



Série Saúde & Amazônia, 14



Inovações no cotidiano da saúde na Amazônia:

encontros do trabalho com a educação permanente e a humanização



ORGANIZADORES:

Davi Araújo da Cunha
André Luiz de Carvalho Braule Pinto
Katty Anne de Souza Nunes
Gabriel Calazans Baptista
Márcia Fernanda de Mello Mendes
Alcindo Antônio Ferla

editora

redeunida





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Davi Araújo da Cunha
André Luiz de Carvalho Braule Pinto
Katty Anne de Souza Nunes
Gabriel Calazans Baptista
Márcia Fernanda de Mello Mendes
Alcindo Antônio Ferla
ORGANIZADORES

Série Saúde & Amazônia, 14

Inovações no cotidiano da saúde na Amazônia: encontros do trabalho com a educação permanente e a humanização

1ª Edição
Porto Alegre
2021



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bóer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista
Jaqueline Miotto Guarnieri
Alana Santos de Souza
Márcia Regina Cardoso Torres

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Johann Heyss



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C972i Cunha, Davi Araújo da (org.) et al.

Inovações no cotidiano da saúde na Amazônia: encontros do trabalho com a educação permanente e a humanização / Organizadores: Davi Araújo da Cunha, André Luiz de Carvalho Braule Pinto, Katty Anne de Souza Nunes, Gabriel Calazans Baptista, Márcia Fernanda de Mello Mendes e Alcindo Antônio Ferla; Prefácio de Marcellus José Barroso Campêlo. – 1. ed. – Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2021.

294 p. (Série Saúde & Amazônia, v.14)

E-book: 6,30 Mb; PDF

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-87180-43-4

DOI: 10.18310/9786587180434

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Humanização. 4. Saúde Coletiva. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

21-30180039

CDD 614:918.111

CDU 614(811.3)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde pública / Medicina preventiva; Amazônia.

2. Medicina; Saúde pública; Região amazônica.

Catalogação elaborada pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



A Série Saúde & Amazônia é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA)/Fiocruz Amazônia e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: Dr. Júlio Cesar Schweickardt (Fiocruz Amazônia); Dr. Alcindo Antônio Ferla (UFRGS) e Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (UFPA).

Série Saúde & Amazônia, 14

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES/AM

REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Joana Maria Borges de Freitas Silva, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Bahiyyeh Ahmadpour, Márcia Fernanda de Mélo Mendes, Gabriel Calazans Baptista, Jaqueline Miotto Guarnieri, Johann Heyss, Alana Santos de Souza, Nicolas Esteban Castro Heufmann, Ana Karla Pimenta Noronha de Almeida, Davi Araújo da Cunha

Sumário

Prefácio	9
<i>Marcellus José Barroso Campêlo</i>	

Apresentação: Os encontros da Educação Permanente em Saúde com a humanização: inovações pela potência do trabalho nos territórios da Amazônia.....	13
<i>Alcindo Antônio Ferla, Davi Araújo da Cunha, André Luiz de Carvalho Braule Pinto, Katty Anne de Souza Nunes, Gabriel Calazans Baptista, Márcia Fernanda de Mélo Mendes</i>	

Visita virtual a pacientes hospitalizados e isolados: um relato de experiência em tempos de Pandemia.....	31
<i>Henrique Carlos Santana Redman, Janaína Santana Carneiro</i>	

Tempos de pandemia: relato de experiência sobre os desafios da Educação Permanente em uma Unidade de Pronto Atendimento de Manaus.....	43
<i>Gisele de Souza Costa, Monik Gomes do Nascimento Lousada, Robercio Barros Alencar, Patrícia Carvalho Castro, Fabiane Veloso Soares, Zilmar Augusto de Souza Filho</i>	

Como os Rios Negro e Solimões: encontros que movimentam a Educação Permanente em Saúde e a Humanização no Amazonas	55
<i>Ana Karla Pimenta Noronha de Almeida, Davi Araújo da Cunha, Nádia da Costa Macedo, Fabiana da Silva Gurgel, Camila Géssica Lima Almeida, Andreia Félix Pereira, Gilberson Figueira Barbosa, Mário Ernani Mendonça da Costa, Telma da Conceição Santos Amaral Pereira, Elcilene Oliveira da Silva</i>	

Vivências, experiências e afetações no processo de implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde em Parintins/Amazonas	81
<i>Elaine Pires Soares, Rilda Silva Soares, Andreina Bentes de Souza, Clerton Rodrigues Florêncio</i>	

Implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no Instituto de Saúde da Criança do Amazonas (ICAM)	101
<i>Ana Paula De Carvalho Portela, Cleudécir Siqueira Portela, Elza Cristina Craveiro Da Fonseca, Valdeni Soares Da Silva, Waleska Affonso Salignac Marcião</i>	



Prefácio

Avaliando a satisfação dos usuários com os serviços de saúde: experiência com as Rodas de Conversa 115
Geycielle de Oliveira Batista, Eurinete Catarina G. da Silva, André Luiz de Carvalho Braule Pinto, Silvio Romano Benjamin Junior

A biblioteca como aliada ao fortalecimento da Educação Permanente em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - SES-AM..... 129
Katty Anne De Souza Nunes, Hulda Graça Amorim, Maria Do Carmo Lima De Oliveira, Ana Beatriz Aguiar De Lima, Ícaro Machado Da Silva

Grupo de apoio a mães em Unidade Neonatal: Educação em Saúde como uma constante de transformação 141
Maura Nunes Pimentel de Carvalho, Maria Gracilene Gomes Diniz, Maria Nila Filgueiras de Azevedo, Grace Alvarenga Esquerdo, Jerlyane Veras Fernandes

Protocolo de evasão hospitalar: em defesa dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados 153
Elza Cristina Craveiro da Fonseca, Daizyenne Santos da Silva, Janize Costa Nina, Livia Martins Rossi dos Santos, Plínio José Cavalcante Monteiro

Educação e Humanização no Banco de Olhos do Amazonas: uma história de doar, esperar e criar políticas que beneficiam a população 177
Cristina Maria Garrido Lins, Maria Goreth da Silva Vasconcelos

Percurso da Educação Permanente em Doação de Órgãos e Tecidos no Amazonas 197
Maria Gleny Barbosa Soares, Amanda Desireé do Amaral Melo, Andrea Carla de Lima Rocha, Derli Albuquerque Fernandes, Francisca Félix da Rocha, Gecilene Seixas Nascimento Castelo Branco, Neicy Arraes Suwa

Humanização na Fundação Hospital Adriano Jorge: perspectivas de usuários e trabalhadores..... 217
Rosiane Pinheiro Palheta, Ana Carla da Silva Lima, Vander Vasconcelos de Oliveira

Implantação da ouvidoria no Serviço de Pronto-Atendimento e Policlínica Danilo Correa e sua importância como ferramenta de participação popular no SUS 237
Daniela Sousa Negreiros, Carolina de Oliveira Santos, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Lean Healthcare em uma das maiores emergências do Amazonas: um relato de experiência 249
Janaina Santana Carneiro, Fábio Cicalise de Souza, Henrique Carlos Santana Redman

Sobre as autoras e autores 265

Os processos que envolvem trabalho em saúde e trabalho educativo são indissociáveis. Perpassando ambos desponta a humanização como o impulso necessário para que as pessoas que trabalham na saúde recebam o reconhecimento merecido não somente por sua técnica e habilitação legal, mas também por serem identificados como sujeitos que não podem ter sua singularidade obscurecida ou desconsiderada.

A obra à qual você tem a oportunidade de ter acesso resulta de um fato concreto: a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas acredita na criatividade, na inventividade e na capacidade de superação de obstáculos tão duros como a pandemia de Covid-19 no Amazonas, no Brasil e no mundo. Diante da pressão imposta, a escrita desponta como um farol que aponta saídas ou nos impulsiona a criá-las. De forma desafiadora e simultânea, alguns servidores impuseram a si mesmos o desafio de ofertar ao mesmo tempo uma assistência imediata e urgente ao usuário à custa de medo, dor e lágrimas, e também fazer o registro dessas experiências que temos a felicidade de apresentar nesta obra.

O promissor caminhar conjunto entre as políticas de educação permanente em saúde e a política de humanização na SES-AM é fruto da percepção de que estamos aprendendo a interagir. Ninguém é tão pequeno que não possa ensinar e nem tão grande que não possa aprender. A essência do conhecimento adquirido e aprimorado nesta seara advém do diálogo e dos encontros entre as pessoas e seus saberes, em todos os tipos de territórios. O caminho para as mudanças de que precisamos passa necessariamente por encontros mobilizadores e diálogos aprofundados. Com as narrativas aqui apresentadas surgiu o espanto. O espanto de que é possível o servidor ser também autor, de escrever um texto; o espanto de, ao escrever, se surpreender com o muito que faz e com a riqueza que é transformar as ações do cotidiano em processo de aprendizagem. A constatação de que, antes de ser um profissional e dominar uma técnica, ele ou ela é uma pessoa com suas riquezas e limitações, mas são estes mesmos que estão constituindo o espaço de saber, de fazer e de transformar em saúde. São educadores em saúde, primeiramente.

Assim como na engenharia nada de grandioso se constrói com apenas um tijolo, um trabalho dessa relevância na saúde não haveria de ser feito sozinho. A Rede Unida, editora que lançou este livro, tem reconhecimento nacional e internacional, e vem nos apoiando nesta e em outras iniciativas procurando transformar o SUS-AM numa grande e inovadora escola. O Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fiocruz-AM, outro parceiro fundamental, também é reconhecido nacional e internacionalmente. Também tivemos a significativa participação do Centro de Educação Tecnológica do Amazonas – CETAM, através da Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra – Escola Técnica do Sistema Único de Saúde/ETSUS-AM, que vem contribuindo nas ações de Educação Profissional em Saúde em todo o Estado do Amazonas.

O livro que está sendo oferecido aos leitores é resultado desse esforço conjunto elaborado num período especialmente complexo. De forma inédita, a SES-AM lança dois livros na Série Saúde & Amazônia do LAHPSA tendo servidores da saúde pública como autores, construtores de conhecimentos e relatores, abandonando a função de meros observadores e/ou transmissores de saberes. Este livro é dedicado ao encontro das duas políticas já mencionadas e o outro livro dedicado à saúde nos territórios da Atenção Básica. Somando os dois livros, mais de cem servidores participaram dos 28 capítulos que compõem as duas obras cuja leitura recomendamos fortemente, já que são complementares entre si.

Os servidores da saúde do Amazonas são excelentes e estão conscientes que, além de atuarem de forma tecnicamente competente, são educadores comprometidos com a promoção dos cuidados em saúde. Suas experiências que passaram pelo corpo são eloquentes para produzir sentido íntimo e coletivo. Todas as narrativas aqui foram vividas, são autênticos depoimentos que traduzem tanto momentos navegados em águas serenas quanto dias de águas revoltas que fazem sobressair o que há de melhor em cada um, despertando habilidades extraordinárias em pessoas comuns.

Tempos difíceis não duram tanto quanto pessoas fortes. Confiamos que esses especialistas do cuidado são inovadores e altruístas, fortes e resilientes, uma realidade que os qualifica como servidores públicos por excelência, no sentido mais digno da palavra.

Por fim, o Governo do Estado do Amazonas e a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES-AM têm profundo orgulho em poder entregar à sociedade amazonense e aos leitores interessados na temática, das páginas da vida para as páginas deste livro, a estória escrita pelos que escreveram a história.

Que este feito histórico de vanguarda sirva de estímulo para que outros servidores se sintam motivados a utilizar seu saber do cotidiano em saúde em reflexões com impacto no tempo, na vida e na busca permanente por uma saúde como um bem para todos os cidadãos, jamais esquecendo que toda conquista começa com a decisão de tentar e que a estrada para o sucesso está sempre em construção.

Vai dar tudo certo!

Marcellus José Barroso Campêlo



Apresentação

Os encontros da Educação Permanente em Saúde com a humanização: inovações pela potência do trabalho nos territórios da Amazônia

Alcindo Antônio Ferla
Davi Araújo da Cunha
André Luiz de Carvalho Braule Pinto
Katty Anne de Souza Nunes
Gabriel Calazans Baptista
Márcia Fernanda de Mélo Mendes

Introdução

O conjunto de capítulos que compõe esse livro é resultado do projeto *Servido Autor*, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SES/AM), em cooperação com o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) e com a Associação Rede Unida. Os capítulos foram selecionados mediante uma chamada pública de manuscritos, cujo objetivo foi de estimular a sistematização das práticas no interior de sistemas locais e serviços de saúde no território amazônico e o compartilhamento de conhecimentos e tecnologias engendradas pelos trabalhadores do sistema estadual de saúde nos seus fazeres cotidianos. A produção de narrativas sobre o trabalho no sistema de saúde amazônico também é uma estratégia de pesquisa, que tem o objetivo de documentar as iniciativas tecnoassistenciais produzidas no cotidiano do cuidado. Essa metodologia já vem sendo utilizada em outras iniciativas que dão visibilidade ao território líquido, categoria de análise desenvolvida no LAHPSA para os sistemas e serviços de saúde e para o trabalho que se realiza nos territórios da Amazônia (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016; FERLA *et al.*, 2019; MOREIRA *et al.*, 2019; SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

É preciso destacar um enunciado presente no parágrafo anterior. Falar sobre produzir e compartilhar conhecimentos no cotidiano do trabalho nos

remete às seguintes ideias: a) tratar-se de uma ação reconhecidamente humana; b) compreender a complexidade desse trabalho e da produção de saúde que o trabalho objetiva; e c) atribuir a capacidade de aprender ao longo da vida à condição humana e validar a compreensão de que esse trabalho se desenvolve à medida que os seus agentes — as mulheres e os homens que o executam — aprendem novas formas de realizá-lo enquanto o fazem. Essa sequência de ideias, mesmo que pareça óbvia a algumas pessoas que as leem assim apresentadas, nem por isso perde relevância, importância e profundidade. Aliás, é justamente pela aparente obviedade que elas merecem ser destacadas, e é nessa obviedade que se expressa a densidade teórica dessa construção. O fato de serem aparentemente óbvias tem feito, ao longo da história, com que sejam naturalizadas, logo, à perda da visibilidade de seus enlaces com outra aparente obviedade, a de que o trabalho em saúde é realizado por pessoas que cuidam de pessoas. Ao naturalizar as relações, apagam-se as conexões entre os trabalhos realizados pelas diferentes pessoas e o resultado em termos de produção e/ou recuperação da saúde. Apagados os enlaces, o trabalho fica fragmentado e é facilmente hierarquizável com parâmetros externos ao seu contexto e colonizado por lógicas que não pertencem às demandas e necessidades das pessoas nos territórios concretos em que se realiza. Ou seja, o trabalho assim fragmentado se desumaniza e perde a potência de transformação.

Nos estudos sobre o trabalho em saúde abrangendo o cuidado, a gestão e a produção de conhecimentos, o apagamento dos enlaces entre o que faz pontualmente cada agente e o processo de transformação que está associado ao trabalho como um todo equivale à produção de alienação (MERHY, 2002). Como categoria analítica, sabemos que a alienação produz efeitos sobre o resultado do trabalho, sobre a saúde mental dos agentes e sobre a percepção da relevância do seu trabalho que cada agente consegue ter, entre outras consequências. O trabalho alienado também esvazia a autonomia dos seus agentes para a produção de *trabalho vivo*, no qual a capacidade humana de criação vai superando as incapacidades da técnica e do conhecimento prévio na solução daquele problema concreto, envolvendo aquelas pessoas reais, naquele contexto específico em que se dá o encontro entre os atores que pertencem àquela cena de atenção à saúde, de gestão, de participação e de formação. Merhy (2002) afirma que a alma do trabalho em saúde é alcançada com uma configuração tecnoassistencial onde o

encontro entre o trabalhador e o conteúdo do seu trabalho (pessoas e coletividades, quando o trabalho é a atenção à saúde; equipes e processos de trabalho, quando é a gestão em saúde; contextos complexos e processos de aprendizagem, quando é ensino e pesquisa, por exemplo). O trabalho alienado esvazia a possibilidade de aprendizagem construtiva, de produzir travessias de fronteiras entre o instituído e as forças que pedem passagem (CECCIM; FERLA, 2008). O desenvolvimento do trabalho e a ampliação de sua eficácia nos diferentes territórios requerem trabalho vivo e, portanto, uma política de aprendizagem que expanda a compreensão dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho.

Ao longo dos últimos séculos, o trabalho em saúde foi sendo progressivamente tecnificado e centralizado a partir dos conhecimentos desenvolvidos no âmbito da ciência vigente e em oposição aos saberes tradicionais e à cultura das populações, tornando-se assim especializado e fragmentado tecnicamente conforme os conhecimentos especializados que lhe dão sustentação... (FERLA, 2007). O trabalho em saúde foi sendo duplamente desumanizado: pela naturalização do corpo das pessoas sob cuidados, tornado um equivalente universal abstrato, e pela alienação dos agentes desse trabalho, reduzidos a operadores de conhecimentos e tecnologias que constituem o marco de suas profissões. Ao tempo em que a densidade tecnológica alcançou níveis inéditos, o resultado do trabalho foi progressivamente gerando artefatos em termos de eficácia, dependência do complexo produtivo da saúde, sofrimento dos agentes e exclusão de outros saberes e de outros contextos. Esse movimento se consolidou na formação profissional, num círculo vicioso em que o trabalho foi perdendo potência de renovar o ensino e o ensino foi reproduzindo a subordinação dos fazeres aos conhecimentos prévios, inclusive na fragmentação técnica e profissional desses fazeres (CECCIM; FERLA, 2011). Não apenas no cuidado, mas também na gestão setorial e a formulação de políticas, como nos mostra Madel Luz (2013), que identifica a colonização das instituições de planejamento, formulação e implementação de políticas públicas pelo conhecimento biomédico e sua pretensão universalista e isenta. A tecnificação do cuidado andou *pari passu* com a objetualização do trabalhador, subjetivado por estratégias cognitivistas de atualização do conhecimento com muito pouco diálogo com as necessidades por ele percebidas e reivindicadas pelos contextos em que o trabalho se realiza,

transformou-se na principal explicação para os níveis de eficácia do trabalho, num círculo vicioso que empobrece o trabalho e aliena o trabalhador. Esse contexto enfraquece o trabalho, impactando negativamente sobre sua eficácia.

Entre outras explicações para essa exclusão de contextos e situações na produção de tecnologias para o trabalho, se pode lembrar a dobra saber/poder (FOUCAULT, 1989), que resulta do processo de formação da racionalidade científica moderna: ao tempo em que explica os contextos, a racionalidade vigente também os submete ao exercício da autoridade do seu discurso, ou seja, o discurso também produz a realidade que descreve, separando o que é considerado verdadeiro na sua lógica interna do que não responde a essa lógica. Mais recentemente, a denúncia dos colonialismos da ciência, marcados pelo seu lugar de fala, tem tomado destaque na produção científica, num claro movimento de superação das travas e de renovação da própria ciência. Como nos ciclos anteriores, a ciência se renova com a inovação teórica e metodológica produzida no seu interior.

Bem, buscamos a distância entre a crítica que se faz aqui à especialização do conhecimento e da formação profissional ao longo dos últimos séculos e a tendência emergente na crise civilizatória que vivemos de negação da ciência e dos benefícios que ela produziu. Não ignoramos e tampouco desvalorizamos os enormes impactos positivos na qualidade e extensão da vida e das mortes que vem sendo evitadas pelas vacinas, tecnologias especializadas de cuidado e metodologias de organização do trabalho. O registro feito até agora é apenas para destacar que esse processo, que teve evolução muito rápida nos últimos três ou quatro séculos, não foi homogêneo e nem uniforme, e que ele produziu imagens e hierarquização de saberes e práticas. Ou seja, demonstra que pertence ao nosso tempo o desafio de recuperar o que esse padrão de desenvolvimento deixou para trás.

Nesse livro temos uma iniciativa robusta do movimento para retomar a aliança entre o trabalho e a produção de conhecimentos, buscando estimular a sistematização dos saberes e das tecnologias que o trabalho em saúde produz nos fazeres do cotidiano dos agentes do trabalho em saúde no território amazônico, tão rapidamente secundarizado na ciência vigente (TREPTE; FERLA, 2017; FERLA *et al.*, 2016). Portanto, o projeto Servidor Autor não é apenas uma iniciativa de educação permanente em saúde, mas também um esforço de reconhecimento da singularidade dos fazeres da saúde no território amazônico que, por certo, podem

contribuir com a integralidade e a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os territórios. É também uma homenagem e um reconhecimento aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde na Amazônia e no mundo pelo Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, que é comemorado em 2021 por iniciativa da Organização Mundial da Saúde, em reconhecimento à relevância desses na produção de saúde e desenvolvimento em todo o mundo.

Essa homenagem que prestamos no livro enfatiza particularmente as trabalhadoras e os trabalhadores na Amazônia por sua capacidade singular de produzir saúde e resistir às hierarquizações indevidas sobre o trabalho realizado nesses territórios.

Não pairam dúvidas que a capacidade que o modelo de articulação entre a produção científica vigente e o trabalho que vivemos e que foi sumarizado acima, na saúde e em todas as demais áreas, não se ocupou com a mesma eficácia dos problemas complexos, aqueles que pertencem ao cotidiano, que são atravessados por muitos fatores de condicionamento e determinação, que têm estruturas movediças e em constante movimento, que perdem sua natureza quando descolados do cotidiano e estudados em laboratórios e espaços que não preservam suas relações com outros fatores, que seus resultados não geram consensos e a uniformização de práticas. Os territórios de maior evidência desse modelo são centros urbanos, com processos de urbanização engendrados com base na sua própria racionalidade, submetidos aos benefícios que o modelo de produção vigente pode ofertar aos países que o adotaram, sobretudo derivados da equação produção/consumo de bens e serviços. Mas estão se esgotando os modelos de pensamento e de desenvolvimento da ciência e das sociedades fundamentados nesse paradigma. A pandemia de Covid-19 alertou a humanidade que é preciso rever o modelo de desenvolvimento adotado em grande parte dos países, sobretudo pelo rápido esgotamento dos recursos naturais do planeta, mas também — e de forma cada vez mais evidente — pelas consequências das iniquidades estruturais produzidas por esse modelo que nos colocou frente a uma visível crise de civilidade (FERLA *et al.*, 2020).

Enfim, é reconhecida a limitação do conhecimento científico do modelo vigente nos últimos séculos para a abordagem de problemas complexos, e essa insuficiência se torna mais visível à medida que as sociedades avançam na solução dos problemas estruturados que são o foco do desenvolvimento da ciência nesse

período. O que se tem chamado de paradigma da complexidade é na verdade o reconhecimento da incapacidade de uma interferência efetiva do conhecimento disciplinar especializado e das técnicas que são originadas nele para resolver problemas que se originam no cotidiano e são multideterminados. A elaboração de outros modelos de organização de saberes e práticas, de articulação entre o conhecimento e o trabalho, está também associada às produções desse paradigma.

Aliás, esse é o movimento que a ciência fez ao longo da história: ciclos virtuosos em que nascem novas formas de produzir conhecimento metódico, sistemático e validado pelo diálogo entre os diferentes sujeitos que estão envolvidos na sua produção e na sua aplicação, o esgotamento da eficácia inicial, a crise e a formulação de novas perguntas e de novas formas de produzir respostas. Ao longo da história, também se repete o fato de a cada momento de crise surgirem tentativas de negar as contribuições da ciência e da capacidade dos conhecimentos produzidos a partir dela para contribuir com o desenvolvimento da humanidade. Essas vozes se projetam apocalipticamente em momentos de vácuo e pretendem induzir situações de retorno ao passado, ignorando o fato de que a ciência é cumulativa, volta-se para o presente e projeta possibilidades de construir futuros melhores. Esses discursos produzem consequências catastróficas nas sociedades, como a resistência às vacinas e o retorno de doenças já controladas, a resistência microbiana pelo uso indiscriminado de antibióticos, as iatrogenias produzidas pelo uso inadequado de medicamentos e tecnologias biomédicas, embasamento de políticas públicas em conhecimentos falsos, entre tantos outros. Os ciclos da ciência não são lineares e crescentes, mas elípticos e contraditórios.

Portanto, reconhecer a condição complexa da produção de saúde não é negar a importância do estudo especializado do tratamento das doenças, do seu diagnóstico precoce, das alterações que produzem no corpo das pessoas e na vida das sociedades. Entretanto, há um dilema nesse processo de desenvolvimento, que precisa ser enfrentado. Sérgio Arouca, na sua tese doutoral, já alertava que a prevenção das doenças não estava sempre voltada para a produção da saúde, mas, muitas vezes, apenas na medicalização da vida (AROUCA, 2003). Assim, Arouca construiu a categoria analítica dilema preventivista, que nomina a sua produção, para falar do necessário reencontro das formulações acadêmicas sobre a saúde com os modos de vida das pessoas nos diferentes territórios.

Ora, essa é precisamente a segunda contribuição do esforço feito pelo projeto Servidor Autor. A primeira, como se registrou acima, foi mobilizar as autorias do conhecimento produzido no cotidiano do trabalho, pelos seus agentes, nesse caso, os trabalhadores e trabalhadoras do Sistema Único de Saúde do Amazonas, seja nos serviços e territórios, seja no ensino e na pesquisa. A segunda é justamente a visibilidade dos fazeres e das alquimias que se processam no cotidiano do trabalho nesse território singular, que tem potência de renovar os fazeres e os saberes sobre a saúde e sua articulação com a vida. A Amazônia mobiliza várias imagens no pensamento e no conteúdo das políticas públicas e manuscritos científicos. Apenas é escassa a produção que mostra as relações entre as pessoas que fazem o território amazônico como “território vivo” (SANTOS, 1997), o que acaba por constituir esse território e seus fazeres aparentemente como um lugar desprovido de potência, quando descrito pelos lugares de fala mais frequentes, inclusive de especialistas nos temas que são caros a esse território. A consequência prática mais visível é a inadequação das políticas e dos programas voltados à Amazônia quando embasados na relação vigente de saber/poder, dos enclaves de desenvolvimento à organização de políticas específicas no âmbito da saúde. A Série Editorial Saúde & Amazônia, que acolhe a produção do projeto Servidor Autor é uma honrosa exceção nesse contexto, assim como a produção de conhecimentos do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), que compartilha do esforço de alguns centros de pesquisa, organizações ambientais e poucas instituições que investem na cultura desde um lugar de produção amazônico.

Chamamos de inovação esse reencontro entre a produção de conhecimentos e tecnologias e os lugares de complexidade na produção da vida e da saúde, inclusive em diálogos profícuos com os saberes tradicionais tão expressivos na Amazônia. E, por esse motivo, comemoramos o resultado da chamada de manuscritos que permitiu organizar este livro, que tem como unidade temática justamente o encontro entre a educação permanente em saúde e a humanização, expresso nos diferentes capítulos em platôs de inovação. Um encontro com a força das águas e que se traduz, operacionalmente, como um encontro das águas do Rio Solimões e do Rio Negro, com diferenças em relação a diversos aspectos, mas que tem a força e a relevância do Rio Amazonas para o mundo.

Educação Permanente em Saúde e Humanização no cotidiano do trabalho: quando o encontro gera inovações

A educação permanente e a humanização da saúde constituem conceitos relevantes na produção da saúde coletiva brasileira e objeto de políticas específicas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004; 2010). Ambas têm igualmente mobilizado esforços teóricos, metodológicos e práticos para o desenvolvimento do trabalho na saúde, a expansão da qualidade dos serviços, a organização construtiva dos ambientes de trabalho para os agentes desse trabalho e para os usuários, a universalização do acesso e a produção de equidade no cuidado e a sensação de pertencimento e bom cuidado aos usuários. Ambas as políticas do SUS buscam atravessar as fronteiras (CECCIM; FERLA, 2008) entre a ciência, o trabalho e o cotidiano da vida das pessoas que foram produzidas ao longo dos anos pelos sistemas de políticas públicas, sem desprezar os benefícios que acompanharam a humanidade nesse período. A educação permanente é a aprendizagem e a política de desenvolvimento que se realiza no trabalho e pelo trabalho. A humanização é a reorganização dos processos de trabalho de modo que caibam mais encontros nos processos tecnológicos desenvolvidos nas práticas no interior dos serviços e sistemas, ou mesmo nos territórios. Em ambas há centralidade nos agentes que compartilham a cena do trabalho e enlaces fortalecidos entre os âmbitos da atenção, da gestão, da formação e da participação. A expressão desenvolvimento do trabalho aqui tem o sentido da qualificação, da expansão da efetividade e da produção de mudanças na sua organização e relação com o contexto, mudanças que contribuem para a melhoria dos níveis de saúde e do funcionamento das redes e sistemas locais de saúde. A bibliografia do campo da saúde coletiva já se debruça há alguns anos sobre a educação permanente e a humanização da saúde, nos poupando dessa tarefa aqui. Isso nos permite recuperar brevemente as contribuições amazônicas a essas temáticas, que são escassas, o que demonstra a relevância da iniciativa que apresentamos às pessoas interessadas.

O território amazônico já tem contribuído teórica e metodologicamente com o campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva e com o desenvolvimento do trabalho em sistemas e serviços de saúde com estudos e pesquisas a partir da experiência desenvolvida nos municípios, regiões e no Estado como um todo. Entre 2012 e 2014 foi desenvolvido o Programa de Educação Permanente em

Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) Amazonas (ILMD, 2013) através de uma parceria interinstitucional entre o Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD – Fiocruz Amazonas) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS/AM). O programa consiste na realização de três cursos, dois cursos de especialização e um de aperfeiçoamento, respectivamente: Especialização em Educação Permanente em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) Amazonas, Especialização em Processos Educativos na Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) e Aperfeiçoamento em Educação Permanente em Educação Permanente em Gestão Regionalizada. O programa atuou como um disparador dos processos regionalizados da gestão do sistema estadual de saúde a partir dos princípios da Política de Educação Permanente em Saúde. O processo pedagógico gestão-serviço-educação possibilitou que os alunos fossem protagonistas de sua aprendizagem, sendo atores nas regiões de saúde do Amazonas. Os cursos foram desenvolvidos em sete das nove Regionais de Saúde do Estado (Alto Rio Solimões, Médio Rio Solimões, Entorno de Manaus e Rio Negro, Rio Negro e Rio Solimões, Rio Madeira, Médio Rio Amazonas e Baixo Rio Amazonas). Parte das histórias da formação em gestão regionalizada está registrada em livros da Série Saúde & Amazonas, principalmente em Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015) e Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016).

Essa iniciativa gerou efeitos muito relevantes na produção de uma cultura de regionalização encarnada nas características do território amazônico e das suas gentes. Gerou uma produtiva vertente de iniciativas no âmbito estadual, regional e municipal. Uma dessas iniciativas está registrada no livro Educação Permanente em Saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro (MOREIRA *et al.*, 2019). Por decisão da gestão municipal da saúde, foi implementado nos anos de 2018 e 2019 um processo de educação permanente que pretendia ser estruturante das práticas desenvolvidas no sistema municipal. A educação permanente tornou-se um convite aos trabalhadores à reflexão densa sobre o seu trabalho, as relações do trabalho com os diferentes territórios do município e um dispositivo de avaliação

e monitoramento dos seus fazeres. A iniciativa gerou, além da reorganização do cuidado e da gestão, análises densas sobre o trabalho que tomaram a forma do livro, onde a produção de narrativas é apresentada como dispositivo de educação permanente e de reconhecimento do próprio trabalho.

A experiência da inovação associada à educação permanente e humanização no sistema estadual de saúde da Amazônia também já vem sendo objeto de estudos e pesquisas. Em pesquisa que embasa sua tese de doutoramento, Davi Cunha (2020) analisou os encontros entre a educação e o trabalho em saúde na implementação da internação domiciliar, política do SUS que prevê a redução da permanência de pessoas no ambiente hospitalar, permitindo que retornem precocemente aos seus domicílios sempre que possível (CORREA *et al.*, 2021). O autor identificou que, embora haja desconhecimento da educação permanente em saúde como política, como conceito e como método indutor de transformações da formação e da atuação em saúde, há movimentos de fortalecimento da atenção domiciliar no estado — com expansão das iniciativas locais — e nas formas de comunicação e disseminação de experiências. Esse movimento está associado à mobilização de trabalhadores, gestores e usuários para a reflexão densa sobre os seus fazeres, uma vez que o território é singular e a expansão dessas iniciativas implica a produção cotidiana de conhecimentos e tecnologias mais compatíveis com a realidade amazônica.

De certa forma, também o conjunto de capítulos que compõe esta coletânea é resultado do reconhecimento da educação permanente em saúde como dispositivo de desenvolvimento do trabalho com a singularidade territorial e da saúde como trabalho humano, de gente cuidando de gente —como mencionado, uma imagem capaz de gerar inovações. A leitura desses capítulos, por certo, confirmará essa imagem.

As inovações no cotidiano dos trabalhadores do SUS Amazonas: relatos densos de educação permanente e humanização

No contexto das ideias apresentadas na parte inicial deste capítulo, 14 capítulos foram selecionados na chamada de manuscritos já citada para compor este livro, que escolhemos denominar de Inovações no cotidiano da saúde na Amazônia: encontros do trabalho com a educação permanente e a humanização por afinidade temática.

Algumas características são transversais ao conjunto de capítulos e derivam das características das temáticas do livro: a ativação da participação da população e dos trabalhadores, a mobilização de processos de reorganização tecnoassistencial dos serviços, a produção de mecanismos de escuta qualificada de pessoas e territórios de referência aos serviços e sistemas locais, a estruturação de alianças fortes entre a educação e o trabalho como forma de desenvolver as redes de atenção e processos de cuidado, o reconhecimento do necessário protagonismo dos trabalhadores na realização dos trabalhos de cuidado e gestão, entre outros. Outras temáticas são conjunturais e, certamente, a mais forte é o enfrentamento à pandemia de Covid-19 e seus efeitos na vida e nos serviços de saúde.

O primeiro capítulo, Visita Virtual a pacientes hospitalizados e isolados: um relato de experiência em tempos de Pandemia, foi sistematizado por Henrique Carlos Santana Redman e Janaína Santana Carneiro, do serviço de psicologia hospitalar do Hospital e Pronto Socorro 28 de Julho, em Manaus. A experiência relatada descreve a reinvenção do trabalho no interior da instituição, no enfrentamento à pandemia de Covid-19, buscando assegurar padrões de saúde física e mental aos usuários e trabalhadores, considerando as condições objetivas que a pandemia produziu no trabalho e na vida das pessoas.

O segundo capítulo também reflete sobre o trabalho em saúde no contexto da pandemia no interior de um serviço de grande demanda. Tempos de pandemia: relato de experiência sobre os desafios da educação permanente em uma unidade de pronto atendimento de Manaus, capítulo produzido por Gisele de Souza Costa, Monik Gomes do Nascimento Lousada, Robercio Barros Alencar, Patrícia Carvalho Castro, Fabiane Veloso Soares e Zilmar Augusto de Souza Filho, analisa o trabalho do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no Serviço de Pronto Atendimento e Policlínica Dr. Danilo Corrêa, em Manaus. Dentre os desafios vivenciados e descrito pelos autores, o aumento expressivo do número de atendimentos a usuários com suspeita e doentes de Covid-19, limitações da estrutura física da unidade para o enfrentamento da pandemia, alterações no estado emocional dos profissionais de saúde que atuavam na linha de frente, como medo, ansiedade e sofrimento. A educação permanente opera como política de desenvolvimento, ou seja, produz mediações produtivas entre as condições objetivas para a realização do trabalho e a produção da saúde de seus agentes.

No capítulo seguinte, segue-se a reflexão sobre o que pode a educação permanente e a humanização no desenvolvimento do trabalho no sistema estadual de saúde, ampliando a escala, uma vez que não se trata mais de um ou outro serviço, mas da iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas e, portanto, da abrangência da política estadual. Intitulado Como os rios Negro e Solimões: encontros que movimentam a Educação Permanente em Saúde e a Humanização no Amazonas, o capítulo é assinado por um grande e interprofissional coletivo de autores: Ana Karla Pimenta Noronha, Davi Araújo da Cunha, Nádia da Costa Macedo, Fabiana da Silva Gurgel, Camila Géssica Lima Almeida, Andreia Félix Pereira, Gilberson Figueira Barbosa, Mário Ernani Mendonça da Costa, Telma da Conceição Santos Amaral Pereira e Elcilene Oliveira da Silva. Os autores apresentam e discutem o movimento da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas de implantação e fortalecimento de Núcleos de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), utilizando da metáfora do encontro das águas dos rios Negro e Solimões para analisar a articulação das políticas para fortalecer mudanças efetivas nos processos de trabalho com a intensa participação de gestores, pessoas que trabalham na saúde e usuários.

Representando de forma bem forte o desenho da organização interfederativa do SUS, o capítulo Vivências, experiências e afetações no processo de implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde em Parintins, Amazonas mostra a experiência municipal, ao mesmo tempo integrada e singular em relação às políticas nacional e estadual. A autoria é de Elaine Pires Soares, Railda Silva Soares, Andreina Bentes de Souza e Clerton Rodrigues Florêncio, profissionais de diferentes áreas no sistema municipal de saúde de Parintins. O trabalho consiste numa narrativa reflexiva sobre a atuação da equipe na implantação do Projeto de intervenção do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) no Município de Parintins, Amazonas: desafios e perspectivas para mudanças significativas, com o objetivo de apresentar as contribuições e limitações das estratégias educacionais promovidas no sistema municipal de saúde, em articulação intersetorial.

No capítulo Implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no Instituto de Saúde da Criança do Amazonas – ICAM, os autores Ana Paula de Carvalho Portela, Cleudécir Siqueira Portela, Elza Cristina Craveiro da Fonseca, Valdeni Soares da Silva e Waleska Affonso Salignac Marcião também apresentam

e analisam uma experiência de atividades de desenvolvimento do trabalho em um serviço. O relato é de uma experiência resultante de um projeto aplicativo proposto num curso de especialização — o projeto foi implementado no hospital pediátrico referência em cirurgia neonatal e campo de estágio acadêmico para a área da saúde. A implementação do projeto produziu mudanças significativas na forma de oferta de educação permanente, melhor envolvimento das lideranças setoriais e até a criação de um protocolo institucional escrito pelas mãos da multidisciplinaridade.

Geycielle de Oliveira Batista, Eurinete Catarina G. da Silva, André Luiz de Carvalho Braule Pinto e Silvio Romano Benjamin Junior são autores do capítulo denominado Avaliando a satisfação dos usuários com os serviços de saúde: experiência com as rodas de conversa. O manuscrito tem como objetivo apresentar a experiência realizada no Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lucio Pereira Machado, em que se buscou avaliar a percepção de satisfação de acompanhantes de pacientes internados com os diversos serviços ofertados no HPS. Através do uso de rodas de conversa, os participantes puderam opinar quanto aos problemas enfrentados. Os autores apresentam as seguintes questões: a) alinhamento de estratégias de humanização, com a promoção de espaços de escuta, e participação da alta gestão; b) o papel da educação permanente na identificação de demandas e formação focada na humanização da assistência.

Em A biblioteca como aliada ao fortalecimento da Educação Permanente em Saúde – EPS na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - SES-AM, Katty Anne de Souza Nunes, Hulda Graça Amorim, Maria do Carmo Lima de Oliveira, Ana Beatriz Aguiar de Lima e Ícaro Machado da Silva desenvolvem a ideia de que o conhecimento sistematizado é importante para o apoio ao desenvolvimento do trabalho na saúde. O capítulo apresenta as bibliotecas na área da saúde como espaços relevantes para o fortalecimento da gestão do conhecimento de uma instituição, para a valorização do capital intelectual local e para a promoção do bem-estar social, a partir da experiência desenvolvida pela Biblioteca SES-AM em diálogo com os servidores da Secretaria no fortalecimento de uma cultura institucional de educação permanente.

