

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

PHAMMELA DA SILVA FERREIRA

PARA ALÉM DA FORMAÇÃO INDIVIDUAL. MULTIPLICANDO SABERES COM UMA
EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. UM PROJETO DE INTERVENÇÃO.

CAMPO GRANDE (MS)

2022

PHAMMELA DA SILVA FERREIRA

PARA ALÉM DA FORMAÇÃO INDIVIDUAL. MULTIPLICANDO SABERES COM UMA
EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. UM PROJETO DE INTERVENÇÃO.

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito para obtenção do título de especialista em
Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública Dr.
Jorge David Nasser, sob orientação da Dra.
Adriane Pires Batiston.

CAMPO GRANDE (MS)

2022

Dedico esse trabalho a minha avó (in memoriam) que sempre me incentivou e vibrou com todas as minhas conquistas e que infelizmente, durante a execução do mesmo, foi recolhida para morar com Jesus.

Aos colegas da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família Urbano I pela solicitude e empenho.

AGRADECIMENTOS

Á Deus que me ajudou a ser aprovada em todas as etapas de seleção desse curso, que me guardou e deu incontáveis livramentos no trajeto até o curso e que me deu o sustento financeiro e emocional para concluir essa especialização;

Á minha família que sempre acreditou nos planos de Deus para mim e me incentivou na busca de conhecimento e crescimento profissional;

Á minha doce e sábia avó que me cobria em oração e que, em meio as minhas incertezas da aprovação nesse curso, tinha certeza de que eu seria aprovada;

Aos meus amigos Rony e Keila que me hospedaram de forma tão amorosa e solícita em todos os encontros desse curso;

Á minha equipe de saúde que participou de todos os encontros desse projeto de intervenção contribuindo para o sucesso das ações;

Aos meus colegas do pequeno grupo IntegraSUS que fizeram toda a diferença no meu processo de aprendizagem;

Á minha tutora Adriane que desenvolveu com maestria suas atribuições.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”

Paulo Freire

RESUMO

PARA ALÉM DA FORMAÇÃO INDIVIDUAL. MULTIPLICANDO SABERES COM UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. UM PROJETO DE INTERVENÇÃO.

FERREIRA, S. P. **Para além da formação individual. Multiplicando saberes com uma equipe de Estratégia Saúde da Família. Um projeto de Intervenção.** Orientadora: Adriane Alves Batiston. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Secretaria de Estado de Saúde, Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022.

phammela@gmail.com

Introdução: Um novo modelo de saúde pública foi estabelecido através da 8ª Conferência de Saúde em 1986 e dois anos depois efetivou-se por meio da Constituição Federal como garantia de acesso universal, equidade e integralidade da assistência se materializando em 1999 na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, houveram marcos e transformações importantes no modo de fazer saúde. Com isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde exerçam seu protagonismo através de capacitações para que o SUS de fato se consolide como projeto social. Uma ferramenta essencial nesse processo é a Educação Permanente em Saúde. **Objetivo:** Contribuir com o desenvolvimento de novas competências junto a trabalhadores de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de multiplicação de conhecimentos e estratégias pedagógicas adquiridas no curso de especialização da Escola de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul. Foram realizados 4 (quatro) encontros pontuais. **Materiais e método:** Foram usadas dinâmicas e narrativas como instrumentos norteadores, que antes foram ofertados nos encontros do curso. Todos os encontros foram embasados em metodologias ativas. **Resultados:** Com esse projeto de intervenção alguns profissionais tiveram contato pela primeira vez com a maioria das temáticas, apesar de muitos estarem atuando na APS há mais de cinco anos. **Considerações finais:** Promover a capacitação dos profissionais de saúde e contribuir para o desenvolvimento de competências necessárias para atuar na ESF, é fortalecer a Atenção Primária a Saúde colaborando para um SUS mais resolutivo.

Descritores: Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Educação Permanente. Aprendizagem baseada em problemas. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	10
2.1. Objetivo geral	10
2.2. Objetivos específicos	10
3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO	11
3.1 Público-alvo	11
3.2 Local da intervenção	11
3.3 Etapas das ações desenvolvidas	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXO A - Narrativa	26

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil vem sofrendo constantes transformações estruturais e políticas. Durante pouco mais de trinta anos, marcos históricos representam profundas mudanças na assistência à saúde no país assim como novas ferramentas para pensar e fazer saúde. Nesses marcos estão o movimento sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal de 1988 que estabeleceu a saúde como de todos e dever do Estado, até a criação do Sistema Único de Saúde. Nesse período de mudanças políticas, estruturais e legais do SUS estão entrelaçados os modelos de atenção à saúde. Houve uma necessidade em se discutir a reorientação dos modelos assistenciais vigentes mostrando a urgência em se consolidar um modelo de atenção que proporcionasse a união integral da promoção, proteção e recuperação da saúde. Para promover a integralidade no SUS o processo de regionalização iniciou-se através das Redes de Atenção à saúde que tem como centro a Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse nível da rede, as ações são desenvolvidas próximas a comunidade uma vez que a APS é a porta de entrada da rede e deve ser a escolha preferencial do usuário (BREMHER; RAMOS, 2016).

