, esse dia ele não vai trabalhar, aí volta e não consegue resolver; esse vem e vai do cuidador, as irritações dele, as vezes os cuidadores me chamam de um monte de coisas e eu observo ...e eu deixo ele falar que se fosse eu, pai ou mãe dessa pessoa ficaria estressada, não sei se chegaria ao ponto mas ia me estressar, então assim a dificuldade de colocar as coisas entendeu? Poxa porque não faz de uma forma que facilite pro paciente, facilite pra gente trabalhar, né? Pegar né...que que eu fiz, eu peguei oito pacientes que não tem como as cuidadoras sair de casa, só é ela, eu peguei e coloquei para ir levar o material deles, a alimentação e o material e aí como a gente com escassez de gasolina que que eu fiz, no dia que eu vou pegar o material para esterilizar lá no Francisca Mendes (Hospital) eu aproveito e já pego daqueles pacientes, entendeu? Aí vou, levo na casa, então assim tem muitas coisas que precisam ser mudadas precisam ser trabalhadas, que precisa assim a gente chegar, se reunir, vamos aceitar as coisas, porque o que eu observo muito no melhor em casa porque tem coisa que é nosso chefe eles tem dificuldade de aceitar, bora vê, e depois acabam fazendo, com o tempo, depois que já passou tanto aporrinhção né eles vêm que tá lá, a gente chega na casa do paciente, a gente que passa por tudo, a gente com o tempo não vai dá certo, aí eles acabam cedendo mas pra ceder já levou muito tempo e já trouxe muito transtorno, o enfermeiro já pegou muito...aí agora essa semana foi do medicamento que já te falei; paciente vou várias vezes, chegou, agora tem na farmácia...vocês fazem a gente ir pra CEMA...não é do nosso programa, aí no outro dia ele voltou de novo ela disse que não ia liberar aí eu peguei e disse eu queria falar com alguém aí da CEMA aí ela pegou e falou que não porque a partir de hoje, então eu disse é a partir de hoje querida como é que você não deu a medicação, vocês vão liberar a medicação pro melhor em casa hoje.. não porque amanhã a gente tem uma reunião com pessoal do melhor em casa e a gente vai dizer como isso vai ser feito e aí eu digo: e a medicação do paciente é medicação controlada, vocês não mandam pra gente, como é que vocês querem que o paciente chegar e ficar rolando de um lado pro outro, e aí o que que acontece eu ligo pro farmacêutico e ele diz não Lucíola eles nem tocaram nesse assunto, vai*

*continuar do mesmo jeito mês que vem ele vai se irritar de novo, entendeu? Então parte então o que é da cema e o que é do melhor em casa, tá bem complicado (PS Paula).*

*Na minha área? Foi essa que acabei de citar sabe, esse contexto familiar que a gente tem que lidar com a família como um todo, conflitos familiares e agora a gente está até sem assistente social que a gente trabalha muito em parceria, marcava as reuniões né? Porque tudo é muito dividido, o que eu não posso fazer o assistente social vai fazer né? Chegar numa casa que tenha um mínimo de...como eu fui nessa semana quase dez da manhã a paciente ela anda com dificuldade mas no quartinho aonde é a cama o banheiro uma casa imunda, fedendo, o fogão sujo, sem comer quase dez horas da manhã, nós fizemos um pouco da parte do assistente social até porque a psicologia tem a parte social né?, mas eu digo assim em termos que o psicólogo as vezes não pode dá uma dura o assistente social já pode sabe dá aquela chamada mais séria, mas colocamos a questão do programa, de ter que seguir o que recomenda lá a legislação, a portaria que se a família recebe as orientações e quando nós chegamos não fizemos, três quatro visitas a gente pode desligar (pesquisador: pensando nessa dificuldade como você acha que a ep poderia ajudar especificamente?)especificamente? Não sei, acho que seria mais na prática, se alguém tem mais prática sobre o programa entendeu? o atendimento domiciliar né? Eu acho...eu não sei se as meninas que entraram agora psicóloga se tão tendo essa visão.*

*Pesquisador: Beleza. Você tem mais alguma observação que gostaria de fazer com relação a educação permanente, ao alcance dela?*

*Eu até escrevi lá no dia do do...que foi feito o evento que é assim precisa realmente que todas as áreas precisam ter essa capacitação né? Porque a gente fica lá né...eu digo que seria o matriciamento que diz lá o SUS né que a gente precisa aí o outro colega vai ajuda né? Dá uma orientação né? Dependendo da experiencia que já tenha, porque o nosso trabalho é mais voltado justamente para essa experiencia porque livro a gente vai lê, lê, lê, lê, né? Mas o dia a dia, a prática é que vai fazer... a teoria diz uma coisa a prática diz outra, eu tenho muito receio...eu graças a Deus nunca respondi processo ético profissional, eu tenho muito cuidado sabe Davi com essa questão dos atendimentos de ter alguém porque se eu tô atendendo alguém, lá na frente aquilo ali vazou, vão achar que fui eu enquanto profissional enquanto tem outras pessoas da equipe que estão lá e como a Alba dizia esse mundo é muito pequeno, as vezes só de falar os sintomas de alguém o outro já sabe o nome então a gente precisa ter muito cuidado (PS Karol).*

*Dona Lene: porque a assistência dos médicos ela tem; porque eles vêm aqui; se precisam fazer exames eles vêm aqui colher o material aqui em casa; aí a doutora passa os remédios que for preciso pra ela tomar*