Iniciando os capítulos que desenvolvem análises sobre efeitos da educação permanente e humanização na qualidade do trabalho prestado, o capítulo Grupo de apoio a mães em unidade neonatal: educação em saúde como uma constante de transformação apresenta o relato de experiência de ações com mães de bebês internados em uma maternidade de referência de Manaus. As autoras, Maura

Nunes Pimentel de Carvalho, Maria Gracilene Gomes Diniz, Maria Nila Filgueiras de Azevedo, Grace Alvarenga Esquerdo e Jerlyane Veras Fernandes atuam na Maternidade de Referência Ana Braga/Manaus concluem que vivências educativas fortaleceram os vínculos e, conseqüentemente, a qualidade do trabalho em equipe nas unidades neonatais. Observam que as atividades de grupo para apoio às mães representaram estratégia capaz de promover saúde e contribuir para o processo de autonomia das mães no ambiente hospitalar.

A implementação de um dispositivo de trabalho interprofissional a partir do Núcleo de Educação Permanente no Instituto de Saúde da Criança do Amazonas (ICAM) é o tema do capítulo Protocolo de evasão hospitalar: em defesa dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados. A autoria é de Elza Cristina Craveiro da Fonseca, Daizyenne Santos da Silva, Janize Costa Nina, Livia Martins Rossi dos Santos e Plínio José Cavalcante Monteiro e aborda o complexo problema da evasão hospitalar infanto-juvenil. A experiência relatada é de elaboração do protocolo de evasão hospitalar, enfatizando o resguardo dos direitos das crianças e adolescentes que devem ser protegidos pelo Estado, pela família e pela comunidade. O protocolo visa nortear condutas e proteger os direitos relacionados às crianças e adolescentes em situações que podem ferir sua integridade física e mental, e foi elaborado de forma multiprofissional e em consonância com os órgãos de proteção, como Ministério Público e Conselhos Tutelares, a fim de trabalharem em colaboração com as unidades de saúde.

O capítulo seguinte apresenta mais um dispositivo engendrado por intercessão da educação permanente em saúde, mas agora no Banco de Olhos do Amazonas (BOA), ampliando discussões sobre o processo educativo em torno da cultura da doação de tecidos oculares humanos no Estado do Amazonas. O capítulo Educação e humanização no Banco de Olhos do Amazonas: uma história de doar, esperar e criar políticas que beneficiam a população, de autoria de Cristina Maria Garrido Lins e Maria Goreth da Silva Vasconcelos. Além de uma abordagem histórica, analisa atividades educativas desenvolvidas com os servidores e público externo, ressaltando a importância da criação de políticas de incentivo ao processo doação-transplante de córnea no estado.

Também na temática de doação de órgãos e tecidos, o capítulo Percurso da Educação Permanente em Doação de Órgãos e Tecidos no Amazonas, de

autoria de Maria Gleny Barbosa Soares, Amanda Desireé do Amaral Melo, Andrea Carla de Lima Rocha, Derli Albuquerque Fernandes, Francisca Félix da Rocha, Gecilene Seixas Nascimento Castelo Branco e Neicy Arraes Suwa, todas vinculadas à Central Estadual de Transplantes do Amazonas. O manuscrito descreve e analisa o percurso do Núcleo de Educação Permanente (NEP) em doação de órgãos e tecidos no estado do Amazonas, destacando a experiência da equipe técnica na construção de estratégias coletivas e do protagonismo dos profissionais da saúde para a viabilização do ato de doar das famílias. A análise demonstra que o NEP promoveu novas estratégias para o processo de trabalho, com a promoção de diálogos entre os profissionais da saúde e desenvolvimento de práticas humanizadas para atendimento as famílias doadoras.

No capítulo Humanização na Fundação Hospital Adriano Jorge: perspectiva de usuários e trabalhadores, os autores Rosiane Pinheiro Palheta, Ana Carla da Silva Lima, Vander Vasconcelos de Oliveira trazem os resultados da pesquisa que buscou compreender como a humanização é vista e vivenciada pela população usuária dos serviços e pelos profissionais de saúde na porta de entrada da instituição FHAJ. Os resultados apontam que muitos usuários e trabalhadores desconhecem a Política Nacional de Humanização, apesar de já existir há mais de dezessete anos.

No capítulo denominado Implantação da Ouvidoria no SPA e Policlínica Danilo Correa e sua importância como ferramenta de participação popular no SUS, as autoras Daniela Sousa Negreiros, Carolina de Oliveira Santos e Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, relatam a experiência de implantação da ouvidoria em uma unidade mista (SPA e Policlínica Danilo Correa), destacando as estratégias utilizadas e o seu funcionamento desde a chegada da manifestação/registro até suas respostas. Como se sabe, as ouvidorias são um dispositivo de participação popular nos serviços e sistemas de saúde. As ouvidorias do SUS apoiam-se nos princípios e diretrizes que determinam que as ações e serviços em saúde e buscam fortalecer a participação popular para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, com o registro de suas opiniões, queixas e sugestões, sobretudo a partir dos atendimentos que recebeu ou não em cada serviço ou sistema local. A informação permite o exercício de poder e, no caso relatado, está associada à transformação do serviço, tanto para o usuário quanto para os trabalhadores do mesmo.

No capítulo final da coletânea, denominado Lean Healthcare em uma das maiores emergências do Amazonas: um relato de experiência apresenta o relato de implementação da tecnologia que busca qualificar, com menor custo e eliminando desperdícios, o que incide sobre o processo de trabalho, o estilo de liderança e a gestão hospitalar. A autoria é de Janaina Santana Carneiro, Fábio Cicalise de Souza e Henrique Carlos Santana Redman, profissionais do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, em Manaus. O relato analisa a implementação de ferramentas do Lean como o VSM (Value Stream Mapping), o método 5S, o quadro de Kanban, o Round Multidisciplinar e o índice NEDOCS (National Emergency Degree Overcrowding Study). Concluem que a implementação da tecnologia mudou conceitos e transformou o fluxo de atendimento, o gerenciamento e a organização do pronto socorro, inclusive durante a pandemia de Covid-19, quando houve reorganização da estrutura física e abertura de leitos. A presença de uma equipe multidisciplinar na participação ativa do Lean contribuiu diretamente para a obtenção de resultados satisfatórios.

Os capítulos, como se pode verificar, abordam iniciativas da política estadual de saúde, com diversas abrangências e locais de implementação, centradas na produção de inovações institucionais e na modelagem tecnoassistencial do cuidado e da gestão, a partir da educação permanente em saúde e humanização. Apresentam experiências que foram atravessadas pelo enfrentamento à pandemia de Covid-19 e pelas condições reais de infraestrutura de serviços e redes de atenção, buscando o desenvolvimento do trabalho, inclusive a melhoria das próprias condições em que o trabalho se desenvolve. Demonstrem resistência, criatividade e, sobretudo, a natureza singular do trabalho em saúde, apontando a necessidade de apoiar e investir nos trabalhadores, conforme sinaliza o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, evento ao qual o livro também está dedicado.

Por fim, queremos desejar a cada leitora e a cada leitor deste conjunto de capítulos que eles funcionem como encontro, que despertem autorias, que mobilizem e renovem a vontade de fazer novas saúdes, com a responsabilidade ética de fazê-lo preservando as vidas e o patrimônio científico e tecnológico que a humanidade construiu até aqui, mas também a ousadia de dar voz e existência às saúdes que estão nos territórios e pedem passagem. Que a leitura desperte o desejo de engendrar novas alianças entre a educação e o trabalho, mais humanidade nos fazeres da saúde,

mas respeito entre diferentes culturas e diferentes processos de subjetivação, assim como novas alianças entre o viver e o ambiente. Se a pandemia nos deixa sem ar, não é apenas a maior floresta equatorial do planeta que temos na Amazônia para assoprar vida a todos e todas. Também temos aqui fazeres da saúde que inovam cotidianamente, resistindo aos constrangimentos e às violências externas e locais, mas, também, produzindo diálogos entre a complexidade, o trabalho e a ciência para dar passagem às saúdes dos territórios, produzindo mobilidade nos territórios líquidos e movimentando massas de ar para renovar a saúde e afirmar o SUS. Boa leitura!

Referências

- AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/dilema-preventivista-contribuicao-para-compreensao-e-critica-da-medicina-preventiva-o>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004.
- BRASIL. 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.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho**. Em: Marins, João José Neves; Rego, Sérgio (Org). Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação. Rio de Janeiro: ABEM; São Paulo: Hucitec, 2011. p. 258-277.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.
- CORRÊA, A. A. et al. Construção e validação de tecnologia educativa para o cuidado domiciliar. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e40410313532, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13532>
- CUNHA, D. A. **Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2020.
- FERLA, A. A. *et al.* **Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido**. In: FERLA, A. A. *et al.* (Orgs.). Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019, p. 8-20.
- FERLA, A. A. **Clínica em movimento: cartografias do cuidado em saúde**. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.
- FERLA, A. A. et al. Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre



Visita virtual a pacientes hospitalizados e isolados: um relato de experiência em tempos de Pandemia

Henrique Carlos Santana Redman
Janaína Santana Carneiro

Introdução

O primeiro caso do novo coronavírus (Severe Acute Respiratory Syndrome – Sars-Cov-2), conhecido como Covid-19 (Corona Virus Disease), foi reportado em dezembro de 2019 na China, em uma cidade chamada Wuhan. No dia 26 de fevereiro de 2020, o primeiro caso de coronavírus foi confirmado em São Paulo, Brasil. Contudo, mais de 40 países já totalizavam 2.459 casos confirmados do novo vírus (BRASIL, 2020). Essa doença apresenta características clínicas que podem evoluir para quadros respiratórios graves, sendo necessário o tratamento com suporte ventilatório (ventilador mecânico) e procedimentos invasivos como a intubação orotraqueal (BRASIL, 2020). No momento da produção deste parágrafo, as estatísticas do novo coronavírus não paravam de aumentar. A rápida disseminação dessa doença, com escalada em nível global, fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerasse uma pandemia no dia 11 de março de 2020 (SCHMIDT *et al.*, 2020).

Ao nos depararmos com a propagação do vírus, diversas medidas de proteção foram adotadas no mundo inteiro, e a principal delas foi o isolamento social. Este consiste num afastamento entre pessoas e grupos, fechamento de escolas e universidades, distanciamento social de idosos e outros grupos de riscos, bem como quarentena de toda a população. Naturalmente, os esforços voltaram-se, inicialmente, para buscar a cura e, conseqüentemente, salvar o maior número de pessoas possível. Porém, mesmo com todas essas medidas de segurança, a contaminação foi inevitável, e houve um crescimento significativo de casos que demandaram internação hospitalar.

Devido a rápida propagação do vírus, fez-se presente o sofrimento humano relacionado a esta pandemia e, com isso, pôde-se perceber que, em situação de grave crise, surgem diversos cenários e, conseqüentemente, no contexto hospitalar,

produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 3, p. 241-261, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/773>

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

ILMD - INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE; FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual do Programa de Formação em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Amazonas**. Manaus: Fiocruz/ILMD, 2013.

LUZ, M. T. **As instituições médicas do Brasil**. 2ª. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/instituicoes-medicas-no-brasil-2/>

MARTINS, F. M.; SCHWEICKARDT, J. C. (2016). **Vivências em Educação Permanente em Saúde no interior do Estado do Amazonas: percurso metodológico de um Estudo de Caso**. In: SCHWEICKARDT, J. C. Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, cap. 1, p. 25-54, 2016.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, A. F. R.; FERLA, A. A.; SCHWEICKARDT, J. C. (Orgs.). **Educação Permanente em Saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banzeiro**. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-e-praticas-de-saude-na-amazonia-tecendo-redes-de-cuidado-volume-2/>

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SCHWEICKARDT J. C. *et al.* O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2020; 44: e24. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas** [recurso eletrônico]. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. (Série Saúde & Amazônia). ISBN: 978-85-66659-42-9. DOI: 10.18310/9788566659429. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-permanente-em-gestao-regionalizada-da-saude-saberes-e-fazeres-no-territorio-do-amazonas/>

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016a. (Saúde & Amazônia; 2). ISBN: 978-85-66659-50-4. DOI: 10.18310/9788566659504. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-e-praticas-de-saude-na-amazonia-tecendo-redes-de-cuidado-volume-2/>

SCHWEICKARDT J. C., *et al.* O “Programa Mais Médicos” e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 3, p. 328-341, 2016b. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/771/pdf_44.

TREPTE, R. F.; FERLA, A. A. O fazer e aprender pesquisa numa perspectiva menor: narratividade no processo de produção de conhecimento em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 16, n. 1, 2017. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/844>

essas condições atípicas não foram diferentes. Para proteger as pessoas vulneráveis, os hospitais interromperam todas as visitas; portanto, a partir do momento em que o paciente era internado, ele ficava isolado. A Covid-19 é uma doença “dolorosa” porque, além do intenso sofrimento físico, há uma tensão emocional adicionada, sem precedentes, porque os pacientes não podem receber apoio de suas famílias. Essa separação leva a sentimentos de angústia, solidão e desamparo, não apenas para pacientes, mas também para as famílias (WEBSTER, 2020).

Pacientes isolados, visitas suspensas, familiares sem acesso às informações, boletins médicos com tempo reduzido, são alguns dos exemplos de mudanças na configuração de rotina hospitalar para se evitar a maior contaminação das pessoas pelo novo coronavírus.

Ao analisar todo esse contexto mundial e local, sobretudo a questão do sofrimento humano que se fez presente em conjunto com isolamento dos pacientes internados, ressurge a importância da atuação do psicólogo hospitalar no intuito de compreender a concepção desse sofrimento ante o isolamento.

Segundo Simonetti (2016), “Toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da psicologia hospitalar”. Sendo assim, vislumbramos duas situações: a) o contexto da internação hospitalar e; b) isolamento dos pacientes e distanciamento dos familiares. Destacando, assim, os possíveis desafios para o trabalho do psicólogo hospitalar diante do contexto da pandemia de Covid-19.

Levando-se em consideração o sofrimento causado pelo isolamento dos pacientes em decorrência da Covid-19, buscou-se a utilização de tecnologias de informação para a realização de visitas virtuais desses familiares, atenuando assim os efeitos negativos do isolamento. Sabemos que muitos brasileiros ainda não possuem acesso à internet e algumas pessoas podem apresentar dificuldades para utilização de smartphones ou computadores. Isso tende a acontecer principalmente com idosos, no entanto isso foi contornado e será melhor explicado posteriormente.

Sendo assim, diante desse contexto, o presente relato de experiência profissional busca apresentar uma visão de como se deu a implantação e desenvolvimento da visita virtual de familiares a pacientes internados e isolados no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto – Manaus, AM durante os tempos de pandemia do novo coronavírus.

Pandemia no Amazonas

Em maio de 2020, aproximadamente dois meses após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar a Covid-19 como pandemia, em torno de 5 milhões de casos e aproximadamente 320 mil mortes foram registradas em 216 países. Nesse mesmo período, o Brasil é considerado o terceiro país mais afetado, com cerca de 280 mil casos e 18 mil óbitos (WHO, 2020).

O que mais chama a atenção durante a primeira onda da Pandemia é que a distribuição de mortes por Covid-19 reflete a heterogeneidade geográfica e social do país, com apenas cinco estados respondendo por 81% de todas as ocorrências: São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Pernambuco e Amazonas, sendo este o que apresentou a maior proporção de infectados, 10,6% (ORELLANA *et al.*, 2020).

Durante as quatro semanas que sucederam os primeiros casos de Covid-19 no Estado, Manaus apresentou sinais de esgotamento na rede pública hospitalar, devido ao rápido aumento dos casos de infecção pelo coronavírus. Só na primeira quinzena de maio de 2020 foram quase sete mil novos casos, o dobro do número até então identificado. Ainda, de 19 a 28 de abril, a média diária de sepultamentos foi de 123, valor quatro vezes maior do que a média diária de 2019 (MANAUS, 2020).

Durante as últimas atualizações deste artigo, o Amazonas ultrapassa a marca de 300 mil casos por Covid-19, mais 2.141 novos casos de Covid-19, foram registrados, totalizando 301.636 casos da doença no Estado. O total de mortes chega a 10.286 e número de recuperados é de 256.756 (D24AM, 2020).

Contextualizando a psicologia hospitalar na pandemia

Um dos subcampos da Psicologia é a Psicologia da Saúde, cujo tema fundamental gira em torno da interação de determinados fatores que influenciam na saúde. Visando a melhoria, o tratamento e a prevenção de doenças, esse subcampo utiliza e aplica princípios e pesquisas psicológicas, incluindo seu interesse nas condições sociais, biológicas, e até mesmo, traços da personalidade (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011). Mesmo sendo um campo relativamente novo, a Psicologia da Saúde desempenha um papel importantíssimo para o enfrentamento dos desafios da saúde, pois, segundo Straub (2005) ela busca responder diversas

questões a respeito da maneira como o nosso bem-estar é afetado a partir daquilo de pensamos, sentimos e fazemos.

Sabe-se que a história do tratamento de saúde passa por evoluções desde o período pré-histórico, no qual se acreditava que as doenças eram causadas por espíritos do mal; passando pelo antigo Egito, com seus demônios e punições dos deuses que causavam as doenças; pela Grécia antiga, onde se considerava que as doenças eram causadas pelo desequilíbrio dos humores do corpo, evoluindo para a Roma Antiga, onde “patógenos” como o ar contaminado e os humores do corpo causavam doenças, chegando ao século 20 onde a doença era influenciada pela mente e pelas emoções e tratada pela psicanálise e, finalmente, à visão atual das causas biopsicossociais da doença, com seus métodos modernos e flexíveis de tratamento (STRAUB, 2005).

Ao percebermos um movimento voltado para a subjetividade, devemos atentar que houve diversas variações histórico-culturais em relação à doença e à cura. Desde o antigo uso da trepanação¹ até o uso atual de radiografias não invasivas do cérebro para diagnosticar doenças, o tratamento de problemas de saúde tem feito importantes avanços com o passar dos séculos.

Segundo ainda o mesmo autor, a American Psychological Association (APA) indicou uma força-tarefa para explorar no campo da saúde o papel da psicologia, haja vista ela passar pela categoria de medicina comportamental ou se estabelece como campo distinto, com seus próprios objetivos, métodos e focos. Sendo assim, em 1978, a APA criou a divisão de Psicologia da Saúde (Divisão 38), sendo estabelecidos quatro objetivos: estudar a etiologia, promover a saúde, prevenir e tratar doenças, promover políticas de saúde pública e o aprimoramento do sistema de saúde pública.

Portanto, para Straub (2005), o maior desafio encontrado pelos psicólogos da saúde seria: “Como ajudar pessoas a adotar e manter mudanças no estilo de vida que promovam vitalidade para a vida?”. Percebe-se que as tendências biopsicossociais criam a necessidade de um modelo novo e mais amplo de saúde e doença. Buscar um modelo causal produz uma imagem incompleta da saúde e da doença de uma pessoa, portanto a psicologia da saúde trabalha a partir de

¹ Trepanação consiste na abertura de um ou mais buracos no crânio, através de uma broca neurocirúrgica. Na antiguidade o método era muito utilizado em hospícios ou clínicas para doentes mentais. A técnica era feita por cirurgiões os quais acreditavam que com a trepanação os demônios e espíritos malignos iriam sair do corpo, mesmo que causando morte muitas vezes (Straub, 2005).

uma perspectiva biopsicossocial (mente-corpo). Segundo o mesmo autor, essa perspectiva reconhece que forças biológicas, psicológicas e sociais agem em conjunto para determinar a saúde e a vulnerabilidade do indivíduo à doença; ou seja, a saúde e a doença devem ser explicadas em relação a contextos múltiplos.

Partindo-se desse prisma da atuação do psicólogo da saúde em contextos hospitalares, a Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. Ao tratarmos de Psicologia da Saúde, Straub (2005) deixa clara a amplitude do saber-fazer do psicólogo, que vai desde a sua etiologia, perpassando pela prevenção, até a participação do profissional na elaboração de políticas públicas.

Simonetti (2016) afirma que o adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”, presente no próprio corpo do indivíduo, causando uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou até mesmo na equipe de saúde. Ao apontar como objeto da psicologia hospitalar os aspectos psicológicos, e não as causas psicológicas, afirmando que tal conceito se liberta da equivocada disputa sobre a causação psicogênica versus causação orgânica das doenças.

Sendo assim, a psicologia hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas “psicossomáticas”, mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença. O objetivo da Psicologia Hospitalar é então a subjetividade. Simonetti (2016) define a doença como um real do corpo, no qual o homem esbarra, e quando isso acontece, toda a sua subjetividade é modificada. Nesse momento é que a figura do psicólogo hospitalar se faz necessária, oferecendo-se para escutar esse sujeito adoentado falar de si, da doença, da vida ou da morte, do que pensa, do que sente, do que teme, daquilo que deseja, do que quiser falar. Segundo Moretto (2001) a psicologia está interessada mesmo é em dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito. Nesse contexto de busca pela subjetividade e restituição de lugar de sujeito, não apenas para o paciente hospitalizado, contata-se que a saúde mental tem sido bastante impactada. Sendo assim, o papel dos psicólogos tem passado por uma revisão das técnicas aplicadas em decorrência do distanciamento social (GABARRA *et al.*, 2020).

Perguntas, proposições, questionamentos e análises têm se voltado para práticas culturais e para os cuidados com a saúde, acerca do ensinar e do aprender nessa nova realidade, de mudanças de trabalho, mudanças de relações sociais, até mesmo mudanças econômicas, e particularmente sobre as vulnerabilidades e a capacidade de resiliência de povos e pessoas (ENUMO; LINHARES, 2020).

Precisamos obter dados de qualidade acerca dos efeitos da quarentena e do isolamento social na saúde mental da população, especialmente dos grupos vulneráveis. O contexto da pandemia tem levantado questões como avaliação e intervenções nas práticas profissionais da psicologia, fomentando mudanças de cenários de atuação e de pesquisa do psicólogo, com predomínio de atividades online (GABARRA *et al.*, 2020).

Contexto hospitalar e suas adaptações

No contexto da pandemia, os dispositivos tecnológicos mostraram-se uma ferramenta interessante para promover a comunicação entre paciente e familiares. O Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto precisou modificar sua estrutura interna e sua rotina, a fim de adequar suas instalações e iniciar a internação de pacientes suspeitos ou com diagnóstico confirmado de Covid-19. Portanto, enfermarias até então destinadas a pacientes em observação pré-cirúrgica e não cirúrgica foram “esvaziadas” para se tornarem “salas rosas”², locais adaptados e destinados à internação e ao isolamento desses novos pacientes.

Os familiares eram orientados a deslocar-se para o serviço social cujo principal objetivo era coletar todas as informações e dados do paciente e familiares, bem como números de telefone para posterior contato. Acontece que, devido à grande quantidade de pacientes internados, o cenário ficou caótico, com filas, familiares bastante angustiados e exaltados à procura de informações, enfim, uma verdadeira desordem em relação a configuração dessa nova organização hospitalar.

Além do caos, havia também os questionamentos dos familiares impossibilitados de visitar os pacientes e, em meio a toda essa pandemia, surgiu a ideia da implantação das visitas virtuais através de vídeo chamadas, com o objetivo de

² Paciente em triagem hospitalar que apresenta Síndrome Gripal recebe código rosa como forma de diferenciar das cores do Protocolo de Manchester, que é um dos métodos de triagem mais eficazes do mundo, pois permite que os atendimentos em hospitais sejam realizados de maneira muito mais rápida e eficaz, de acordo com a real necessidade dos pacientes, de forma justa e com tratamento imparcial para todos (Nota técnica 006/2020 – SEAAASC/SUSAM).

amenizar as angústias e fantasias negativas apresentadas por conta da impossibilidade de manter contato. Assim, após a leitura de alguns artigos com informações acerca da adaptação de conduta de comunicação em tempos de pandemia, solicitei apoio do serviço social para iniciar as visitas virtuais. Todo o processo se deu de modo bem repentino e sem muito espaço para testes ou muitas elucubrações.

A atuação da psicologia no Hospital 28 de Agosto envolve contatos telefônicos com informações acerca das condições psicológicas, disponibilizando apoio e acolhimento conforme necessário. Percebe-se que os familiares desses pacientes isolados se apresentam apreensivos em relação ao diagnóstico da Covid-19 e suas consequências, bem como pela possibilidade de também terem sido contaminados, especialmente os que conviviam na mesma residência.

Essa nova configuração em que pacientes precisam ser mantidos isolados, sem contato com seus familiares, e estes com acesso limitado às informações médicas, tem contribuído para o aumento da angústia e das fantasias negativas frente a esse contexto. Esse sofrimento mostrou-se exacerbado nos casos em que os pacientes não tinham condições de manter contato com a família, seja pelo adoecimento atual ou pregresso, ou ainda pela limitação na comunicação verbal ou pelo baixo nível de consciência. As intervenções psicológicas têm se mostrado essenciais no sentido de fornecer apoio, amenizando sentimentos de medo, incertezas e vulnerabilidades, fortalecendo assim sentimentos de confiança e esperança (GABARRA *et al.*, 2020).

Compreendendo as vivências

Em todo o mundo, os profissionais da saúde tentaram diminuir a solidão dos pacientes e familiares utilizando dispositivos de comunicação remota (celulares, tablets, etc.). Como muitos pacientes eram idosos ou incapacitados, eles eram incapazes de utilizar os equipamentos, e assim, os profissionais se disponibilizavam e desenvolver a ideia de visita virtual pelo mundo (WEBSTER, 2020).

A visita virtual, até então, tinha por finalidade a manutenção dos vínculos sociais e familiares dos pacientes, bem como o apoio psicológico, e durante a vídeo chamada eu realizava também a escuta terapêutica desses pacientes, promovendo assim o suporte emocional e a manutenção dos vínculos familiares e do aporte social.

O procedimento para a vídeo chamada entre paciente e familiares acontecia da seguinte forma: eu me deslocava até as “salas rosas”, fazia um levantamento de quais pacientes estavam sem contato com a família. Repassava a lista para o serviço social e, à medida que os familiares compareciam ao setor, eu realizava a vídeo chamada. Alguns desses pacientes não possuíam condições de verbalização efetiva, ou seja, estavam inconscientes ou intubados, e, nesses casos, eu realizava o suporte familiar a fim de amenizar as angústias dos familiares e oferecia a possibilidade de envio de áudio através dos dispositivos (celulares), sendo apresentados aos pacientes pelos psicólogos.

Após duas semanas de trabalho nesse sentido, resolvi ligar diretamente para as famílias em suas casas e foi quando o “boom” de chamadas aconteceu, pois todos podiam participar, idosos, crianças, animais de estimação, e foi tudo acontecendo com intensa relação interpessoal e uma postura voltada para o cuidado e o acolhimento. A visita virtual tem sido priorizada para pacientes com condições clínicas de compreender a conduta, e que eram capazes de autorizar quem poderia entrar em contato com eles.

As primeiras abordagens com os pacientes isolados promoveram uma dimensão ainda maior dos problemas emocionais que eles estavam enfrentando. Não era apenas isolamento, pois muitos deles acreditavam, principalmente os idosos, que tinham sido abandonados por suas famílias, não compreendendo o porquê de não poderem estar com seus familiares como acompanhantes. Para realizar uma intervenção com vistas a reduzir esse sofrimento, requereria uma aproximação mais cuidadosa dos pacientes: uma checagem do humor, no intuito de estabelecer um *rapport*³, um vínculo.

Dando continuidade, perguntava-se ao paciente há quanto tempo estava sem ter contato com sua família, e muitos diziam que estavam há dias, até mesmo semanas sem ter sequer um contato telefônico com algum familiar. E ao perguntar se desejavam que se realizasse uma ligação telefônica, muitos choravam, se arrumavam e, obviamente aceitavam a ligação. As pessoas que ali se encontram isoladas, apresentam diversos temores que causam um desequilíbrio emocional, então um contato com seus familiares ajuda fornecendo suporte, diminuindo assim suas inseguranças e angústias.

Dessa forma fez-se necessária a manutenção dos contatos por vídeo chamadas dos pacientes e seus familiares, pois os mesmos podiam compreender que os familiares não os havia abandonado, mas que não estavam ali, pois também precisavam se proteger da propagação do vírus, mantendo o isolamento, como afirma a filha de um paciente internado:

“...como eu conversei com outros familiares aí, eles melhoram muito e não tem nem noção do quanto é bom ver ou ouvir a voz de um familiar, ainda mais quando ‘tá’ há tanto tempo na situação que está, né? Essa palavra, isolamento, ela meio que assusta todo mundo, imagina o paciente...”

Às vezes a falta de explicação do que significava o isolamento, ou a própria abordagem com a família e uma comunicação não efetiva, fazia com que os pacientes relatassem diversos problemas quanto à internação hospitalar, como falta de cuidados, serem deixados com sede, com dor, entre outras queixas. Esse contexto corrobora com o que afirma Simonetti (2016) “adoecer é como entrar em órbita. A doença é um evento que se instala de forma tão central na vida da pessoa, que tudo o mais perde importância ou então a pessoa passa a girar em torno dela...”.

Vale ressaltar que, após algumas abordagens e encontros “em órbita da doença” e uma melhora na comunicação, os pacientes começaram a aventurar-se em questões pessoais, como relacionamentos familiares e afetivos, vivenciando novamente as relações fora do ambiente hospitalar, mesmo estando isolados do mundo. Podemos perceber isso quando tivemos alguns encontros interessantes, como, por exemplo, um pedido de casamento durante uma videochamada, ou mesmo uma comemoração de aniversário em que um paciente pôde receber parabéns de seus familiares, ou ainda uma paciente que estava com muita saudade de seu filho, o Scoob, um cachorro que apareceu diversas vezes nas videochamadas.

Mas nem sempre correu tudo bem, tivemos videochamadas que foram verdadeiras despedidas de familiares e pacientes, como podemos ler em uma mensagem enviada para mim no dia 01 de maio:

“Bom dia. Na noite do dia 29 minha vó, M. A., veio a falecer. E o senhor nos proporcionou no mesmo dia um último momento com ela através

3 Técnica usada para criar uma ligação de sintonia e empatia com outra pessoa. (FIORINI, 2004)

da chamada de vídeo que fez. Quero lhe agradecer por essa iniciativa, e que Deus possa lhe abençoar a proporcionar esse conforto a todas as famílias e pacientes e lhe dar muitas bênçãos na sua vida.”

Percebemos nesse momento que, apesar do distanciamento e da perda, a videochamada pôde proporcionar a família o conforto e a diminuição da angústia da separação, fazendo com que a família vivenciasse a experiência do luto apesar da distância do paciente.

Por fim, uma experiência bastante interessante nas enfermarias e que vale a pena ser relatada é o que Rogers (2002) fala acerca dos grupos, das trocas de experiências em que o “grupo se torna terapeuta do próprio grupo”. Acontecia e continua acontecendo um movimento em que os próprios pacientes trocam experiências e formas de lidar com o isolamento, ajudando uns aos outros explanando acerca de seus medos, anseios e possibilidades futuras, proporcionando assim um momento terapêutico e espaço de escuta e fala entre os próprios pacientes, sem a necessidade de intervenção da equipe de saúde.

Considerações finais

O presente trabalho buscou apresentar uma visão geral do benefício da implantação das visitas virtuais aos pacientes isolados com suspeita ou diagnosticados com Covid-19 internados no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto em Manaus, AM.

O novo coronavírus “promoveu” mudanças significativas no contato entre as pessoas, e a necessidade de contato físico entre os seres humanos está sendo um grande desafio durante esse período altamente contagioso. A experiência deste trabalho nos fez refletir cada vez mais no saber-fazer enquanto profissional da psicologia, o quanto possuímos um leque de possibilidades frente aos diversos contextos que podem surgir no decorrer da atuação profissional.

Podemos perceber também a importância da presença familiar e dos cuidados, mesmo que a distância, dos pacientes internados e isolados, pois muitos profissionais da saúde não exercitam a visita e o diálogo com o paciente, praticando apenas o protocolo de atendimento, mantendo-se numa posição de neutralidade que impede uma postura voltada para o cuidado integral, a escuta e visão total do paciente hospitalizado.

Mesmo através de vídeo chamadas podemos perceber a relação, que deve ser sempre aprimorada da melhor maneira possível, considerando que esse é o instrumento mais poderoso que temos para ajudar e cuidar das pessoas.

Referências

- ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-8582011000200012&lng=pt&tlng=pt
- BRASIL. **Informes Técnicos: notícias acerca do novo coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>
- D24AM. **Amazonas ultrapassa marca de 300 mil casos por Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://d24am.com/coronavirus-no-amazonas/amazonas-ultrapassa-marca-de-300-mil-casos-por-covid-19/>
- ENUMO, S. R. F.; LINHARES, M. B. M. Contribuições da Psicologia no contexto da Pandemia da Covid-19: seção temática. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 37, e200110, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037200110e>
- FIORINI, H. J. **Teoria e Técnica de Psicoterapias**. Edição ampliada – São Paulo, SP: Martins Fontes, 2004.
- GABARRA, L. M.; FERREIRA, C. L. B.; NUNES, M. E. P.; ZANETELLO, L. B.; GAI, M. J. P.; MORAIS, L. Q.; CARLOTTO, P. A. C. A atuação da psicologia no contexto hospitalar durante a pandemia. **Revista Plural. | Florianópolis**, v. 1, n. 1, p. 3-5, 2020. Disponível em: [https://crpsc.org.br/ckfinder/userfiles/files/Revista%20Plural-v1n1-1-Agosto%202020\(1\).pdf](https://crpsc.org.br/ckfinder/userfiles/files/Revista%20Plural-v1n1-1-Agosto%202020(1).pdf)
- MANAUS. Prefeitura de Manaus. **Manaus registra quase 2,5 mil sepultamentos em abril**. 2020. Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br/noticia/manaus-registra-quase-25-mil-sepultamentos-em-abril/>
- MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- ORELLANA, J. D. Y. et al. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de Covid-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 7 e00120020, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120020>
- ROGERS, C. R. **Grupos de Encontro**. Tradução: Joaquim L. Proença. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, D. A. S.; NEIVA-SILVA, L.; DEMENECH, L. M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). **Estudos de Psicologia** (Campinas), 37, e200063, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 8. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

WEBSTER, P. Virtual health care in the era of Covid-19. **The Lancet**. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930818-7>

WHO. World Health Organization. **Coronavirus Disease (Covid-19) dashboard**. 2020. Disponível em: <https://covid19.who.it/>



Tempos de pandemia: relato de experiência sobre os desafios da Educação Permanente em uma Unidade de Pronto Atendimento de Manaus

Gisele de Souza Costa
Monik Gomes do Nascimento Lousada
Robercio Barros Alencar
Patrícia Carvalho Castro
Fabiane Veloso Soares
Zilmar Augusto de Souza Filho

Introdução

O início da pandemia de Covid-19 teve início no Brasil com a confirmação do primeiro caso no dia 26 de fevereiro, e atualmente registra 5.273.954 casos. O Amazonas confirmou o primeiro caso da doença em 13 de março de 2020 com uma paciente da capital e, no dia 24 do mesmo mês, foi registrado o primeiro óbito por Covid-19 no estado. Tratava-se de um munícipe de Parintins, gênero masculino, 49 anos de idade, que apresentava fatores de risco cardiovascular, hipertensão e obesidade. O usuário foi internado no hospital de referência da capital para os casos graves de Covid-19 após nove dias do início de sintomas (Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), 2020).

Conforme dados do boletim epidemiológico disponibilizado pela Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) que data do início de julho de 2020, o Estado do Amazonas está na quarta colocação entre os estados com maior taxa de incidência da doença no país, com 1.832 casos por 100 mil habitantes, quase duas vezes maior do que a média nacional de 750 casos por 100 mil habitantes, e o primeiro no ranking de estados com maior mortalidade (70 casos/100 mil habitantes) (FVS-AM, 2020).

Dados mais recentes, de 20 de outubro de 2020, apontam a confirmação de 152.796 casos, a ocorrência de 4.363 óbitos e uma curva crescente de internações no início de março, atingindo o pico máximo na primeira semana de maio, com 168 internações por Covid-19, passando a apresentar em seguida tendência decrescente. Entretanto, no mês de setembro de 2020, os dados da FVS

apontam um movimento de alta na média móvel de internações em decorrência do coronavírus, apresentando a tendência crescente do número de internações, ao ponto que atualmente as taxas de ocupações encontram-se entre 95 e 100% de leitos de UTI e 74% de leitos clínicos (FVS-AM, 2020).

Esses dados refletem a dimensão que a Covid-19 assumiu no estado e principalmente na capital, e o quanto os profissionais envolvidos nos atendimentos à população sofreram com o impacto desse grande volume de pacientes acometidos pela doença.

Os Serviços de Pronto Atendimento (SPAs) fazem parte dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e caracterizam-se por serem unidades de saúde da atenção especializada de média complexidade, ou seja, entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar. Cabe aos SPAs prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011).

Mediante a pandemia, esse cenário de atendimento modificou-se, fazendo com que essas unidades atuassem de forma mais ampliada, com alta carga de trabalho e aumento de demandas nunca antes vivenciadas pelos profissionais da unidade.

Nesta perspectiva, a Educação Permanente em Saúde (EPS) passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do SUS, a fim de alcançar perfis profissionais orientados pelas demandas da população, em cada realidade regional e nível de complexidade (PIAZZA *et al.*, 2015). A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia de organização e gestão que identifica ensino e aprendizagem com os princípios e diretrizes do SUS. Essa política representa o principal dispositivo do mandato constitucional de ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde, ela é a tradução primeira, campo de ação estratégica em política pública para a educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde (CECCIM, 2018; 2019).

Nesse íterim muitos desafios permearam essa prática em tempos de pandemia, destacando-se: o tempo para a participação dos profissionais nas atividades educativas, a priorização temática e a relação com os sentimentos de medo e as incertezas apresentadas pelos profissionais.

O papel da EPS nos serviços de emergência e urgência é de extrema importância, pois possibilita aos profissionais de saúde mais envolvimento, maior troca de conhecimentos, de vivências e práticas, mais equidade no cuidado e, consequentemente, melhoria na qualidade do serviço (PIAZZA *et al.*, 2015).

Atividades educativas desenvolvidas independentemente do conceito atrelado são essenciais para melhorar as práticas diárias e, fomentadas pelas metodologias ativas, despontam como ferramenta de grande importância para a Educação Permanente, uma vez que atua a partir de elementos do cotidiano do trabalho para formular novas estratégias e abordagens (LUZ *et al.*, 2020).

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência sobre os desafios de realizar educação em serviço em uma unidade de pronto atendimento da capital amazonense no período da pandemia de Covid-19.

Esse relato foi extraído do cotidiano profissional dos autores e de suas vivências presenciais nos processos educativos tais como: treinamentos, rodas de conversas, reuniões de alinhamento de rotinas e orientações diretas aos profissionais no ambiente de trabalho, sejam eles os profissionais atuantes na assistência direta ao doente e/ou voltados aos serviços administrativos.

A unidade lócus dessa experiência caracteriza-se por ser uma unidade mista com atendimento adulto e infantil de média complexidade de urgência, emergência e ambulatorial com múltiplas especialidades. Possui 22 leitos destinados a internação não prolongada, sendo quatro leitos na sala vermelha. O hospital oferece atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e não se trata de uma unidade referência para internação de usuários acometidos por Covid-19.

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) da unidade surgiu do compromisso de tornar o profissional preparado para o atendimento das demandas e participativo dos diversos processos assistenciais, considerando a educação como base norteadora. Dentro dessa proposta, outros sujeitos foram envolvidos nos processos educacionais e passaram a ser alvo das programações e atividades educativas desenvolvidas, dentre eles estudantes de cursos de nível médio e superior, e os usuários do serviço.