O modelo assistencial define como são realizadas a organização e a produção das intervenções de saúde, abrangendo a relação entre profissionais e usuários/ população de abrangência sendo intermediado pela combinação de diversas tecnologias. (CAMPOS; MARQUES; CECCIM; SILVA 2019)

Organizar e estruturar os novos modelos de atenção é um desafio em várias dimensões dos sistemas de saúde. Dentre esses desafios, destaca-se o rearranjo dos processos de trabalho em saúde, vinculando profissões e saberes. Para que os trabalhadores em saúde desenvolvam as atividades de uma forma articulada, com base em evidências e comprometidos com a saúde da população, a formação desses profissionais é um componente importante. A formação ainda construída no modelo disciplinar de ensino e com foco principal nas ciências biológicas é um elemento crítico no Brasil. Os profissionais formados nesses moldes, desconhecem e muitas vezes se revelam contrários ao SUS (JUNIOR & MOREIRA 2017.)

Ainda segundo JUNIOR & MOREIRA:

“Esse não é um problema exclusivo do Brasil. A Comissão Independente Global para Educação dos Profissionais da Saúde alerta que as fragilidades da formação são comuns à maior parte dos países. Dentre os principais entraves, destacam: incompatibilidade de competências para as necessidades dos usuários e da população; frágil trabalho em equipe; foco excessivamente técnico; limitação na compreensão dos contextos locais; orientação hospitalar predominante em

detrimimento da atenção primária; e fraca capacidade de liderança para melhorar o desempenho do sistema de saúde. ”

Para que ocorra a qualificação desses profissionais, a principal estratégia no Brasil foi a criação da Política Nacional de Educação Permanente que consiste no aprendizado no trabalho, onde ensinar e aprender se integram ao trabalho e na rotina das unidades. Se fundamenta na aprendizagem significativa para a transformação da prática profissional. Considera os saberes prévios dos profissionais e parte dos problemas enfrentados na realidade. Recomenda o uso da ferramenta pautada na problematização para discutir processos de trabalho e educação dos profissionais (BRASIL 2009).

Diante do exposto, como discente do curso de pós-graduação em Saúde Pública, quando retornava de cada encontro, comentava com meus colegas de equipe sobre o que havia aprendido e muitos deles desconheciam as temáticas. Com isso senti a necessidade de multiplicar esse saber com a minha equipe.

O curso de pós-graduação em Saúde Pública foi ofertado pela Escola de Saúde Pública Dr Jorge David Nasser instituída em 1989 visando a importância em se formar trabalhadores de saúde para o setor público aos moldes do novo modelo de cuidado, decorrente da reforma sanitária, formar para o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde de sua criação até o mês de dezembro de 2020, já ofereceu setenta e sete cursos de pós-graduação lato e stricto sensu e seis áreas de residências uni e multiprofissionais em parceria com diversas instituições de ensino. Em 2018 alcançou-se o credenciamento para a oferta de pós-graduação a nível de especialização, pelo Conselho Estadual de Educação, conquista essa histórica. Incorpora o uso de metodologias ativas para o ensino-aprendizagem levando a formação de profissionais críticos-reflexivos sobre a realidade do trabalho em que se encontram e desenvolve competências para o SUS (MATO GROSSO DO SUL 2021).

O curso se baseia na concepção da educação e do trabalho interprofissional em saúde que é interpretada como oportunidade educacional em que profissionais de diversas profissões aprendam simultaneamente, integrados, com o objetivo de lapidar a qualidade da atenção à saúde. Adotando metodologias ativas de ensino-aprendizagem alicerçadas na problematização, o aluno é colocado no centro do processo, valorizando assim o conhecimento prévio. Atuando como mediador do processo de ensino-aprendizagem, o docente desenvolve autonomia e responsabilização durante esse processo, buscando novas possibilidades para a resolução de problemas, incentivo para a tomada de decisão e trabalho em equipe (MATO GROSSO DO SUL, 2021).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Contribuir com o desenvolvimento de novas competências junto a trabalhadores de uma equipe de Estratégia Saúde da Família, a partir de multiplicação de conhecimentos e estratégias pedagógicas adquiridas no curso de especialização da Escola de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul.

2.2. Objetivos específicos

Com a multiplicação de conhecimento, objetiva-se:

- Estimular o desenvolvimento de novas competências nos campos da gestão, cuidado, educação e interprofissionalidade nos trabalhadores dessa equipe;
- Promover reflexão sobre os processos atuais de trabalho;
- Motivar os profissionais na busca de conhecimento para melhoria do processo de cuidado;
- Melhorar o vínculo entre os membros da equipe;
- Entender a importância de inserir a educação permanente na rotina;
- Estimular os trabalhadores para a continuidade do seu processo educativo.