*Dona Nara: quando eu falo assim da fisioterapia é porque é assim, Dona Alcy tem osteoporose né então fica um pouco difícil, a V já tá meio pesadinha pra ela fazer alguns movimentos, pra ela é cansativo. Eu não digo eu me garanto porque eu não sei, não fiz faculdade de fisioterapia pra mim poder fazer nela, ela faz a base do que já ensinaram pra ela lá, então o que fizessem mais fisioterapia é bem melhor.*

*É mas se eu fosse falar uma situação agora né da minha parte com essa doença aí porque cada um paciente tem um ciclo de doença, a minha se um médico passar um remédio tudo bem se for aprovado a gente se conforma, mas tem um porém também tem que levar para o pronto socorro pra bater um raios-x, no caso a sonda do meu filho né? ela precisa trocar, tá com seis meses, precisa trocar, tá quase constando dá uma infecção, eu não tenho um centavo para trocar; já fui no João Lúcio aqui troca a qualquer hora mas eu não tenho condições de levar,*

*o SOS não leva e nem o SAMU daí teria que ter uma equipe multiprofissional que não me dá um jeitinho aqui, o serviço social pra isso, então tem o conhecimento aqui, então o governo faz sua parte aqui aí poxa alivia a gente, a gente não tem condições, isso aí que é importante também, mas não tem, o menino tá com a sonda pra trocar e eu tô batalhando; agora outros tipos de doença do melhor em casa também que tem né, que as doenças não e igual já são outras questões do tipo de entrevista né? (CD Dias)*

*Olha, pra mim, pra mim hoje meu maior desafio é lidar com as negatividades das outras pessoas, é meu maior desafio, porque tipo assim eu não entendo como as pessoas dizem assim tu não vai conseguir, por que eu não vou conseguir? Esse é meu maior problema porque hoje vê o Paulo da maneira que eu vi e vejo hoje eu tenho um grande avanço, então assim as negatividades das pessoas descem muito a gente assim entendeu? Então é tipo assim, hoje pra a gente ir lá na SUSAM a gente tem muito trabalho, a locomoção entendeu? Eu tenho muito trabalho; hoje pra mim falar com a promotoria eu tô tendo problema com a barriga do nenê eu tenho que ir lá na promotoria um documento pra chegar na SUSAM pra SUSAM chegar até aqui entendeu? Então isso pra mim é uma grande burocracia; tipo lidar com as pessoas que eu tenho que ficar explicando que tá acontecendo, questionando, sendo que poderia ter um documento legal que eu tenho aqui seria isso pra abrir as portas pra mim e não fechar as portas pra mim, que acontece é que tudo se fecha, então as pessoas tipo assim elas se fecham; a vida da outra não tá nem aí, tipo assim o problema é teu te vira, entendeu? Então a negatividade das pessoas é que pra mim é ruim (CD Lana).*

*As vezes assim quando ela ficou com diarreia, a gente ficou muito preocupado porque a gente não sabia se era da alimentação ou de outra coisa aí a gente fica meio com medo assim, desde quando ela ficou assim, desde que ela chegou eu ficava olhando se ela não estava respirando, se não estava com febre, a gente tem aquele receio, mas graças a Deus desde que ela saiu do hospital nunca deu assim febre nela, só que deu mesmo foi essa diarreia por causa dessa alimentação. Saber reconhecer esses sintomas assim, como a gente não sabia procurar a nutricionista pra explicar pra gente que essa alimentação dela era mais forte e que tinha que dá uma dosagem a menos das outras que a gente já dava, a quantidade a menos; por isso tava dando diarreia nela (CD Graça).*

## Apêndice E Mata e Cidade\*

Por *Davi Cunha*

Mata confidente e ingênua,  
Celeiro do que se oculta e mascara.  
Conta nervosa, do que vistes fazer, do que ajudaste esconder,  
Mata onde se mata em nome do alvorecer.

Cidade, minha cidade, mostruário simulado de civilização,  
Cópia do continuísmo que apenas discrimina e estagna.  
Gente que vem sem amor, e vai sem amar,  
Protótipo de cidade europeia, com jeito índio de viver.

Mata das grandes riquezas, dos barracões,  
Dos cortes nas árvores e na alma também.  
Coronéis de patentes mais baixas do que os famintos por mulheres,  
Empreiteiros da alienação e do servilismo.

Cidade que cresce com a *hévea*...energia, teatro, palacetes...  
Porque não sabe ou ver o líquido vermelho leitoso escorrer.  
Cidade que cala os poetas, que os impede do desafio,  
Cidade das casas noturnas; local propício para o simulacro.

Mata do “*período áureo*”, que parece não conhecer finitude,  
Ciclo da decadência inevitável, da morte sobre trilhos.  
Macro tiranias já se contorcendo, mas ainda poderosas,  
O capital assombrando o social.

Cidade das damas recatadas e outras mais,  
Dos bares e das fofocas que alimentam o nada.  
Da amizade da libra com os mil réis...da roupa lavada em Lisboa,  
Tentativas de uma limpeza de alma que não vinha de lugar algum.

Mata que esconde nordestinos e aventureiros,  
Que mal permitia beijar o solo da capital.  
Esconderijo da ciência da hostilidade,  
Pecadores abonados pagando o débito de outros.

E... um dia, a vicissitude...  
Colheita certa e racional na Ásia, malogro de 70 mil sementes.  
Tão certa como a forma como foi levada,  
Tão cruel como seu plantio em solo equatorial.

Anos dourados...dourados de dor,  
Anos inglórios, revestidos de esplendor.  
Sei que tu não podes mais nos alcançar,  
Senão nós a ti.

\*Impressões baseadas em leituras que narram o período na Amazônia que ficou conhecido como “Ciclo da Borracha” e analisado nessa pesquisa com ênfase no ensino em saúde voltado para esse período.