Atualmente, o NEP desenvolve as seguintes atividades: cursos, treinamentos e palestras voltadas para equipe de saúde; coordenação do serviço de voluntariado para as áreas de enfermagem, biomedicina e radiologia; organização e supervisão de campo de estágio para docentes e discentes das diversas unidades de ensino da capital, sejam elas de cursos profissionalizantes ou graduação das áreas de enfermagem, biomedicina e radiologia; e realização de educação em saúde aos usuários por meio da parceria com instituições de ensino e outros setores da unidade.

As atividades educativas ocorrem diariamente conforme programação estabelecida anualmente. Os locais de realização são os setores assistenciais e o auditório da unidade quando as temáticas estão relacionadas à equipe multiprofissional e aos voluntários. As atividades de educação em saúde acontecem nos espaços de espera pelos atendimentos e costumam ter suas temáticas estabelecidas conforme as demandas apresentadas pela equipe e usuários.

Nos anos de 2018 e 2019 o setor já havia somado 126 atividades que incluem treinamentos, cursos e palestras para profissionais e usuários totalizando 202 horas de atividades com a participação de mais 2008 pessoas.

O período que abrange a experiência desse relato ocorreu nos meses de março a setembro do ano de 2020, nos diversos setores ligados ao serviço de pronto atendimento.

Resultados / discussão

O início da Pandemia na cidade de Manaus trouxe novos desafios para atividades dos Núcleos de Educação Permanente refletindo nas mudanças das programações já instituídas, introdução de novas modalidades de atividades educativas e adaptações para temáticas em torno de procedimentos e processos assistenciais inerentes à pandemia.

Rodas de conversas e reuniões

As rodas de conversas e reuniões de forma geral se intensificaram, pois passaram a ser um espaço de diálogo da equipe assistencial com a gestão e dos profissionais entre si, desenvolvendo dessa forma a gestão participativa e a

melhoria dos processos de trabalho. Elas tornaram-se mais frequentes quando comparadas ao ano anterior à pandemia, pois as demandas por decisões referentes ao cotidiano de trabalho mudaram drasticamente com a pandemia.

As atividades de rodas de conversas e reuniões caracterizaram-se por serem espaços de diálogo entre os profissionais e voluntários da unidade. Nelas se desenvolveu a tomada de decisão sobre aspectos de relevância técnica tais como: adoção do fluxo de atendimento para os casos suspeitos e confirmados de Covid-19, procedimentos empregados no atendimento a esses pacientes, fluxos de atendimento aos profissionais da saúde em caso de adoecimento e discussão sobre a permanência e normatização das atividades acadêmicas na unidade.

Integração e acolhimento

As atividades de integração e acolhimentos instituídas no início do ano de 2020 passaram a compor uma nova estratégia para sensibilizar e orientar discentes e profissionais voluntários a práticas assistenciais mais seguras. A viabilização dessas integrações foi necessária para diminuirmos a disseminação do novo vírus, por meio das orientações realizadas aos envolvidos nos processos acadêmicos e de voluntariado.

As integrações ou acolhimentos foram realizados com objetivo de receber e acolher egressos, voluntários e acadêmicos que retomaram suas atividades acadêmicas no início de julho. Em todas as integrações realizadas foram repassados os protocolos de higienização das mãos, paramentação e desparamentação, descarte do resíduo hospitalar, manejo da síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave e fluxo da unidade dos pacientes suspeitos ou confirmados da Covid-19.

Treinamentos

Os treinamentos em serviço foram estendidos para contemplar maior quantitativo de profissionais da equipe assistencial refletindo dessa forma em um aumento de realizações quando comparado ao ano de 2019.

Os treinamentos em serviço de forma geral atendem principalmente os profissionais envolvidos na assistência ao paciente portador de Covid-19 na unidade, portanto, as atividades de treinamento foram desenvolvidas *in locu*

dentro dos espaços e horários de trabalho com o objetivo de facilitar a participação de todos os profissionais da assistência.

A ação educativa é dinâmica e pode ser desenvolvida em qualquer momento e local, conforme a necessidade sentida, isto é, a problematização referente ao cotidiano de trabalho serve de subsídios para estabelecer o processo educativo. Assim, no espaço de trabalho, o processo de trabalho passa a ancorar-se no trinômio ‘gestão-educação-atenção’ (SILVA *et al.*, 2012).

As temáticas tratadas nas atividades de treinamento em serviço foram voltadas para os profissionais assistenciais e incluíram as seguintes temáticas: Manejo de casos suspeitos e confirmados de Covid-19; Paramentação e desparamentação dos profissionais e fluxos de atendimentos de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 na unidade; Preparo de material para manejo de via área avançada em paciente (suspeito ou confirmado) de Covid-19; Manejo de bomba de infusão; Técnica de higienização das mãos; Desinfecção de material respiratório; Montagem de materiais respiratórios; Identificação do paciente; Comunicação efetiva, saúde mental e prevenção do suicídio.

As atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente no período da pandemia entre os meses de março e setembro apresentaram avanço de forma geral em comparação ao ano de 2019, conforme o quadro 1.

Quadro 1: Atividades de educação desenvolvidas no período da pandemia e comparativo com o ano anterior.

Atividade de educação	Quantitativo de execuções	
	2019	março a setembro 2020
Rodas de conversa/reuniões	8	12
Integrações e acolhimentos	0	18
Treinamentos em serviço	54	52

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Múltiplas nuances se expressam durante o processo desenvolvido na Educação Permanente, e com elas surgem os principais desafios, como o de alinhar prática e teoria, além de fazer com que se torne reflexivo o sujeito do processo. É notória a importância do desenvolvimento de estratégias, sejam elas oficinas,

rodas de conversas, treinamentos e outros como instrumentos facilitadores de uma postura crítica e proativa dos profissionais, uma vez que as mudanças sociais, políticas e econômicas têm exigido dos profissionais enfermeiros e de saúde em geral uma nova postura onde o conhecimento técnico-científico esteja aliado a um profissional crítico e cidadão (LOPES; FREITAS; MACIEL, 2015).

Os desafios encontrados pelo NEP da instituição no período da pandemia tiveram origem no aumento abrupto do número de atendimentos de pacientes infectados pela Covid-19, pela estrutura física e de processos de trabalho encontradas anteriormente na unidade não idealizadas para vivenciar as condições impostas pela pandemia e o estado de medo e pressão vivenciados pelo profissional da assistência. Dessa forma podem-se classificar os desafios do NEP em três grandes áreas: 1) instituir um tempo para participar de um treinamento em serviço, roda de conversa ou reunião; 2) elencar a temática de maior impacto nas atividades de atendimento frente às inúmeras dúvidas que o enfrentamento da pandemia gerava; 3) o sentimento de medo e comportamento de descrença frente às orientações realizadas.

“Parar para treinar”

No que concerne ao desafio de “parar para treinar” refere-se ao momento em que o profissional se dispõe a participar de alguma prática educativa e reflexiva dentro da instituição em horário protegido, porém tomado pelo sentimento de inquietude, pois ao mesmo tempo em que o profissional compreende a importância de se aprender, trocar ideias e refletir sobre o cotidiano de trabalho, ele torna-se apreensivo em deixar momentaneamente suas atividades e deslocar-se no próprio espaço do trabalho para treinamentos, rodas de conversas e atividades afins. Em tempos de pandemia essa inquietação se intensificou, pois, a grande demanda de atendimentos, rotatividade de pacientes e complexidade de procedimentos relacionados à assistência aos pacientes portadores de Covid-19 provocou nesses profissionais enorme desgaste e dificuldades para estabelecerem espaços dentro dessas rotinas para novos aprendizados. Muitas vezes tomados pelo cansaço e outras pela ansiedade de realizarem suas tarefas sem atrasos ou danos aos pacientes mesmo estando cientes do amparo para estarem realizando os treinamentos em serviço.

Ainda são escassos os estudos que apresentem a Educação Permanente nos serviços de emergência, suas contribuições para os profissionais e gestores, fatores que restringem a participação dos trabalhadores nas atividades e as estratégias que motivem essa participação, promovendo uma maior adesão ao processo (NUNES, 2014).

Com o objetivo de facilitar o processo de realização desses treinamentos em serviço foram estabelecidos diversos treinamentos *in loco*, ou seja, nos setores da unidade e nos espaços de uso comum com programações de tempo breve, temáticas relevantes e abordagens objetivas. O treinamento sobre preparo de material para manejo de via aérea avançada e paramentação e desparamentação foram as temáticas mais intensificadas com a equipe, sendo por diversas vezes abordadas a fim de promover maior segurança no momento de sua realização. As abordagens aconteciam principalmente nos espaços de atendimento ao doente e algumas vezes com a demonstração prática de todo o processo sob a responsabilidade do Núcleo de Educação Permanente.

O NEP atua como um dispositivo para o desencadeamento das ações de Educação Permanente através de estratégias potentes que os facilitadores devem desenvolver, destacando-se a flexibilidade para os encontros, a autonomia (momentos dedicados para atividades educativas imersos dos processos de trabalho) e as reuniões possibilitadas pelo NEP. Entretanto, essas estratégias mostram limitações para a implementação destas ações, como: aumento da demanda assistencial, resistência dos profissionais e a falta de comprometimento de alguns profissionais frente ao processo educativo (LAVICH *et al.*, 2017).

Toda abordagem educativa realizada nos espaços das organizações hospitalares que não se configura em modelos tradicionais de ensino encontra na implementação das metodologias ativas a otimização do processo de aprendizagem, facilitando que os profissionais desenvolvam consciências críticas e sejam capazes de melhorar as relações interprofissionais para tomadas de decisões e resoluções de problemas (MELO *et al.*, 2019).

O aprimoramento das metodologias ativas é constante e fundamental aos processos de estudo e capacitação permanente, com vistas a não tomar as intervenções ou propostas nos serviços obsoletos. A implementação destas metodologias ativas em Núcleos de Educação Permanente favorece para que os colaboradores das

organizações despertem o senso crítico e interesse por determinado assunto para efetivar as melhorias dentro dos processos (LUZ *et al.*, 2020).

Priorização de temáticas

Outro desafio relevante foi a priorização temática, pois as demandas da equipe de forma geral eram diversificadas e impunham para o setor de Educação Permanente uma análise mais precisa do impacto de um determinado tema para o momento pandêmico enfrentado pelos servidores assistenciais e administrativos da unidade. Destacamos treinamentos que inicialmente não estavam sendo cogitados como prioritários, como sobre manejo de bomba infusora e higienização das mãos, no entanto mostrou-se necessário difundir o manejo adequado da bomba infusora devido à frequência de seu uso em terapias medicamentosas em pacientes graves de Covid-19, bem como ao risco inerente ao mau uso deste equipamento. A temática de higienização das mãos surgiu com forte relevância principalmente pela baixa adesão ainda apresentada pela equipe de saúde, e por entendermos que essa adesão é de extrema importância para diminuir a disseminação do vírus entre os profissionais e pacientes atendidos.

As temáticas difundidas através dos treinamentos em serviços devem aproximar-se das necessidades vivenciadas no cotidiano de trabalho, ou seja, da realidade diária, e essa realidade quando discutida e refletida de forma aberta tem uma enorme potencialidade de gerar mudanças e melhorias nos processos e relações de trabalho (PEREIRA *et al.*, 2018).

É evidente que existem ainda dificuldades para associar o exercício da Educação Permanente com a realidade no cotidiano dos serviços de saúde, em seus processos de trabalho. Faz-se necessário, assim, repensar a construção coletiva, a democratização na construção da corresponsabilidade, a ampliação da qualidade de análise da realidade e a elaboração do aprendizado no cotidiano dos serviços de saúde. Para tanto, é preciso superar a cultura da educação fragmentada e dissociada da realidade, enxergando o cotidiano como um espaço rico de possibilidades para se produzir aprendizado e transformações importantes para a mudança de modelo assistencial (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A proposta de EPS necessita transcender a alguns quesitos sejam estes de ordem organizacional ou cultural. Nas instituições, os gestores precisam compreender que a educação em saúde não é apenas um apêndice e, por isso mesmo, precisa ser tratada como uma estratégia permanente de desenvolvimento pessoal e, consequentemente, organizacional. No quesito cultural, necessita-se entender que os treinamentos e capacitações não são finalizadores, estes são tão somente pontos de partida para um processo educativo amplo e, que busque o desenvolvimento integral dos sujeitos (SILVA *et al.*, 2012).

Medo e descrença frente às orientações

E não menos importante ao desafio do enfrentamento dos sentimentos de medo e descrença que se caracterizavam pela demonstração de temor frente às orientações apresentadas principalmente quando se tratava de procedimentos assistenciais e de apatia quando o profissional se apresentava indiferente e pouco receptivo às informações. Em ambas as situações foram intensificadas ações educativas individualizadas e que buscavam sensibilizar esse indivíduo a fazer parte do processo de forma mais ativa.

Comportamentos de medo vêm sendo justificados em muitos estudos que retratam a saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia de Covid-19 com grande preocupação devido à frequente exposição ao risco de contaminação, às grandes tomadas de decisões, longas jornadas de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual, ampla cobertura da imprensa e baixo estoque de medicamentos. Além disso, a perda de colegas próximos ou familiares também se apresentou como um agravante e pouco se sabe das consequências desse sofrimento psicológico no longo prazo (PRADO *et al.*, 2020).

Considerações finais

A pandemia de Covid-19 está sendo um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, exigindo respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisam ser reorganizados, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento.

Discutir sobre os desafios de realizar processos educativos em unidades de urgência e emergência que enfrentaram a pandemia do Covid-19 é sinônimo

de pensar em estratégias de ação para melhor traduzir essa Educação Permanente baseada no cotidiano de trabalho. É necessário repensar nos profissionais que farão parte desse processo e construirão novos caminhos.

Diante dessas reflexões, espera-se que esse relato exemplifique os desafios reais da Educação Permanente e sirvam de ponto de partida para novos estudos e discussões. Preencher essas lacunas se faz necessário e urgente, pois a ausência ou ineficiência de processos educativos refletem diretamente na ausência de uma assistência ao usuário mais humanizada.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 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 Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2011.
- CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e 20160317, 2017.
- CECCIM, R. B. Emergência De Um “Campo De Ação Estratégica”: Ordenamento Da Formação E Educação Permanente Em Saúde. **SANARE**, v. 18, n. 01, p. 68-80, 2019.
- CECCIM, R. B. Ordenamento. In: CECCIM, R. B., DAL LEGRAVE, D.; AMORIM, A. S. L.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. (org.). **EnSiQlopédia das Residências em Saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 190-197.
- FVS-AM - FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS. Boletim Epidemiológico 1. Situação Epidemiológica de Covid-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave no Estado do Amazonas. 2020a.
- FVS-AM - FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS. Boletim epidemiológico 14. **Situação Epidemiológica de Covid-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave no Estado do Amazonas**. 2020b.
- FVS-AM - FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS. Boletim Epidemiológico 200. **Situação Epidemiológica de Covid-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave no Estado do Amazonas**. 2020c.
- LAVICH, C. R. P. et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 38, n. 1, e62261, 2017.
- LOPES, S. V. L. M.; FREITAS, I. R.; MACIEL, M. D. C. Relato de experiência: implantação do núcleo de educação permanente em Jataúba, PE. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 165-174, 2015.
- LUZ, K. E. S. et al. Aplicação de metodologias ativas em núcleo de educação permanente nas organizações de saúde. **REAS/EJCH**, v. 48, e2832, 2020.
- MELO, E. F. F. et al. **A importância da metodologia ativa de ensino e aprendizagem na educação interprofissional na área de saúde e na formação acadêmico de odontologia**. Unievangélica, 2019.


NUNES, S. F. L. Educação permanente no serviço de enfermagem em emergência. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 84-92, 2014.

PIAZZA, M. et al. Educação permanente em unidades de pronto atendimento 24 horas: necessidade e contribuição à enfermagem. **Nursing and Health**, v. 5, n. 1, p. 47-54, 2015.

PEREIRA, L. D. et al. Educação Permanente Em Saúde: Uma Prática Possível. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1469-79, 2018.

PRADO, A. D. et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do Covid-19: uma revisão integrativa. **REAS/EJCH**, v. 46, e 4128, 2020.

SILVA L. A. A. et al. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 496-506, 2012.



Como os Rios Negro e Solimões: encontros que movimentam a Educação Permanente em Saúde e a Humanização no Amazonas

Ana Karla Pimenta Noronha de Almeida
Davi Araújo da Cunha
Nádia da Costa Macedo
Fabiana da Silva Gurgel
Camila Géssica Lima Almeida
Andreia Félix Pereira
Gilberson Figueira Barbosa
Mário Ernani Mendonça da Costa
Telma da Conceição Santos Amaral Pereira
Elcilene Oliveira da Silva

Introdução

O encontro de dois belos rios, Negro e Solimões, acontece bem em frente da capital do estado do Amazonas, Manaus. Como um de seus pontos turísticos mais procurados, para os que já tiveram o privilégio de conhecer por experiência própria o encontro das águas, como é comumente chamado, não é difícil encontrar entre os depoimentos de impressão a agitação, o vigor e a beleza identificados como resultados dessa experiência. Não é difícil fazer um paralelo entre a força, desafio e até mistério desse encontro natural com os desafios encontrados nas tentativas geralmente artificiais de articular de forma potente políticas de saúde consideradas irmãs e ainda assim quase incomunicáveis entre si. No entanto, essa aventura pode representar uma conquista quando a proposta é traduzir em efeitos práticos o que propõem as diretrizes políticas, inertes por si só, sem as pessoas que se movimentam para mobilizá-las.

Em muitos aspectos, falar da política de Educação Permanente em Saúde (EPS) é falar também da Política Nacional de Humanização (PNH) e vice-versa. Ambas, quando vistas com seus pontos principais de confluência, suscitam aspectos inerentes ao próprio ser pessoa, gente, trabalhador da saúde, cidadão, usuário do SUS. Ambas buscam transformar e marcar a vida daqueles que trabalham na saúde,

no sentido de tornar o trabalho dinâmico, humanizado, cooperativo, acolhedor e resolutivo, assim como aponta para muito além do que um processo de reprodução, mas num refazer-se no cotidiano do trabalho e pelo trabalho.

No texto adiante apresentaremos brevemente os seguintes tópicos: A Política Nacional de Humanização (PNH) e seu contexto no Amazonas; o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) dando ênfase no território amazônico, para em seguida dizer como se deu o encontro prático dessas políticas, seu desenvolvimento e possíveis desdobramentos prospectivamente vistos como potentes para o fortalecimento da gestão, do ensino, da atenção e do controle social no SUS amazônico.

A Humanização como processo político instituído no setor saúde brasileiro: por que e para quê?

Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda vivenciamos práticas profissionais centradas nos procedimentos, processos de trabalho fragmentados, esfacelamento das relações nas equipes, clínicas predominantemente degradadas e tratamento impessoal com os usuários.

Em 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde teve como tema Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com Controle Social (BRASIL, 2002), trazendo pela primeira vez o assunto para discussão nacional. No mesmo ano, o tema ganha um novo direcionamento institucional, fundamentado, principalmente, no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH com a proposta de orientação para o desenvolvimento de projetos de caráter humanizador nas diversas áreas de atendimento hospitalar.

O ano de 2003 é considerado um marco para história da Humanização no Ministério da Saúde porque foi lançada no XX Seminário Nacional de Secretários Municipais de Saúde e 1o Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e não Violência, ocorrido em Natal, RN, de 17 a 20 de março de 2003. Nesse mesmo ano, na 12ª Conferência de Saúde, realizada de 07 a 11 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2004a), a humanização foi consagrada como eixo estruturante da organização da atenção, das condições de trabalho, das relações entre os atores envolvidos, das relações trabalhistas, do desempenho profissional, do controle social e gestão participativa, como ação antidiscriminatória e de reconhecimento das diferenças,

apresentando como pré-condições a interdisciplinaridade, intersetorialidade, Educação Permanente e a cultura da solidariedade.

Vale destacar que não há portaria que institua a Política Nacional de Humanização, o que é plenamente justificada pelo simples fato de que as diretrizes, princípios e dispositivos contidos na PNH possuem caráter transversal, , portanto, presentes nos atos normativos das demais legislações e das demais políticas, como a de Educação Permanente em Saúde. Além do que, sabemos que o processo de humanização na saúde ocorre da mesma maneira que em outros espaços, tempos e culturas, ou seja, acontece quando da interação com outro humano. Se o outro nos constitui, então precisamos estar juntos, dialogando, fazendo e sentindo juntos; condições que portarias e decretos não são suficientes para estabelecerem. O que temos, então, é uma série de movimentos ao longo dos anos que vão dando sustentabilidade a PNH e tornando-a uma necessidade na atenção e na gestão do SUS (BRASIL, 2004b).

A partir de experiências exitosas acumuladas no SUS, como política transversal, propondo a indissociabilidade entre modos de cuidar e modos de gerir os processos de trabalho, estabelecendo critérios para o atendimento nos serviços, como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e de corresponsabilidade, entre gestores, usuários do SUS e profissionais de saúde, promovendo as relações humanas como valor fundamental no seio das práticas públicas de saúde, a partir do resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais, como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social.

Em 2011, na 14ª Conferência Nacional de Saúde sob o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” (BRASIL, 2012) e como o eixo “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”, muito se discutiu sobre a humanização nos processos de produção da saúde, o acolhimento resolutivo, a gestão participativa, a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, segundo os princípios do SUS e na perspectiva da PNH, dando maior visibilidade a essa política de qualificação que se opera transversalmente em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Assim, a PNH pretende contribuir para o aperfeiçoamento do SUS, incentivando a formulação, a implantação e a implementação de projetos e ações de humanização, no sentido de alterar o modo tradicional com que habitualmente

se constroem as relações entre as instâncias que compõem o SUS, considerando o indivíduo na sua dimensão global sem perder de vista sua singularidade e os processos de adoecimento e de saúde.

Contextualização da Política de Humanização no SUS Amazonas

No Amazonas a humanização no atendimento teve seu desenvolvimento com o Programa Nacional de Humanização na Atenção Hospitalar (PNHAH), que visava aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e a comunidade. Nesse primeiro momento foram envolvidos a Secretaria de Estado de Saúde, o Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, o Pronto Socorro da Criança da Zona Sul e Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ). Em 2005, juntamente com a proposta do Projeto de Qualificação de Unidades de Urgência e Emergência – Projeto Qualisus no qual foram inseridas cinco Unidades da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM) e duas da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), surgiu a proposta de desenvolvimento de ações de humanização nesses serviços de Urgência e Emergência, de acordo com o preconizado pela PNH especificamente para a implantação do dispositivo Acolhimento e Classificação de Risco (ACR). Ainda nesse mesmo ano o Ministério da Saúde - MS, através de um Acordo de Cooperação Técnica entre MS/EAD/FIOCRUZ, realizou o Curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde (PNH)/SUS, para o qual foram indicados a participar três profissionais da SUSAM/SES.

Nesse período encontrava-se em desenvolvimento o Projeto “Humanização nas Unidades Estaduais de Saúde de Manaus - Amigos da Saúde” como resultado de parceria entre a SUSAM, Conselho de Desenvolvimento Humano (CDH), a Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM) e a Universidade do Estado do Amazonas (UEA), elaborado dentro de uma proposta de pesquisa-ação de caráter multidisciplinar com a finalidade de subsidiar a definição de ações para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, em unidades da rede estadual de saúde, incentivando o desenvolvimento de ações e cursos de capacitação para a prática do acolhimento humanizado especificamente nas recepções.

Comprometida com a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e reconhecendo a necessidade contínua de melhorar a qualidade do atendimento à população nos serviços de saúde, em 2006 a SUSAM aderiu formalmente a PNH com a realização do Seminário Interinstitucional de Implantação da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção no SUS Amazonas, em parceria com o Ministério da Saúde – MS, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), Conselho de Desenvolvimento Humano (CDH) e Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Em 2007 foi instituído o Grupo Técnico de Trabalho responsável pela elaboração do Plano de Humanização para o SUS Amazonas, o qual vigorou até 2010, propondo, inclusive, a instituição de um núcleo de humanização devidamente regulamentado, visando à difusão da PNH em nível estadual. Mesmo com a não instituição do núcleo, no período de 2009 a 2011, a SUSAM, em parceria com o Ministério da Saúde e CETAM/ET-SUS, realizou dois cursos de formação com o objetivo de formar Apoiadores Institucionais para a Política de Humanização do SUS Amazonas, com potencialidade para intervir e produzir mudanças nos modelos de atenção e gestão à saúde no Estado, em consonância com PNH/MS, destacando que há várias unidades de saúde com Apoiadores Institucionais capacitados para desenvolverem as ações, tomando como base a oferta das tecnologias e os dispositivos da referida Política.

Imediatamente após o término do curso de formação de 2009, formou-se o Coletivo de Humanização do Estado com o objetivo de ser uma instância de apoio e fortalecimento aos apoiadores formados, na execução dos processos de implantação e implementação da PNH nas unidades de saúde.

Com a implantação e implementação das Redes de Atenção à Saúde e o disposto no Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 em seu Art. 38, buscou-se intensificar o movimento para o desenvolvimento de ações de humanização nos serviços de saúde no sentido de oferecer ao trabalhador o exercício de sua autonomia para melhorar o ambiente de trabalho e ofertar aos usuários do SUS um atendimento mais acolhedor e resolutivo, pois acreditamos que a participação efetiva e o estabelecimento de pactos sustentáveis entre trabalhadores, gestores e usuários são de suma importância para o fortalecimento das redes de saúde (BRASIL, 2011).

Desse modo, algumas tecnologias trazidas pela PNH estão sendo experimentadas no sentido de mudar as práticas vigentes, com destaque para a formação de Grupos de Trabalho nos serviços, a divulgação da “Carta dos Direitos dos Usuários”, o acompanhamento da gestante em rede, visita aberta e direito à acompanhante, o Acolhimento e Classificação de Risco, para tornar mais ágil o atendimento nos serviços de urgência e emergência, implantação de ouvidorias e ações de valorização do trabalhador e do trabalho em saúde, destacando que as ações que tiveram maior visibilidade foram voltadas para a atenção materna e infantil.

Vale ressaltar que foi realizada no período de setembro a novembro de 2015 a Capacitação HumanizaSUS: Ciclo de Oficinas para Trabalhadores da área de saúde em práticas humanizadas na Atenção e Gestão do SUS, para 60 trabalhadores da capital e do interior, abordando os temas a Política Nacional de Humanização: Gestão Compartilhada e Cogestão e Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; Carta dos Direitos do Usuário e Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Valorização do Trabalhador e do Trabalho em Saúde e Monitoramento e Avaliação.

Em meio ao contexto de fortalecimento da Política de Humanização no Estado foi dada continuidade ao movimento para instituição do Núcleo Estadual de Humanização na SUSAM, voltado especificamente para atuar no apoio às unidades de saúde para implantar e implementar as ações de humanização, de acordo com as necessidades dos serviços, institucionalizada como um processo contínuo que não seja interrompido com as mudanças de gestão ou governo, seguindo os princípios do SUS.

Foi publicada no dia 06 de julho de 2017 a Portaria GSUSAM N° 0603/2017 que instituiu o Núcleo Estadual de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, vinculado à Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada da Capital. Sendo definido como um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que possibilita o diálogo entre atenção e gestão, que se destina a apoiar a elaboração de projetos e o desenvolvimento de ações que estimulem práticas humanizadas, éticas e resolutivas nos serviços de saúde, com base na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão à Saúde no Sistema Único de Saúde-PNH/SUS. Tendo como competências principais:

a) Fazer a articulação com a Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização da Secretaria da Atenção à Saúde do Ministério.

b) Difundir a Política Nacional de Humanização -PNH na rede de saúde do Amazonas.

c) Fomentar estratégias para a consolidação da PNH no âmbito estadual.

d) Apoiar a elaboração e a operacionalização de planos de ação voltados para a humanização dos processos de trabalho nos serviços de saúde.

e) Instituir o Coletivo Ampliado de Humanização do Amazonas no âmbito da SUSAM, com a finalidade de apoiar as ações do Núcleo Estadual de Humanização (MANAUS, 2017).

No ano de 2017 foi realizado o I Seminário Estadual de Humanização na saúde com o tema: “Os desafios do Núcleo Estadual de Humanização”, onde foi abordado o contexto histórico e os desafios a serem enfrentados para efetivação da Política de Humanização e fortalecimento do SUS, além da apresentação de experiências exitosas no contexto dos serviços de saúde do estado. Foram apresentadas pelos trabalhadores da saúde algumas experiências, sendo elas: Visita Ampliada e novo Fluxo da Quimioterapia da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas - FCECON; Visita Ampliada e Cogestão da Maternidade Balbina Mestrinho; Parceria do Núcleo Estadual da SUSAM com o Internato Rural da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas - UFAM; Experiências exitosas no Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV e Central de Regulação com a ação: “Vestindo a Camisa 2017”. O evento contou com a participação de 133 (cento e trinta e três) trabalhadores da Saúde.

Ainda no ano 2017 foi realizado o I Encontro de Apoiadores Institucionais para PNH com a participação de 27 (vinte e sete) trabalhadores da saúde que fizeram a formação de Apoiador da Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse encontro também foram divulgadas informações sobre a institucionalização do Núcleo Estadual de Humanização na SES-AM e sobre o processo de reestruturação do Coletivo Ampliado de Humanização para disparar ações de humanização nas unidades de saúde em 2018. Na ocasião, foram feitas discussões sobre o movimento da política de humanização no Estado.

No ano de 2018 foi realizada a 2ª Oficina de formação de apoiadores institucionais da PNH, nos dias 10 e 30 de outubro. Como estratégia

metodológica as oficinas aconteceram em dois encontros, abordando os temas: A Política Nacional de Humanização; Gestão Compartilhada e Cogestão; Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; Carta dos Direitos do Usuário; Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Valorização do Trabalhador e do Trabalho em Saúde e Monitoramento e Avaliação, com o total de 16 horas de estudo. Foram ofertadas 70 vagas para trabalhadores da capital e do interior.

Foi realizado no dia 28 de novembro de 2018 o 2º Seminário Estadual de Humanização na saúde: experiências exitosas no contexto da Humanização. O seminário teve como Palestra Magna O Papel do Apoiador Institucional da Política Nacional de Humanização — seus desafios e possibilidades. Foram apresentadas quatro experiências de humanização desenvolvidas em unidades da rede de saúde do estado e ofertadas 180 vagas para trabalhadores da saúde da capital e do interior. Foram apresentadas como experiências exitosas: Classificação de Risco no Pronto Atendimento da Fundação de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON); Serviços Farmacêuticos no Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM); Projeto Musicoterapia do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV); Projeto de Humanização e Acolhimento no Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC) Dr. Moura Tapajós.

Foi realizada nos dias 13 e 27 de setembro de 2019 a 3ª Oficina para Formação de Apoiadores Institucionais para PNH, com a oferta de 70 vagas para trabalhadores da saúde da capital e do interior; nos dias 30 e 31 de outubro o Curso de Formação para os Multiplicadores da rede estadual e municipal de saúde em atenção à saúde LGBT, com oferta de 200 vagas para trabalhadores da saúde da capital e do interior; e, no dia 08 de novembro, o 3º Seminário Estadual de Humanização na Saúde, com a oferta de 180 vagas para trabalhadores da capital e do interior.

Figura 01: Oficina de formação de apoiadores institucionais da PNH – 2019.



Fonte: Arquivo Núcleo de Humanização - SES/AM, 2019.

Figura 02: Seminário Estadual de Humanização – 2019.



Fonte: Arquivo Núcleo de Humanização - SES/AM, 2019.

Além da realização de oficinas e seminários, o Núcleo de Humanização participa nos Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde com a proposta de ofertar as diretrizes e os dispositivos da PNH nestas redes para facilitar a comunicação entre elas, resultando num processo de gestão e cogestão mais eficientes e eficazes de forma integral em todos os níveis de atenção à saúde.

Um dos principais desafios do núcleo atualmente é a ampliação da Política de Humanização para o interior do estado do Amazonas. Para tanto, foi estabelecida uma parceria com a Secretaria Executiva do Interior, DABE/SES-AM e Educação Permanente, incluindo a criação de um calendário de oficinas para apoiadores da PNH nos municípios polos e a realização de videoconferências para os municípios, priorizando a implantação dos Dispositivos e Diretrizes da Política Nacional de Humanização-PNH, proporcionando aos trabalhadores um olhar mais subjetivo no cuidado, a corresponsabilidade e a percepção de que é possível a construção de uma política de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). É importante ressaltar que a PNH vem sendo experimentada em vários territórios nacionais e vem demonstrando que é possível ofertar uma saúde mais humana e resolutiva, a partir da criação de espaços coletivos de reflexão do próprio trabalho dentro dos serviços de saúde.

Pelo Núcleo Estadual de Humanização

O Núcleo de Humanização elencou no seu plano de trabalho as seguintes atividades prioritárias: recomposição de alguns membros constantes na portaria, como também o fortalecimento da equipe de trabalho do núcleo, tendo em vista que o mesmo contava somente com a profissional Ana Karla; fortalecimento do Coletivo de Humanização do Estado como estratégia para disparar e sustentar ações de humanização nas unidades de saúde através do retorno da agenda de encontros mensais do Coletivo; implantação, implementação e apoio às ações voltadas para as mudanças do processo de trabalho nas seguintes unidades de saúde: Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas - FCECON, onde criamos a Comissão de Humanização; Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado - FMT-HVD, HPS Dr. João Lúcio Pereira Machado, HPS 28 de Agosto, CAIC Moura Tapajós, Instituto da Criança do Amazonas-

ICAM, HPSC Zona Sul e Maternidade Ana Braga; Implantação do Acolhimento como Diretriz Operacional na SUSAM-SEDE (relação com os usuários internos e externos), como acolhida aos novos concursados e algumas ações pontuais voltadas ao trabalhador da sede da secretaria, como o acolhimento, aferição de pressão arterial/glicemia, acompanhamento nutricional e algumas atividades educativas do calendário do Ministério da Saúde.

Também foi disponibilizado para os trabalhadores da sede através do Centro de Atenção ao Servidor-CAS Miriam Moura Café um questionário on-line com assuntos gerais referentes a saúde, hábitos de vida e relacionadas ao trabalho, e oferta das Práticas Integrativas e Complementares-PICS; Apresentação da proposta da PNH aos estudantes de medicina da UFAM que estão indo para o Internato Rural na Disciplina de Saúde Coletiva; Transversalização da Política de Humanização com a Educação Permanente da SUSAM e com os Núcleos de Educação Permanente (NEP) das unidades de saúde; Apoio a implementação do Projeto PlanificaSUS no Baixo Amazonas; Participação e apoio à criação e implementação da Política Estadual de Saúde LGBT no Amazonas, Transversalização da PNH com as Redes de Atenção de Saúde, através da participação do núcleo nos Grupos Condutores; Oficinas de Humanização e Acolhimento no Município de Urucurituba, Parintins e Tefé; Implementação e monitoramento do Projeto de Qualificação das Práticas de Cuidado a partir das portas de entrada do SUS (CGPNH/SAS/MS) - AcolheSUS no Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado.

Educação Permanente em Saúde (EPS): política possível e prática viável em solo nacional e local

Os três termos utilizados para designar a Política de EPS (BRASIL, 2004c), já colocam o interessado na área na posição de constante espreita. Por sua amplitude, cada um dos termos exige que se estabeleçam estratégicos mirantes e aguda sensibilidade do investigador para que sua análise não se torne estéril. Inicialmente é preciso dizer que o termo saúde é um acréscimo, uma delimitação e uma ênfase dada a esse setor de uma vertente teórica que ficou conhecida como Educação Permanente. Esse "novo" processo educativo surge no final da década 1920 como um dos frutos da evolução histórica do pensamento educacional, agora mais cômico

da necessidade de uma educação que seja contínua, que dê suporte às mudanças maturacionais e sociopolíticas, que admita que o processo de aprendizagem perdura ao longo da vida e em todas suas fases (NEOTTI, 1978; LEMOS, 2016).

Estes autores relatam 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. Ou seja, seu surgimento vem atender um público bem definido, os adultos que, por assim dizer, passaram do período ideal do processo de escolarização. Mesmo assim, quase nenhuma influência é exercida senão a partir de 1955, na França, quando o termo Educação Permanente (EP) aparece possivelmente pela primeira vez e como prolongamento da escolaridade obrigatória e da reforma do ensino público. Portanto, ainda que em suas formas contemporâneas, a formação dos adultos cubra realidades técnicas e sociais bem diferentes, todas se unem ao elo da psicossociologia clínica tal como se desenvolveu na França, sobretudo a partir dos anos 1960 (JOBERT, 2002).

Delineada à época, a EP é vista como instrumentalização disponível aos adultos sem distinção de sexo, raça, idade e posição social e profissional capazes de estimular tanto quanto almejassem o constante aprimoramento de suas capacidades e de participar do processo da sociedade. O ideal proposto aqui é não de que os homens devam ser conduzidos ou manipulados, mas no sentido de que não precisam ser simplesmente seguidores da vontade alheia e menos ainda de correntes sociais e econômicas com viés de subjugação. O sentido era o de proporcionar algum tipo de ajuda para que fossem capazes de atuar num mundo móvel e complexo e de resistir à tentação do simples dirigismo e da ameaça de subordinação constante.

Os principais objetivos da Educação Permanente estavam todos após o período escolar (NEOTTI, 1978; LEMOS 2016; CUNHA, 2020):

- 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.

Como não temos a intenção de historicizar de forma pormenorizada o surgimento da EP, para quem recomendamos Neotti (1978), aqui é suficiente afirmar que a EP — observem que até aqui não se fala em Educação Permanente em Saúde (EPS) —, surge voltada exclusivamente para os adultos e, portanto, após o processo de escolarização, como sistema complementar, teoricamente abrangente e numa escala de interesses e pesquisas restritas a ideias e princípios, mas ganhando relativa potência, embora gradual. Também é necessário pontuar que as bases à formação de adultos precisavam se separar do modelo escolar e, para alcançar esse intento, os formadores dos adultos recorrem à psicologia do desenvolvimento e à sociologia das profissões. Isso por si só causou grande desafio, uma vez que esses formadores de adultos precisavam definir contornos peculiares diferenciando-os de seus próprios locais de atuação e formação, ou seja, formadores oriundos do modelo escolar. Esse movimento exigiria um grupo de novos atores no espaço educativo (JOBERT, 2002).

Mesmo sem destacar aqui a “passagem da mudança paradigmática que precisou ocorrer entre a concepção pedagógica da formação adaptada às crianças para uma concepção androgógica adaptada aos adultos” (JOBERT, 2002) voltada para sua profissionalização pela via da Educação Permanente, é necessária avançar historicamente na evolução da EP, tendo nesse movimento intensa participação, entre outros, da UNESCO e em seus vários informes e na promoção de estudos que impulsionaram o tema da EP fazendo com que chegasse até o início da década de 1980. É dessa época a identificação de alguns problemas presentes na perspectiva da EP, assim como algum consenso. O consenso foi quanto ao significado da EP, mas não quanto à forma ou termo. Como significado, há consenso que a EP é um processo contínuo ao longo da vida da pessoa, que não está limitado à instituição escolar, e que é um processo integral. A falta de consenso, que perdura até hoje, foi quanto à forma como a EP aparece nos debates e nos mais variados termos

utilizados: educação geral, educação formal e informal, educação para a vida, educação para o amanhã, ensino permanente, educação recorrente, entre outras. A constatação dessa multiplicidade de terminologias se confronta com os vários enfoques que buscam situá-las, o que pode direcioná-la para vários afluentes com risco de perder sua ideia força por ser ampla demais (CUNHA, 2020).

Contudo, é a partir de 1980 que a formação de trabalhadores em saúde experimentou transformações referentes aos processos de reformulações políticas no setor, notadamente as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde brasileiro. 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 (CECCIM, 2004).

Pode-se afirmar que as questões levantadas pela Reforma Sanitária brasileira, as várias conferências nacionais de saúde, a Constituição dita cidadã de 1988 que afirma como atribuição do SUS o ordenamento da formação de seus quadros técnicos e científicos, tudo isso contribuiu para fortalecer a crítica de pertencimento ao trabalho, do trabalhador se vê naquilo que faz e da implicação do usuário, com a gestão, com os serviços em saúde e com a comunidade.