3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO

3.1 Público-alvo

Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) Jonas Pedro da Silva – Urbano I, localizada no bairro São Miguel do município de Nioaque- MS. Atualmente a equipe é composta por uma recepcionista, duas técnicas de enfermagem, uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de consultório dentário, uma dentista, uma auxiliar de serviços gerais, quatro agentes de saúde. Existe grande rotatividade dos profissionais de saúde bucal e recepção pelo fato de que essas vagas são preenchidas através de contrato. Dentre esses 12 profissionais, apenas um é do sexo masculino.

3.2 Local da intervenção

O local escolhido para a intervenção foi o local de atuação dessa discente, a Estratégia de Saúde da Família Jonas Pedro da Silva-Urbano I, localizado no município de Nioaque/MS.

A Unidade aloca apenas uma equipe no qual possui 1780 usuários cadastrados, 714 domicílios, 539 famílias, 15 prédios comerciais, 20 terrenos baldio, 04 estabelecimentos religiosos, 01 escola e 01 creche. Dentre as moradias 135 possui pavimentação enquanto 540 a rua é de chão batido. Apenas 75 domicílios possuem rede coletora de esgoto, 539 casas com fossa séptica e 55 casas fossa rudimentar. Atende o bairro São Miguel, o bairro Nova Esperança, a Vila Santa Terezinha, bairro Santa Amélia, chácaras e fazendas. (BRASIL, 2022)

O cadastramento da população residente nas chácaras e fazendas ainda está em construção, com isso o número de usuários cadastrados não é o número real dos que pertencem a essa unidade.

3.3 Etapas das ações desenvolvidas

Desde o primeiro encontro das aulas de pós-graduação do curso de Saúde Pública, os temas propostos me impactaram, fazendo com que eu olhasse para a minha realidade de trabalho e contemplasse um processo de trabalho que estava sendo construído de maneira inversamente proporcional ao trabalhado no curso. Eu como responsável técnica e exercendo um papel de liderança na minha equipe de saúde, comecei a desejar intensamente que a minha equipe também fosse alcançada por esses saberes. Diante disso, multiplicar essas temáticas abordadas no curso, foi essencial para minha própria construção.

Com isso, apresentei o projeto a minha coordenadora da APS e a autorização para execução foi concedida. Essa foi a primeira etapa do projeto de intervenção.

Na segunda etapa constituiu-se em organizar os materiais para o encontro e agendar a data da reunião junto a coordenação e equipe de saúde.

Na terceira etapa houve nossa primeira reunião com duração de duas horas. Foi solicitado para que os profissionais escrevessem uma característica positiva e uma negativa para o trabalho em grupo. A discussão gerada nessa atividade nos permitiu conhecer os pontos fracos e principalmente os fortes para o trabalho em equipe que os profissionais possuíam, características essas que em grande parte, nunca foram compartilhadas na rotina de trabalho. O tema disparador para esse primeiro momento foi: Problematização como ferramenta para nossas reuniões de Educação Permanente.

A Teoria da problematização consiste em apresentar a solução de problemas como forma de diálogo constante para que o conhecimento seja atingido, com problemas reais percebidos através da observação direta na realidade (BERBEL 1995).

Uma narrativa ofertada no Curso de Saúde Pública (ANEXO A) foi usada como ferramenta para fomentar as discussões em grupo sobre o tema.

O uso de narrativas, denominado Storytelling, é uma ferramenta pedagógica usada no aprendizado ativo. As narrativas possuem significado social ou cultural e promovem reflexão sobre determinados valores e conceitos para que ideias abstratas sejam consolidadas pelo entendimento da relevância e significado desses conceitos e valores (VALENÇA; TOSTES; 2019).

No mesmo encontro discutimos sobre os Determinantes Sociais em saúde (DSS).

Os DSS pode ser definido como as condições de vida e trabalho de indivíduos e grupos populacionais estão relacionados com a sua situação de saúde. Ou seja, esses fatores implicam diretamente na condição de saúde de determinada população. Esses fatores são: sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (BUSS & FILHO 2007).

Dessa vez, a ferramenta utilizada para a construção em grupo foi o curta-metragem Vida Maria (YOUTUBE) que retrata a história de uma família que reside em um lugar rural no sertão brasileiro retratando os ciclos de vida que muitas mulheres pobres têm vivido. Retrata uma menina de 6 anos de idade que com seu caderno, está aprendendo a escrever seu nome. É interrompida por sua mãe que exige sua ajuda nos afazeres domésticos, colocando a educação como algo não essencial.

A narrativa do curta-metragem nos faz entender que Maria José é apenas mais uma Maria que acabou sendo obrigada a abandonar os brinquedos e os estudos para ajudar nos serviços domésticos e depois ainda se dedicar, ainda muito cedo, a marido e inúmeros filhos. Seus sonhos só vão até

á cerca da casa onde vive, pois, a mesma é refém do lugar onde lhe foi determinado para viver (OLIVEIRA; CASTRO; BATISTA; 2019).

No segundo encontro, que é a quarta etapa do projeto, o tema proposto foi o trabalho em Redes e Atenção à Saúde (RAS), introduzido através de do vídeo “**Porque trabalhar em redes?** ” do professor Eugenio Vilaça Mendes que trouxe o conceito das RAS e seu processo de efetivação.