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). Em outras palavras, “fica mais evidente que o desenvolvimento de trabalhadores não se faz descolado da atualização do próprio trabalho” (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015). Sem saber ou

sem perceber o SUS como escola, a nova ágora pode exercer forte influência sobre os processos formativos escolares ao desenvolver em seus quadros de trabalhadores da saúde não apenas técnicos com alta capacidade de acumulação de conhecimentos sistematicamente adquiridos, mas também pessoas que passaram por um processo de formação e de autoformação, um local de passagem, em que se percebe tanto como técnico competente como educador em saúde.

Como ferramentas de gestão nacional de saúde, tanto a EPS como a Humanização surgem no mesmo ano, em 2003, e buscam, entre outras tarefas, a desfragmentação das práticas e o acolhimento como fator distintivo entre atendimentos que precisam abandonar as decisões verticalizadas. Buscam ainda valorizar a experiência, o conhecer e o fazer advindos de ambos os agentes. Ambas as políticas, compartilham ainda da audaciosa missão de valorizar o conhecimento prévio do trabalhador e do usuário, o investimento nas práticas, na formação de pessoas, e propor modelos de interações que resultem em encontros mobilizadores e diálogos aprofundados.

Educação Permanente em Saúde (EPS) no Amazonas - potente desafio

As atividades desenvolvidas em EPS no Amazonas ganham reforço com a publicação da Portaria MS/GM no 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007). Da análise dessas diretrizes pode-se concluir que a EPS é uma política voltada exclusivamente para a formação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, e, em todos os níveis de gestão (união, estados e municípios) deve considerar a articulação entre as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, e a capacidade de resolução dos serviços de saúde, além da gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, a SES-AM empreendeu algumas atividades com o objetivo de impulsionar a EPS no estado, sempre tendo em vista que a abrangência dessa política não se reduzisse a um menu de cursos ou qualificações pontuais e até apartadas da realidade local, desafio este ainda muito presente hoje. Desse período, surgem vários seminários regionais de EPS e o MS envia recursos para a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde - PEEPS-SES/AM,

bianualmente elaborado e enviado ao MS. Cursos e capacitações são feitos, porém, ainda que haja algum esforço para se distanciar do modelo escolar de transmissão de conhecimento, o que se mantém é a pouca participação dos envolvidos no processo de qualificações na elaboração dos referidos seminários e cursos.

A ideia de ambiente-escola e de que o trabalho é um local de aprendizado ainda estão em construção lenta. Mesmo assim, várias ações são desenvolvidas e coordenadas tanto pela equipe da Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos (GDRH) como de forma independente pelas unidades de saúde, sem que fosse dada ênfase, exceto por alguns (como Antônio Daniel de Almeida, que ocupou o cargo de gerente do GDRH por algum tempo) de que essas ações tinham relação direta com uma política nacionalmente instituída. O GDRH abrange ações também na educação continuada, como estágios remunerados, curriculares obrigatórios e pesquisas científicas. Se formos levar ao pé da letra, a educação continuada compreende somente os espaços formais e as práticas escolarizadas de formação. Estas atividades estão envolvidas sim com a Educação Permanente e Humanização visto que, se pararmos para pensar, por meio destas o aprendizado vai além de técnicas e teorias e na prática os discentes aprendem também sobre avaliar o indivíduo na hora do atendimento das demandas sociais e do cuidado. Portanto, a EPS não é somente uma política, mas também e primeiramente, uma ética, uma pedagogia, um processo de troca e aprendizado compartilhado e experimentado no fazer cotidiano. Em outras palavras, um processo educativo e formativo capilarizado por relações concretas capazes de gerar reflexões.

Tomando a título de exemplo, destacamos as seguintes atividades já a partir de 2019:

1. Em 08/2019 em parceria com o COSEMS-AM ocorreu o 1º Seminário de EPS no Entorno na Cidade de Manaus.
2. Em 11/2019 em parceria com o COSEMS ocorreu o 2º Seminário de EPS no Médio Amazonas na cidade de Itacoatiara.
3. Em 06/2019 ocorreu a Reunião Técnica para Apresentação e Contribuições dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde.
4. Em 07/2019 em parceria com a Fiocruz ocorreu o curso de facilitadores em EPS - Unidade de Aprendizagem Integradora.
5. Em 08/2019 Implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no Hospital João Lúcio.

A potência do encontro: articulação entre as políticas de EPS e Humanização na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas — o surgimento do NEPSHU

Numa margem, o setor competente para coordenar a política de humanização na SES-AM foi o Núcleo Estadual de Humanização, coordenado pela Assistente Social Ana Karla Pimenta Noronha, e que, com a reestruturação do organograma da instituição, ganhou status de gerência em 2020, vinculada a também recém-criada Secretaria Executiva Adjunta de Políticas de Saúde - SEAPS, mas mantendo a Karlinha, como é gentilmente conhecida, como gerente.

Na outra margem, ficava a cargo da Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos - GDRH, o compromisso de conduzir a política nacional de Educação Permanente em Saúde no estado. Com a reestruturação já citada no organograma institucional, essa gerência passa a ser a Gerência de Desenvolvimento de Pessoas e Educação na Saúde - GDPEs, e o Departamento a que está ligado passa a Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A modificação desses nomes tem um valor também simbólico. Pela primeira vez a palavra educação aparece no organograma da SES-AM. E já aparece em dois momentos: como departamento e como gerência.

Com agendas totalmente independentes, as duas coordenações se encontravam apenas na condição de uma convidada da outra, seja nos encontros que ficaram conhecidos como reunião do coletivo da humanização, ou nas oficinas de Educação Permanente em Saúde, da então gerência de desenvolvimento de recursos humanos. Podemos considerar que a portaria GSUSAM no 227-2019 de 19 de junho 2019, que instituiu a Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde (CoEPS) na Rede Estadual de Saúde do Amazonas, e a mudança gerencial do GDRH foram os grandes disparadores para o surgimento da perspectiva de trabalho conjunto entre essas duas políticas. Em um de seus incisos, essa portaria lança o desafio de “trabalhar articulado com as áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde em propostas que envolvam ações de *educação e humanização* na saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão do SUS”, item *a* do artigo 1º (AMAZONAS, 2019).

Dessa orientação formal começaram a surgir encontros e diálogos que culminaram com o Projeto Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos de

Educação Permanente em Saúde e Humanização — os NEPSHUs. Com a experiência adquirida nas reuniões do Coletivo Ampliado de Humanização, que eram formados de acordo com as tipologias das unidades de saúde, as oficinas para fortalecimento e ampliação dos NEPSHUs foram organizadas a partir das seguintes unidades de saúde:

1. Centros de atenção integral a melhor idade (CAIMI), Centro de atenção integral à criança (CAIC) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o único de gestão estadual.
2. Hospitais
3. Maternidades
4. Policlínicas
5. Serviços de Pronto Atendimento - SPAs e UPASs
6. Prontos-Socorros
7. Fundações e outras Tipologias, incluindo um NEPSHU na própria sede da SES-AM (Amazonas, 2021)

O próximo passo foi qualificar as duas equipes (EPS e Humanização) no sentido de apropriação conceitual e metodológica de ambas as políticas para que fosse lançado o desafio de adesão desse novo formato de trabalho durante as oficinas por tipologia. Nesse ínterim, tivemos relevante apoio do pesquisador da Fiocruz-AM, Júlio César SCHWEICKARDT, um apaixonado pela Amazônia e sua gente, e a contribuição valiosa do também pesquisador Alcindo Ferla, da Rede UNIDA, instituição que formalizou acordo de cooperação técnica com a SES-AM para o fortalecimento da EPS e Humanização no Estado do Amazonas. O resultado não poderia ter sido melhor: em todas as oficinas realizadas pelas tipologias já citadas houve a adesão para que esforços fossem feitos no sentido de formalização dos NEPSHUs. Em cada oficina era reforçada a ideia de que a unidade de saúde começaria com a estrutura já existente e, aos poucos, uma fortalecendo a outra. Também foi respeitada a decisão daquelas que, por motivos justificáveis, decidiram continuar como núcleos independentes.

As oficinas aconteceram nas seguintes datas e sequências:

1. Em 26/09/2019 e 27/09/2019 - Realizamos a Oficina de Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização na Saúde - NEPSHU com os CAICS, CAIMIS e CAPS.

2. Em 12/03/2020 - Realizamos a Oficina de Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização na Saúde - NEPSHU, com os Hospitais.

Figura 03: NEPSHU Hospitais.



Fonte: Arquivo da Gerência de Desenvolvimento de Pessoas e Educação na Saúde - SES-AM, 2020.

3. Em 16/07/2020 - Realizamos a Oficina de Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização na Saúde - NEPSHU com as Maternidades.

Figura 04: NEPSHU Maternidades.



Fonte: Arquivo da Gerência de Desenvolvimento de Pessoas e Educação na Saúde - SES-AM, 2020.

Antes de citar as demais oficinas, chamamos a atenção para a principal diferença entre as figuras 03 e 04: o uso de máscaras! Desde um pouco antes dessa oficina até quando escrevemos esse capítulo esse artefato é de uso pessoal e obrigatório no Amazonas, no Brasil e em vários outros países. Um olhar mais atento ainda nessas duas figuras revelará um distanciamento maior entre os participantes, fruto não somente da recomendação de não aglomerar, como de um sentimento íntimo de medo de contaminar ou contaminar-se. Outro dado a observar é que, como a primeira onda de Covid-19 teve seu pico mais elevado no Amazonas nos meses de abril e maio de 2020, houve uma interrupção abrupta na realização presencial das oficinas, que viriam a ser retomadas com muitos cuidados a partir de julho.

Sobretudo durante o pico da primeira onda epidêmica, quando houve uma movimentação em todas as direções para atender e entender o novo e desconhecido vírus, servidores da EPS estiveram ativamente envolvidos e passaram a assumir outras atribuições como foi o caso de supervisionar presencialmente a iniciativa do Governo de Estado do Amazonas conhecida como Chat Bot, estratégia que se mostrou efetiva em atender os usuários com maior abrangência, evitando as aglomerações. Um quantitativo significativo de demandas que foram atendidas por 69 médicos especialistas e assistentes sociais que foram deslocados de suas unidades de lotação para essa nova missão que exigia trabalho em três turnos, incluindo os finais de semana, e que foi um verdadeiro momento de aprendizagem em serviço uma vez que se tratou de novo formato que exigiu rápida interação e capacidade de adaptabilidade a situações novas. Literalmente, o encontro da EPS com a Humanização aconteceu num agitado momento, muito semelhante à agitação única que presenciamos quando os rios Negro e Solimões se encontram.

4. Em 29/07/2020 - Realizamos a Oficina de Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização na Saúde - NEPSHU com as Policlínicas. Em 15 de setembro de 2020 foi a vez da Oficina de Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização na Saúde - NEPSHU com os SPAs e UPAs.
5. Em 17/09/2020 - Realizamos a Oficina de Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização na Saúde - NEPSHU com os Prontos-Socorros. Em 15/10/2020 - Realizamos

a Oficina de Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização na Saúde - NEPSHU com as Fundações.

Felizmente, foi possível realizar todas as oficinas planejadas na capital Manaus, tendo sido feita a proposta de formalização de implantação de NEPSHUs em todas as unidades de saúde da SES-AM. O desafio agora era o interior. E mesmo já com as notícias que anunciavam em breve o início de uma segunda e ainda mais violenta onda de Covid-19, foi possível realizar dois seminários nas regionais de saúde do Baixo Amazonas, na cidade de Parintins, nos dias 02, 03 e 04 de dezembro de 2020, e na regional de saúde do Triângulo, na cidade de Tefé, nos dias 13, 14 e 16 de dezembro, sendo possível levar para o conjunto de onze municípios esse projeto. O impulso durante esses seminários foi de fortalecer ou formar coordenações municipais de Educação Permanente em Saúde e Humanização e, a partir dessas, os NEPSHUs em cada unidade de saúde.

A principal entrega em cada caso, seja por parte da SEMSA de cada município, seja pela unidade de saúde, é a elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização (por parte do município) e do Plano de Ação em Educação Permanente em Saúde e Humanização (por parte das unidades de saúde). É preciso reforçar que, em todos esses movimentos, o estímulo era para uma construção coletiva, com ampla participação dos servidores e, se possível, dos usuários e até de outros atores que cotidianamente fortalecem nosso SUS: escolas, igrejas, centros comunitários, entre outros.

Figura 05: Oficina de Implantação e fortalecimento de núcleos de Educação Permanente em Saúde e Humanização - Regional de Saúde do Triângulo - Município de Tefé-AM.



Fonte: Arquivos da Gerência de Desenvolvimento de Pessoas e Educação na Saúde - SES-AM, 2020.

Desafios e perspectivas — a necessidade de permanente e humanizado novos encontros

Acreditamos que não seja possível precisar as causas que culminaram na admissão de que a aproximação dessas duas políticas na SES-AM poderia alcançar potentes resultados. Com nitidez, temos que as diretrizes e portarias são unicamente unidas e efetivadas por pessoas dispostas a interagir e não por força de decretos e leis. No entanto, podemos apontar que as reflexões de ambas as políticas, a participação nos encontros já mencionados, a afinidade pessoal e profissional entre os envolvidos, a constatação da existência de outros NEPSHU em outros estados como na Prefeitura de Indaial, Santa Catarina, que aprovou o NEPSHU pela Portaria SMS 003, de 02 de maio de 2016 (SANTA CATARINA, 2016), e a busca determinada por fazer chegar de forma transparente e eficiente ao servidor da ponta e principalmente ao usuário as ações da área meio, estão entre as motivações do fazer articulado entre as duas políticas.

O leitor atento perceberá que esse movimento aconteceu num período muito próximo ao início local do possivelmente maior incêndio epidemiológico que nossa geração já presenciou em nível mundial. Quando se observa o resumo apresentado até aqui, constata-se que todo o planejamento realizado no final de 2019 de trabalho integrado foi comprometido pelas duas fortes ondas de casos de Covid-19. Contudo, os momentos de tensão, incertezas, dor e lágrimas também foram momentos de criação e de reinvenção. A própria construção deste livro em pleno momento de intensa correria por profissionais, leitos, insumos, oxigênio e formas de lidar com o desconhecido e agressivo invasor é prova que, quando se reconhece a força do coletivo, logo surge uma produção secreta e o observador assume também o papel de relator, e a partir daí outro valor é dado ao tempo da escrita, e surgem novos significados do fazer diário.

Dentro desse processo necessário de articulação entre as Políticas de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH), são identificados alguns desafios e pontos de confluência entre as referidas políticas. Com relação aos desafios na perspectiva da PNH, destaca-se a necessidade de qualificação do sistema de cogestão no Sistema Único de Saúde (SUS) em rede capaz de superar o isolamento e a fragmentação do processo de

trabalho, bem como a necessidade de fortalecimento e qualificação da Atenção Básica; superação do entendimento do conceito de saúde não como ausência de doença (cultura sanitária biomédica) e sim saúde como produção social, cultural e econômica; inserção nas práticas de gestão e cuidados os direitos dos usuários. Na perspectiva da PNEPS, aponta-se a educação de pessoal como sinônimo de aplicação de métodos e técnicas, visão instrumental da educação como meio para atingir um fim e não como estratégia de mudança institucional, superação do imediatismo, ou seja, da crença de que acontecerão grandes efeitos com um programa educativo de aplicação rápida, baixa discriminação de problemas a superar cuja solução não depende de capacitação e sim de outros fatores, e a transposição do modelo escolar para o ambiente do trabalho (DAVINI, 2009).

A implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados é o ponto principal de confluência entre as políticas que procuram trabalhar ações envolvendo a Educação Permanente em Saúde e a Humanização por meio de métodos apropriados, sistematização, registro, monitoramento, avaliação e divulgação de ações que resultem em otimização do tempo e dos recursos, além da apropriação dos conceitos em PNEPS e PNH e do conhecimento dos aspectos regulatórios das duas políticas.

Por óbvio, outro desafio importante é a necessidade de continuar o trabalho de implantação e fortalecimento dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde e Humanização. Temas tão sensíveis como acolhimento e ambiência, gestão participativa, ampliação do diálogo entre as pessoas que trabalham na saúde, gestores, usuários e comunidade, aprendizagem significativa, uso de metodologias ativas e articulação com as instituições de ensino; todos devem estar na lista de prioridades se a SES-AM pretende de fato estabelecer mudanças de processos de trabalho numa gestão altamente qualificada, mas ainda silenciosa.

Considerações finais

Entende-se que o movimento de implementação e fortalecimento da Educação Permanente em Saúde e Humanização é um processo contínuo, que permeia mudanças culturais, no modo de cuidar do usuário, na qualificação profissional, nas

relações entre gestores e trabalhadores, usuários e sua rede social, onde a participação do gestor geral da unidade é imprescindível, a fim de que, as mudanças no processo de trabalho, que estão sendo pactuadas sejam realizadas. Intui-se que este movimento de Educação Permanente em Saúde e Humanização dentro das secretarias municipais de saúde e das unidades de saúde é um processo contínuo, com reflexões, e sujeito a mudanças no decorrer de sua execução, pois é proposto o método da experimentação no serviço, onde o trabalho é árduo e dinâmico.

Tal como nosso ponto turístico conhecido como encontro das águas, o encontro entre Educação Permanente em Saúde e Humanização na SES-AM tende a ser um movimento constante, desafiador, emblemático e belo. Os banzeiros e a agitação durante essas atividades realizadas por pessoas que estão na dinâmica do cotidiano tendem a gerar uma imersão que afeta e gera afetos apresentados pela vida diária. Espera-se como resultados que a produção do trabalhador seja ressignificada primeiramente para ele mesmo. Que o educador em saúde se sobressaia ao profissional de saúde, geralmente forçado a continuar nas amarras de normas e regimentos acriticamente elaborados. Os movimentos até agora desenvolvidos nesse sentido precisam caminhar com mais celeridade, e saúde e educação precisam ser vistos como indissociáveis.

O caminho a ser traçado ainda é longo, mas também estimulante. O objetivo não é chegar ao fim do caminho ou a completa fusão entres as políticas, mas aprender enquanto se caminha. Temos que fortalecer a rede do interior nos aspectos aqui traçados e em outros, e considerar as residências em saúde como prioritárias. Também defendemos que o meio que agrega e dá robustez à educação e à humanização na saúde que devem acontecer na SES-AM, seja pela existência de um Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde dentro do organograma da secretaria, tal como já acontece em vinte das Secretarias Estaduais de Saúde Brasil afora. Para que isso aconteça, não basta colocar uma placa na entrada; é preciso o reconhecimento de ser a estrutura por excelência em formar e desenvolver os quadros técnicos de governo em saúde.

Prospectivamente, o que se almeja não é a instalação espontânea ou ocasional de uma nova maneira de se relacionar. É necessário tempo para mudar mentalidades. Mas sabemos que, para iniciar mudanças deliberadas, é preciso haver discussões críticas das atuais práticas de gestão, de ensino, de atenção e

de participação social. Para isso, todo o grupo deve estar envolvido e consciente de que a desinstitucionalização de práticas é algo complexo e exige novas e específicas habilidades. Precisamos de outros potentes atores e de mais encontros mobilizadores que questionem construtivamente as práticas e contextos atuais.

Referências

- AMAZONAS. **Portaria n.o 227, de 19 de junho de 2019**. Institui a Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial do Estado do Amazonas, n.o 34.028, Manaus - AM, 25 de jun. 2019. <https://cutt.ly/6x2ZC2t>.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. Manaus: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, 2012.
- BRASIL. **Decreto n.o 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, ano 147, n.o 123, Brasília, DF, 29 de jun. 2011. <https://cutt.ly/wx9he98>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11ª. Conferência Nacional da Saúde: Efetivando o SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.o 198, 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, ano 141, n.o 32, Brasília, DF, 16 fev. 2004c. <https://cutt.ly/8x29sfx>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.o 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, ano 144, n.o 162, Brasília, DF, 22 de ago. 2007. <https://cutt.ly/ax9t412>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 2. Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Atenção Hospitalar. Volume 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência**



- Nacional de Saúde: todos usam o SUS, SUS na Seguridade Social; Política Pública, patrimônio do povo brasileiro.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface, Comunic, Saúde, Educ.* v. 9, n. 16, p. 161-177, 2004.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.
- CUNHA, D. A. **Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas** [Tese Doutorado]. Universidade Federal do Amazonas – UFAM, 2020.
- 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 da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. <https://cutt.ly/Ux9dc3M>.
- JOBERT, G. Formação. In Barus-Michel, J. Enriquez, Lévi, A. **Dicionário de Psicossociologia.** Editions Éres, 2002.
- LEMOS, C. L. S. Educação permanente em saúde: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.
- MANAUS. Portaria GSUSAM N° 0603/2017. Diário Oficial do Amazonas, n. 33.559, ano CXXIII. Manaus, julho de 2017. Disponível em: <https://diario.imprensaoficial.am.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/15451#/p:24/e:15451?find=0603/20>
- NEOTTI, A. **Perspectivas da Educação Permanente.** [Dissertação de Mestrado]. Fundação Getúlio Vargas. Instituto de Estudos Avançados em Educação, 1978.
- 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.** Rede UNIDA, 2019.
- SANTA CATARINA. **Portaria/ SMS n.o 003, de 02 de maio de 2016.** Aprova o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU) e dá outras providências. Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina, n.o 1992, Florianópolis, SC, 10 de mai. 2016. <https://cutt.ly/6x9nkc>.
- SCHWEICKARDT, J. C. et al. **Educação Permanente em gestão regionalizada da saúde: Saberes e fazeres no território da saúde.** 1. ed. Editora Rede Unida, 2015.

Vivências, experiências e afetações no processo de implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde em Parintins/Amazonas

Elaine Pires Soares
Railda Silva Soares
Andreina Bentes de Souza
Clerton Rodrigues Florêncio

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe um novo formato no desempenho das atividades realizadas pelas equipes, visando melhorar a forma de enfrentamento dos problemas do cotidiano sob a ótica do compartilhar conhecimentos, tendo em vista uma comunicação mais direta, humanizada e, sobretudo, destinada às soluções dos problemas do cotidiano do trabalho (SOBRINHO, 2015). A EPS se insere duplamente no mundo do trabalho em saúde: como política do SUS para o desenvolvimento do trabalho e, portanto, para produzir mudanças em direção aos princípios e diretrizes do sistema; e como política de aprendizagem no e pelo trabalho, reconhecendo a complexidade do fazer nos diferentes territórios e da produção da saúde no cotidiano do trabalho (CECCIM; FERLA, 2008).

A implementação dessa política do SUS vem sendo feita, progressivamente, em Parintins. Entretanto, no processo de transição da atual gestão, a Secretaria Municipal de Saúde de Parintins (SEMSA) não dispunha de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde, mas somente o Núcleo de Educação em Saúde. Por consequência, ainda não possuía estrutura física para as atividades administrativas e para os encontros mensais estabelecidos de acordo com o Plano Municipal de Saúde. Adicionalmente, a inexistência desse Núcleo afeta diretamente as atividades relacionadas à articulação ensino-serviço, bem como processos formativos na rede, que não compunham com a relevância necessária à política atual o escopo de atribuições da estrutura anterior.

Essa necessidade de qualificar as ações de Educação Permanente em Parintins é reforçada ao identificar na rede o despreparo da maior parte dos

profissionais para atuação no SUS, considerando a necessidade de um perfil adequado ao contexto atual. Há falta de motivação e de interesse em conhecer novas metodologias e dinâmicas de trabalho para otimização do serviço, seja devido à formação tradicional, bem como, à dificuldade de inovar e sair da zona de conforto. Esse é um diagnóstico geral e a ele se acrescem avaliações das condições singulares para o trabalho no sistema de saúde amazônico. As singularidades do trabalho em saúde no território amazônico e sua natureza particularmente complexa já vêm sendo analisada em outras publicações, que também reforçam a necessidade de ações de Educação Permanente para o desenvolvimento do trabalho (FERLA *et al.*, 2019).

Seja pela formulação da Política Nacional, seja pelas produções da literatura ou, mesmo, seja pelo reconhecimento da gestão local, foi decidido em março de 2019 que era necessária a implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, considerando que ele pode proporcionar espaço de discussão, vivências, compartilhamento de saberes e práticas, possibilitando a participação dos gestores, trabalhadores e do controle social, objetivando fortalecer a preceptoria e a integração ensino-serviço-comunidade.

Diante do cenário apresentado, apesar dos avanços da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Parintins, foi sugerida a reorganização dos serviços, por meio do processo de ensino-aprendizagem, assumindo a educação no e pelo trabalho como dispositivo de reorganização das práticas e dos serviços.

Neste contexto, a implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no município de Parintins, Amazonas, alicerçada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004). Ela foi desenvolvida com base na decisão de gestão e com apoio em projeto de intervenção realizado numa oferta educacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde desenvolvida pelo Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL).

O Projeto de Intervenção

Entende-se por *intervenção* no contexto do projeto de implantação e do trabalho do Núcleo, um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados num contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (DGPSUS, 2019). A implantação do Núcleo de Educação Permanente em Parintins foi decorrente de uma decisão de gestão e, também, como projeto de intervenção realizado no contexto de um curso de formação ofertado aos trabalhadores do sistema municipal de saúde.

Para que esse processo fosse possível, a aposta foi a adesão às propostas educacionais do Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL). O HSL participa do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), criado pelo Ministério da Saúde para o cumprimento da legislação de filantropia na saúde, especificamente para hospitais considerados de excelência e voltados à pesquisa e à capacitação de profissionais. A participação se materializa em diversos cursos para a capacitação de profissionais de saúde, que articulam o desenvolvimento de capacidades nas áreas de atenção à saúde, gestão do trabalho em saúde e educação na saúde e conformam um novo perfil de competências previstos na condução nacional do Programa. Por meio desse novo perfil, são tensionados os modelos hegemônicos de atenção à saúde e de educação na saúde e apontados modelos alternativos, focados na melhoria da qualidade da atenção à saúde (OLIVEIRA, 2014).

Desta forma, a compreensão dos processos de formação no mundo do trabalho como possibilidades de inovar, de produzir novas práticas, dão sentido e destaque a Educação Permanente em Saúde (EPS) norteadas pela busca de cuidados integrais.

A EPS deve ser entendida como um instrumento que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, de forma a aproximar os profissionais de saúde à realidade e às necessidades coletivas de saúde (FARAH, 2013).

Os projetos de intervenção desenvolvidos pelos trabalhadores de Parintins no curso do HSL tiveram como ponto de partida, a seleção, pactuação e caracterização de um problema do contexto real do trabalho, dialogado com os

macroproblemas/desafios, identificados para a construção de uma proposta de mudança e a definição da equipe.

Metodologias Ativas, aprendizagem significativa e inovadora

A Educação Permanente em Saúde propõe um novo formato no desempenho das atividades realizadas pelas equipes, visando melhorar a forma de enfrentamento dos problemas do cotidiano sob a ótica do compartilhar conhecimentos, tendo em vista uma comunicação mais direta, humanizada e, sobretudo, destinada às soluções (SOBRINHO, 2015). A proposta de criação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde incluía a expectativa de mobilizar os trabalhadores e a instituição para novas iniciativas de desenvolvimento do trabalho.

Dentre as contribuições do núcleo no que se refere às estratégias educacionais promovidas nos cursos para a elaboração e implantação da intervenção, podemos enfatizar a abordagem das Metodologias Ativas e Aprendizagem Significativa, pois, verificamos tratar-se de uma metodologia inovadora para a área da Saúde e seus profissionais, trazendo desafios e tirando-nos de nossa zona de conforto, demonstrando que somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato).

Neste sentido, percebemos que a maior dificuldade encontrada foi o impacto de ter que lidar com as metodologias inovadoras, uma vez que fomos formados por meio da pedagogia da transmissão. Outra questão bastante evidente relacionada às dificuldades é justamente na quebra dos paradigmas e dar o enfoque para o principal objetivo dessa mudança é o despertar de uma consciência crítica nos sujeitos, de modo que ele reconheça sua interação com o processo de conhecer e tenha a capacidade de interpretar e questionar a realidade (BATISTA *et al.*, 2005; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Para tanto é preciso que os agentes sociais envolvidos reavaliem seus papéis, atribuindo um novo sentido a suas práticas.

As metodologias ativas têm permitido a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, por possibilitar uma leitura e intervenção consistente sobre a realidade, valorizar todos os atores no processo de construção coletiva e seus diferentes conhecimentos e promover a liberdade no processo de pensar e no trabalho em equipe (MITRE *et al.*, 2008).

Ao se disparar a aprendizagem a partir do enfrentamento de problemas, promovemos a integração da teoria e prática e colocamos as disciplinas como um meio para melhor entendermos e vivermos no mundo e não como a finalidade do processo educacional. Os problemas, além de promoverem pontes entre o ensino e a prática cotidiana, impregnam de sentido a atuação profissional e mobilizam uma combinação de saberes, no sentido de uma melhor intervenção nas situações estudadas (DGPSUS, 2019).

Cabe aqui registrar que o curso de Especialização em Preceptoria no SUS foi embasado através destas metodologias inovadoras (i) espiral construtivista e (ii) aprendizagem baseada em equipes e os trabalhos foram necessariamente em grupos e equipes e que as orientações foram por competência nas avaliações formativas e somativa, buscando um ensino construtivista. Destaco também o portfólio reflexivo e a aprendizagem foi autodirigida (DGPSUS, 2019).

Seguimos as orientações da facilitadora sobre a oficina para criar projetos de intervenção. Enumeramos então os atores envolvidos no projeto como médicos, ACS, equipe multiprofissional, dentre outros. Este momento foi importante para ativar o pensamento estratégico da nossa equipe.

No processo de ensino, a aprendizagem é o resultado da interação e compartilhamento de significados socialmente aceitos, ela acontece em contextos históricos, sociais e culturais. Para tanto, o professor deve mediar a aprendizagem daquilo que o aluno ainda não sabe, empregando estratégias que os levem a tornarem-se independentes, preparando-o para um espaço de diálogo, interação e convívio social (SOEIRO *et al.*, 2019).

Como mencionado anteriormente, o Curso em Preceptoria no SUS foi ancorado nas metodologias ativas e inovadoras. Esses movimentos que são desencadeados por disparadores simulam problemas da realidade profissional. A situação problema atinge o papel de disparador do processo de ensino-aprendizagem sendo executada e processada por pequenos grupos denominados síntese provisória e nova síntese.

Sobre síntese provisória é a elaboração de questões de aprendizagem a partir da exploração de conhecimento prévio de cada aluno. A nova síntese é a socialização das buscas e novas informações na construção de novos saberes. Esta metodologia permite que a exploração dos conteúdos esteja relacionada ao foco do curso (NETO, 2018).

Depois do levantamento das diferentes percepções sobre o problema, o grupo formulava explicações e hipóteses que serviram de base para elaboração de questões de aprendizagem direcionadas a chegar e fundamentar as explicações formuladas. A busca e a troca de informações na discussão permitiam a teorização e a construção de novos significados para melhor enfrentar o problema da situação.

Para a construção do Projeto de Intervenção (PI) recebemos os Termos de Referência (TR) das Oficinas de Trabalho (OT) que nortearam as tarefas. Para tanto, tornou-se necessário identificar as fragilidades e os desafios que seriam superados e a valorização de suas potências para melhor exploração. A construção foi coletiva, visto que os projetos de intervenção tinham como ponto de partida seleção, pactuação e caracterização de um problema do contexto real do trabalho, dialogado com os macroproblemas/ desafios, identificados para a construção de uma proposta de mudança nas realidades/ especificidades das regiões.

O Projeto tem como compromisso apoiar mudanças no campo da preceptoria e em programas de residência no SUS (DGPSUS, 2019). Durante todo o processo de construção do PI foi indispensável demonstrar produtos e resultados alcançados com cada uma das intervenções e seu conjunto. Era importante ter evidências nas escolhas: problema, causa visada, intervenção propriamente dita, resultados.

O processo de construção do PI foi permeado por vários encontros do grupo, inúmeras buscas bibliográficas que servissem de embasamento teórico-reflexivo, que ressaltassem experiências bem sucedidas, proporcionando evidenciam e que subsidiassem a sistematização dos descritores, que são os elementos constitutivos da base.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde como estratégia para mudança na Integração Ensino-Serviço-Comunidade

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que

terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento/da expertise (CECCIM, 2005).

Visando produzir mudanças neste contexto, o Ministério da Saúde instituiu em 13 de fevereiro de 2004, a Educação Permanente (EP) como política, e alterada recentemente em 20 de agosto de 2007, como uma estratégia para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política visa trabalhar, transformar e qualificar as práticas de saúde dentro do quadrilátero formado por gestores, acadêmicos, profissionais e representantes sociais (BRASIL, 2009).

Neste sentido, a EPS opera o quadrilátero da formação que refere: a interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deve permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na EPS, o processo de aprendizagem é de natureza participativa, tendo como eixo central o trabalho cotidiano nos serviços de saúde. Isso porque é precisamente no âmbito do trabalho que se consolidam os comportamentos e formas individuais e coletivas de atuação profissional (ALMEIDA, 1999).

Significativamente como subsídio para a EPS apresentam-se as metodologias ativas que estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito na invocação de FREIRE (2006). A educação contemporânea deve pressupor um discente capaz de auto gerenciar ou autogovernar seu processo de formação.

A dicotomia entre a formação e a produção dos cuidados em saúde é efetivada quando o processo de integração ensino-serviço ocorre de forma efetiva entre docentes, estudantes e profissionais de saúde, com o foco voltado para o usuário (CECCIM, 2005).

Nessa perspectiva, Feuerwerker e Zanolli (*apud* MITRE *et al.*, 2008) afirmam que empreender mudanças amplas e profundas no processo ensino-aprendizagem e na formação profissional de saúde significa transformar a relação entre docente e discente, as diversas áreas e as disciplinas, enfim, entre a universidade e a comunidade. Além disso, pressupõe mudanças na própria

estrutura e organização da universidade, que precisa tornar-se um fórum de debate e negociação permanente de concepções e representações da realidade, no qual o conhecimento é compartilhado.

A Intervenção e a Formação do Preceptor (a): vivências e afetações, ressignificando sentidos

No processo de formação do preceptor percebemos que o grande desafio da atualidade está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo - de interdependência e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. Neste contexto, a metodologia ativa é voltada para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender (MITRE *et al.*, 2008).

A formação de preceptores ocorreu com propósito de formar sujeitos para potencializar a intervenção e implantar o Núcleo de Educação Permanente em Saúde visando fortalecer os processos para uma nova prática de saúde no município.

No decorrer do curso, confesso que as nossas expectativas eram as melhores possíveis, o sucesso do curso dependia de todos, mas principalmente da atuação individual, tomando para os discentes a responsabilidade e isso nos encorajava a fazer o melhor, dedicar o tempo apesar dos contratemplos da gestão.

Verificamos que durante o processo de formação que o processo ensino-aprendizagem é complexo, apresenta um caráter dinâmico e não acontece de forma linear como uma somatória de conteúdos acrescidos aos anteriormente estabelecidos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Exige ações direcionadas para que o discente aprofunde e amplie os significados elaborados mediante sua participação, enquanto requer do docente o exercício permanente do trabalho reflexivo, da disponibilidade para o acompanhamento, da pesquisa e do cuidado, que pressupõe a emergência de situações imprevistas e desconhecidas. O ato de ensinar-aprender deve ser um conjunto de atividades articuladas, nas quais esses diferentes atores compartilham, cada vez mais, parcelas de responsabilidade e comprometimento (MITRE *et al.*, 2008).

Nesta perspectiva, o docente, denominado preceptor, necessita desenvolver novas habilidades, como a vontade e a capacidade de permitir

ao discente participar ativamente de seu processo de aprendizagem. Como facilitador do processo ensino-aprendizagem, deve se perguntar: (1) como, por que e quando se aprende; (2) como se vive e se sente a aprendizagem; e (3) quais as suas consequências sobre a vida. A disposição para respeitar, escutar com empatia e acreditar na capacidade potencial do discente para desenvolver e aprender, se lhe for permitido um ambiente de liberdade e apoio, são essenciais nesta nova postura (BORDENAVE, 2005).

Dentre as reflexões, verificamos que o estudante, por sua vez, precisa assumir um papel cada vez mais ativo, descondicionando-se da atitude de mero receptor de conteúdos, buscando efetivamente conhecimentos relevantes aos problemas e aos objetivos da aprendizagem. Iniciativa criadora, curiosidade científica, espírito crítico-reflexivo, capacidade para autoavaliação, cooperação para o trabalho em equipe, senso de responsabilidade, ética e sensibilidade na assistência são características fundamentais a serem desenvolvidas em seu perfil (FREIRE, 1994).

Outro aspecto importante na vivência foram os momentos de diálogo, de construção, de forças convergentes, de trabalho em equipe para o alcance do objetivo comum, sempre amparados pela facilitadora que serviu de reflexão sobre a relação e a interação entre docente e discente, no ato comum de conhecer e reconhecer o objeto de estudo, agora não mais numa relação verticalizada, bancária e estática, mas numa construção dialógica (FREIRE, 2006).

Desta forma, a troca de experiências, o compartilhar de conhecimentos e as práticas realizadas serviram de subsídios para acalantar nossos temores e nos dar segurança e otimismo para o desenvolvimento da intervenção, a prática em si.

O Projeto de Intervenção versus o Processo de Implantação das ações de intervenção vivenciado

Atualmente, apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde para atuarem no Sistema Único de Saúde ainda está muito distante do cuidado integral.

Verificou-se que o perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. O primeiro entrave está relacionado com o descompasso entre a formação dos novos profissionais e as necessidades dos usuários do sistema, fragmentando a relação ensino em saúde e serviços de

saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). O segundo permeia a busca individual do profissional pela expertise, assim sendo, as autoras Pinheiro e Luz (2007), ressaltam que as novas concepções e valores da atualidade como o individualismo, a busca de poder sobre o outro, a disputa, entre outros, acabam por moldar a forma das pessoas serem e agirem, reproduzindo-os nos serviços de saúde e no ensino. O terceiro permeia a falta de transdisciplinaridade, visto que a formação em saúde e a atuação das equipes ocorrem de forma compartimentalizada e desarticulada.

Após a identificação da problemática e após vários encontros da equipe, o Projeto de Intervenção foi elaborado com um Plano de Ação a ser executado dentro de prazos previamente estabelecidos, com indicadores de avaliação, submetido à análise, correções e aprovado pelo IEP/HSL.

Em seguida o mesmo foi submetido a uma Banca Avaliadora composta por profissionais renomados que aprovaram o projeto, sendo factível e uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004).

O próximo passo dado pela equipe foi a apresentação Projeto de Intervenção para os gestores, profissionais que compõem as equipes nas Redes de Atenção à Saúde e as IES e em seguida ao Secretário de Saúde Clerton Florêncio que autorizou a assessora técnica da Sems, Nara Maria Koide a acompanhar o processo de implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

A partir desse momento, a equipe teve várias discussões com a assessora no sentido de sensibilizá-la no processo de institucionalização, implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde através de Portaria/Decreto Municipal. Nesse processo contamos a contribuição da facilitadora Cristiana Carvalho que mediu uma web conferência com a equipe e assessora no intuito de acelerar esse processo, visto que as outras ações planejadas dependiam diretamente da institucionalização do Núcleo.

Confesso que a equipe passou por momentos desoladores em que achávamos que não iríamos conseguir realizar a intervenção. Aliada a esse

entrevista, tivemos a ocorrência da pandemia coronavírus no Mundo, BRASIL e em Parintins não seria diferente, impossibilitando a execução das demais atividades pactuadas e previstas no Plano de Ação.

A articulação entre a universidade e os serviços de saúde potencializam a formulação e a implementação de respostas às necessidades concretas da população, à medida que contribuem para a formação de profissionais, produção de conhecimento e integração entre o ensino-serviço-comunidade (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2019).

Para a concretização da implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e tomada de decisão se fez necessário instituir o Grupo de Trabalho Inter Setorial Municipal (GTIM) para desencadear na prática uma série de iniciativas para mudanças no ensino, de modo a contribuir para que o SUS contemple a integralidade do cuidado e o trabalho interprofissional (ELLERY *et al.*, 2013).

O planejamento participativo das ações de Educação Permanente em Saúde é de fundamental importância, pois, propiciam espaço de discussão, vivências e compartilhamento de saberes, práticas, pesquisa, assim como fortalece as competências na preceptoria. Além de identificar demandas de EPS para a formação dos trabalhadores e profissionais de saúde, assim como monitorar e avaliar o processo de implantação e execução do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e as responsabilidades de cada instituição.

Para que estas ações possam ser efetivadas e todos se envolvam no processo de construção do conhecimento, verifica-se a importância da interdisciplinaridade na EPS, ou seja, são os saberes e vivências depositadas no mesmo plano, isto é, a interação da teoria com a prática e vice-versa, gerando significados importantes para o processo de trabalho e consequentemente a visão de uma melhor assistência prestada à comunidade (PINHEIRO *et al.*, 2018).

Frutos obtidos ao final da intervenção baseados nos objetivos e indicadores de avaliação previstos no projeto

O Projeto de Intervenção tem como compromisso apoiar mudanças no campo da preceptoria e em programas de residência no SUS no município de Parintins/AM, e *a priori* seguir a lógica da modelização que significa compreender o planejamento e a implementação de uma intervenção intimamente articulados com o monitoramento e a avaliação, ancorados em indicadores (DGPSUS, 2019).

Para que um Projeto de Intervenção obtenha efetivação na sua aplicabilidade e que possa ocorrer os ajustes quando necessário nas mudanças estratégicas, se a intervenção está progredindo conforme o planejado, se os objetivos estão sendo alcançados com os recursos alocados adequadamente, visando corroborar para a tomada de decisão e mudanças significativas no serviço de saúde é necessário a utilização de ferramentas como o monitoramento e a avaliação.

O monitoramento das ações ocorre a partir das informações produzidas, coletadas e organizadas, no cotidiano da atenção. Nessa perspectiva, para contribuir nesse processo utilizam-se ferramentas tais como indicadores, que permitem aos trabalhadores e gestores do SUS descrever, classificar, ordenar, comprar ou quantificar de maneira sistemática, aspectos de uma determinada realidade (DGPSUS, 2019).

Os indicadores são construídos por meio de dados, que podem ser primários e secundários. Os primários são aqueles coletados diretamente do informante, por meio de levantamento administrativo, questionários e entrevistas individuais, grupos focais, dentre outras técnicas de coletas. Já os secundários são aqueles coletados e disponibilizados por outras instituições ou presentes na literatura específica. Tanto um quanto outro tipo de dado deve ser confiável, atual e deve passar por uma análise em termos de limitações e restrições de uso (DGPSUS, 2019).

Os indicadores de linha de base são os problemas elencados pelo grupo e os indicadores de monitoramento é o que desenhamos para executar. Como parâmetros utilizamos baixo ($\leq 60\%$), médio (61-80%) e alto (81-100%).

Desta forma, avaliação, envolve reflexão sobre o caminho que está sendo percorrido, apreciação sistemática e objetiva de um projeto, programa, ou política em andamento ou concluída, seu desempenho, sua implantação e seus resultados. O propósito é determinar a relevância e o alcance dos objetivos, bem como eficiência, eficácia, impactos e sustentabilidade para o desenvolvimento (DGPSUS, 2019).

Quanto aos *resultados alcançados*, no que tange ao objetivo geral do PI, o mesmo foi alcançado, pois o mesmo foi institucionalizado no município de acordo com a Portaria Nº 008/2020 GSEMSA com 100% de alcance deste indicador.

De acordo com que foi proposto no Plano de Ação foi realizada a apresentação do Projeto de Intervenção aos Gestores do SUS, IES, CMS, preceptores no Hotel Amazon River com 90% de participação dos Gestores do

SUS, IES, CMS, Preceptores e em seguida apresentado ao Secretário Municipal de Saúde Clerton Florêncio e alcance de 87% da meta pactuada.

Para a implantação do Grupo Técnico Inter setorial (GTI) do Grupo Condutor, foi formalizado convite a todas as instituições e seus representantes para participarem de uma reunião para apresentação do PI e convite para participar na Oficina de Formação, que foi realizada no Centro do Idoso Pastor Lessa. Após essa reunião foi encaminhado solicitação formal ao Secretário de Saúde para institucionalização do referido Grupo Condutor que foi deferida através da Portaria Nº 012/2020 GSEMSA com alcance de 100% da meta pactuada.

Uma vez instituído o Grupo Condutor, foi organizada a Oficina de Formação dos membros, para tanto foi encaminhado ofício as Instituições solicitando o mapeamento das necessidades de processos formativos dos profissionais. Mediante esse mapeamento, o grupo entrou em contato com o profissional que é referência em EPS no Estado do Amazonas, o pesquisador e chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas & Maria Deane (Lahpsa-ILMD/ Fiocruz Amazônia), Prof. Dr. Júlio César Schweickardt o qual acompanha nossas atividades desde o início da construção do PI, convidando-o para ser o facilitador da Oficina de Formação, convite que foi aceito pelo mesmo, em seguida mediante o mapeamento das demandas formativas a programação teve contemplado os seguintes temas: EPS e a Política Nacional de EPS, as Metodologias Ativas, Interdisciplinaridade e as Redes de Atenção com alcance de 100% da meta pactuada.

A Oficina de Formação do Grupo Condutor foi realizada com sucesso e conseguiu atender a expectativas dos participantes de acordo com a avaliação realizada ao final do evento.

Quanto ao percentual de encontros para avaliar e monitorar a execução do Projeto de Intervenção alcançamos 95% de realização de encontros para avaliar as atividades.

No que concerne ao objetivo específico do PI de realizar planejamento participativo das ações de Educação Permanente em Saúde para fortalecer as competências na preceptoria, ocorreu a realização de planejamento participativo com mapeamento das ações contempladas no Plano Municipal e Relatório de Gestão a fim de executá-la. A equipe PI Rede conseguiu realizar o mapeamento de

acordo com Ofício e Memorando enviado para as Unidades de Saúde, Hospitais, CAPS, policlínica, laboratório e evidenciado no Google Drive.

Com o mapeamento efetivado, o Plano Municipal foi elaborado e apresentado ao Estado no mês de fevereiro de 2021. Como produto não previsto, observamos a importância de elaboração a Política Municipal de Educação Permanente Saúde. Temos como finalidade fortalecer a qualificação profissionais da RAS de forma contínua no município.

Dessa forma, através da parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde e Humaniza SUS realizou-se a Oficina de Ampliação e Fortalecimento dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde e Humanização- NEPSHUs com o objetivo de apoiar os municípios e qualificá-los para a elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização, assim como dar subsídios para a Implantação da Política Municipal. Participaram do evento os integrantes do PI RAS, integrantes do Grupo Condutor, Gestores de UBS e Hospitais, enfermeiros, gerentes e coordenadores.

Por outro lado, os *resultados não alcançados*, no que tange ao objetivo específico do PI qualificar os profissionais de saúde, estudantes e o controle social por meio de metodologias inovadoras, proporcionando espaço de discussão, vivências e pesquisa, as oficinas de atividades de Educação Permanente em Saúde com a Atenção Primária em Saúde e controle social será ainda executado parcialmente, pois, com o advento da pandemia prejudicou a execução das oficinas, visto a restrição às aglomerações.

Tivemos que fazer algumas justificativas quanto às oficinas de qualificação aos profissionais para fortalecer a rede do município e o Plano de EPS para ser executado em 2021.

Desta maneira, a proporção de oficinas de EPS com a APS e controle social alcançamos apenas 60% do pactuado, o percentual de adesão de participantes das oficinas de EPS com a APS e controle social não conseguimos realizar.

A proporção de oficinas de atividades de Educação Permanente em Saúde com a Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) o alcance da meta foi apenas de 65% e o Percentual de adesão de participantes das oficinas de EPS com a AAE foi 60% e ficou programado para o ano de 2021.

Com relação ao termo de Cooperação Técnica com as IES, também foi justificado para o Instituto Sírio Libanês discorrendo que não temos autonomia para isto, visto que este Termo, de acordo com orientações do setor jurídico da Semsu necessariamente precisa ocorrer de Instituição para Instituição e, nós enquanto discentes não temos governabilidade para tal ato.

O objetivo específico de desenvolver e divulgar a produção de conhecimento sobre Educação Permanente em Saúde no município também está em andamento, visto que conforme citado anteriormente o cenário da pandemia foi um dos entraves para efetivação desse processo.

Considerações finais

A EPS é uma política descentralizadora, ascendente e transdisciplinar com potencial para propiciar a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem e de docência, bem como da capacidade de trabalhar em equipes matriciais, de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde e de construir práticas técnicas, éticas e humanísticas (PACHECO, 2017).

Desta forma, as metodologias ativas, inovadoras utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas.

Apesar dos percalços, das limitações, do enfretamento da pandemia, sentimentos conflituosos, tensões e a persistência de práticas, é relevante enfatizar nossa compreensão e reflexão sobre importância da implantação da intervenção e no reconhecimento da EPS como instrumento potencializador no processo formativo dos preceptores e dos profissionais de saúde e que são significativas no processo de transformação da realidade local e loco regional e das vidas que se mobilizam em torno dos processos de trabalho (SOARES; SCHWEICKARDT, 2016).

O processo de formação e a intervenção nos oportunizaram a ampliação de um novo olhar sobre o processo de trabalho em/na saúde, seja no local de trabalho, seja em outros níveis de atenção. Por meio desse processo, verificamos e tivemos a possibilidade de rever nossas práticas cotidianas de/no trabalho, potencializar a escuta sem sentirmos enfraquecidos, apesar de ser difícil, *linkada* à mediação

de conflito. Além disso, a vivência desse processo nos propiciou a reflexão, a autocrítica, o crescimento pessoal e profissional, a troca de experiência e o olhar mais voltado para a realidade.

Com base nisso, percebemos claramente que esta estratégia produz, em certa medida, mudanças tanto no profissional quanto no processo de trabalho. Algo muito íntimo, nesse contexto de formação e pandemia está relacionado à aceitação de que nem sempre somos “100%” e está tudo bem! Que precisamos de ajuda e parceria em situações desgastantes e conflituosas. Isso acreditamos, chama-se RESSIGNIFICAÇÃO!!


Portanto, a implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no Município de Parintins irá contribuir para qualificação dos profissionais de saúde, desenvolvendo sujeitos críticos-reflexivos para o fortalecimento da rede de serviços de saúde, assim como a integração de diferentes setores, bem como o empoderamento dos atores envolvidos.

Espera-se que este trabalho possa contribuir com as produções científicas, pois a temática ainda é pouco trabalhada especialmente relacionada com a Educação Permanente em Saúde no município de Parintins. E que diante do exposto, possa: 1) qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde 2) Motivar preceptores locais e da região, e também de outras, a darem continuidade às ações de EPS, na medida em que se reconhecem e se identificam com a vivência trazida pelos sujeitos; 3) fortalecer as ações de EPS, às vezes esquecidas em muitas equipes, pois como o trabalho traz experiências bem sucedidas de mudança, isso pode mobilizar as pessoas e resgatar o desejo de transformar o ambiente de trabalho.

Referências

- ALMEIDA M. J. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. **Olho Mágico**, Londrina, v.5, n. spe., p.41-42, 1999.
- AMARAL, A. R. **Formação interpessoal nos cursos de graduação em saúde em São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Orientador Helena Akemi Wada Watanabe. São Paulo, 2016.
- AZEVEDO, E. S. *et al.* (Org.). **Educação permanente em saúde em Tefé / AM**: qualificação do trabalho no balanço do banheiro. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019
- BATISTA K. B. C.; GONÇALVES O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902
- BATISTA, N. *et al.* O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.2, p.231-237, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>
- BORDENAVE J.; PEREIRA A. A. **A estratégia de ensino aprendizagem**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. 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 o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso 07 de set de 2019.
- CECCIM, R. B.; FERLA A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.** vol. 9, n.16, p.161-77, set. 2004/fev.2005.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CYRINO E. G.; TORALLES-PEREIRA M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.
- DGPSUS - DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA E DA PRECEPTORIA NO SUS. **Termo de Referência Portfólio Reflexivo**, 2019.
- ELLERY, AEL *et al.* Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde soc.** [Internet], v. 22, n. 1, p. 187-196. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000100017&lng=en
- FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimo ou diferentes concepções? **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 6, n.2, p. 123-125, 2003. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>
- FERLA, A. A. *et al.* Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido. Em: Ferla *et al.* (Org). **Atenção básica**

- e formação profissional em saúde:** inovações na Amazônia. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2019, p. 8-20. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/atencao-basica-e-formacao-profissional-em-saude-inovacoes-na-amazonia/>
- FERREIRA, J. B. B.; FORSTER, A. C.; SANTOS, J. S. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. *Rev. bras. educ. med.* [online], v.36, n.1, suppl.1, pp.127-133, 2012. ISSN 0100-5502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000200017
- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994.
- FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 29ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
- GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physic* [Internet], v.20, n.2, p.551-570, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000200012&lng=en
- JOSSO, M. C. **A experiência de vida e formação**. Natal: Editora da UFRN; São Paulo: Paulus, 2010.
- MARIN, M. J. S. et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 967-974, mar. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000300967&lng=pt&nrm=iso
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação do profissional em saúde: debates atuais. *Cienc. saúde coletiva*, v. 13, suppl.2. Rio de Janeiro, 2008.
- MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. **Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação**. Artigo de revisão. Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), BRASIL. Centro de Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) – Sobral (CE), Brasil. *ABCS Health Sci.*, v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcs.shs.v40i3.811>
- NETO, L. H. T. S. Reaprendendo a prender – Metodologias Ativas no ensino em Ciências da Saúde. *Revista Saberes UNIJIPA*, JiParaná, v. 10, n. 3, Jul/Dez 2018.
- OLIVEIRA, M. S. **Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2014**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/famed/graduacao/medicina/espacodopreceptor/cursos-online/caderno-do-curso-de-especializacao-educacao-nasaudeparapreceptores-do-sus>
- PACHECO, P. **Educação permanente: contribuições das metodologias ativas em ambiente virtual de aprendizagem na formação dos profissionais da saúde**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. São Paulo, 2017.
- PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em debate* [Internet], v. 42(sep4), 187197, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000800187&lng=en
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R.; Mattos RA. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 9-35.
- SANTOS JÚNIOR, C. J.; MISAE, J. R.; SILVA, M. R.; GOMES, V. M. Educação Médica e Formação na Perspectiva Ampliada e Multidimensional: Considerações acerca de uma Experiência de Ensino-Aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, n. 72-79, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180141>
- SOARES, E. P.; SCHWEICKARDT, J. C. A formação do tutor em educação Permanente em Saúde: relato de experiência na região do Baixo amazonas/Am. In: SCHWEICKARDT, J. C. *et al. Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado* – Porto Alegre, Rede Unida, 2016.
- SOBRINHO, J. E. S. **Educação permanente em saúde: ações transformadoras no cotidiano do Hospital Mendo Sampaio Cabo de Santo Agostinho-PE**. José Edson da Silva Sobrinho. — Recife: [s. n.], 2015.
- SOEIRO, E. et al. **Caderno do Projeto: desenvolvimento da gestão de programas de residência e da preceptoria no SUS – DGPSUS 2018-2019**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Ministério da Saúde, 2019.



Implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no Instituto de Saúde da Criança do Amazonas (ICAM)

Ana Paula De Carvalho Portela
Cleudecir Siqueira Portela
Elza Cristina Craveiro Da Fonseca
Valdeni Soares Da Silva
Waleska Affonso Salignac Marcião

Educação Permanente em Saúde: aprendizagem no trabalho

A educação em saúde deve ser compreendida como uma proposta que tem como finalidade desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, como também, decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico (SANTOS, 2006). O Instituto de Saúde da Criança do Amazonas (ICAM) possui um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP) que coordena atividades educativas dentro da instituição.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída pela Portaria GM/MS N° 198, de 13 de fevereiro de 2004, “como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.” Diante disso, o Ministério da Saúde teve como objetivo a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, com a elaboração de projetos de desenvolvimento dos trabalhadores e gestores do SUS (BRASIL, 2004).

Esta portaria foi um marco estratégico importante que alavancou possibilidades da evolução crítica e reflexiva na saúde, porque de acordo com Brasil (2009) a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

Neste sentido, Jesus (2011) considera a Educação Permanente como ferramenta para a qualificação dos trabalhadores da saúde, representando uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação, permitindo incorporar o aprendizado teórico à vida cotidiana das organizações e incentivando mudanças nas práticas educativas, de modo a focar a prática como fonte de conhecimento e colocar o profissional como ator ativo no processo educativo.

Estas mudanças a partir das concepções tradicionais requerem disponibilidade dos atores envolvidos com a educação, em especial com a educação na saúde. Ceccim (2005) afirma que o setor de saúde trabalha com a política de modo fragmentado, o que gera especialistas, intelectuais e consultores com uma noção de concentração de saberes que acabam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade, resultando da expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais.

Ceccim (2005) alerta que as especialidades ainda não integram conhecimentos para agregar suportes ao nível multiprofissional. A EP é uma possibilidade de agregar estes profissionais da saúde por um objetivo único. No entanto, a EP tem enfoque nos problemas de saúde e trabalha com equipes multiprofissionais, com metodologias que enfatizam a problematização de situações da prática cotidiana que possibilitam reflexões críticas, articulações e soluções estratégicas em coletivo, estando inserida no desenvolvimento e consolidação do SUS (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2011).

Conforme Mitre *et al.* (2008), a aprendizagem que envolve a iniciativa própria, alcançando as dimensões afetivas e intelectuais, torna-se mais duradoura e sólida. É um processo reconstrutivo que permite o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos, desencadeando ressignificações/reconstruções e contribuindo para a sua utilização em diferentes situações.

De acordo com Medeiros *et al.* (2010) a Educação Permanente em Saúde preconiza a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho, pois esta abordagem oferece oportunidades de participação do trabalhador na discussão, na tomada de decisões e no aperfeiçoamento constante no processo de trabalho. Este é um ponto importante porque autoriza os trabalhadores da saúde a participarem da construção do seu processo de aprendizagem.

Marin *et al.* (2010) afirmam que o trabalho em equipe multiprofissional constitui uma importante estratégia na abordagem das múltiplas dimensões que

envolvem as ações de saúde, e possibilita ampliar a capacidade humana de compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam. Favorece ainda a articulação do conhecimento de várias áreas com seus saberes e fazeres, de forma a dar mais sentido à teoria, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e melhorar a prática.

Com esta perspectiva, reafirma-se a importância da Educação Permanente no serviço que se converte em um instrumento dinamizador da transformação institucional, facilitando a compreensão, a valoração e a apropriação dos modelos de atenção propostos pelos novos programas, priorizando a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção da população (BRASIL, 2009).

Percebe-se que todas as discussões sobre EP levam a entender a relevância deste recurso e Ceccim e Feuerwerker (2004) discutem a importância de se considerar o quadrilátero da formação (ensino, gestão, atenção e controle social) como essencial neste processo, tendo em vista que “cada face libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores específicos e configura espaços-tempos com diferentes motivações.” Então, ao disputar uma apreciação crítica da formação que se faz e uma formação com vigor político para um processo de mudanças na realidade, depara-se com a necessidade de ativar certos processos e controlar outros.

Em um estudo realizado por Silva, Vasconcelos e Filho (2010), a operacionalização da Educação Permanente em uma organização de saúde poderá ser influenciada por diversos fatores, entre eles a falta de compreensão do trabalhador sobre a dimensão e a importância da Educação Permanente para as mudanças das práticas, a resistência natural que as pessoas têm às mudanças, neste caso específico das práticas de trabalho, do acúmulo de empregos, de tempo disponível estritamente para o horário de trabalho, além da desmotivação por fatores diversos, a exemplo da sobrecarga de trabalho e funções.

No âmbito institucional, com suas inúmeras deficiências e carências a combater, é importante que acreditemos que a EP no formato participativo possa se reverter e apresentar novas características com as novas vertentes de ter no trabalho na saúde, outros enquadramentos eficazes possíveis, outras abordagens da problemática na aprendizagem.

Neste sentido, D'Ávila *et al.* (2014) referem que a boa adesão ao programa de Educação Permanente de se construir coletivamente, a partir de significados e valores apreendidos na realidade laboral cotidiana e abordagem no processo de atenção à

saúde, pressupondo uma ação/reflexão crítica e problematizada, além da colaboração para a minimização dos desafios apresentados relacionados à baixa adesão.

A Política de Educação Permanente para os trabalhadores de saúde visa a construção do saber de forma coletiva, onde os atores são desafiados a assumir uma postura de mudança de suas práticas em ação na rede de serviços por meio de reflexão crítica e do trabalho em equipe (LOPES *et al.* 2007). Utilizam a metodologia da problematização, que, segundo Stroschein e Zocche (2011), a equipe multiprofissional deve identificar as situações-problema das práticas cotidianas, possibilitando reflexões críticas e articulando soluções estratégicas em coletivo, estando inserida no desenvolvimento e consolidação do SUS.

Com o advento da EP, as equipes multiprofissionais precisarão dialogar entre si para solucionar os problemas. O princípio das relações interpessoais deve alavancar a autoestima do grupo de colaboradores e aos poucos as transformações surgirão na medida em que cada um possa contribuir com satisfação e esperança de mudança no resultado.

Educação Continuada e Educação Permanente

A Educação Continuada se caracteriza por representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização. Esta forma tradicionalista tem como resultado uma distância entre a prática e o saber e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática. Geralmente, suas atividades estão focadas em uma categoria profissional, desconsiderando a perspectiva das equipes (BRASIL, 2009).

Por outro lado, a Educação Permanente em Saúde se apropria da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos atores envolvidos, a partir dos quais se produzem conhecimentos que geram mudanças. De acordo com Mancia, Cabral e Koerich (2004), as principais diferenças entre a Educação Continuada e Permanente em Saúde, são as representadas na Tabela 1. A partir da percepção destas diferenças, torna-se evidente a necessidade de aplicar a Educação Permanente, por ter como enfoque a participação multiprofissional e ser uma importante estratégia de educação em saúde.

Tabela 1: Principais diferenças entre Educação Continuada e Permanente, segundo aspectos-chave.

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Público – Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Fonte: Mancia, Cabral e Koerich (2004).

Assim sendo, o conceito de Educação Permanente difere do conceito de educação continuada, por esta ter sua lógica centrada na atualização de conhecimento e corresponder a demandas individuais ou de uma classe específica de trabalhadores, de capacitações ou treinamentos e não, necessariamente, às necessidades coletivas e reais do trabalho, uma vez que nem sempre os problemas resultam da falta de conhecimento dos trabalhadores, mas dos processos de trabalho e sua gestão.

Visto que a Educação Permanente trabalha na perspectiva de solucionar problemas, algumas estratégias são utilizadas para este fim, tais como a metodologia da problematização (MP) e a aprendizagem baseada em problemas (ABP). Estas estratégias apontam novas possibilidades no processo de aprendizagem, visto que constituem formas de enfrentamento das rápidas mudanças, da complexidade, da globalização, em que a criatividade e a capacidade de soluções originais frente à diversidade se apresentam como condições necessárias aos profissionais (MARIN *et al.*, 2010)

Sobral e Campos (2012) descrevem cinco etapas na metodologia da problematização:

1. Identificação dos problemas da realidade social;
2. Identificação dos pontos-chave, partindo de informações prévias para refletir sobre as causas e determinar os pontos essenciais do problema;

3. Teorização com a busca de conhecimento científico e informações fundamentais para compreender as manifestações empíricas e os princípios teóricos dos problemas;
4. Formulação de hipóteses de solução, com análise da viabilidade de aplicação das soluções estudadas para os problemas identificados;
5. Aplicação à realidade, na qual se põe em prática as soluções mais viáveis do estudo.

A problematização tem como ponto de partida a realidade social, constituindo uma forma de refletir sobre a própria vivência, possibilitando intervenções e transformação da realidade, e ainda oportunizar maior diversidade de situações (MARIN *et al.*, 2010).

Sobre a metodologia da problematização, Stroschein e Zocche (2011) ressaltam que uma equipe multiprofissional deve identificar as situações-problema das práticas cotidianas, possibilitando reflexões críticas e articulando soluções estratégicas em coletivo, estando inserida no desenvolvimento e consolidação do SUS. “O trabalho em equipe multidisciplinar é o diálogo entre profissionais de várias áreas da saúde para a solução de um problema” (LOPES *et al.* 2007). Esta relação de aprendizagem deve ser horizontal, compartilhada, com comunicação e resgatando as vivências de todos os envolvidos nesse processo (BRASIL, 2005).

Para se promover mudanças é necessário provocar incômodo, criando momentos em que os atores consigam refletir sobre suas limitações, insuficiências e problemas com seu trabalho cotidiano. É necessário, ainda, dar elementos para a construção alternativa, pois a mudança deve propiciar espaços mais democráticos e coletivos de discussão e de construção, buscando coerência entre a metodologia da construção da mudança e o próprio conteúdo da proposta (CECCIM, 2005).

Uma experiência exitosa

O curso de pós-graduação Educação na Saúde para Preceptores do SUS, resultante de uma parceria do Hospital Sírio-Libanês e Ministério da Saúde como parte de um projeto de apoio ao SUS. Tem como finalidade capacitar profissionais do SUS em educação em saúde, de forma a orientar atividades educacionais para desenvolver um perfil pautado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção.

Participar nesta pós-graduação tornou possível desenvolver um novo olhar sobre educação e serviços, e sobre como a EPS promove mudanças positivas no ambiente de trabalho. A proposta da especialização era criar projetos que pudessem intervir diretamente no serviço, usando como estratégia a Educação Permanente.

O local de escolha para desenvolver a pesquisa foi o Instituto de Saúde da Criança do Amazonas (ICAM), onde uma das integrantes do grupo desenvolve suas atividades laborais, localizado na Avenida Codajás, S/N no Bairro Cachoeirinha, Zona Sul de Manaus-Amazonas. É uma unidade da rede estadual de saúde inaugurada em 1998, que oferece assistência especializada em pediatria, cirurgia e cardiologia pediátricas. É a unidade de referência estadual para cirurgias neonatais.

A Educação Permanente promove o encontro de aprendizagens, capacidades desenvolvidas no curso e as possibilidades de aplicação do conhecimento para a transformação da realidade e possibilita intervenção com vistas à reorganização e qualificação do cuidado, além dos processos de formação nos diferentes espaços de produção de saúde. O projeto teve como objetivo implantar o Programa de Educação Permanente em Saúde, visando alcançar maior adesão dos servidores nas atividades no Núcleo de Educação Permanente em Saúde do ICAM (NEP/ICAM), um espaço que organiza as atividades educativas para servidores e processos relacionados à formação do profissional em saúde, já que o ICAM é campo de aulas práticas e estágio para acadêmicos de cursos da área da saúde de universidades públicas e particulares.

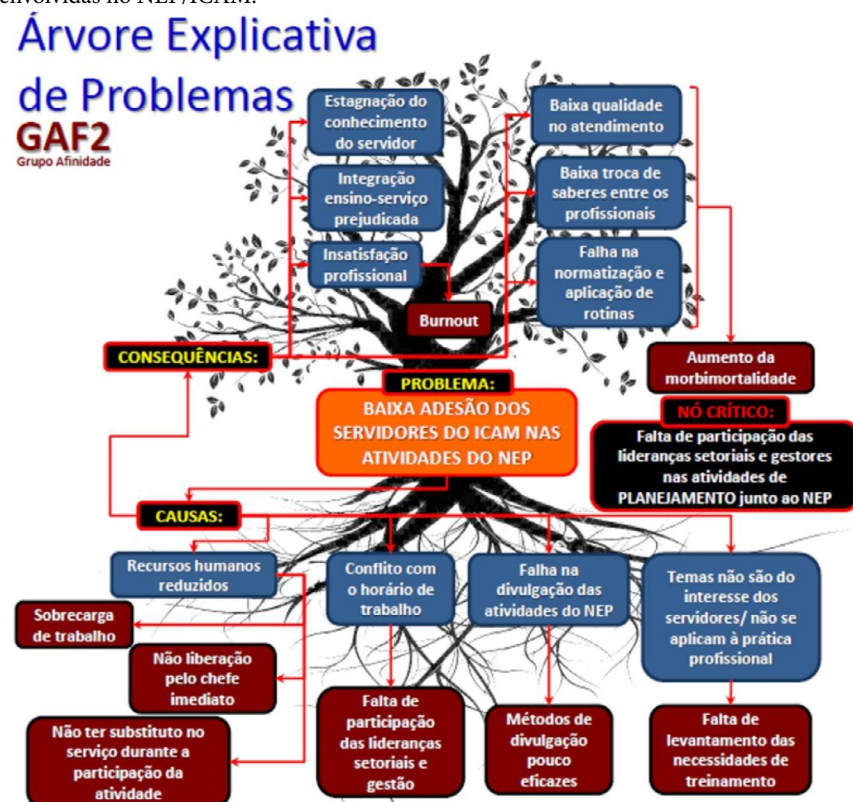
Assim, o grupo propôs este Projeto Aplicativo (PA) que foi uma produção do tipo pesquisa-ação ou pesquisa participativa, com foco na intervenção da realidade, a fim de transformá-la e proporcionar a reflexão crítica do trabalho em equipe. Tem relevância na educação em saúde como forma de desenvolvimento dos sujeitos e da capacidade de análise crítica dos processos de trabalho. O desenvolvimento do projeto aplicativo contou com a utilização de uma série de ferramentas apontadas pela especialização, como: matriz de prioridades, mapeamento de atores sociais, elaboração de um instrumento para pesquisa de satisfação, árvore explicativa, plano de ação e prospecção de indicadores e a matriz de viabilidades.

Para identificar os problemas mais relevantes do NEP, aplicamos a Matriz de Prioridades que identificou o seguinte problema: Baixa adesão dos servidores

do ICAM nas atividades do Núcleo de Educação Permanente (NEP). Com o objetivo de buscar parcerias para a concretização do PA, foram eleitos atores sociais a partir da matriz de atores sociais.

Visando identificar os motivos que levam a baixa adesão às atividades do NEP, construiu-se um instrumento de pesquisa de opinião, com anuência da diretora geral do ICAM, que foi aplicado aos trabalhadores com o intuito de fazer a avaliação da percepção deles quanto às atividades promovidas pelo núcleo. Os resultados subsidiaram a construção da Árvore Explicativa de Problemas (Figura 1), processo no qual foram eleitos os descritores do problema, identificando-se as causas e consequências deles, os nós críticos e o espaço (quem identificou e descreveu o problema).

Figura 1: Árvore explicativa de problemas identificando o nó crítico referente às atividades desenvolvidas no NEP/ICAM.



Fonte: Trabalho de conclusão de curso: Pós Graduação em Preceptoría do SUS. 2015.

A árvore explicativa permitiu-nos constatar um nó crítico até então não percebido. A não adesão dos líderes dos setores às atividades do NEP contribui para a não participação dos servidores nas referidas atividades. Acreditamos que a conscientização da importância da adesão efetiva no planejamento e participação na programação do NEP poderá aumentar a adesão dos servidores, bem como colher os resultados positivos.

De fato, a identificação dos fatores que dificultam a adesão dos colaboradores do ICAM nas atividades do NEP pôde propiciar traçar estratégias para estimular a equipe à participação e integração, com vistas a executar ações conjuntas que resultassem na qualificação dos serviços prestados e aprimoramento das competências dos profissionais da instituição.

Entendemos a grande importância da Educação Permanente nas instituições de saúde e elegemos este problema para trabalhar no projeto aplicativo justamente por isto. Sugerimos um grupo de trabalho intersetorial para participar do NEP além da criação de um horário protegido para os servidores, possibilitando a estes a participação nas atividades de Educação Permanente.

Após a construção da árvore explicativa houve mais clareza dos fatores relacionados ao problema eleito e as possibilidades de intervenção. Com o auxílio de um Plano de Ação cujo foco era a resolução dos nós críticos, houve melhor detalhamento das atividades a serem propostas pelo PA, incluindo o monitoramento das ações através do acompanhamento de indicadores. Fez-se também uma avaliação das ações desenhadas para enfrentamento dos nós críticos, objetivando fazer uma Análise de Viabilidade, organizando-se numa matriz.

Estas atividades tornaram possível traçarmos algumas estratégias para alcançar os objetivos:

- Reunir com a coordenadora do NEP para conhecer as atividades educativas.
- Realizar levantamento situacional das atividades do NEP, mediante instrumento de pesquisa de opinião, com colaboradores do ICAM.
- Tabular e analisar os dados obtidos com o instrumento de pesquisa de opinião dos trabalhadores.
- Promover um Seminário de Alinhamento Conceitual em Educação Permanente em parceria de com a Secretaria de Gestão do Trabalho e

Educação na Saúde (SGTES) Ministério da Saúde (MS).

- Apresentar os dados referentes à pesquisa de opinião para os gestores e colaboradores do ICAM.
- Criar um grupo de apoio às ações do NEP a partir do alinhamento conceitual.
- Construir o Programa de Educação Permanente do ICAM (PEP-ICAM).
- Sistematizar, por meio de manual, as diretrizes do PEP-ICAM.

Atuação do NEP/ICAM: resultados alcançados

Tendo em vista a importância da inclusão dos representantes de liderança na participação das atividades de Educação Permanente, realizamos uma reunião incluindo representantes da Direção Geral do ICAM, Diretor Técnico, Gerente de Enfermagem e Coordenador de Ambulatório para apresentarmos a proposta do projeto e relatarmos os desafios encontrados, e dos quais recebemos total apoio para a execução das ações planejadas (Figura 2). A partir de então, dois eventos programados tornaram-se o ponto de partida para as ações de NEP (Figura 3).

Figura 2: Reunião com representantes das lideranças do ICAM para apresentação do projeto.



Fonte: Repositório NEP/ICAM, 2015.

Figura 3: Cartazes: I Oficina de Educação Permanente em Saúde do ICAM e I Mostra de Experiências Exitosas entre o Ensino e o Serviço no ICAM.



Fonte: Repositório NEP/ICAM, 2015.

O primeiro evento organizado pelo Núcleo de Educação Permanente, feito em parceria com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), foi a I Oficina de Educação Permanente em Saúde do ICAM, com a proposta de alinhamento conceitual e sensibilização da gestão e trabalhadores sobre a importância da Educação Permanente enquanto aliada da gestão e do processo de empoderamento dos trabalhadores no seu contexto de atuação (Figura 4). A Oficina aconteceu no ano de 2015 e a partir dele, foi redigido o Manual Organizacional do Núcleo de Educação Permanente do ICAM.

Figura 4: *I Oficina de Educação Permanente do NEP/ICAM.*

Fonte: Repositório NEP/ICAM, 2015.

Neste mesmo ano, ainda em parceria com a Universidade Federal do Amazonas, promovemos a I Mostra de Experiências Exitosas entre o Ensino e o Serviço no ICAM que tratou dos resultados procedentes da integração ensino-serviço, com a apresentação dos vários trabalhos de pesquisa que foram desenvolvidos na instituição, inclusive por trabalhadores do ICAM. Nesta, trabalhadores e representantes das instituições de ensino foram convidados a refletir sobre a importância do SUS enquanto escola de formação e produção de conhecimentos (Figura 5).

Figura 5: *I Mostra de Experiências Exitosas do ICAM.*

Fonte: Repositório NEP/ICAM, 2015.

A partir de então, toda a construção de eventos de educação continuada tem envolvido a gestão, as equipes de trabalho e as instituições de ensino desde o processo de ideação, até a sua concretização.

Em 2018, iniciou-se o trabalho pioneiro dentro da instituição, com o real sentido e função da Educação Permanente: a criação de protocolo institucional sobre Evasão Hospitalar, tendo como ponto inicial a reunião de vários profissionais de dentro e de fora do ICAM, motivados pela realidade assistencial.

O evento foi trabalhado no modelo de metodologias ativas e teve como culminância a formação de um time multiprofissional que se dedicou durante um ano, na problematização, busca de conhecimentos e adequação de ações em saúde visando a melhoria da assistência. O trabalho foi encerrado no ano de 2019, corrigido pela promotoria da infância e juventude e divulgado em evento acadêmico.

Em 2020, o protocolo foi institucionalizado na presença da gestão, representante da Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Tutelar e servirá como referência institucional para a atuação frente aos casos de evasão hospitalar. Diante desse feito, foi notória a importância da Educação Permanente na construção de soluções das questões pertinentes à realidade do trabalho em saúde.

Neste ano, também, após iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde, o Núcleo de Educação Permanente foi oficialmente formalizado e houve uma ampliação no formato de divulgação das atividades do NEP, incluindo as mídias digitais e culminando com a criação de um site (www.nepicam.com.br) onde todo o trabalho desenvolvido está ao acesso da população, trabalhadores da instituição, academia e demais públicos interessados.

A semente plantada em 2014 caiu em solo fértil e em mãos dispostas ao trabalho da semeadura e como tudo o que envolve a educação leva tempo, acreditamos estar colhendo os primeiros frutos desse trabalho de construção diária e infinita.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.



Avaliando a satisfação dos usuários com os serviços de saúde: experiência com as Rodas de Conversa

Geycielle de Oliveira Batista
Eurinete Catarina G. da Silva
André Luiz de Carvalho Braule Pinto
Silvio Romano Benjamin Junior

Introdução

Em anos recentes, a prática da avaliação da percepção dos usuários quanto aos serviços prestados em unidades de atendimento hospitalar tem sido apontada como uma prática importante na gestão da melhoria da qualidade dos serviços. Com a Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, essa avaliação passa a ser uma importante questão relacionada à participação popular na tomada de decisão (VAITSMAN; ANDRADE, 2005), fazendo parte, inclusive, do Programa de Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). O objetivo primordial é melhorar a assistência em saúde e promover maior humanização dos serviços hospitalares (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Satisfação é definida como o panorama entre as probabilidades e a percepção do usuário sobre o cuidado ofertado no serviço de saúde, que exprime avaliação cognitiva e afetiva de experiências anteriores. A satisfação do usuário é um recurso utilizado para avaliar a qualidade do serviço e do atendimento; e seu *feedback* pode proporcionar parâmetros para analisar a estrutura oferecida, os processos desempenhados e os resultados conquistados (INCHAUSPE; MOURA, 2015).

Segundo Vaitzman e Andrade (2005), não há um modelo único de avaliação da satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde, mas ela pode ser definida como a avaliação positiva das diversas áreas e serviços prestados. Inicialmente era restrita à satisfação do paciente com serviços médicos, e atualmente pode ser avaliada mais amplamente, relacionando-se aos usuários dos mais diversos serviços ofertados. Para Costa *et al.*, (2020), a avaliação da satisfação perpassa atributos de excelência profissional, uso eficiente de recursos e mínimo risco no que diz respeito

- Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: polos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005a.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>
- D'ÁVILA, L. S.; ASSIS, L. N.; MELO, M. B.; BRANT, L. C. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200401&lng=pt&nrm=iso
- JESUS, M. C. P. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000500028&lng=pt&nrm=iso
- LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.
- MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 57, n. 5, out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000500018&lng=en&nrm=iso
- MARIN, M. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022010000100003&lng=pt&nrm=iso
- MEDEIROS, A.C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, fev. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000100007&lng=pt&nrm=iso
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900018&lng=pt&nrm=iso
- SANTOS, A. S. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde. **Online Braz J Nurs**. [periódico on line] 2006. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing>
- SILVA, C. M. T.; VASCONCELOS G. B.; FILHO, S. A. M. **Educação Permanente Em Saúde: fatores que limitam a participação dos trabalhadores**. Trabalho de conclusão de curso, Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/hgpv/TCCCurso%20Especializacao%20Gestao%20Hospitalar%20-%20Gilmar%20Silvio%20e%20Claudia%20-24022010.pdf>
- SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000100028&lng=pt&nrm=iso
- STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981774620110003000&lng=pt&nrm=iso

às questões de segurança do paciente. A inclusão das percepções do usuário do serviço pode apontar fragilidades do processo assistencial e tornar o serviço mais humanizado, permitindo a autonomia dos indivíduos e a participação no planejamento dos cuidados preconizados pela Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2004).