No terceiro encontro abordamos a Territorialização.

A Territorialização pode ser definida como uma parte integrante indispensável a qualidade de vida e de intervenção na área social. Com isso organiza-se como um espaço privilegiado para gerar bem-estar, promover equidade e inclusão social. (GADELHA, et al, 2011)

O encontro foi iniciado com um dinâmica onde foi solicitado um breve relato sobre como os profissionais estavam se sentindo em relação ao processo de trabalho. As respostas foram parecidas podendo ser resumidas em: “Expectativa para aprender e implementar mudanças no processo de trabalho da equipe”. No segundo momento o tema foi abordado através do texto “**Território em saúde e Atenção Primária**”, extraído de um dos manuais do PlanificaSUS (BRASIL 2021), trazendo a conceituação e os mecanismos de diagnóstico territorial. Os participantes foram divididos em pequenos grupos com o objetivo de elencar os principais pontos abordados no texto para posterior construção no grande grupo.

No quarto encontro, que se configura na sexta e última etapa desse projeto, o tema abordado foi o que mais gerou discussão entre os participantes, as novas regras de financiamento decorrente do programa Previne Brasil. Esse assunto foi disparado com a apresentação dos sete indicadores instituídos e com o sistema de cadastramento por indivíduo sendo usado como base para repasse de recursos aos municípios. O Manual Instrutivo do financiamento da Atenção Primária a Saúde foi usado como referencial no percurso desse encontro.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que as ideias sejam melhor organizadas, distribuirei as principais falas e resultados das ações dividindo-as por encontro. Ao total foram quatro encontros.

Primeiro Encontro

Nesse encontro os temas disparadores para a discussão foram a Teoria da Problematização abordado por uma narrativa, e os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) que foi introduzido através do curta-metragem Vida Maria.

Através da narrativa foram apontados problemas de acolhimento nessa unidade e falta de estrutura para recepcionar os pacientes na sala de espera. Foi relatado por um profissional o caso de uma paciente que veio até a unidade de saúde e ficou aguardando na recepção por atendimento com o profissional ginecologista, das 07:00h às 10:30, sem se dirigir ao balcão da recepção. Ao final da manhã um profissional da equipe percebeu a presença da usuária e perguntou o que estava esperando. Após escutar a demanda, orientou que nessa unidade não há especialistas, apenas medico generalista. Um profissional apontou uma solução dizendo que *um ACS poderia ser escalado para acolher esses usuários*, a qual levantou uma discussão sobre de quem é a responsabilidade e qual profissional estaria apto para trabalhar no acolhimento aos usuários.

O acolhimento à demanda espontânea, faz parte da atribuição de todos os trabalhadores da Atenção Básica e é importante as reuniões de equipe frequentes para que os modelos e os protocolos para as diversas etapas do cuidado, sejam escolhidos. (BRASIL, 2012)

Revisitando a literatura, a equipe percebeu a necessidade de se implantar a classificação de risco na unidade e a partir dessas percepções de questões que estavam dentro da nossa governabilidade, foi elaborado um plano de ação.

Notou-se também a necessidade de reuniões frequentes de equipe e diante disso a teoria da problematização como ferramenta de educação permanente, foi introduzido para a discussão em equipe.

Ações que subsidiem a promoção de políticas públicas de saúde devem estar presentes na atuação da estratégia saúde da família (ESF). Atuar sobre o território analisando os processos sociais e sanitários com foco na família e comunidade, abordando problemas psicossociais e estabelecendo vínculos com usuários. Todo esse conjunto está diretamente ligado com algumas atribuições de todos os profissionais das equipes de ESF. Para que o processo de formação e capacitação esses profissionais sejam constantes, a educação permanente oferece elementos valiosos ao oferecer uma

visão técnica-pedagógica e filosófica-política. Fundamentada na transformação gerada pela educação e aprendizagem significativa com foco no cotidiano e valorizando este como fonte de conhecimento, trazendo a articulação da atenção à saúde com a gestão e controle social. (TESSER, et, al; 2011)

Os profissionais relataram pouco ou nenhum conhecimento sobre essa a teoria da problematização, porém se dispuseram a consultar a literatura para maior compreensão sobre o tema. Um profissional de saúde citou como pouco satisfatória o modelo usado nas poucas vezes em que a equipe se reunia. *“Parecia uma reunião só para comunicar recados.”*

Um ACS se surpreendeu com a afirmativa de que as impressões sobre o processo de trabalho e o conhecimento prévio de todos os integrantes da equipe eram igualmente importantes e essenciais nas construções em grupo.

Na Teoria da Problematização o confronto entre o conhecimento pré-existente a as primeiras percepções do novo, gera uma compreensão profunda do que acontece na realidade e como consequência produz a transformação dos sujeitos e da própria realidade. (BERBEL 1995)

No segundo momento do primeiro encontro o tema disparador foram os DSS's introduzido através do curta-metragem Vida Maria.