O processo de humanização tem como dimensão primordial modificar as relações entre os serviços, os profissionais de saúde e os usuários. Dessa forma, trata-se de reestruturar as relações em uma dimensão ética de respeito pelo sujeito e suas necessidades, ao mesmo tempo em que oferece ações de qualidade (SILVA; CHAGAS, 2020), podendo ser considerada uma postura de valorização do indivíduo humano, de suas necessidades e seu protagonismo diante do adoecimento. É importante destacar que não há um modelo único de práticas a serem identificadas como atendimento humanizado (SILVA; CHAGAS, 2020). Todavia, é possível identificar princípios norteadores, como: acolhimento, autonomia, protagonismo e corresponsabilidade (BRASIL, 2004). Dessa forma, a humanização sintetiza toda medida cujo objetivo é garantir e resguardar a dignidade das relações estabelecidas no contexto de atenção à saúde. Portanto, a humanização será resultado de uma política institucional em que os serviços, os trabalhadores, os usuários e a comunidade referida favoreçam relações éticas, sejam capazes de escutar e responder às necessidades de saúde das pessoas e tenham condições de eficácia e do cuidado propriamente dito.

A PNH é uma política pública transversal que percebe a dinâmica do trabalho em saúde como um todo, interligando assistência e gestão, garantindo o protagonismo dos sujeitos e coletivos, passando pela oferta de serviços, tecnologias de cuidados e construção de ambientes seguros, equilibrados e acolhedores que promovam bem-estar aos usuários (MICHELAN; SPIRI, 2018).

Desde a implementação da PNHAH, o SUS preconiza a Humanização como um modelo de gestão e organização dos serviços de saúde. Nesse contexto, o gestor tem papel fundamental na implementação e práticas de assistência humanizada, visto que é este quem autoriza as ações no âmbito institucional. Dessa forma, a alta gestão tem função primordial na disseminação das práticas de humanização (SILVA; CHAGAS, 2020), às vezes fomentando atividades, em outras validando as práticas propostas pelas diversas equipes envolvidas nos processos de cuidado.

Os preceitos da PNH são suas diretrizes gerais e se implementa no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de condutas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras. As ferramentas, por sua vez, atualizam essas orientações por meio de artifícios construídos nos coletivos concretos, destinados à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem discordantes do preconizado pelo SUS. Entre os dispositivos preconizados pela PNH, estão: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), projetos cogeridos de ambiência. A implantação desses dispositivos se efetiva caso a caso, considerando-se a especificidade dos serviços, partindo sempre da análise dos processos de trabalho, processos que nunca se repetem (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Uma das estratégias gerais para a implementação da política de Humanização é a utilização de mecanismos relacionados à Educação Permanente. A formação do profissional de saúde ainda é pautada nos procedimentos técnicos, focados quase exclusivamente nas intervenções materiais do processo de saúde, deixando de lado a postura necessária para o atendimento pautado na valorização de aspectos intersubjetivos (BRASIL, 2004). A utilização de Rodas de Conversa é indicada como um instrumento interessante para aliar as práticas de Educação Permanente e Humanização, visto que partem do princípio da valorização do saber dos diversos indivíduos, sejam profissionais, usuários e gestores, ampliando a possibilidade de diálogo entre estes diversos atores, fomentando a gestão participativa (MOTISUKI DIAS *et al.*, 2018).

O presente trabalho teve como objetivo apresentar um relato de experiência desenvolvido no âmbito das atividades dos Núcleos de Humanização, Educação Permanente e Segurança do Paciente do Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado. Trata-se de uma estratégia que visa aliar os objetivos de diversos âmbitos relacionados ao cuidado em saúde, ao mesmo tempo em que busca identificar demandas dos usuários, através do diálogo e resolutividade, além de avaliar a satisfação dos usuários com os serviços ofertados durante o processo de internação.

Método

Trata-se de um relato de experiência do tipo exploratório, com característica qualitativas e quantitativas, sobre atividades desenvolvidas no âmbito do Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lucio Pereira Machado. Inaugurado em 25 de setembro de 1998, o Hospital João Lúcio é um estabelecimento de alta complexidade, vinculado à Secretaria de Saúde e integrante da rede de Urgência e Emergência do Estado. Situado na zona leste da cidade Manaus, capital do Estado do Amazonas, o hospital é administrado por um diretor geral, com apoio de um gerente administrativo-financeiro, um gerente técnico, um gerente de enfermagem e um gerente de urgência e emergência. Possui, em sua totalidade, 217 leitos distribuídos em três andares de enfermarias de internação, três unidades semi-intensivas, duas unidades de terapia intensiva (UTI), três enfermarias de observação de urgência cirúrgica, além de um centro cirúrgico com três salas de cirurgia ativas e duas salas de recuperação pós-anestésica, uma unidade de pronto-atendimento e uma sala de reanimação (sala vermelha).

A atenção de urgência e emergência representa uma das portas de entrada do usuário para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que opera de forma substancial no cuidado em saúde, não obstante enfrentar diversos desafios devido à sobrecarga de serviços que se deve a inúmeros fatores, dentre eles: demanda excessiva, fragilidades de estruturação das redes de atenção à saúde, escassez e desajustes no dimensionamento de recursos humanos, déficit de recursos materiais, violência e acidentes de trânsito (SOUZA; PESSOA JÚNIOR; MIRANDA, 2017).

Condições de trabalho desfavoráveis, sobrecarga de serviços, carência de recursos e fragilidade da estrutura física são fatores que estão no cotidiano dos usuários e trabalhadores, representando um desafio para os gestores da SUE. Há ainda o dimensionamento de pessoal que não atende às necessidades dos serviços, a submissão do trabalhador a situações de risco para a saúde, o contato direto e constante com o paciente e seus familiares, e o adoecimento mental e físico que, juntos, podem tornar o profissional insensível, tratando seus pacientes de forma impessoal e despersonalizada, caracterizando por vezes uma assistência desumanizada (ARAÚJO; QUENTAL; MEDEIROS, 2016).

Portanto, humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer

parte de uma rede de comunicação, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Usuários com patologias agudas e graves devem ser direcionados aos Serviços de urgência e emergência (SUE) buscando garantia de assistência rápida e imediata quando o risco de morte é iminente, e as equipes multidisciplinar que atuam nos SUE necessitam de profissionais hábeis e capacitados. No entanto, a população busca os SUE sem propriamente ter agravos urgentes, contribuindo assim para a sobrecarga dos serviços (MENDES *et al.*, 2020). Os serviços de urgência e emergência, além das ações específicas que prestam, também são uma forma de observatório do sistema local de saúde, tornando visíveis tensões e problemas de fluxo nos demais pontos de atenção no território (POSSA *et al.*, 2020).

Trata-se de uma unidade porta aberta que atende em média de 9 a 10 mil pessoas por mês, oriundas da capital e do interior, segundo a Secretaria de Saúde do Amazonas. Por ser referência em traumas de cabeça e pescoço, conta principalmente com as especialidades de neurocirurgia e ortopedia, além de buco-maxilo e clínica médica. O perfil de atendimento é caracterizado principalmente por pacientes politraumatizados, vítimas de acidente de trânsito, por exemplo. Além disso, também são recebidos idosos com quadro clínico instável, apresentando cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais, infarto agudo do miocárdio, vasculopatias, entre outros. Atualmente, o hospital possui alguns núcleos e/ou comissões instituídas, sendo elas: Núcleo de Humanização, Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Educação Permanente em Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Vigilância Hospitalar Epidemiológica, Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar. As atividades integraram tanto a avaliação dos níveis de satisfação dos usuários quanto orientações educativas sobre segurança do paciente, numa postura humanizada e inclusiva, utilizando-se, para tanto, da atividade de Roda de Conversa, denominada Roda Gigante.

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de trabalho na saúde, favorecendo uma maior autonomia, a ampliação da capacidade de transformar a realidade em que vivem por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários e da participação coletiva (BRASIL, 2015).

Inicialmente, foi elaborado um questionário em que foi perguntado quanto ao nível de satisfação dos acompanhantes em relação aos diversos serviços prestados pela unidade. O usuário poderia marcar uma escala do tipo *Likert* que varia de 1 (*Totalmente insatisfeito*) a 10 (*Totalmente satisfeito*). A análise dos resultados seguiu uma adaptação da metodologia *Net Promoter Score* (NPS), em que pessoas que dão notas de 1 a 6 são considerados *detratores*, insatisfeitas que tendem a criticar a experiência com o serviço, notas 7 e 8 são consideradas *neutras*, e notas de 9 e 10 são consideradas promotoras, satisfeitas com o serviço, tendem a elogiar a experiência. A partir destas pontuações, é calculado um escore (NPS) que varia de -100 a 100, subtraindo o percentual de detratores pelos de promotores. NPS acima de 50 indicam nível adequado de satisfação com o serviço, enquanto notas abaixo indicam insatisfação com ele. A proposta tem sido utilizada, com êxito, na avaliação de satisfação de paciente e usuários em serviços de saúde (ALISMAIL *et al.*, 2020).

Além disso, duas perguntas abertas foram formuladas, a primeira para que os participantes pudessem indicar que melhorias seriam necessárias em relação aos serviços prestados pela Unidade, enquanto a segunda questionava o que foi positivo em relação à experiência com os serviços. Novamente os dados foram tabulados e analisados a partir da contagem de palavras chaves e posterior produção de uma nuvem de palavras. Participaram da atividade 18 acompanhantes de pacientes internados numa clínica cirúrgica. Os indivíduos foram convidados a fazer parte da Roda de Conversa em que estiveram presentes coordenadores dos diversos serviços, direção e gerências da Unidade. A Roda de Conversa teve início com uma breve apresentação dos gestores do hospital e a informação dos objetivos da atividade para avaliação da satisfação com o serviço, além de ser um espaço de comunicação direta entre os usuários e a alta gestão. Os participantes responderam à pesquisa de satisfação e utilizaram as perguntas abertas como disparadoras da discussão sobre pontos de melhoria e de qualidade dos serviços prestados na Unidade Hospitalar.

Resultados e discussão

Na primeira questão qualitativa, voltada para pontos que precisam de melhorias, aspectos em que o usuário sentia que deveriam ser repensados pela unidade para que a experiência nas dependências do hospital possa ser a mais

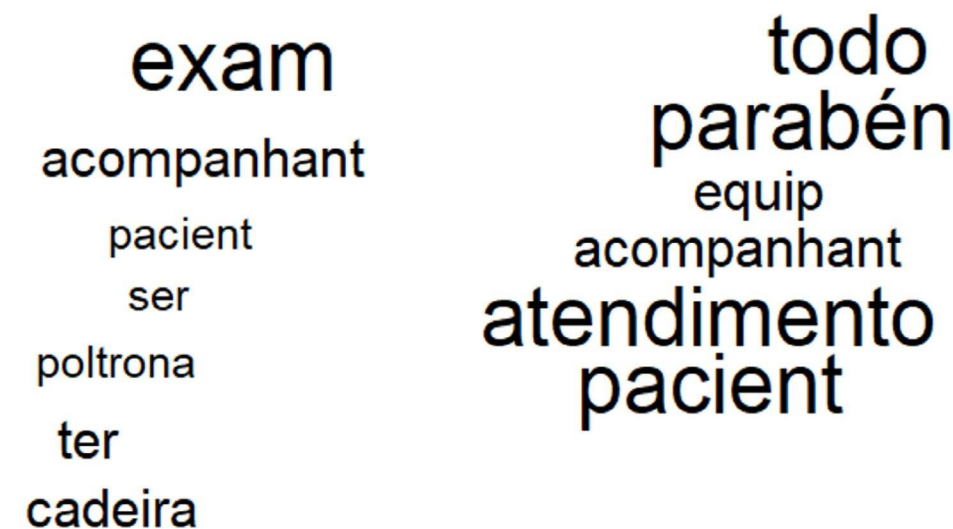
humanizada possível, as palavras que mais apareceram foram relacionadas à demora nos resultados dos exames, ou mesmo perda de documentos de solicitação de exames. Outra questão recorrente foram solicitações relacionadas ao conforto para acompanhantes. Muitos solicitaram poltronas, indicando que a ambiência pode ter um impacto importante sobre a percepção dos usuários. Ainda se observou questões relacionadas com horários de visita e refeições. Estes resultados também foram observados em outras pesquisas de satisfação com usuários de um Hospital no Sul do país, em que os relatos dos participantes apontavam aspectos estruturais e de ambiência como relevantes pontos de melhoria (COSTA *et al.*, 2020).

Em relação aos aspectos positivos, os usuários destacaram principalmente pela excelência no atendimento por parte das equipes de enfermagem, reforçando que os cuidados tendem a ser bastante reconhecidos por parte dos usuários, como tendo um impacto positivo em relação ao acompanhante e ao próprio paciente.

Figura 1: Nuvem de palavras encontrada a partir das perguntas abertas realizadas na pesquisa de satisfação. a) Melhorias necessárias; b) Aspectos positivos observados.

a) Melhorias necessárias

b) Aspectos positivos



Fonte: Pesquisa empírica (2020).

Foram avaliadas as percepções em relação à satisfação de sete serviços relacionados aos cuidados assistências e subjacentes que estão intimamente

relacionados à experiência dos usuários no âmbito da unidade: Recepção do Hospital; Realização de Exames; Alimentação; Limpeza e Organização do ambiente; Cuidados de Enfermagem, Atendimento Médico e Atendimento do Serviço Social. Os resultados podem ser visualizados na tabela 1.

Tabela 1: Resultados da avaliação de satisfação com os serviços em quantidade e percentual de detratores, neutros e promotores.

Serviço	Indivíduos (%)	NPS
Recepção		13,8
Detrator	6(20,7)	
Neutro	13 (44,82)	
Promotor	10(34,5)	
Exames		-13,79
Detrator	11(37,9)	
Neutro	11(37,9)	
Promotor	7(24,1)	
Alimentação		41,37
Detrator	8(27,58)	
Neutro	1(3,44)	
Promotor	20(68,96)	
Limpeza		55,17
Detrator	4(13,79)	
Neutro	5(17,24)	
Promotor	20(68,96)	
Cuidados Enfermagem		62,06
Detrator	3(10,34)	
Neutro	5(17,24)	
Promotor	21(72,41)	
Atendimento Médico		65
Detrator	3(10,34)	
Neutro	4(13,79)	
Promotor	22(75,86)	

Serviço Social		50
Detrator	2(12,5)	
Neutro	4(25)	
Promotor	10(62,5)	
Roda de Conversa		62,06
Detrator	3(10,34)	
Neutro	5(17,24)	
Promotor	21(72,41)	

Fonte: Pesquisa empírica (2020).

A recepção é um dos primeiros serviços ao qual o usuário tem acesso. Geralmente, após a entrada de um paciente através da Urgência/ Emergência, os acompanhantes precisam entrar em contato com a recepção em diversos momentos. Dessa forma, a experiência do usuário pode sofrer impacto importante em relação a esse serviço. Observou-se um maior número de pessoas neutras em relação ao serviço oferecido pela recepção. Promotores perfizeram 34,5% dos participantes e 20,7,5% foram de detratores, refletindo um NPS = 13,8 o que representa um nível de insatisfação do usuário em relação à sua experiência nesse quesito.

Em diversos países, sobretudo nos países em desenvolvimento, os serviços de urgência e emergência são apontados como espaços deficientes e complexos dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nas quais as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização estão pouco implementadas, atendendo além de sua capacidade instalada, o que representa um problema grave e relevante do sistema de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. O agravamento progressivo desse quadro difunde os debates sobre as condições relacionadas com a situação desalinhada do atendimento de emergência no Brasil (MORAIS; MELLEIRO, 2013).

Os exames fazem parte importante no processo de suporte às condutas de cuidado e tomada de decisão terapêutica, sendo um fator importante, tanto para a equipe profissional que pauta sua atuação, quanto para o paciente, que tem sanada parte de suas dúvidas quanto à sua enfermidade. Nesse sentido, a experiência do usuário é bastante impactada por problemas relacionados aos exames. Como se pode observar, 50% dos participantes da pesquisa foram neutros em relação aos exames. Entretanto, observa-se um número maior de detratores (37,9%) do que

de promotores (24,1%) o que indica um NPS= -13,79. Essa percepção externa demonstra profunda insatisfação em relação ao serviço.

A alimentação é tarefa das mais importantes em relação à recuperação e estadia do paciente e seu acompanhante nas dependências da unidade. Dessa forma, trata-se de um serviço com o qual um grande percentual dos usuários irá, em algum momento, entrar em contato. O grupo avaliado foi composto de 68,96% de promotores, um percentual baixo de neutros (3,4%) e um grupo também pequeno de detratores (27,58%), indicando um NPS= 41,37. Esses valores apontam para um nível limítrofe de insatisfação com a qualidade do serviço de alimentação.

A limpeza nas dependências da unidade tem papel fundamental na percepção que o usuário tem, principalmente em relação à ambiência. Dependências limpas e organizadas impactam na sensação de bem estar durante a internação, tanto do paciente quanto de seu acompanhante. Nesse sentido, a limpeza também apresentou um percentual elevado de promotores (68,96%), e níveis baixos de detratores (13,79%) e neutros (17,24%), o que indicou um NPS = 55,17 apontando para níveis adequados de satisfação com a ambiência dentro da Unidade.

Grande parte do serviço com o qual o paciente tem contato em sua estada na Unidade está relacionado aos cuidados prestados pela Equipe de Enfermagem e de Técnicos. Dessa forma, a qualidade dos serviços oferecidos tende a ter um impacto grande na percepção dos usuários em relação à unidade como um todo. Nesse sentido, observa-se um grau elevado de satisfação dos usuários em relação ao seu contato com a equipe de enfermagem. O NPS=62,06 é um nível muito bom de satisfação, o que pode apontar um nível consistente de excelência no cuidado por parte do corpo da assistência.

Os serviços médicos costumam ter um grande impacto na percepção dos usuários, tendo em vista que as orientações terapêuticas e informações relevantes quanto ao diagnóstico e prognóstico tendem a recair nas ações do corpo médico. Observa-se um percentual elevado de satisfação por parte dos acompanhantes dos usuários (81,25%), com um percentual baixo de detratores (6,25%), o que produziu um NPS=65,51. Estes resultados apontam para nível de satisfação elevado com o atendimento médico na unidade.

O serviço social tende a ser um dos serviços mais demandados em relação aos usuários da Unidade que buscam auxílio para diversas questões. É comum que

o paciente ou seu acompanhante entrem em contato com o serviço em diversos momentos da estadia. Além disso, o perfil socioeconômico dos usuários pode exigir maior atenção por parte do serviço para atender necessidades que exigem maior atenção e mais orientações. Observa-se nível elevado de promotores (68,96%) em relação às demais categorias, o que produziu um NPS=51,72. Essa pontuação indica um nível de satisfação dentro da nota mínima sugerida pela metodologia do NPS, o que indica que há possibilidades importantes de melhorias em relação ao serviço.

Considerações finais

Esse conjunto de resultados quantitativos e qualitativos aponta para um nível importante de satisfação dos usuários em relação à assistência prestada aos pacientes. A assistência prestada pela equipe de enfermagem e médica apresentou uma notável percepção de excelência para os acompanhantes. Os demais serviços, que cumprem papel importante na recuperação do paciente e, conseqüentemente, estão relacionados à experiência do usuário na unidade, tendem a ser bem avaliados.

Entretanto, os serviços de exames e recepção apresentaram importantes níveis de insatisfação. No geral, estes resultados indicam que a experiência dos usuários com estes serviços auxiliares está comprometida, exigindo uma análise mais minuciosa dos problemas observados e de suas causas, a fim de que os usuários possam apresentar níveis mais adequados de satisfação.


Mas sabemos que a distância entre o ideal, o que está disposto em manuais, políticas e documentos oficiais, e o que se expressa nas práticas cotidianas e nos processos de trabalho efetivados em serviços de saúde traz o desafio de persistir com a abordagem recorrente da humanização nos processos de desenvolvimento e Educação Permanente dos trabalhadores para atuação no SUS. Por outro lado, a avaliação das ações e do serviço de urgência e emergência também representa as imagens que os usuários constroem das redes de atenção à saúde às quais tiveram acesso nos percursos assistenciais e nos territórios. Portanto, essa avaliação, ampliada com as análises dos atendimentos recebidos e das áreas territoriais em que os usuários habitam e circulam, também descrevem o sistema local de saúde. Portanto, a iniciativa de incorporar os usuários na avaliação de qualidade

é um dispositivo inicial que pode ser ampliado para uma rede de conversas sobre qualidade e segurança do cuidado aos usuários envolvendo os demais serviços, o que poderia desencadear uma ação substantiva de Educação Permanente e humanização do atendimento.

É importante destacar que este estudo apresenta limitação importante em relação à quantidade de usuários avaliados. É notório que a quantidade de pacientes e acompanhantes que passam pela unidade mensalmente é bastante elevada e essa amostra pode não ser representativa dos usuários do serviço. De qualquer forma, é um indicador importante e pode contribuir para a identificação de problemas que fomentam insatisfações, permitindo a tomada de decisão racional sobre melhorias e mudanças necessárias para elevar a satisfação dos usuários.

Referências

- ALISMAIL, A. et al. The Use of the Net Promoter Score (NPS) in an Outpatient Allergy and Pulmonary Clinic: An Innovative Look into Using Tablet-Based Tool vs Traditional Survey Method. **Patient Related Outcome Measures**, v. 11, p. 137–142, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/PROM.S248431>
- ARAÚJO, M. P. da S.; QUENTAL, L. L. C.; MEDEIROS, S. M. Condições laborais: Sentimentos da equipe e precarização do trabalho em enfermagem. **Revista de Enfermagem YFO**, v. 10, n. 8, p. 2906–2914, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9373-82134-1-RV1008201616>
- BRASIL. **HumanizaSUS**. Ministério Da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico Da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004, p. 1–19.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Editora Do Ministério Da Saúde, v. 1, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf
- COSTA, D. G. et al. Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, spe, p. 1–9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>
- INCHAUSPE, J. A. F.; MOURA, G. M. S. S. Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 177–182, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500030>
- MENDES, M. et al. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. **Revista Da Escola de Enfermagem Da USP**, v. 54, n. 3, p. 1–9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019005003622>
- MICHELAN, V. C. D. A.; SPIRI, W. C. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 372–378, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0485>
- MORAIS, A. S.; MELLEIRO, M. M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 112–120, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>
- MOTISUKI DIAS, E. S. et al. Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem / Conversation wheel as education strategy in health for nursing. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 379, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.379-384>
- OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277–284, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000200019>
- POSSA L. B. et al. Planejamento da força de trabalho como tradução de imagens sobre o trabalho: teorias, conceitos e movimentos. In: POSSA, L. B. et al. (org.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-11-3. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo/>
- SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. da S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, suppl. 1, p. 603–613, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832009000500012>
- SILVA, T. de A.; CHAGAS, D. R. A evolução da Humanização na Gestão Hospitalar. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 38457–38467, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-405>
- SOUZA, J. D. A.; PESSOA JÚNIOR, J. M.; MIRANDA, F. A. N. Estresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 12, p. 107–116, 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000100012&lang=pt
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade : formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde Satisfaction and responsiveness : ways to measure quality and humanization of health assistance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599–613, 2005.



A biblioteca como aliada ao fortalecimento da Educação Permanente em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - SES-AM

Katty Anne De Souza Nunes
Hulda Graça Amorim
Maria Do Carmo Lima De Oliveira
Ana Beatriz Aguiar De Lima
Ícaro Machado Da Silva

Introdução

A sociedade atual é caracterizada pelo grande volume de informações produzidas por várias áreas do conhecimento e disseminadas fartamente por diferentes meios. A saúde, então, é uma área que a todo o momento se depara com novos conhecimentos e assim acaba sendo um campo no qual seus trabalhadores necessitam de constante atualização e um serviço de curadoria para que as informações cheguem de forma ágil e eficaz até quem necessita. Em tempos de enfrentamento à pandemia de Covid-19, quando as informações são constantemente atualizadas, as demandas para seu consumo são enormes e ininterruptas e há, no mundo todo e especialmente no Brasil, um volume expressivo de informações falsas, sem embasamento técnico e científico e, com alguma frequência, com potencial nocivo bastante significativo; assim, as formas de curadoria das informações sólidas e com embasamento adquirem particular relevância, ainda mais que os trabalhadores estão em situação de sobrecarga e, muitas vezes, sem condições de uma leitura crítica dos informes que recebem em diferentes meios.

Não devemos esquecer que, na atualidade, não somos somente consumidores dessas informações, mas também produtores e assim alimentamos uma cadeia de construção de conhecimento, em especial, dentro das instituições. Mais do que isso, a informação, por si só, não é suficiente para gerar ações oportunas e capazes de transformar as condições de vida e trabalho. É necessário que as informações sejam geridas e processadas, tornando-se parte da produção pedagógica e da dinâmica institucional e pessoal (FERLA et al., 2012).

Por isso a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem atualizado suas estratégias, diante das novas exigências, na busca de mudanças

nas práticas de trabalho e proporcionado autonomia aos trabalhadores da saúde.

Frente a essas demandas, a Educação Permanente passa a ser, não uma possibilidade, mas sim um estilo de vida — *lifelong learning* —, pois quem não se atualiza está à margem na sociedade do conhecimento, torna-se um profissional mediano e desatualizado. Pelo menos, é isso que há muito tempo vem se trabalhando nas empresas privadas, ao mesmo tempo em que se percebe uma movimentação do setor público para acompanhar essa transformação.

Sendo assim, na gestão das organizações contemporâneas torna-se cada vez mais necessário o uso de tecnologias, bem como são demandados serviços específicos que auxiliem na construção do capital intelectual. Nesse contexto, percebe-se a biblioteca como um espaço ideal para receber essas demandas e oferecer serviços que auxiliem em suas resoluções, já que é um espaço que trabalha com a gestão do conhecimento.

As bibliotecas deixaram de ser apenas armazéns de informações ou repositórios de conhecimento e se transformaram em organizações voltadas para o atendimento das necessidades específicas de seus usuários. Seu valor diante da sociedade demanda que seus serviços sejam prestados do melhor modo possível, e que proporcionem qualidade para satisfação de cada um de seus usuários (OLIVEIRA, 2010, p. 15).

Modernizar seu espaço e serviços a fim de auxiliar os colaboradores em suas atividades é a atual proposta da biblioteca da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM), até então conhecida como Núcleo de Gestão Documental Técnico-Científico, setor pertencente à Gerência de Desenvolvimento de Pessoas e da Educação na Saúde – GDPES (anteriormente Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos – GDRH).

O profissional e trabalhador da saúde tem na informação uma forte aliada na consecução de suas tarefas, pois ela serve como elemento norteador para realizar um procedimento assistencial médico, elaborar um parecer técnico, melhorar as práticas de gestão, encontrar soluções para um problema, tomar decisões, enfim, para atingir os objetivos institucionais da Secretaria. Por esses e outros motivos, é grande a importância de utilizar e produzir informação no âmbito da rede estadual de saúde do Amazonas.

Outro fator relevante nos dias atuais é a propagação das *fake news* (notícias falsas), que são disseminadas a cada dia com maior velocidade, inclusive no âmbito da saúde. Isso reforça duas ações importantes a serem desenvolvidas pelos profissionais da informação: a curadoria informacional e a alfabetização informacional dos seus usuários, a fim de aprimorar a habilidade de discernimento e uso das ferramentas de verificação de informações falsas, pois: “cada vez mais é exigido uma maior seleção e avaliação das informações, bem como a necessária capacitação das competências informacionais dos usuários, para que possam justamente discernir de modo analítico e crítico as informações oriundas de diferentes meios e contextos” (SILVA, 2019, p.59). Podendo-se considerar tais ações uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, entende-se que elas contribuem para a gestão do conhecimento no âmbito das instituições.

Quanto mais informações de qualidade o servidor público incorpora, maior se torna o seu conhecimento e mais ideias inovadoras surgem, melhorando os serviços e o atendimento prestado ao cidadão. No contexto de um trabalho complexo como o desenvolvido no sistema de saúde no interior das instituições e no cotidiano dos territórios, é fundamental contar com o apoio de ofertas de conhecimento válido e oportuno (FERLA *et al.*, 2019). O território amazônico é uma representação viva da complexidade para o trabalho na saúde.

Nesse contexto, apresentaremos a experiência da Biblioteca da SES/AM na implementação de uma iniciativa de Gestão do Conhecimento para a valorização do capital intelectual local e para a promoção do bem-estar social. O trabalho, no formato de um relato de experiência, objetivou realizar o mapeamento das demandas informacionais dos servidores da SES-AM, com base nos serviços oferecidos por bibliotecas que podem auxiliá-los em suas atividades técnico-científicas.

Tal mapeamento foi realizado por meio de uma pesquisa virtual, utilizando-se a ferramenta Google Forms. Os serviços inseridos na pesquisa foram baseados nas ações oferecidas por bibliotecas consideradas inovadoras em seus serviços no Brasil. A pesquisa identificou a necessidade por serviços nos formatos virtual e presencial, verificou o perfil dos usuários reais e potenciais da Biblioteca SES-AM, demonstrou a necessidade de amplo trabalho de divulgação do espaço e dos serviços, além de apontar a biblioteca como forte ferramenta para o fortalecimento de uma cultura de Educação Permanente na SES-AM.

A experiência mostra a relevância da gestão do conhecimento como apoio às ações de Educação Permanente em Saúde, seja por meio do apoio à atualização dos conhecimentos na rede de serviços, seja para apoiar o desenvolvimento de iniciativas locais, assegurando o acesso a conhecimentos válidos, oportunos e que tenham capacidade de embasar boas práticas gestão e cuidado.

Ressalta-se ainda que, para algumas ações, temos como grande referência e apoio a iniciativa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual em sua rede de bibliotecas atua em um esforço constante para oferecer conhecimento válido e promover redes de cooperação.

Sendo a SES-AM uma secretaria que conta com um espaço informacional, acredita-se que o mesmo pode contribuir de maneira significativa para o cumprimento da sua visão de futuro, que no caso dessa instituição é: “Ser reconhecida, na Amazônia e no Brasil, pela excelência dos seus resultados, pela gestão competente e inovadora da Política de Saúde do Estado do Amazonas e pela contribuição efetiva na melhoria da qualidade de vida da população amazonense” (AMAZONAS, 2015, p. 19).

No mais, a importância desse ambiente dentro de uma secretaria de saúde se reforça pelas diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que diz que: a EPS envolve a “...aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2018, p. 9).

Mapeando a necessidade de novos serviços

Ao se pensar na proposta de modernização dos espaços e serviços da biblioteca, realizou-se uma vasta pesquisa bibliográfica com foco em conhecer os serviços que estão sendo ofertados nas bibliotecas do Brasil; esse levantamento foi fundamental para apresentarmos as propostas para nossos entrevistados.

Para sermos mais específicos, citaremos alguns serviços que podem ser ofertados por esses espaços: elaboração de fichas catalográficas, treinamentos de normalização de documentos acadêmicos e científicos, orientação à pesquisa, treinamento para uso de base de dados, implementação de bibliotecas virtuais e

repositórios institucionais, rodas de conversa, clube do livro, alerta de marketing virtual, empréstimo em domicílio, entre outros.

A pesquisa surge como uma necessidade de identificar se o que queremos oferecer está alinhado às necessidades dos usuários reais da biblioteca e dos possíveis utilizadores dos serviços do setor; também de conhecer o perfil desse nosso público, contribuindo, assim, para o fortalecimento de uma cultura organizacional voltada para a Educação Permanente dos servidores.

A pesquisa

Neste item, iremos detalhar o passo a passo da realização da pesquisa, a saber:

- Mapearam-se os serviços e produtos das bibliotecas mais inovadoras do Brasil;
- Elaborou-se um questionário no Google Forms para que se pudesse fazer o levantamento das possíveis demandas de serviços a serem prestados pela biblioteca, assim como, conhecer o perfil dos nossos usuários reais e potenciais;
- Enviou-se o questionário para a equipe da GDPES a fim de realizar um pré-teste da ferramenta;
- Contatou-se a equipe de Comunicação da SES-AM para que pudessem ajudar na divulgação do questionário;
- Encaminhou-se o formulário para os servidores – capital e interior-, com o prazo para resposta;
- Encerrou-se a pesquisa;
- Compilaram-se os dados;
- Reuniu-se a equipe para fazer a leitura das respostas para que se pudesse analisar e pensar nos serviços e melhorias para o setor;
- Fez-se o relatório de análise da pesquisa.

Resultados

Neste item apresentaremos os dados obtidos ao realizarmos a pesquisa, vale ressaltar, como afirmado por Guinchat e Menou (1994 apud GUIMARÃES, 2007):

Diversos fatores podem influenciar o comportamento do usuário com relação à informação, tais como: formação básica, treinamento na utilização dos produtos e serviços oferecidos, acessibilidade, condições de trabalho, tempo disponível, posição sociocultural, sociabilidade, grau de competição dentro de seu grupo, imagem da informação que cada um tem e experiências anteriores.

Tais características puderam ser observadas durante esse trabalho.

Resultados do questionário e observações

A pesquisa contou com a participação de 39 respondentes. Dentre eles, 35 servidores, três estagiários e uma pessoa do público externo.

Na segunda questão indagamos sobre o conhecimento do espaço da biblioteca, e tivemos como resposta: 29 sim e 10 não.

Sobre a utilização de algum serviço oferecido, 20 usaram, 17 não e dois não responderam. Dos 17 que não usaram, 15 relataram o motivo.

Tabela 1: Pergunta sobre a não utilização do espaço.

Não Sabia.	5
Sabia, mas não houve necessidade.	2
Não encontrou o que precisava.	2
Não conhecia os serviços.	6

Fonte: elaborado pelas autoras e autor.

Essa questão trouxe reflexões sobre muitos aspectos, a destacar: a falta de divulgação do espaço e dos serviços, a falta de interação do setor com outros setores da secretaria, além da sinalização do mesmo (até da secretaria como um todo, uma vez que, as placas de sinalização encontram-se desatualizadas no que se refere à localização dos departamentos).

Sobre a ligação com alguma atividade acadêmica: 17 respondentes estão ligados a alguma atividade, 19 não e três não responderam, o que nos trouxe um incômodo no sentido da percepção de aprendizado desse servidor, talvez o atrelando apenas ao processo de escolarização ou ao de fato não ter continuado sua capacitação.

Com relação à forma de recebimento das notícias, serviços e ações da biblioteca a maior parte dos respondentes preferiu receber por e-mail, nos dando a opção de ser o e-mail o canal de comunicação oficial com o servidor. O WhatsApp também foi uma alternativa apontada pelos entrevistados e também aviso nos murais da instituição.

Ao citarmos possíveis serviços a serem oferecidos, todos foram apontados como de interesse, no entanto, os apresentamos em ordem de maior votação.

Tabela 2: Pergunta sobre serviços de interesse.

Serviços apresentados	Nº de votação
Pesquisa on-line do acervo da biblioteca.	27
Boletins informativos on-line - divulgação dos produtos e serviços oferecidos.	24
Espaço para estudo / leitura / reunião.	23
Empréstimo de obras literárias.	23
Acesso à plataforma para e-books.	21
Terminais para acesso à internet e pesquisa científica.	20
Treinamento de busca de informações no Diário Oficial do Estado.	17
Orientação na busca/pesquisa.	15
Levantamento bibliográfico em assuntos especializados.	15
Acesso e orientação às bases de dados (Biblioteca Virtual em Saúde - BVS).	15
Eventos literários / culturais.	15
Empréstimo de obras técnicas/científicas.	15
Alerta eletrônico sobre eventos científicos.	14
Informe - on-line - de novas aquisições.	13
Orientação de normas para publicação.	12
Clube do livro.	11
Orientação e normalização bibliográfica presencial.	10
Orientação e normalização bibliográfica via WEB.	9
Orientações para solicitação de ISBN e de ISSN.	5

Fonte: elaborado pelas autoras e autor.

Essa lista de interesse, mais uma vez, nos faz refletir sobre a demanda de divulgação dos serviços oferecidos (que foi a segunda proposta mais citada), uma vez que os outros serviços mais apontados já são oferecidos no setor.

Ao solicitarmos sugestões de serviços para a biblioteca, uma sugestão muito pertinente apontada foi: “Informação sobre acesso a rede de atenção à saúde, inclusive citação dos locais e especialidades ofertadas”.

No que tange as áreas de conhecimento de interesse do público, vale destacar:

Tabela 3: Pergunta sobre área do conhecimento de interesse.

Área do conhecimento	Área do conhecimento	Área do conhecimento
Administração	Concurso público	Farmácia
Contabilidade	Autoajuda	Direito
Políticas públicas de saúde	Desenvolvimento Pessoal	Auditoria Governamental
Direito	Psicologia	Contabilidade Pública
Saúde	Obstetrícia	Controle Social
Finanças	Saúde pública	Publicações da SES
Literatura	Orçamento Público	Marketing
Gestão	Nutrição	Meio Ambiente
Redação oficial	Auditoria	Política
Educação em saúde	Enfermagem	Direito Administrativo
Saúde da criança	Administração hospitalar	Desenvolvimento de carreiras
Comunicação pública	Autodesenvolvimento	Neonatologia
Medicina	Gestão em saúde	Tecnologia
Saúde do idoso	Biológicas	Empreendedorismo
Saúde Coletiva	Administração Pública	Idiomas

Fonte: elaborado pelas autoras e autor.

Sobre as áreas do conhecimento demandadas na pesquisa, algumas já são contempladas timidamente no acervo, outras precisam de fato ser adquiridas. O que nos faz reforçar a aquisição de uma plataforma de acesso a uma biblioteca virtual que englobe outras temáticas.

Com o número de respondentes da pesquisa, cogitamos sobre como podemos alcançar o maior número de servidores da SES-AM, tanto para a utilização dos serviços da Biblioteca, como para o recebimento de futuros *feedbacks*.

E, como resultado dessa reflexão, temos:

A percepção de que com os oito projetos elaborados pelo setor de biblioteca para o Programa Saúde Amazonas e um programa de governo - idealizado para

reorganizar a estrutura da saúde pública no Estado do Amazonas na capital e interior, a fim de melhorar a oferta de serviços - estaremos contemplando essas demandas, o que nos motiva a continuar o trabalho e mostrar o potencial das bibliotecas na contribuição para o fortalecimento de uma Educação Continuada e, consequentemente, para uma sociedade mais informada, autônoma e justa.

Lembrando que:

Atualmente não basta apenas ser educado ou tratar bem a comunidade de usuários, é preciso prever suas necessidades, surpreender e ir além de suas expectativas. Também é necessário estabelecer um canal de comunicação no qual as críticas e sugestões sejam transformadas em especificações de melhores produtos e serviços. Os usuários esperam mais do que cortesia, querem serviços que atendam ou superem suas expectativas. O atendimento de qualidade é um serviço que pode ser considerado eficiente quando proporciona satisfação e as necessidades são prontamente atendidas (COSSICH, 2014).

Uma das ações imediatas que precisam ser desenvolvidas no e para o setor são:

- Criação do regimento interno da biblioteca;
- Elaboração do plano de marketing - divulgação;
- Confecção do Manual de uso dos serviços;
- Criação da página institucional do setor;
- Sinalização do ambiente;
- Reestruturação do espaço físico;
- Elaboração de treinamentos para uso dos sistemas/serviços;
- Tornar-se um ambiente colaborativo, para inovação e produção do conhecimento.