Esse foi um tema ao qual surtiu impacto nos profissionais e provocou uma profunda reflexão na maneira em que enxergamos a nosso território e a nossa postura enquanto profissionais de saúde na comunidade. Os profissionais fizeram um paradoxo das suas próprias realidades e compartilharam experiências pessoais emocionantes. Uma fala levou a equipe a emergir ainda mais nesse assunto: *“Muitos pacientes mantêm determinada postura pelo o resultado do ambiente e das condições que lhes foram impostas desde o nascimento.”*

O estilo de vida e fatores comportamentais são estreitamente influenciados pelos DSS pelo fato de que é difícil mudar comportamentos de risco sem mudar os fatores culturais que os influenciam. (BUSS; FILHO 2007)

Após essa afirmação, os profissionais relataram comportamentos inconvenientes acerca do relacionamento com os usuários resultando em barreiras na construção do vínculo. Uma profissional disse: *Às vezes um paciente hiperutilizador chega a unidade e já falamos: Ele de novo? Mas não procuramos nos perguntar: O que está acontecendo para que esse paciente venha tanto assim ao posto de saúde? Será que o problema é realmente físico?* Outra profissional relatou: *Nós ficamos tão preocupados e exaustos em atender toda a demanda do dia que acabamos focando na doença e esquecemos de olhar para a realidade do paciente de forma individualizada.*

Um estudo realizado por Dowbor e Westphal em 2013 constatou que a forma com que se trabalha DSS dentro da ESF deva ser repensada. As ações de DSS devem parar de concorrer com as práticas assistenciais e se tornarem parte do processo de trabalho de forma integral e intersetorial.

Segundo encontro

Esse encontro teve duração de 45 minutos e o tema Redes de Atenção à Saúde (RAS) como um disparador para a construção em grupo.

O assunto foi introduzido com a exibição de um Vídeo do Eugênio Vilaça trazendo os conceitos e principais pontos das RAS. A equipe pontuou as principais dificuldades do trabalho Inter-setorial e visualizaram o fluxograma e suas redes disponíveis. Os atributos da APS e seu papel dentro da RAS também foram abordados. O gráfico exemplificando a RAS onde a APS está no centro como ordenadora e coordenadora do cuidado, também foi utilizado como disparador na discussão.

Os principais problemas emergidos através das falas dos profissionais da equipe foram: O desconhecimento dos profissionais da rede de atenção em saúde sobre os fluxos de atendimentos; A falta de referência e contra referência com a atenção especializada e os desafios da APS como coordenadora e ordenadora do cuidado.

Um estudo realizado com alguns profissionais de saúde que atuam na Rede de Atenção de pessoas amputadas apontou que através das falas dos entrevistados duas temáticas emergiram: Fortalezas da Rede de Atenção e Fragilidades da Rede Atenção. Entendendo a fragilidade como entraves da reabilitação da pessoa amputada, o desconhecimento dos profissionais sobre o fluxo desse processo foi referido pelos entrevistados. Destaca-se ainda que um dos resultados encontrados foi que muitos dos atores que participaram da pesquisa, desconheciam a referência para a reabilitação e solicitava que essas informações como também as orientações de tal encaminhamento fossem realizadas pelo profissional de assistência social, evidenciando uma fragmentação do cuidado. (VARGAS et, al 2014)

Outro estudo realizado em três municípios do Estado do Rio de Janeiro que tinha como objetivo avaliar a atenção ao idoso em equipes de ESF evidenciou a frágil apropriação desses profissionais sobre a rede de atenção à saúde do idoso. Constatou a necessidade de investir na capacitação desses profissionais de saúde a fim de que se desenvolvam as competências necessárias para lidar com o desafio do envelhecimento. Sugeriu-se ainda o uso da educação permanente e a teoria da problematização para a melhor integração dos serviços em rede. (MOTTA; AGUIAR; CALDAS; 2011)

Compreender a organização das redes de atenção domiciliar na perspectiva dos profissionais de saúde que nela atuam, foi tema de estudo. Nos resultados encontrados, apesar dos profissionais apontarem a Rede de atenção domiciliar como necessária, observou-se a falta de conhecimentos dos profissionais que participaram dessa pesquisa sobre essa rede de atenção, gerando a fragmentação do cuidado dos usuários. Notou-se também um raso conhecimento no processo de trabalho do Programa de Atenção Domiciliar. (ANDRADE, et, al, 2013)

Considerando a fragilidade no processo de referência e contra referência, um estudo realizado por MACHADO, COLOMÉ E BECK (2011) realizado com profissionais da saúde de uma equipe de estratégia de saúde da família, relatou que o sistema de referência e contra referência dentro da unidade de saúde simplesmente não existia. Quando esse sistema não é estruturado a continuidade da atenção em saúde é impossibilitada pela falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção.

Uma profissional da equipe compartilhou que esse processo a nível municipal se dá com o compartilhamento de informações do usuário através de grupo no WhatsApp com os profissionais da rede, porém em sua grande maioria, essa comunicação não é resolutiva. Foi citado também a inexistência de contra referência do serviço especializado aos pacientes encaminhados via SISREG.

Um olhar sobre a realidade da APS do município, levou a equipe a levantar alguns desafios em exercer o papel de coordenadora de ordenadora do cuidado nas RAS. Descaracterização das ESF e necessidade de desenvolvimento de competências necessárias para os gestores e profissionais de todos os níveis de complexidade que atuam do SUS emergiram durante a discussão.

Em estudo recente realizado por LIMA (2022) retratou que durante a pandemia houve um descrédito da Atenção Básica pois os investimentos visaram a demanda clínica hospitalar. O potencial da APS para amenizar a Pandemia foi minimizado quando seu processo de territorialização seria indispensável para conter a doença. Ainda no presente estudo aponta uma APS com risco de tornar-se seletiva e programática através de dados que indicam a transição de uma Atenção Básica abrangente para seletiva, por falas de que durante a Pandemia a APS deixou de ser a porta de entrada principal. Nesse cenário o ESF passou a atender um número cada vez mais restrito de pessoas, mesmo que esses representavam grande parte do usuário como os portadores de doenças crônica e que se focou apenas em monitorar os casos leves de COVID-19.

Com o objetivo de construir um perfil de competências para orientar a formação profissional em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família, um estudo afirma que os profissionais de saúde devem possuir competências para que as necessidades da população sejam respondidas de forma concreta. Com isso é encontrado subsídios para a resolução de problemas. A formação

profissional deve ser um espaço que promova esse desenvolvimento de forma que os profissionais saibam atender as necessidades reais de saúde da população contribuindo para a consolidação do SUS. (NASCIMENTO; OLIVEIRA 2010)

Terceiro Encontro

Para a construção em grupo, o tema introduzido nesse encontro foi a Territorialização. O encontro transcorreu em aproximadamente 45 minutos.

O texto introdutório trouxe a importância de todos os membros da equipe conhecer o território de abrangência. Uma frase que emergiu repetitivamente dentre os profissionais foi: *Quem sabe o número real sobre o total de pessoas cadastradas e pessoas que pertencem aos grupos de riscos é a profissional enfermeira. Ou, todos os protocolos e listas com a quantidade e a estratificação de risco dos usuários ficam na sala da enfermeira.* Essas falas evidenciam a sobrecarga administrativa sobre o profissional enfermeiro.

Essa fala entra em consonância com um estudo realizado por MOREIRA, et al (2016) que resultou na dificuldade dos enfermeiros em realizar suas atribuições específicas no contexto do trabalho. Os profissionais que relataram que durante jornada de trabalho executam muitas atividades e outras deixando de ser desempenhadas. Notou-se que os atendimentos vinculados a demanda espontânea acaba sendo um número expressivo na carga de trabalho total.

A equipe reconheceu que nem todos os profissionais tem conhecimento necessário sobre o território e contemplaram a necessidade de uma comunicação efetiva que não seja apenas restrita entre ACS e Enfermeira, mas ampliada a todos os profissionais da equipe. A equipe de saúde bucal solicitou aos ACS um relatório com o nome dos usuários que se encaixem em algum grupo de risco pois as metas de atendimento não estavam sendo alcançadas.

Com a teorização trazendo o Território como dinâmico, observou-se que as atualizações dos cadastros deveriam ser constantes. Uma ACS pontuou como entrave para essas atualizações frequentes o excesso de atividades desses profissionais que além de exercerem atividades inerentes a suas funções, são facilmente retirados da sua área para atender demandas em diversos pontos da rede do município, principalmente auxiliando de forma administrativa como no preenchimento de carteiras na sala de vacina, na recepção da unidade de saúde e no centro pandêmico.

É comum a esses trabalhadores realizarem atividades que não estão prescritas nas suas atribuições como: na triagem dos usuários; na recepção das unidades de saúde; entregar as fichas de atendimento aos profissionais médicos e enfermeiros; na procura de prontuários dos usuários; buscar

medicamentos na farmácia e agendar consultas; cadastrar e recadastrar várias vezes em diferentes sistemas de informações (OLIVEIRA 2012)

Encerrou-se pactuando a atualização do mapa falante da unidade através da realização do mapa da área de cada ACS.

Quarto encontro

Nesse encontro o tema abordado foi o novo financiamento da APS através do programa Previne Brasil do Ministério da Saúde, emergindo os subtemas “Capitação Ponderada” e Pagamento por desempenho” emergiram durante a construção da equipe.

Na capitação ponderada foi questionado sobre a situação atual do número de pessoas já cadastradas pelos ACS e o número real de moradores de suas respectivas áreas. Como essa unidade atende usuários que residem em chácaras e fazendas, áreas onde não existe a cobertura do profissional ACS, essa população não era alvo de cadastro com isso os cadastros contidos no sistema não é fidedigno refletindo no número que se sabe sobre as pessoas vinculadas a essa equipe.