Constatou-se, como já mencionado, a necessidade de maior divulgação dos serviços, pois: “O marketing também é de suma importância para as Unidades de Informação, pois é através dele que a comunidade de usuários tomará conhecimento dos produtos e serviços prestados pela biblioteca” (COSSICH, 2014).

Dessa forma, almeja-se proporcionar a estes usuários um bom aproveitamento do tempo, produtividade, estímulo à Educação Permanente e à Educação Continuada, fortalecendo assim o capital intelectual produzido nesta

instituição, de modo a valorizar o conhecimento local e — por que não — torná-lo referência para outras instituições da saúde.

Por fim, realizamos um diagnóstico estratégico do setor e verificamos que o Núcleo de Gestão Documental Técnico-Científico deseja tornar-se uma biblioteca referência em assuntos relacionados à saúde no Estado do Amazonas, para assim contribuir de forma significativa com a missão da instituição e com o papel das unidades de informação. Por isso, a pesquisa foi realizada para avaliar seu atual sistema de serviços e verificar as possibilidades de atuação, de modo a acompanhar a evolução desses espaços no cenário nacional e internacional.

Considerações finais

Sabendo que as bibliotecas se configuram como espaços essenciais para o desenvolvimento de uma cultura de aprendizado e desenvolvimento intelectual, foi pensada a proposta da pesquisa a fim de identificar o estágio atual da gestão do conhecimento na SES-AM e as reais necessidades informacionais dos trabalhadores estaduais da saúde, de modo a validar as atuais e futuras ações de Educação Permanente da biblioteca da SES-AM.

Com esse trabalho aprendemos que a informação em saúde se destina ao cidadão, ao trabalhador e ao gestor da saúde, o que nos permite ampliar o trabalho realizado pela biblioteca para que de fato se contribua para o fortalecimento de uma Educação Permanente no SUS.


Tendo como base a técnica da Biblioteconomia, pretende-se de fato, assessorar os servidores e usuários da saúde, fornecendo suporte bibliográfico especializado para que estes possam obter e produzir informação relevante, conforme alguns serviços já apresentados na pesquisa.

Entende-se também que a gestão da informação em saúde integrada é capaz de gerar conhecimento válido e democratizar a informação, que é um dever das instâncias pública e privada de saúde. Essa mesma informação em saúde, atua como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde.

No mais, espera-se a elaboração de outro trabalho relatando a execução e os resultados alcançados com as ações propostas nesse.

Referências

- AMAZONAS. **Plano Estadual de Saúde Amazonas 2016-2019 – SUSAM**. Manaus: Secretaria de Estado e Saúde. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018.
- COSSICH, M. Serviço de referência: O que se espera dele?. **Biblio. Cultura Informacional**. 2014. Disponível em: <https://biblio.info/servico-de-referencia/>
- FERLA, A. A. et al. Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido. In: Ferla et al. (Org). **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**. Porto Alegre: Editora Rede Unida. p. 8-20, 2019. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/atencao-basica-e-formacao-profissional-em-saude-inovacoes-na-amazonia/>
- FERLA, A. A. et al. Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde: análise e sistematização de recursos tecnológicos utilizados para apoio à gestão de sistemas e ao ensino de trabalhadores em diferentes contextos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Relatório técnico de projeto de pesquisa**, 2012. Porto Alegre: CNPq. Disponível em: <http://www.otics.org/otics/estante/textos/relatorios-de-pesquisa>
- FERLA, A. A. **Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva**. Porto Alegre: CNPq, 2009. Disponível em: <http://www.otics.org/otics/estante/textos/relatorios-de-pesquisa>
- GUIMARÃES, T. P. Perfil de usuários de biblioteca governamental: o caso do Ministério da Saúde. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 12, n. 3, p. 96-115, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-9362007000300008
- MENOU, C. G. M. **Introdução geral as ciências e técnicas da informação e documentação**. 2. ed. corr. aum., Brasília: I. B. I. C. T. 1994.
- OLIVEIRA, D. de P. R. **Planejamento estratégico: Conceitos, metodologias, práticas**. São Paulo: Atlas S.A, 2008.
- SILVA, S. S.; TANUS, G. F. S. C. O bibliotecário e as fake news. **Informação em Pauta**, v. 4 n. 2, n. 2, p. 58-82, 2019. DOI: 10.32810/2525-3468.ip.v4i2.2019.41558.58-82



Grupo de apoio a mães em Unidade Neonatal: Educação em Saúde como uma constante de transformação

Maura Nunes Pimentel de Carvalho
Maria Gracilene Gomes Diniz
Maria Nila Filgueiras de Azevedo
Grace Alvarenga Esquerdo
Jerlyane Veras Fernandes

Introdução

O processo gestacional e a chegada do bebê perfeito são momentos muitas vezes esperados e sonhados por toda a família. Todavia, essa experiência pode passar por intercorrências na gestação ou no parto, interrompendo o percurso natural do nascimento. Dentre essas intercorrências, a mais frequente é a prematuridade, nesse ínterim os pais recebem a notícia de internação em unidade de terapia intensiva neonatal, ambiente necessário para a recuperação e cuidados ao recém-nascido, porém desconhecido aos pais que precisam de suporte e atenção para enfrentar os desafios futuros da internação neonatal (TRUMELLO *et al.*, 2018; BRASIL, 2018).

O nascimento prematuro é um evento traumático e estressante tanto para o bebê quanto para seus pais (STÜBE *et al.*, 2019). Os pais são separados dos seus bebês precocemente, permeados por sentimento de culpa, sentindo-se impotentes por não levarem seu bebê pra casa, por terem que o deixar sob os cuidados da equipe hospitalar (ALVES; RODRIGUES; CARDOSO, 2018).

Geralmente, a hospitalização de um filho é uma experiência complexa para as mães e suas famílias, uma vez que o ambiente de UTIN não faz parte do dia a dia dos pais, tendo estes que se familiarizarem aos poucos com o novo local, conhecer as rotinas e, conseqüentemente, com o apoio da equipe multiprofissional, se fortalecerem emocionalmente (VERONEZA *et al.*, 2017). Especial atenção deve ser dada a esse momento, pois a efetividade da vinculação mãe-bebê pode sofrer alterações.

Diante dessa realidade não desejada, os pais começam a lidar com sentimentos de medo, tristeza, fragilidade e insegurança no que diz respeito à vida do bebê (ROSO *et al.*, 2014). O sentimento de culpa aparece principalmente quando a mãe precisa se dividir entre outras tarefas, tendo que deixar o filho sozinho. Buarque e colaboradores (2006) ressaltam que é importante perceber essas nuances e intensificar a interação familiar, para que aos poucos a família perceba apoio e acolhimento por parte da equipe que presta atendimento ao RN diminuindo as chances de aumentar o estresse materno nesse período. Fatores como alto nível de estresse familiar, a baixa responsividade materna e alteração da competência parental parecem atuar diretamente no desenvolvimento infantil.

Conforme, Veronez *et al.* (2017) a experiência da hospitalização de um filho recém-nascido gera uma sobreposição de perdas, como a perda do filho idealizado e a possibilidade de estar com ele em casa. As dificuldades de se reconhecer enquanto mãe, exercer a maternagem e aceitar o filho são influenciadas pelo sentir-se expectadora do seu filho, pois, afinal, existe uma equipe que se apropria de afazeres que a priori deveriam ser realizados por ela. Afirmam ainda os autores que pode ser comprometido o estabelecimento do vínculo frente a essa delicada fase enfrentada pelas mães e família, podendo gerar desordens no relacionamento entre ambos.

Segundo Balbino *et al.* (2015) o acolhimento dessas famílias acontece quando elas são estimuladas a praticar os cuidados com os RNs, favorecendo não só o vínculo afetivo entre pais e bebês, mas também a redução do estresse e da ansiedade causados pela hospitalização. Um novo modelo começa a surgir em relação ao cuidado com as famílias, deixando de ser voltado apenas para o tradicional onde o foco seria o bebê doente, para abordar a família como peça fundamental nesse processo.

No ambiente neonatal, as reações dos pais à hospitalização do seu filho vão desde alterações orgânicas aos problemas psicológicos, e estão associadas à dificuldade em entender o que realmente ocorre nesta nova vivência, da necessidade de permanecer em um ambiente desconhecido, com barulhos, equipamentos e pessoas. Assim, os pais realizam uma avaliação diante do agente estressor e definem estratégias de enfrentamento para lidar com a situação vivenciada que são avaliadas como excedentes aos recursos do indivíduo (STÜBE *et al.*, 2018).

Foi evidenciado por Grosik (2013) que a observação do bebê em perigo, a exposição a ruídos de alarmes e máquinas do ambiente, a separação dos filhos dentre outras obrigações cotidianas, tudo isso são estressores internos e externos que se relacionam com o estresse dos pais. Assim como o próprio nascimento prematuro favorece por parte dos pais estresse e sentimentos negativos (CONTIM, 2017). Outro fator potencialmente estressante para os pais é a alta hospitalar, pois a preocupação com as habilidades e competências ao assumir os cuidados com o filho aumenta, tornando-se uma situação dúbia, pois também se sentem aliviados (CUSTODIO *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado com pais de bebês hospitalizados na UTIN foram identificados problemas de ajustamento psicossocial em pais com níveis elevados de ansiedade e depressão. Os recursos internos e sociais das famílias são elementos importantes nestes momentos, pois a habilidade de manter o equilíbrio necessário para apoiar a si e ao bebê são imprescindíveis. As mães, por sua vez, apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que os pais (PADOVANI *et al.*, 2004) dysphoria and depression symptoms of pre-term infants' mothers between two moments, during and after hospitalization in Neonatal Intensive Care Unit (NICU, demonstrando grande importância para a equipe acolher e ajudar no empoderamento destas mães.

O período do pós-parto pode ser promovido pela interação física mãe-bebê, essa proximidade que também é prerrogativa do Método Canguru por meio do contato pele a pele e toda humanização que essa política prega (MARQUES *et al.*, 2016), embora a ligação possa ser afetada negativamente pelos estados afetivos maternos e pelas atitudes em relação à parentalidade devido ao turbilhão de emoções e expectativas que terão que ser trabalhadas nesse contexto. Para as mulheres esse é um período crítico pois aumentam as chances de surgirem problemas psicossociais, dessa forma o cuidado em relação à diáde mãe-bebê pode prevenir formação de apego inseguro, o qual pode influenciar a esfera emocional, social e cognitiva do bebê (ERICKSON; JULIAN; MUZIK, 2019).

Segundo, Melo *et al.* (2016), é importante compreender quais ações preventivas as equipes de saúde podem realizar no sentido de acolher os pais durante estadia dos filhos na unidade neonatal. Assim, compreender as vivências e sentimentos dessas mães é um indicador valioso para o planejamento das ações

de cuidado. O relacionamento com a família deve ajudar o profissional de saúde a ter uma visão ampla das prioridades da família e contribuir para seu crescimento e desenvolvimento dentro da unidade, estabelecendo um plano singular que minimize os danos causados pelo processo de internação (CORRÊA *et al.*, 2015).

Conforme Pereira, Barbosa e Vernasque (2014), numa perspectiva de educação permanente o aprender e o ensinar devem ser incorporados nos processos de trabalho das organizações. Dessa forma, o objetivo deste artigo é relatar a experiência de formação de um grupo de apoio a mães em unidade neonatal que contou com o apoio e a colaboração de diversas categorias profissionais da maternidade, contribuindo para o processo de educação e promoção de saúde.

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, realizado por um grupo de profissionais de uma maternidade de referência em Manaus sobre um grupo de apoio a mães com filhos internados em unidade neonatal, tendo como objetivo apresentar e discutir acolhimento e suporte aos familiares que vivenciam o processo de internação hospitalar. A Maternidade Ana Braga é considerada a maior da rede estadual de saúde no estado do Amazonas. Foi inaugurada em 10 de maio de 2014 e possui uma média de 700 partos por mês, sendo modelo de atendimento à gestação de alto risco. É referência em programas como o Método Canguru (MC), uma política nacional de saúde que integra um conjunto de ações voltadas para a qualificação ao cuidado do recém-nascido e sua família.

Também integra o projeto Qualineo, que é uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde para reduzir as taxas de mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) e qualificar a atenção ao recém-nascido nas maternidades, além de apoiar a amamentação no âmbito do IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) — uma estratégia lançada pela Organização Mundial da Saúde e UNICEF em 1991 com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno na área hospitalar. Conta com um total de 18 leitos para a assistência ao parto normal e ao parto cesárea distribuídos entre os setores PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto), CPNi (Centro de Parto Normal intra-hospitalar) e Centro Cirúrgico Obstétrico. Possui 106 leitos no Alojamento Conjunto, setor destinado ao puerpério na unidade, contando também com 25 leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), 20 leitos de UCINCO (Unidade de Cuidado Intermediário Convencional) e 15 leitos de UCINCA (Unidade de Cuidado Intermediário Canguru).

O grupo de apoio teve sua formação a partir da necessidade de fazer o acolhimento às mães com filhos internados em Unidades Neonatais. O grupo era composto pelas mães ou responsáveis legais pelo bebê durante a internação hospitalar. O recrutamento dos participantes ocorreu por meio de convite realizado às mães dos recém-nascidos pelas psicólogas da maternidade, que coordenavam o grupo, e pelos profissionais da equipe neonatal. As técnicas utilizadas no grupo de apoio eram: dinâmicas grupais, relato de vivências das mães, esclarecimento de dúvidas com profissional especialista do dia (convidado(a) para esclarecer dúvidas sobre processos envolvidos na internação hospitalar), textos e desenhos. Ao final de cada experiência grupal, as participantes faziam a avaliação do grupo de forma verbal, explicitando os pontos positivos e negativos do encontro, sendo esta uma forma encontrada para implementar melhorias no grupo.

Resultados e discussão

O cuidado integral e qualificado ao recém-nascido, aos seus pais e à família é um dos pilares do Método Canguru (BRASIL, 2018). O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2014).

Conforme estudo de revisão bibliográfica de Marques *et al.* (2016), inúmeros benefícios do Método Canguru (MC) estimulam a relação mãe-bebê, dentre eles a melhora no vínculo; o aumento da estimulação sensorial ao carregar o bebê contra o peito, favorecendo o aleitamento materno; o controle térmico que evita a perda de calor corporal; a redução da infecção hospitalar; diminuição da morbidade e tempo de internação hospitalar.

O desenvolvimento social, comportamental e o funcional do Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) são influenciados pelo estresse dos pais e por sintomas depressivos maternos. Dessa forma, o bem-estar emocional das mães pode influenciar a integridade materno-infantil e ter um impacto substancial no desenvolvimento emocional, social e cognitivo do bebê (BRUM, 2017). Nesse sentido, é importante identificar os fatores associados com o aumento do estresse materno a fim de desenvolver intervenções para melhorar a saúde mental em mães de UTIN (ALKOZEI; MCMAHON; LAHAV, 2014). A saúde mental materna, segundo Guidolin e Célia (2011) muitas vezes institui-se uma crise na vida da criança e da mãe. OBJETIVO: Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão materna em mulheres que tiveram seus filhos internados na ala pediátrica do hospital universitário da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA, tem se mostrado um problema de saúde pública que requer atenção especial em nível de políticas públicas voltadas para sua identificação precoce, melhora da assistência e tratamento, a fim de minimizar ao máximo suas consequências para a interação mãe-bebê.

Nesse contexto, a formação do grupo de apoio aos pais da unidade fortalece esse pilar. O suporte grupal era oferecido às mães com bebês internados em unidade neonatal por meio de rodas de conversa, o qual tem se mostrado uma forma adequada para a disseminação de informação e com função terapêutica e de acolhimento. Conforme Costa *et al.* (2015), a estratégia utilizada por meio de rodas de conversa surge como um espaço de cuidado que promove desenvolvimento das capacidades tanto individuais quanto coletivas, contribuindo com novas formas de fazer e promover saúde. Os grupos funcionavam como uma forma de facilitar as mães expressarem seus sentimentos, caracterizar suas vivências e compartilhar experiências.

Como consequência desse modelo de saúde, Adamy *et al.* (2018), enfatizam que as rodas de conversas são espaços que fomentam trocas, aprendizagens, e fortalecem o diálogo horizontal entre os participantes, tendo como resultado a integração de todos numa mesma posição. Os grupos aconteceram no ano de 2019, eram realizados semanalmente e tinham uma frequência média de 10 a 15 mães, o tempo de permanência variava de 50 a 60 minutos. As rodas de conversa eram realizadas pela manhã uma hora antes da realização do boletim médico, dessa forma as mães ficavam mais confortáveis a participar, apesar dos procedimentos e rotinas institucionais.

O grupo era realizado no auditório da maternidade, pois o local oferecia espaço adequado, cadeiras e refrigeração. As cadeiras eram posicionadas em círculos facilitando a visualização e a comunicação entre todos os participantes, conforme Sampaio *et al.* (2014), essa modalidade circular é mais que uma relação custo-benefício para os grupos, ela é uma postura ético-política que transforma a sociedade e faz produzir conhecimento pela negociação dos próprios sujeitos.

O convite para participar do grupo era realizado nas unidades neonatais da maternidade: UTIN; UCINCO; unidade de cuidados progressivos (UCP) e na UCINCA pelas psicólogas da maternidade e também pelos profissionais das unidades, que explicavam sobre a importância e os benefícios da participação no grupo. Para Pereira, Rivera e Artmann (2013), o trabalho multiprofissional é constituído por meio de uma relação recíproca entre as diversas ações dos profissionais, ao mesmo tempo havendo interação entre os atores pela comunicação, veículo primordial para essa conexão. O grupo tinha como característica ser institucional e não terapêutico, e havia a participação da psicologia, enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e outros profissionais que se faziam necessários conforme a demanda do grupo e esclarecimentos de dúvidas sobre os processos de trabalho.

As mães que já estavam na UCINCA e sentiam-se confortáveis em participar do grupo com seus filhos, os levavam na posição canguru e contribuíam com as discussões com palavras de conforto, otimismo e encorajamento. As mães que tinham filhos internados nas UTINS e UCINCO também participavam, porém sem a permanência dos bebês os quais não podiam sair da unidade devido às questões clínicas. Devido a essas singularidades, todas as dinâmicas e atividades eram cuidadosamente planejadas. Em revisão sistemática da literatura de Chan *et al.* (2016), os autores concluíram que o compartilhamento das experiências de cuidados em relação ao Método Canguru ajudou a promover a aceitação das mães em relação aos seus filhos que nasceram de uma forma não idealizada e não esperada. Na maternidade em que foram realizados os grupos, a participação das mães de todas as etapas do Método Canguru é fundamental para fortalecer o diálogo e os aprendizados, já que as etapas se antepõem e se complementam conforme a evolução do quadro clínico do bebê.

A primeira etapa tem início com pré-natal e avaliação do quadro clínico da mãe (RN está na UTIN e/ou UCINCO após o nascimento), a segunda etapa se

dá quando o RN já tem condições clínicas de ficar com a mãe principalmente para ganho de peso na UCINCA, e na terceira etapa o RN é acompanhado em nível ambulatorial, com o cuidado compartilhado com a atenção básica.

O grupo geralmente começava suas articulações por meio da apresentação de cada participante. A grande maioria das mães havia passado um tempo prolongado de internação com seus bebês devido a situações relativas à prematuridade, e muitas já se conheciam. No entanto, o grupo era aberto, pois havia entrada constante de novas mães. Após a apresentação dos participantes, a maior parte formada de mães, assim como alguns pais e pessoas que faziam parte da rede de apoio da puérpera no momento da internação, o grupo era estimulado a intensificar as discussões.

Os profissionais elencavam alguns estímulos para suscitar os diálogos, dentre eles: dinâmicas grupais, relatos e trocas de experiências, leitura de textos e desenhos. Por meio das falas e expressões dos participantes, o grupo fluía com diversas trocas e as pessoas tiravam dúvidas com os profissionais. Os temas abordados surgiam destas reflexões realizadas pelos próprios participantes.

Como resultados imediatos da participação das mães no grupo, observaram-se melhor interação entre equipe e família e esclarecimento de dúvidas sobre os processos de trabalho nas unidades neonatais por intermédio da participação multiprofissional. Entre os temas das discussões destacavam-se: amamentação, direitos e deveres, sintomas emocionais no pós-parto, Método Canguru, apoio e rede de suporte a família.

Durante a hospitalização do RN, os pais sentem a necessidade de se envolver com seus filhos, obter informações sobre a clínica do bebê e também receber suporte. O acolhimento à família é muito importante, pois organiza o emocional e faz o equilíbrio necessário para que a família tenha condições de continuar no dia a dia da internação. Durante a execução do grupo de apoio, foi percebido como as mães se sentiram acolhidas e perceberam o espaço para troca de experiências como um momento delas, onde podiam receber cuidados e oferecer também se sentindo parte do processo, corroborando com o disposto por Pereira, Barbosa e Vernasque (2014), que afirmam que a mudança da prática acontece quando saímos do papel de mero espectador ou cumpridor de ordens e nos posicionamos como conhecedores da realidade. Ao final, percebia-se uma união maior entre as participantes e isso refletia grandemente nos processos de trabalho.

Considerações finais

Observou-se que o grupo de apoio para as mães em unidade neonatal representou uma metodologia capaz de promover saúde e contribuir para o processo de autonomia das mães no ambiente hospitalar. As mães conseguiram compreender a metodologia proposta pelo Método Canguru (ressaltando que a maternidade é referência no método) e como de fato elas podiam participar do cuidado com os seus filhos. A maternidade tem as suas peculiaridades, e por isso ela é vivida e sentida de várias maneiras no processo grupal havia uma divisão dos medos e angústias por parte dos participantes, o que facilitava o processo de cuidar; todos ganhavam com essa prática, principalmente os prematuros que tinham seus cuidadores empoderados e preparados para o cuidado diário. As mães que participavam do grupo de apoio tinham suas dúvidas esclarecidas, experiências relatadas, fortalecendo laços de apoio dentro e fora da instituição.

A roda de conversa é um método pouco dispendioso e ao mesmo tempo indispensável aos profissionais da saúde. No contexto social, a expressão do estresse e do comportamento da mãe, do pai ou da família em relação ao seu RN, em relação à hospitalização e aos profissionais, revelaram fatores como: gravidez precoce, dificuldades no reconhecimento da paternidade, outros filhos em casa desassistidos, falta de documentação, desemprego, questão da moradia e transporte, entre outros apresentados pela maioria das mães, têm um peso desafiante. No grupo, essas conversas eram pertinentes porque toda a rede de apoio na família ou fora dela pôde ser acessada, gerando uma expectativa positiva quanto ao apoio para a superação das questões apresentadas, e mesmo no comportamento maternal durante a hospitalização e pós-alta. O acolhimento grupal funcionava como um alicerce para o que poderia vir a ser, além do fortalecimento do vínculo com a equipe institucional.

As aprendizagens com o grupo trouxeram uma perspectiva humanizadora sobre como as mães se enxergavam dentro do contexto hospitalar, como os desafios, as trocas de experiências, e o apoio mútuo refletidos no cotidiano. Essa observação gerou maior diálogo e compreensão tanto para os profissionais quanto para os familiares, pois melhorava as formas de lidar com problemas recorrentes entre os diversos atores que participavam do processo, desenvolvendo um trabalho com abordagem mais eficiente.

O grupo de apoio foi uma experiência que oportunizou vivências e aprendizados enriquecedores à equipe multiprofissional. Acolher, ouvir as angústias, dúvidas e incertezas relatadas pelas mães e sua rede de apoio, e até mesmo o silêncio oportunizado pela emoção do momento, a expressão do choro – mostrando-se vulneráveis apesar de sua força e resiliência, assim também como o sorriso de esperança, depoimentos e palavras de motivação – mostrou que é possível nos aproximarmos do outro e o apoiar em sua realidade, nos impulsionando a práticas mais humanizadas e com maior resolutividade, oportunizando também um crescimento pessoal e profissional.

O espaço de escuta, empoderamento e reorganização das experiências das mães é um instrumento facilitador da ligação afetiva mãe-bebê, assim como mãe-equipe-família, e essa interação tem efeitos positivos no processo de aprendizagem, autoestima e consequentemente no aprimoramento dos processos de trabalhos realizados na instituição. Constatando-se, portanto, a relevância de ações educativas voltadas às famílias com filhos internados nas unidades neonatais, enfatizando os cuidados que podem ser realizados pelos pais, aprimorando o cuidado centrado na família.

Outrossim, tendo como referência o público específico, medidas em políticas públicas de atenção em neonatologia, promoção da saúde, recuperação, prevenção de complicações e melhora da qualidade de vida das famílias devem ser fornecidas para fundamentar e viabilizar melhorias à assistência materna, nesse contexto de crise.

Ressalta-se a importância de implementação de projetos voltados para a integração das famílias que passam pela experiência de ter um filho internado em unidade neonatal, pois dessa forma pode-se afirmar que o objetivo deste trabalho foi alcançado, contribuindo para o fortalecimento da promoção da saúde e cuidado com a díade mãe-bebê.

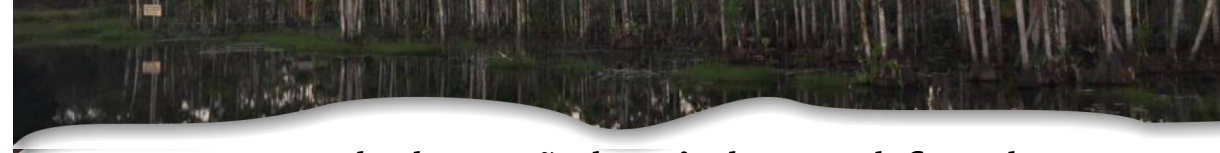
Usamos ainda este espaço para agradecer às mães e à sua rede de apoio que participaram das rodas de conversas, nos oportunizaram tantas experiências e aprendizados, agradecer também a todos os profissionais da maternidade que contribuíram para o desenvolvimento destas atividades, em especial ao Dr. Jefferson Pereira Guilherme, Médico Neonatologista da UTIN, por nos apoiar constantemente com o grupo de apoio e os processos de trabalho, contribuindo grandemente com

a revisão deste relato, e à gestão da Maternidade Ana Braga, que acolheu o projeto e nos possibilitou a sua execução, certamente fomos todos fortalecidos.

Referências

- ADAMY, E. K. et al. Validação na teoria fundamentada nos dados: rodas de conversa como estratégia metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 3299–3304, 2018.
- ALKOZEI, A.; MCMAHON, E.; LAHAV, A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 27, n. 17, p. 1738–1743, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.942626>
- ALVES, G. M. A. N.; RODRIGUES, O. M. P. R.; CARDOSO, H. F. Indicadores emocionais de mães de bebês com risco para o desenvolvimento TT - Emotional indicators of Mothers of babies facing developmental risks. **Pensando Fam**, v. 22, n. 2, p. 70–87, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000200006
- BALBINO, F. S. et al. Parent's support group as a transforming experience for families at a neonatal unit. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 297–302, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150040>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru : manual técnico**, 2. ed., Brasília, 2014.
- BRUM, E. H. M. Depressão Pós-Parto: Discutindo O Critério Temporal Do Diagnóstico. **Cadernos de Pós-Graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 92–100, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p92-100>
- BUARQUE, V. et al. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 4, p. 295–301, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.2223/jped.1518>
- CHAN, G. J. et al. Kangaroo mother care: A systematic review of barriers and enablers. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n. 2, p. 130J-141J, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.15.157818>
- CONTIM, D. Artigo Original. **Rev. Enfermagem Atenção Saúde**, v. 34, n. 104, p. 31–38, 2017.
- CORRÊA, A. R. et al. The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 629–634, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150084>
- COSTA, R. R. de O. et al. As rodas de conversas como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. **Revista Brasileira Ciências Da Saúde - USCS**, v. 13, n. 43, p. 30–36, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol13n43.2675>
- CUSTODIO, N. et al. Discharge from the neonatal intensive care unit and care at home: an integrative literature review. **Remex: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 984–991, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130071>

- ERICKSON, N.; JULIAN, M.; MUZIK, M. Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother–infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. **International Review of Psychiatry**, v. 31, n. 3, p. 245–263, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1563529>
- GROSIK, C. Identification of Internal and External Stressors in Parents of Newborns in Intensive Care. **The Permanent Journal**, v. 17, n. 3, p. 36–41, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.7812/tpp/12-105>
- GUÍDOLIN, B. L.; CÉLIA, S. A. H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul**, v. 33, n. 2, p. 80–86, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-81082011005000012>
- KEGLER, J. J. et al. Stress in Parents of Newborns in a Neonatal Intensive Care Unit. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. 1–6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178>
- MARQUES, C. R. de G. M. et al. Metodologia Canguru: benefícios para o recém-nascido pré-termo. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 3, n. 3, p. 65–78, 2016.
- MARQUES, L. et al. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. **Journal Health Npeps**, v. 1, n. 2, p. 145–159, 2016.
- MELO, R. A. et al. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 87, p. 88–103, 2016.
- PADOVANI, F. H. P. et al. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive car unit. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251–254, 2004.
- PEREIRA, F. M.; BARBOSA, V. B. A.; VERNASQUE, J. R. S. Continuing education experience for auxiliary nurses as a management strategy. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 228–235, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140018>
- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: Estudo sobre modalidades de equipes. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 45, p. 327–340, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832013005000006>
- ROSO, C. C. et al. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Revista de Enfermagem Da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 47–54, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769210246>
- SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: Uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, p. 1299–1312, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>
- STÜBE, M. et al. Níveis de estresse de pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste**, v. 19, 3254, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193254>
- TRUMELLO, C. et al. Mothers' Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. **Front. Public Health**, 2018. Disponível em: doi: 10.3389/fpubh.2018.00359



Protocolo de evasão hospitalar: em defesa dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados

Elza Cristina Craveiro da Fonseca
Daizyenne Santos da Silva
Janize Costa Nina
Livia Martins Rossi dos Santos
Plínio José Cavalcante Monteiro

Introdução

A saúde é um direito humano fundamental preconizado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e ratificado pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005).

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e seguintes, a saúde tornou-se um direito de todos e um dever do Estado, requerendo, desta forma, que a sociedade e o Poder Público resguardem esta premissa ético-jurídica e protejam a saúde dos cidadãos diante de eventuais agravos e danos, especialmente quando as situações de risco envolverem crianças e adolescentes, visto que os mesmos devem ter prioridade no acesso aos cuidados de saúde e na proteção de seus direitos fundamentais (BRASIL, 1988).

No que diz respeito à evasão hospitalar envolvendo a população pediátrica, existem fatores associados tais como: a conduta médica, o atendimento multidisciplinar, a situação sociocultural da família, entre outros aspectos, que devem ser avaliados, respeitando-se as especificidades a fim de assegurar o direito à integridade física e o direito à vida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Diante disso, abordar a evasão de crianças e de adolescentes no contexto hospitalar é assunto relevante no cenário atual, pois busca resguardar os direitos desses cidadãos em desenvolvimento, preconizados nos dispositivos legais supracitados, bem como efetivar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a). Para que isso ocorra é necessário fazermos uma constante revisão das práticas clínicas que buscam fortalecer e aprimorar as relações entre os profissionais de saúde, as

famílias e os pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Vários são os critérios para se definir qual o tratamento mais adequado e se a criança ou adolescente apresenta condições de receber alta hospitalar. É prerrogativa médica decidir acerca do melhor momento para a realização da alta; todavia, por motivos diversos, todavia, por motivos diversos, existem casos em que o próprio paciente ou seu responsável legal solicita a alta hospitalar (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Nas últimas décadas, a autonomia do paciente e de seus familiares tem sido discutida, no sentido de regulamentar direitos e garantir medidas diretivas, visto que, ao ser internado em uma instituição hospitalar, o paciente está sob cuidados institucionais e do corpo técnico profissional, porém não deixa de ter o direito de participar das decisões relacionadas à sua saúde (COUTINHO, 2016).

Diante disso, a partir de reuniões crítico-reflexivas do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Instituto de Saúde da Criança do Amazonas (ICAM) surgiu a proposta de elaboração do protocolo de evasão hospitalar, o qual enfatiza o resguardo dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados que devem ser protegidos pelo Estado, família e comunidade através de dispositivos legais.

Durante as reuniões, questionou-se os limites que o responsável pelo menor tem sobre as decisões de abandono do tratamento e saída do hospital sem alta médica, bem como outras questões vivenciadas na prática clínica relacionadas às medidas que podem ser tomadas para a prevenção e redução da evasão hospitalar, os órgãos competentes a serem acionados no momento em que o paciente e/ou responsável se recusar a permanecer internado e os dispositivos criados para controle e orientação dos profissionais de saúde que precisam lidar com a evasão, inclusive dos indígenas e imigrantes.

Processo de elaboração do protocolo de evasão hospitalar: uso da metodologia da problematização

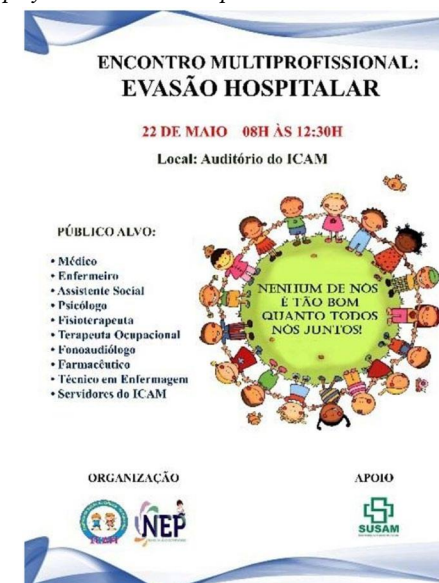
O protocolo de evasão hospitalar é fruto de uma construção interprofissional, de pesquisa baseada em evidência para responder às questões práticas de assistência à saúde, perante os desafios que permeiam o processo da evasão hospitalar observada com certa frequência no Instituto de Saúde da Criança (ICAM).

A ação laboral deixa de ser uma ação em si para que os sujeitos reflitam sobre suas práticas para resolver ou dissolver os nós críticos que interferem no dia a dia para efetivar uma prática que atenda uma determinada necessidade, repensando o modo de produzir o trabalho. Nesse sentido, no percurso de elaboração deste protocolo, é criada a oportunidade para a implementação de mudanças necessárias nas ações profissionais que fomenta, segundo Schweickardt (2015), o processo da pedagogia em ato, que coloca o trabalho em análise.

Em 2018, o Núcleo de Educação Permanente (NEP), na pessoa da pediatra Elza Fonseca, em parceria com os profissionais do serviço social, realizou o Encontro sobre Evasão Hospitalar, de caráter multiprofissional e com a inclusão de representantes do Conselho Tutelar e da academia na pessoa do Dr. Plínio Monteiro, pediatra doutor em bioética e advogado.

O evento foi pautado na metodologia da problematização fundamentado no arco de Maguerez para a construção das questões capazes de responder os nós críticos relacionados à evasão hospitalar não só da população de crianças e adolescentes amazonenses, como também dos pacientes indígenas e estrangeiros admitidos rotineiramente no ICAM.

Figura 1: Encontro Multiprofissional: evasão hospitalar, 2018.



Fonte: Repositório ICAM, 2018.

A Metodologia da Problemática com o Arco de Maguerez tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao trabalhador de saúde extrair e identificar os problemas ali existentes, no seu cenário de atuação profissional. O esquema do Arco é o seguinte:

Figura 2: Arco de Maguerez.



Fonte: Colombo e Berbel (2007) adaptado de Bordenave e Pereira (1989).

Diante das sínteses e proposições construídas pelos participantes do encontro de 2018, surgiu a necessidade de reuniões para a discussão e elaboração de um protocolo que promovesse uma transformação das práticas profissionais sobre a demanda sinalizada. A este respeito, Ceccim e Feuerwerker (2004) discorrem que as propostas de transformação se fundamentam nas reflexões críticas empreendidas sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade com os usuários, permitindo à estruturação do cuidado a saúde.

As trocas de práticas interprofissionais ocorreram em reuniões intermediadas pelo Núcleo de Educação Permanente do Instituto de Saúde da Criança do Amazonas (ICAM), no período de março a setembro de 2019, uma vez por semana com, aproximadamente, duas horas de duração. Estes encontros ocorriam todas as quintas-feiras com os trabalhadores do Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Terapia Ocupacional dentre outros membros do corpo profissional do ICAM, cujo tempo protegido para esta finalidade foi concedido pela direção do hospital.

Figura 3: Reuniões semanais de Março a Setembro com a equipe multiprofissional, 2019.



Fonte: Repositório ICAM, 2019.

Os encontros tinham como finalidade promover a troca de conhecimento, o levantamento dos pontos-chave da temática de evasão no ICAM, a busca de evidências que respondessem às demandas institucionais, a proposição de intervenções no formato de protocolo e a elaboração de um instrumento de fácil acesso às equipes, em formato de guia de bolso contendo a síntese das proposições.

Em 2019, a partir do delineamento da versão final do documento, foi feita uma apresentação à gestão, trabalhadores, representantes do conselho tutelar que estiveram presentes no encontro de 2018 e representantes da Educação Permanente: Sr. Daniel Almeida (SES-AM) e Dr. Júlio César Schweickardt (ILMD/FIOCRUZ). Após as considerações finais feitas neste encontro, o documento foi submetido à análise e revisão ético-jurídica por parte do Dr. Plínio José Cavalcante Monteiro (doutor em bioética e advogado), assim como do órgão que compõe o sistema de garantia de direitos das crianças e adolescentes nas pessoas das promotoras da infância e juventude: Exmas. Sras. Nilda Silva de Souza e Vânia Maria Marques Marinho.

Figura 4: Apresentação e discussão da síntese de evidências para a elaboração do protocolo aos trabalhadores, gestão, representantes do conselho tutelar, SES e educação permanente – FIOCRUZ. 2019.



Fonte: Repositório ICAM, 2019.

Em 2020, depois de finalizadas as revisões, o grupo de trabalho do protocolo de evasão teve a honra de apresentar a versão final aos trabalhadores e à direção-geral, assim como conferiu os direitos autorais do guia de bolso ao ICAM através da inscrição na Câmara do Livro. Houve a distribuição do guia para todos os participantes da reunião bem como o formulário de notificação foi adicionado à rotina dos documentos de prontuário do ICAM com a finalidade de gerar dados estatísticos e avaliação da eficácia das medidas propostas pelo protocolo.

Figura 5: Apresentação e entrega formal do protocolo de evasão à direção, trabalhadores do ICAM e Secretaria Estadual de Saúde, 2020.



Fonte: Repositório ICAM, 2020.

Figura 6: Guia de Bolso com as informações básicas do protocolo de evasão.



Fonte: Repositório ICAM, 2020.

O treinamento das equipes foi previsto inicialmente de forma presencial, porém, devido à crise de Covid-19, foi necessário reorganizar os processos de trabalho, tanto pelos protocolos de distanciamento como pelas demandas que a situação impôs aos trabalhadores. Cabe destacar que os materiais estão disponíveis on-line e, além disso, com o auxílio do NEP, esperamos em breve poder pensar em outros formatos para a discussão e qualificação da utilização do protocolo.

A proposta do grupo de trabalho é que, diante da institucionalização do protocolo, haja uma redução da frequência de evasão hospitalar mediante a padronização de condutas, o que poderá servir como referência às demais instituições da rede do Sistema Único de Saúde.

Aspectos teóricos para a fundamentação e construção do protocolo

Nomenclatura para censo hospitalar

Ao considerar a necessidade de padronização da nomenclatura voltada para o censo hospitalar, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) elaborou a

Portaria nº 312 de 30/04/2002, que esclarece acerca dos termos relacionados à alta médica, evasão e desistência do tratamento (BRASIL, 2002a).

A alta médica é conceituada como ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, caracterizada pelo desfecho da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado. Este, caso necessário, passa a receber outra modalidade de assistência, no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio.

O termo evasão é caracterizado pela saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado. A desistência do tratamento é a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência prestada ao paciente.