No pagamento por desempenho discutiu-se sobre a dificuldade de acesso aos relatórios sobre os atendimentos dos profissionais da equipe já que a ESF não é informatizada. A falta de acesso ao E-SUS é o maior entrave para o processo de gestão e planejamento das ações dessa utilizando os indicadores em saúde. O lançamento dos procedimentos por profissional é realizado manualmente e encaminhado ao setor de digitação na secretaria de saúde sem devolução dessa ficha aos profissionais. Outra dificuldade dessa equipe de atingir a meta proposta pelo programa é a possibilidade de perda dos procedimentos por não compreensão da escrita do profissional que os digitam, pelos cartões dos SUS desatualizados e mesmo pelo extravio da ficha.

Diante dessas regras os profissionais exprimiram o possível travamento em manter os grupos e espaços de promoção e prevenção da saúde e também de envolver educação em saúde no planejamento das ações de equipe. Esse novo modelo de financiamento gerou aflição nos profissionais pelos moldes de atendimentos quantitativos e pouco qualitativos.

Usando a capitação como base para repasses orçamentários, o sistema de financiamento da APS deixa imediatamente de ser universal, restringindo-se apenas as pessoas cadastradas. Estabelecendo a avaliação do desempenho das equipes como condição de financiamento, foca-se na meta pré-estabelecida e não nos problemas de saúde da comunidade de abrangência. Um efeito colateral é a diminuição da atenção da equipe por problemas de saúde que não constam nessa métrica de avaliação (MASSUDA 2020).

Ao término do último a equipe avaliou os quatro encontros como: Extremamente necessários, muito importantes, inovador pois desconheciam em grande parte os temas propostos e motivador, desenvolvendo o desejo dos participantes de se tornarem discentes desse curso de especialização. Apesar de citarem a distância e os gastos financeiros da deslocação e hospedagem como obstáculos para a participação, se mostraram instigados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos primeiros encontros desse curso de especialização, grande parte dos conteúdos introduzidos nas discussões era parcial ou totalmente desconhecidos por mim. Chegando no meu ambiente de trabalho compartilhava com meus colegas esses temas através de conversas informais percebendo que eles também estavam alheios a esses assuntos. Conclui que era necessário compartilhar os saberes para desenvolver competências para um cuidado mais resolutivo com isso iniciou-se o planejamento desse projeto de intervenção.

Exercer um papel de liderança dentro da minha equipe de trabalho foi um facilitador para o seu desenvolvimento, porém o pouco conhecimento da maioria dos profissionais poderia ser um entrave para o sucesso desse projeto. Com a carga horaria de trabalho diferenciada entre equipes da ESF urbanas e rurais, os profissionais dessa equipe que trabalham 08 horas por dia, contra as 06 horas trabalhadas pelas equipes rurais, poderiam encarar esse projeto como um acúmulo de função já que as reuniões de equipe não estavam presentes no processo de trabalho das outras ESF do município. Outro possível obstáculo seria a necessidade de fechamento da unidade para a realização dos encontros, contudo a gestão se mostrou sensibilizada ao projeto e não se opôs a essa questão.

Uma fragilidade foi a baixa frequência da equipe de saúde bucal no início das ações. A partir do segundo encontro houve troca dos profissionais que aderiram e foram sensibilizados pela importância dos encontros.

Mesmo com todas as possibilidades de travamento, a cada encontro a equipe se mostrou instigada e motivada no processo de construção de novos saberes individuais e em grupo, reconhecendo a necessidade da capacitação constante para a transformação da prática profissional, tornando esse projeto de intervenção promissor e com grande potencial para alcançar seus objetivos.

Durante as oficinas foi construído um vínculo diferente entre a equipe. Houve um compartilhamento de experiências profissionais e pessoais as quais nunca haviam sido feitas provavelmente pela rotina de muitos atendimentos e poucos momentos reservados para tal.

Pretendemos consolidar as reuniões de educação permanente nessa unidade de saúde para que os problemas reais da nossa população sejam discutidos e simultaneamente ocorra a capacitação e desenvolvimento de competências dos trabalhadores.

A partilha do saber não se restringiu apenas aos profissionais de saúde da minha equipe, mas também aos profissionais da gestão na secretaria de saúde, apoiando mudanças no processo de trabalho e auxiliando em práticas já efetivadas.

Destaca-se a importância da oferta dos cursos de especialização com metodologias inovadoras para os profissionais do SUS. Diante de tantas ameaças ao nosso Sistema Único de Saúde, uma ferramenta poderosa para a sua defesa é investir em formação desses profissionais, tanto com o ofertamento de especializações quanto com a implantação de espaços de educação permanente como ferramentas de processo de trabalho na APS.

Contudo, conclui-se a extrema necessidade de capacitação dos profissionais da APS para que competências necessárias para um cuidado resolutivo, sejam desenvolvidas. Quando os profissionais de saúde são capacitados a APS é fortalecida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Angélica Mônica et al. **Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 34, n. 2, p. 111-117, 2013. Disponível em 13 Trab24676 _RGE_v34_n2_PORT.indd (scielo.br). Acesso em 20 maio de 2022.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 16, n. 3, p. 09-19, 1995. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.1995v16n3p09>. Acesso em 20 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PLANIFICASUS: Workshop 2 – Território e gestão de base populacional**. 2021. Disponível em <https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=2>. Acesso em 15 de Maio de 2022.

BRASIL. **Relatório gerado no E-SUS “situação do Território” da Estratégia Saúde da Família Urbano I do município de Nioaque MS**. 2022 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. 2009. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/publicacoes-sobre-educacao-e-pesquisa/politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.pdf/view>. Acesso em 25 de Maio de 2022.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; RAMOS, Flávia Regina Souza. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 135-145, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0218> . Acesso em 20 de maio de 2022.

BISPO, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>. Acesso em 20 de maio de 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020> . Acesso em: 19 de maio de 2022.

MATO GROSSO DO SUL. **Projeto Político Pedagógico do curso de Pós-graduação Lato Sensu de Saúde Pública**. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. 2021.

MENDES. Eugênio Vilaça. Vídeo. “**Porque trabalhar em redes?** ”. Disponível em <<https://vimeo.com/345702079/254c196df6>>. Acesso em 22 de maio de 2022.

MOREIRA, Danielle Araújo et al. Estratégias de organização e fortalecimento do trabalho na equipe de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.637>. Acesso em 20 de maio de 2022.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 779-786, 2011. Disponível em [untitled \(scielo.org\)](https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000500007). Acesso em 20 de maio de 2022.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mCRtDzTkXpWYfmy3WwPv6PL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 de maio de 2022.

OLIVEIRA JÚNIOR, João Geraldo de et al. **Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família**. 2012. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24296>. Acesso em 17 de maio de 2022.

RAMOS. Márcio. **Vida Maria**. Curta-metragem. Produção de Márcio Ramos. Direção de Márcio Ramos. Brasil, 2006. 8,25 min. Disponível em www.youtube.com/watch?v=yFpoG_htum4. Acesso em 22 de maio de 2022.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011. Disponível em [untitled \(scielo.br\)](https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011001100007). Acesso em 20 de maio de 2022.

VALENÇA, Marcelo M.; TOSTES, Ana Paula Balthazar. O Storytelling como ferramenta de aprendizado ativo. **Carta Internacional**, v. 14, n. 2, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.21530/ci.v14n2.2019.917>. Acesso em 20 de maio de 2022.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira et al. Rede de atenção à saúde à pessoa amputada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, p. 526-532, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400086>. Acesso em 20 de maio de 2022.

ANEXO A - Narrativa

PROBLEMATIZAÇÃO, METAS, ESTRESSE E CUIDADO

Unidade Básica de Santa Mônica, dia cheio! O **pequeno espaço da recepção** está lotado e parece que, em meio à organização do acolhimento e do atendimento no balcão, o **grande número de pessoas ali deixa o trabalho ainda mais tenso, barulhento e quente.**

É final de mês, e com isso a necessidade de **preenchimento de formulários**, reuniões com a gerente para o recebimento de informações sobre as mudanças na organização das unidades, há toda sorte de sons contribuindo para a **balbúrdia**: reclamações, dúvidas, lamentos, agressividade. As pessoas estão pilhadas, a **um passo de explodirem**, cada um sobre a sua demanda pessoal, trabalhadores, usuários, familiares e gestores.

E então, para piorar, Joana escuta a gerente chamando sua equipe para participar da ação de Educação Permanente em Saúde, obrigatória a partir de agora. **Mais essa, agora!**

A residente responsável pela condução do grupo fala algo sobre a **problematização**, sobre o trabalho coletivo para resolver os problemas do dia a dia. **Problemas? Há muitos!** E o tempo é curto.

E então ela começa a ler uma história, de uma senhora com **diabetes mellitus** que precisou **amputar o pé direito**, e que agora tem mais dificuldade ainda para cuidar dos **três netos deixados** por sua filha, uma delas com **paralisia cerebral**. A avó agora, sem possibilidades de sair de casa, está desesperada...

E Joana foi ouvindo aquela história, e foi **identificando** tanta gente que conheceu nos últimos cinco anos, depois que começou a trabalhar na atenção primária. Começou a **demonstrar interesse** pelo relato. Como resolver um problema que parece não ter solução?

Agora passaram a palavra para a assistente social, que está falando sobre a possibilidade de **reabilitação da avó e da netinha** na APAE, no **mesmo dia e horário**. E sobre os benefícios para a **garantia da renda da família**, a serem solicitados. A fisioterapeuta está trazendo informações sobre o caso, informações que ela também não conhecia, muito bacana, vai poder usar esse conhecimento para ajudar outras pessoas... Foi prestando cada vez mais atenção e se **identificando** com a proposta que rejeitou ao início.

Gente, mas que coisa bacana é essa? Achei que fosse **mais uma tarefa, mais um peso no dia** a dia, mas essa união de trabalhadores, com conhecimentos diversos, parece muito interessante para aqueles problemas sem solução. Que coisa é essa de **problematização**, meu povo?