É importante evidenciar que o médico, ao aceitar um pedido de alta e concedê-la, a transforma em alta programada e assume toda responsabilidade por este ato. Ao analisar de forma criteriosa a alta a pedido, esta não existe e deve ser negada pelo médico sempre que colocar em risco a continuidade terapêutica ou oferecer risco de morte ao paciente. Este, ao negar uma alta a pedido dos responsáveis, respeita os princípios bioéticos da beneficência (fazer o bem, pois não interrompe o tratamento), da não maleficência (não fazer o mal, pois previne eventuais danos) e da justiça (equidade, visto que não restringe o acesso do paciente aos cuidados de saúde dos quais o mesmo necessita) (COUTINHO, 2016).

Um conceito relevante nas decisões que envolvam evasão ou desistência de tratamento é a capacidade, ou seja, o grau de autonomia de um indivíduo para tomar decisões. A capacidade constitui elemento essencial no processo de consentimento e, legalmente, de acordo com o Código Civil Brasileiro (CCB), pode ser definida como a aptidão necessária para que uma pessoa exerça, pessoalmente, os atos da vida civil. Assim, a capacidade é um estado que compreende, em regra, a exigência da maioridade civil (ter 18 anos ou mais). São considerados absolutamente incapazes os menores de 16 anos, os que não tiverem o necessário discernimento para a prática de determinado ato, em decorrência de enfermidade ou deficiência mental, e aqueles que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade (BRASIL, 2002b).

O menor com idade compreendida entre 16 e 18 anos é considerado relativamente incapaz, o que implica que será assistido por seus pais e, em certas situações, deve ser também levada em consideração, além da manifestação do adolescente, a vontade de seus pais ou responsáveis legais (BRASIL, 2002b).

A população assistida no ICAM é composta de crianças e adolescentes. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 2º, deve ser considerada criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos e adolescente, a pessoa com idade entre 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990b, p.1).

Aspectos éticos e legais

A Constituição Federal do Brasil, em seus artigos 5º (*caput*) e 196, preconiza o direito à liberdade e o direito à saúde, respectivamente (BRASIL, 1988, p. 2). Diante dessa premissa, o paciente tem a prerrogativa de recusar o tratamento e de não se manter internado em unidades de saúde, em atenção ao princípio bioético da autonomia.

O direito supracitado está legalmente assegurado pelo artigo 146 do Código Penal Brasileiro (CPB), ao descrever o crime de constrangimento ilegal, e pode o médico, contrário à recusa do paciente, estar sujeito a responder por tal crime, salvo se a intervenção médica ou cirúrgica for realizada diante de iminente risco de morte, momento em que o paciente ou seu representante legal perdem sua autonomia para decidir, visto que a legislação lhe garante o direito à vida e não sobre a vida (BRASIL, 1940).

O Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018) contempla o princípio da autonomia do paciente e suas devidas ressalvas, com destaque para os artigos abaixo mencionados, nos quais é vedado ao médico:

Artigo 4º – Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal; (p. 36)

Artigo 22º – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte; (p. 39)

Artigo 24º – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; (p. 39)

Artigo 31º – Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. (p. 40)

Com relação à alta hospitalar, a Lei do Ato Médico (BRASIL, 2013a), que dispõe sobre o exercício da medicina, em seu artigo 4º, inciso XI, refere-se à alta médica como atividade privativa dos médicos nos serviços de atenção à saúde.

De acordo com o Código Civil Brasileiro (CCB), a negligência, a imprudência e a imperícia são caracterizadas, em virtude da teoria da culpa (BRASIL, 2002b, p. 17) e da teoria do risco (BRASIL, 2002b, p. 69), como atos ilícitos por violarem direitos, causarem danos a outrem e podem imputar ao profissional a obrigação de repará-los por meio de indenização.

Pontuado o tema da responsabilidade ético-jurídica que envolve os serviços médicos e hospitalares, é necessário reiterar que todo paciente ou seu responsável legal tem o direito de não aceitar tratamento ou cuidado proposto pelo hospital ou pelo corpo clínico, desde que tenham sido informados sobre todos os riscos e alternativas disponíveis. Esta vontade deve estar formalmente expressa e documentada (LIGIERA, 2009).

Com base nessa prerrogativa, no ICAM, durante o período de internação, a responsabilidade pelo tratamento, desde a admissão até a alta, é da instituição e de seu corpo clínico, sob supervisão direta e permanente do (s) médico (s) assistente(s).

Direitos da criança e do adolescente e deveres dos pais

Todo indivíduo ou seu representante legal tem direito à autonomia nos diversos contextos da vida. Durante os procedimentos hospitalares e nos casos de alta, esse direito também deve ser garantido a fim de manter o equilíbrio entre a manifestação do desejo da mesma e a possibilidade desta entre os envolvidos (médico-paciente-família), desde que não haja iminente risco de morte. Nesses casos, o exercício da autonomia fica restrito, uma vez que a legislação confere aos indivíduos o direito à vida e não sobre ela (COUTINHO, 2016). Esta questão é

referida na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990b, p. 1), em seu artigo 4º, como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, assegurar com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde, entre outros. O ECA refere ainda, em seu artigo 98, acerca do uso de medidas de proteção à criança e ao adolescente, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis.

Sobre o disposto no Código de Ética Médica (CEM), sempre deverá ser considerada a opinião do paciente, a fim de garantir a validade moral do consentimento dado no caso de uma intervenção médica preventiva, diagnóstica ou terapêutica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

A participação do menor na obtenção de seu assentimento livre e esclarecido deve ser incentivada, garantindo-lhe a liberdade de opinião e expressão, bem como o direito ao respeito de sua autonomia, considerando sua idade e maturidade tanto intelectual quanto emocional. Deste modo, a escolha do paciente deverá ser considerada na medida de sua capacidade para

tomar decisões individuais, com base no domínio de diversas habilidades, entre as quais, o envolvimento com o assunto, a compreensão das alternativas e a possibilidade de comunicação de uma preferência (COUTINHO, 2016).

Entre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, previstos na Resolução CONANDA nº 41/1995, aprovada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), cabe-nos ressaltar os seguintes:

1. Direito à proteção, à vida e à saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação;
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa;
3. Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade;
4. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida;

5. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária;
6. Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995, p. 1).

Funções dos órgãos competentes

O sistema de garantia de direitos das crianças e dos adolescentes comporta um conjunto de órgãos que têm como função resguardar tais direitos. Na situação da evasão, em que o responsável legal retira a criança ou adolescente sem alta médica, deverão ser realizados encaminhamentos aos órgãos competentes, como o Conselho Tutelar e o Ministério Público (Promotoria da Infância e Juventude) (BRITTO, 2016).

Segundo o ECA (BRASIL, 1990b, p. 37), o Conselho Tutelar é definido, em seu artigo 131, como órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, o qual deverá encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência, quando necessário. Essa mesma Lei, no artigo 131, inciso VIII, define o Ministério Público como órgão que deve zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados a crianças e adolescentes, assim como promover as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis.

Fatores de risco

Os fatores associados ao abandono de tratamento e à evasão hospitalar são múltiplos e complexos. Dificuldades para garantir a continuidade de tratamentos podem estar relacionadas tanto ao usuário como ao tratamento em si e/ou à própria operacionalização da assistência de saúde (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014).

A adesão às intervenções em saúde, de forma geral, pode ser definida como o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

A baixa adesão aos tratamentos e a evasão hospitalar de crianças e adolescentes podem estar associadas a diferentes questões socioeconômicas, culturais e demográficas. Os responsáveis pela criança ou adolescente hospitalizado, ao apresentarem baixa escolaridade, história de uso de substâncias psicoativas e/ou sofrimentos mentais, possuem perfis que se associam prevalentemente ao abandono dos diversos tipos de tratamento, uma vez que tais fatores podem repercutir na capacidade de compreensão das informações das questões relacionadas à doença de seus filhos, bem como na adoção de hábitos saudáveis e utilização consciente dos serviços de saúde (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014).

No que tange à assistência hospitalar em pediatria, crianças e adolescentes, ao se verem afastados de seus familiares e dos elementos de referência de vida, como a escola, as brincadeiras, seus objetos pessoais e as relações de afeto, podem experimentar o sentimento de despersonalização, que também contribui para o desejo de interromper o tratamento. Além disso, nem sempre lhes é assegurado o direito de conhecer o tratamento e sua doença (respeitando-se a sua fase cognitiva), o que eleva o nível de estresse e a baixa colaboração nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (ANGERAMI-CAMON *et al.*, 2009).

O processo de despersonalização, segundo o autor supracitado, pode levar a um sentimento de desqualificação existencial do sujeito e desencadear o desejo de abandonar seu tratamento, o que para a criança e/ou adolescente fica evidente na expressão do desejo de voltar para a casa.

Os fatores mais comumente observados na prática clínica do ICAM podem estar relacionados à ausência ou falha de comunicação entre a equipe de saúde e os familiares, assim como à suspensão da alta médica programada e à preocupação do cuidado com os outros filhos que estão fora do contexto hospitalar.

Risco de evasão e ações preventivas

As questões envolvidas na evasão do paciente, de modo geral, são solucionadas de forma mais eficaz a partir de uma boa relação equipe-paciente-família, que deve ser construída e reforçada ao longo de todo o processo de internação. O cuidado no estabelecimento de relações sadias pode prevenir a maioria dos conflitos passíveis de existirem na prática, no que diz respeito aos procedimentos de alta (COUTINHO, 2016).

Diante da insatisfação perante a internação hospitalar, poderão ser observados aspectos que motivam a evasão por parte da família. Situações de ordem emocional/psicológica, situações clínicas do acompanhante, aspectos socioculturais e até mesmo institucionais, que afetam diretamente a criança e o adolescente, podem ser geradoras de maiores riscos para a evasão hospitalar.

Deste modo, são imprescindíveis a adoção de medidas para maior adesão ao tratamento por parte de pacientes e familiares, a fim de contribuir na redução dos índices de evasão hospitalar. Assim, o acolhimento se faz necessário como prática da equipe assistencial.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, política e estética (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, o qual implica no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intenções. Desse modo, torna-se diferente de triagem, pois não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Esta diretriz, apontada da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013b), necessita ser operacionalizada e refletida por todos os atores envolvidos (equipe técnica) para produzir intervenções responsáveis e resolutivas nos diferentes problemas de saúde apresentados pelos usuários.

Outra medida importante para garantir mais confiança e segurança, tanto para o cliente quanto para a equipe, é envolver os pacientes e seus familiares no tratamento, incluindo o esclarecimento de todas as etapas e procedimentos, as regras do hospital, as condutas esperadas e a importância da sua adesão a todo o ciclo terapêutico (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995).

Segundo Nogueira e Rodrigues (2015), alguns fatores são decisivos para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre os profissionais e os usuários, como contato visual, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, troca de informações pertinentes, discussões saudáveis e consciência situacional, que significa compreensão do ambiente atual e capacidade de antecipar possíveis adversidades.

Outro aspecto a considerar é a comunicação entre os profissionais que prestam cuidados de saúde. Esta deve ser efetiva, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). O grande número de profissionais de diferentes equipes assistenciais e o alto fluxo de atividades desenvolvidas no âmbito hospitalar produzem uma necessidade constante de troca e atualização de informações com os pacientes, os familiares e equipe multiprofissional (BROCA; FERREIRA, 2015). Interrupções na comunicação ou a falta de trabalho em equipe são um dos fatores que contribuem para que o paciente e/ou acompanhante manifeste o desejo de evasão, pois pode receber informações diversas e até mesmo contraditórias, as quais influenciam na insatisfação e falta de confiança no tratamento (OLINO *et al.*, 2019).

É fundamental que, ao lidar diretamente com o paciente, os profissionais de saúde possuam ferramentas de comunicação padronizadas e criem um ambiente seguro no qual todos possam se expressar e, dessa forma, evitar os ruídos na comunicação. Assim, quando o paciente e/ou responsável se torna consciente, pode realizar escolhas relacionadas a estecuidado (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). As comunicações exitosas no âmbito hospitalar devem, portanto, ser compartilhadas entre todos os atores envolvidos no processo.

Desta forma, todo profissional que observar no paciente e/ou responsável a manifestação de interromper o tratamento e abandonar o hospital deverá, através do diálogo, compreender as motivações e adotar os procedimentos que amenizem ou afastem o desejo de evasão.

Das especificidades da evasão hospitalar - Atendimento do indígena

O Estatuto do Índio, em seu artigo 3º (Brasil, 1973, p. 1), preconiza que o índio ou silvícola, *in verbis*: É todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional.

O Censo Demográfico 2010 contabilizou 896 mil pessoas que se declaravam ou se consideravam indígenas pertencentes a mais de 300 etnias diferentes, falantes de 274 línguas identificadas (IBGE, 2010). O caput do artigo 231 da Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 125), que fala sobre os indígenas,

esclarece: “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições (...)”.

Com relação aos direitos reservados à pessoa indígena nos dispositivos legais brasileiros, o Estatuto do Índio assegura aos indígenas o mesmo tratamento oferecido aos considerados civilizados, conforme especificado no parágrafo único de seu artigo 1º, *in verbis*: (BRASIL, 1973, p. 1). Aos índios e às comunidades indígenas se estende a proteção das leis do país, nos mesmos termos em que se aplicam aos demais brasileiros, resguardados os usos, costumes e tradições indígenas, bem como as condições peculiares reconhecidas nesta Lei.

A promulgação da Constituição Federal Brasileira efetivou direitos aos povos indígenas; todavia, a inexistência de uma política setorial no SUS que atendesse à sua diversidade étnico- cultural comprometia o adequado acesso aos cuidados de saúde e impossibilitou seu pleno exercício da cidadania no que diz respeito ao direito à saúde (GARNELO; PONTES, 2012).

Sendo assim, houve a necessidade de se formular uma política de saúde que contemplasse as especificidades indígenas, traduzida na implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena por meio da Lei nº 9.836/1999, que alterou dispositivos da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990b), reforçada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída em 2002.

O ICAM reconhece o indígena como legítimo cidadão de direitos. Dentro dessa perspectiva, os serviços de saúde precisam se adequar de forma que possam contemplar as peculiaridades desse povo, assim como favorecer um acolhimento que respeite suas especificidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Das especificidades da evasão hospitalar - Atendimento do imigrante

No processo de análise das particularidades dos povos indígenas, faz-se necessário a inclusão de uma leitura do crescente processo migratório no Estado do Amazonas, referente ao seu impacto na saúde pública e, conseqüentemente, o atendimento nas unidades hospitalares infantis. Muitos são os motivos que levam o imigrante a deixar seu país de origem e adentrar as fronteiras de um novo, com suas diferenças sociais, culturais, políticas e econômicas.

Recentemente, a Região Norte viveu um acelerado recebimento de imigrantes haitianos e venezuelanos, estes últimos, com predominância dos indígenas da etnia Warao, que buscam a capital amazonense para fugir de uma grave crise econômica e política em seu país (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

No que diz respeito ao atendimento dos imigrantes, especificamente nos cuidados a serem prestados a crianças e adolescentes, a Recomendação Legal nº 05/2017 - 5º Ofício/PR/AM (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2017, p. 1), em face do Inquérito Civil nº 1.13.000.000541/2017-81, de lavra conjunta do Ministério Público Federal PR/AM e Defensoria Pública da União (DPU), esclarece:

CONSIDERANDO que o Brasil é signatário da Convenção sobre os Direitos da Criança, promulgada pelo Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990, reconhecendo, portanto, sem discriminação de qualquer tipo, inclusive de origem nacional (artigo 2º), que toda criança tem direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento (artigo 6º), bem como ao melhor padrão possível de saúde (artigo 24º), assegurando-se que esta receba, na condição de refugiada, proteção e assistência humanitária adequadas (artigo 22º);

CONSIDERANDO que, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, os Estados se certificarão de que as instituições, os serviços e os estabelecimentos encarregados do cuidado ou da proteção das crianças cumpram, com os padrões estabelecidos pelas autoridades competentes, especialmente no que diz respeito à segurança e à saúde das crianças, ao número e à competência de seu pessoal e à existência de supervisão adequada (artigo 3º);

Medidas preventivas para evitar evasão de indígena ou imigrante

A equipe multidisciplinar deverá procurar estabelecer contato com o acompanhante/familiar e com o paciente. Na impossibilidade de estabelecer uma conversa, em virtude da dificuldade com o idioma, averiguar a disponibilidade de um intérprete. Para os indígenas, acionar o apoio da CASAI (Casa de Saúde Indígena) ou do órgão/instituição que os acompanhe e, para os imigrantes, verificar dentro da própria instituição se existe um profissional capacitado para esta função a fim de facilitar o processo de comunicação.

O acolhimento deve ser a prioridade na atenção prestada aos indígenas, aos imigrantes e suas respectivas famílias, através de um adequado suporte psicológico e de assistência, com respeito à diversidade cultural e étnica, para reduzir os riscos de evasão hospitalar.

Medidas a serem adotadas em caso de evasão - Crianças e adolescentes não indígenas brasileiros

Alguns pontos devem ser considerados ao se tomar medidas frente à evasão consumada, como o grau de risco à vida causado pela interrupção do tratamento, a conduta da equipe e o conhecimento sobre quais órgãos devem ser acionados.

O profissional que detectar a evasão deverá, primeiramente, acionar o médico de referência ou, na ausência do mesmo, o médico plantonista com a finalidade de tomar as medidas protetivas através da averiguação do período de transcorrência do fato e produzir um relatório a ser feito no formulário da evasão que contenha o estado clínico da criança/adolescente a ser encaminhado ao Serviço Social para posterior direcionamento aos órgãos. Informa-se também que a enfermagem deverá comunicar o Núcleo de Segurança do Paciente sobre a evasão através do preenchimento da Ficha de Notificação do Evento Adverso Grave (EAG).

Em evasões ocorridas durante os dias úteis, o Serviço Social deverá ser acionado para fazer uma avaliação do caso e produzir um relatório que, também, deverá estar no formulário de evasão, para ser encaminhado ao Conselho Tutelar de abrangência do domicílio do menor, juntamente com o relatório médico e dos demais membros da equipe multiprofissional envolvidos no atendimento. Tais medidas colaboram para que o Conselho Tutelar proceda com a análise da situação e tome as providências cabíveis, uma vez ser este o órgão encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

Durante os finais de semana, pontos facultativos e feriados, as unidades de saúde e os demais órgãos públicos podem não contar com a disponibilidade do Serviço Social, uma vez que as equipes ficam reduzidas e/ou em regime de sobreaviso. Diante disso, os profissionais podem utilizar o serviço do Disque Denúncia (Apêndice I) ofertado pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SEMASC), e informar o ocorrido para que a referida secretaria acione os responsáveis de plantão do Conselho Tutelar a fim de encaminhar o

caso. Informa-se que esta ligação ao Disque Denúncia não exclui a produção de relatório médico e social para posterior envio.

Medidas a serem adotadas em caso de evasão - Particularidades do paciente indígena e/ou imigrante

A criança indígena e a estrangeira que residem no país serão submetidas ao ordenamento jurídico brasileiro sem distinção de nacionalidade e discriminação de qualquer natureza. No caso de criança/adolescente indígena brasileira/o, o Serviço Social deverá contatar, além do Conselho Tutelar ou Disque Denúncia, a Casa de Saúde Indígena (CASAI) quando houver envolvimento de crianças nativas aldeadas, e a representação municipal, quando for o caso de indígenas não povoados. No caso específico da etnia Waimiri-Atroari, será preciso acionar, além do Conselho Tutelar ou Disque Denúncia, a Associação Comunidade Waimiri-Atroari.

No que se refere ao imigrante venezuelano, deverá ser comunicado o Conselho Tutelar ou Disque Denúncia e a Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (SEJUSC). Em evasões que envolvam os imigrantes venezuelanos indígenas, o Conselho Tutelar ou Disque Denúncia deverá ser acionado, como também a Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SEMASC).

Readmissão

De acordo com as normas da instituição (ICAM), a readmissão deverá ocorrer até 24 horas após o evento de evasão hospitalar. Caso o paciente não retorne no prazo estipulado, o leito deverá ser liberado para que seja permitida uma nova internação, que pode ser até mesmo uma nova internação de paciente evadido.

Considerações finais

Pela legislação, os menores de 16 anos são incapazes para atos da vida civil, devendo ser assistidos por seus pais e/ou responsáveis. No entanto, o direito destes sobre a vida dos menores não é absoluto quando conflita com os interesses dos infantes e adolescentes que devem ser protegidos de todo tipo de negligência e omissão.

A unidade hospitalar também deve fornecer os meios necessários à permanência dos pacientes, sendo responsável desde a admissão até a alta.

Portanto, para a proteção dos direitos relacionados aos menores em situações que ferem sua integridade física e mental, os órgãos como Ministério Público e Conselhos Tutelares precisam ser acionados a fim de trabalhar em colaboração com as unidades de saúde.

Diante do exposto, o protocolo de evasão hospitalar poderá servir como ferramenta para conduzir a boa prática profissional e assegurar os direitos fundamentais do público infanto-juvenil.

Referências

ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. Cengage Learning, 2009.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro De 1940**. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. **Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973**. 1973. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=0DA671C140AF6BCB4D5D901A5BD51021.proposicoesWebExterno2?codteor=670971&filename=LegislacaoCita da+-PL+5560/2009

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. 2002b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20exerc%C3%ADcio%20da,e u%20sancion%20a%20seguir%20Lei%3A&text=1%C2%BA%20O%20exerc%C3%ADcio%20da%20Medicina%20C3%A9%20regido%20pelas%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20desta%20Lei

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde nº 312, de 02 de maio de 2002. Brasília 2002**. 2002a. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/312.pdf>

BRASIL. **Norma Operacional nº 5, de 12 de abril de 2017**. 2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/no52017/bc30af0d-fe1b-47f9-a274-c8f138b4e8f0>

www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/no52017/bc30af0d-fe1b-47f9-a274-c8f138b4e8f0

BRITTO, C. F. S. **Alta Médica a pedido e evasão do paciente do hospital: Implicações frente ao ECA e conduta a ser adotada com pacientes Testemunhas de Jeová**. 2016. Disponível em: <https://cristianobritto.jusbrasil.com.br/artigos/306149660/alta-medica-a-pedido-e-evasao-do-paciente-do-hospital-implicacoes-frente-ao-eca-e-conduta-a-ser-adotada-com-pacientes-testemunhas-de-jeova>

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300467&script=sci_abstract&tlng=pt

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problemática com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 1, de 21 de janeiro de 2016**. 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BR/2016/1>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. 2018. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995**. 1995. Disponível em: https://www.mpdf.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf

COUTINHO, A. P. A. **Alta em pediatria: análise da autonomia e do risco**. Residência Pediátrica, v. 6, n. 1, p. 17-20, 2016. Disponível em: <http://www.residenciapediatrica.com.br/detalhes/230>

FREITAS, J. G.; NIELSON, S. E.; PORTO, C. C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 13, n. 1, p. 75-84, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>

GARLENO, L.; PONTES, A. L. **Saúde indígena: Uma introdução ao tema**. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **O Brasil indígena**. 2010. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2013/img/12-Dez/pdf-brasil-ind.pdf>

LIGIERA, W. R. **Aspectos Ético-jurídicos da Responsabilidade Civil do Médico**. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde Soc.**, v. 27, n. 1, p. 26-36, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902018000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco**. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Recomendação Legal nº 05/2017 – 5º Ofício/PR/AM**. 2017. Disponível em: <http://www.mpf.br/am/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-warao>

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para segurança do paciente. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 3, p. 636-40, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>

OLINO, L. et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 40, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rge/v40nspe/1983-1447-rge-v40-spe-e20180341.pdf>

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

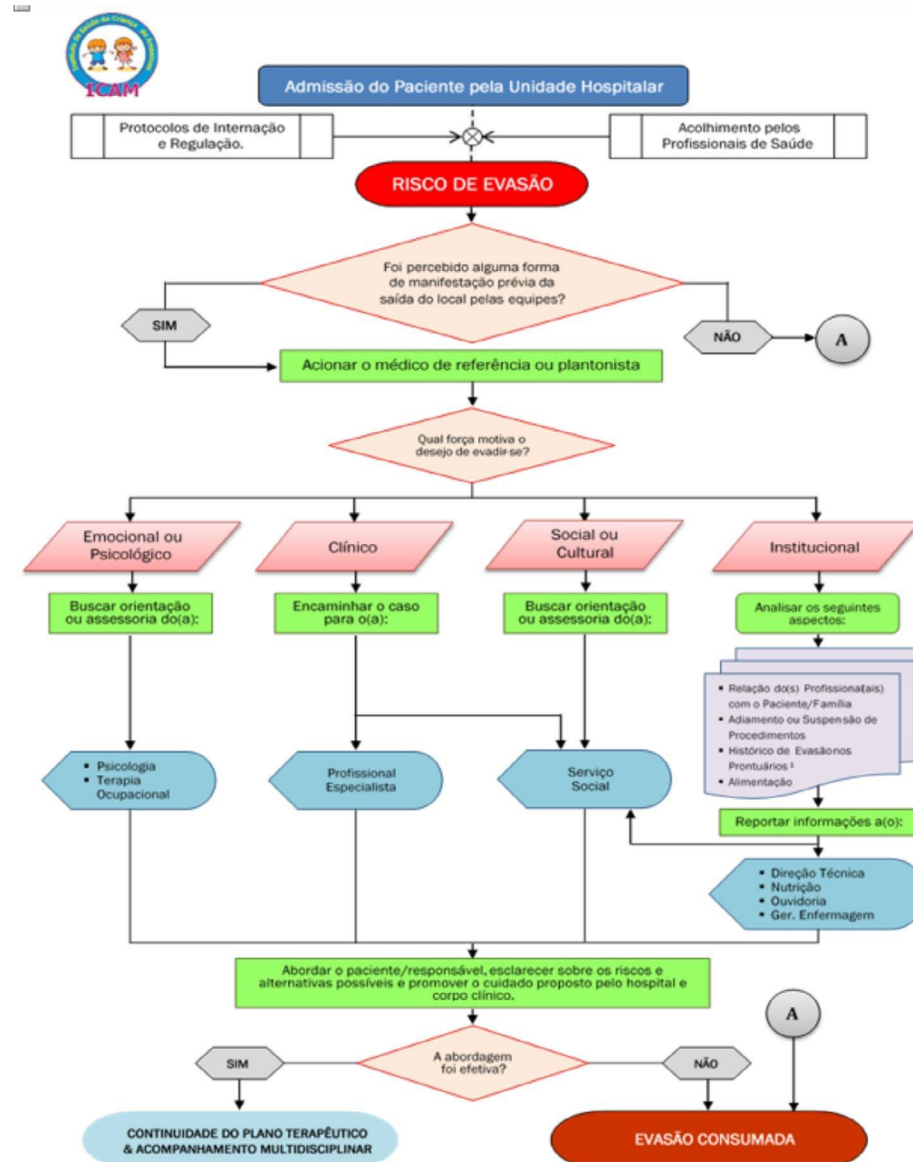
SILVA, F. S.; MOURA, G. S.; CALDAS, A. J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1745-54, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1745.pdf>

SCHWEICKARDT, J. C. A educação permanente em saúde como estratégia na gestão do trabalho. In: SCHWEICKARDT, J. C. et al. (orgs). **Educação Permanente em Saúde: desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores no âmbito do Sistema Único da Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 240 p.

UNICEF - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf

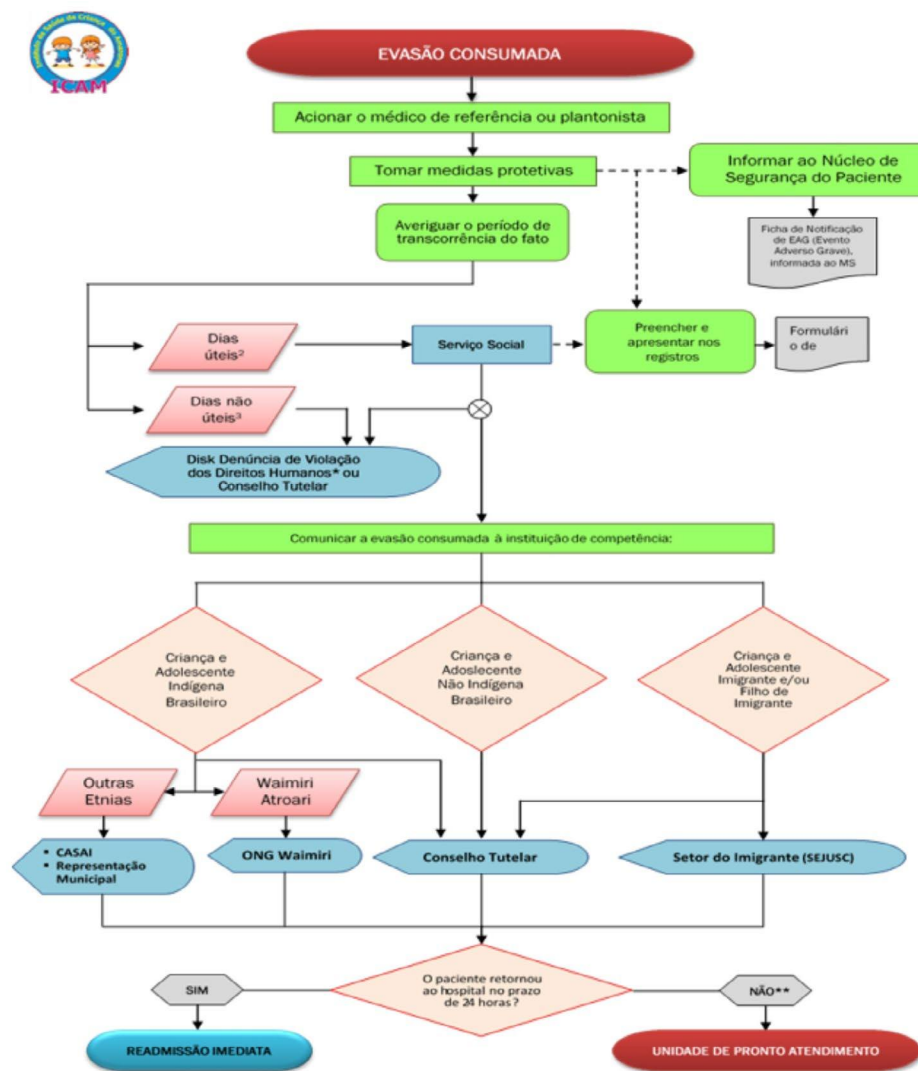
Apêndices

Fluxograma 1: *Risco de evasão hospitalar*.



Fonte: Elaboração pelo grupo de trabalho de evasão ICAM, 2020.

Fluxograma 2: Evasão hospitalar consumada.



Fonte: Elaboração pelo grupo de trabalho de evasão ICAM, 2020.

Educação e Humanização no Banco de Olhos do Amazonas: uma história de doar, esperar e criar políticas que beneficiam a população

Cristina Maria Garrido Lins
Maria Goreth da Silva Vasconcelos

Introdução

A educação é o mecanismo fundamental para a produção e apropriação dos elementos que fazem parte do universo cultural no qual estamos inseridos, sendo condição indispensável para o desenvolvimento dos nossos processos humanos e para os modos adequados de condução no espaço onde realizamos nossas atividades. É por meio dela que compreendemos os significados que as gerações anteriores atribuíram a tempos, espaços, instrumentos e signos correspondentes, e àquilo que na atualidade precisamos dominar. A educação como aprendizagem também nos auxilia a produzir interações construtivas com o patrimônio intelectual e cultural, atualizando a cultura e o conhecimento.

No contexto da Saúde, vem ganhando importância a dinâmica educativa como elemento de socialização de conhecimentos, a orientação de serviços e sensibilização a causas que envolvem a prevenção e a promoção da saúde, visando à qualidade de vida das populações em seus cotidianos. A educação que produz conhecimento significativo é reconhecida como capaz de produzir mudanças no trabalho e nos modos de condução da vida, ampliando a autonomia das pessoas e coletividades para o enfrentamento das adversidades do cotidiano (CECCIM; FERLA, 2008).

A Constituição Brasileira de 1988, em seu Art. 200, inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Para efetivá-lo, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde têm desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas com o objetivo de adequar a formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades da população e ao desenvolvimento do Sistema

Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que busca fortalecer os movimentos regulatórios e as mobilizações que visam retomar a agenda em torno de sua atualização e implementação, criando mecanismos de integração entre ensino e serviços para melhoria das práticas de Educação Permanente em saúde no SUS (BRASIL, 2004). Trata-se de uma nova abordagem político-pedagógica que reconhece que educação e trabalho são dimensões indissociáveis para qualificar as ações de saúde, incorporando o coletivo e a aprendizagem no e pelo trabalho como fatores fundamentais para que ocorram as transformações necessárias, considerando a complexidade da produção de saúde e as condições dos serviços e redes de atenção no território brasileiro.

No estado do Amazonas vivenciamos um momento de revitalização deste processo. A Educação Permanente em Saúde no Estado do Amazonas apresenta-se como uma demanda premente, que urge pela intensificação de políticas, práticas e experiências exitosas que façam valer as prerrogativas do SUS quando a questão envolve a relação entre trabalho e aprendizagens cotidianas comprometidas com o coletivo. Sendo verdadeira a constatação de que todo trabalho em saúde é de grande complexidade, particularmente quando se desenvolve proximamente aos territórios em que a saúde é produzida cotidianamente, então também é verdade que o território amazônico é singularmente complexo, pelas condições culturais, políticas, geográficas e, mesmo, sanitárias (FERLA *et al.*, 2019). Há necessidade, portanto, de reflexões sobre os fazeres da saúde no contexto amazônico, compartilhando os conhecimentos produzidos no cotidiano.

Nesse sentido, socializamos as experiências em duas frentes do Banco de Olhos do Amazonas (BOA) em relação aos processos educativos vivenciados ao longo dos seus 20 anos de existência: uma relacionada à Educação Permanente dos funcionários envolvidos no processo da captação de tecidos oculares humanos (público interno), e a outra voltada para o público externo por meio de campanhas de sensibilização da sociedade, estimulando a cultura da doação e contribuindo para a redução da fila de espera por transplantes de córnea em nosso Estado.

O texto está estruturado em quatro seções: 1. História do BOA – 20 anos; 2. Educação Permanente no Banco de Olhos do Amazonas; 3. Resultados obtidos; 4. Considerações finais.

“História do Boa – 20 Anos”

No Brasil, as atividades dos bancos de olhos começaram a ser profissionalizadas a partir da década de 1990. Mas foi em 2001, em função da grande lista de espera por transplantes de córnea no país, que o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Implantação de Bancos de Olhos em 30 estados brasileiros que ainda não possuíam este serviço, contemplando o Amazonas.

A criação do Banco de Olhos do Amazonas (BOA) ocorreu em 10 de dezembro de 2001, com a assinatura de um Termo de Compromisso do Secretário de Saúde do Estado do Amazonas (Dr. Francisco Deodato Guimarães) e da Oftalmologista Especialista em Banco de Olhos (Dra. Cristina Maria Bittencourt Garrido) junto ao Sistema Nacional de Transplante. O instrumento previa a implementação do serviço num prazo máximo de 180 dias a contar da assinatura do convênio firmado com o Ministério da Saúde, em cumprimento às Portarias: PT/GM nº 1558 e PT/GM nº 1559, de 06 de setembro de 2001, que tratavam do Programa de Implantação/Implementação de Banco de Olhos no Brasil.

O BOA foi instituído como um órgão de Direito Público, sem fins lucrativos, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Amazonas – SES/AM (à época SUSAM/AM), sendo responsável pela captação, preservação, processamento, armazenamento e disponibilização de tecidos oculares humanos para fins terapêuticos, de ensino e de pesquisa.

Em 22 de junho de 2004, através da Portaria nº 223 da Secretaria de Atenção à Saúde da SUSAM, foi autorizado o funcionamento do referido serviço nas dependências da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ), onde permanece até a presente data.

Ao longo dos anos de atuação, o BOA vem buscando a qualificação de serviços a fim de aperfeiçoar e ampliar suas atividades. No início, por não possuir equipe suficiente para realizar as buscas de doadores em todos os hospitais da cidade e percebendo a excelente qualidade das córneas captadas no Instituto Médico Legal (IML) — a maioria provenientes de doadores saudáveis que tiveram suas vidas subitamente ceifadas por acidentes —, priorizou-se a captação de tecidos oculares no IML. Em 2006, foi intensificada a parceria BOA-IML, sendo disponibilizada uma sala mais ampla e adequada para a realização das entrevistas com os familiares dos possíveis doadores, agilizando o processo da doação.

Desde a sua implantação, o BOA busca obter tecidos oculares suficientes para atender à demanda da fila de espera por transplante de córnea no estado e, para isso, monitora seus objetivos, a saber: primar pela qualidade dos tecidos oculares captados; ampliar o programa de educação e sensibilização da população para aumentar o número de doações; manter eficácia no processamento dos tecidos oculares doados; Diminuir o número de descartes de tecidos oculares; garantir a qualidade no fornecimento de córneas para transplantes.

Educação Permanente no Banco de Olhos do Amazonas

Quando da criação do BOA, verificou-se a necessidade de se constituir uma equipe técnica habilitada que, a princípio, contava com a diretora médica, oftalmologista especialista em banco de olhos. Motivada pela causa nobre da doação, esta se empenhou em estruturar o serviço pioneiro de captação de córneas no estado do Amazonas, dedicando-se a treinar cada membro da equipe desde a implantação do serviço até os dias atuais. Assim teve início o processo de formação permanente para os profissionais da saúde que atuavam no Banco de Olhos do Amazonas. Na situação inicial, a Educação Permanente incluiu a atualização de capacidades profissionais com base nas boas práticas em captação e processamento de tecidos oculares humanos. Progressivamente, as ações passaram a incluir a análise das práticas realizadas no cotidiano, a produção de conhecimentos a partir do trabalho e a produção de aprendizagens significativas.

Atualmente composta por 30 funcionários públicos, a equipe, informalmente denominada “Família BOA”, continua crescendo e sendo capacitada para o processo da captação de tecidos oculares humanos, o qual envolve a realização de entrevistas com os familiares dos doadores falecidos e os procedimentos de enucleação (remoção cirúrgica dos globos oculares doados).

No período de 2004 a 2005, a equipe de funcionários do BOA começou a receber treinamento por meio de cursos teórico-práticos voltados à anatomia e fisiologia do globo ocular, com ênfase no processo de enucleação e processamento de tecidos. A equipe vivenciou coletivamente uma série de atividades (Imagem 1).

A imagem 1 registra aula prática realizada no laboratório de anatomia da UEA, referente ao processo de enucleação onde, além dos funcionários do BOA, outros profissionais da saúde tiveram oportunidade de participar e, após se familiarizarem com o processo, sentiram-se motivados e tornaram-se multiplicadores, alguns até chegando a se integrar ao serviço.

Imagem 1: Equipe do BOA em Treinamento.



Fonte: Arquivos do BOA -2005.

De 2006 a 2008, com o aumento do número de profissionais no BOA, surgiu a necessidade de intensificar o trabalho de Educação Permanente. Assim, além dos cursos e treinamentos internos, os funcionários começaram a participar de atividades oferecidas pela Coordenação Nacional de Transplantes (CNT), Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), Associação Pan-Americana de Banco de Olhos (APABO), entre outros, sempre buscando a qualificação dos serviços e a multiplicação dos conhecimentos obtidos.

Segue quadro descritivo de algumas atividades do Processo de Educação Permanente no BOA entre 2004 e 2020 (Tabela 1).

Tabela 1: Educação Permanente no BOA – Público Interno (2004 - 2020).

Ano	Temática	Responsável	Local
2004 - 2005	Curso teórico-prático de anatomia e fisiologia do globo ocular I e II	BOA	FHAJ, IML e ESA-UEA
2006	- Otimizando a Doação – Transplante - Prática em Entrevista Familiar I e II	SNT/MS BOA	FHAJ FHAJ
2007	Processo de resgate da visão e reinserção do indivíduo na sociedade	BOA/ESA-UEA	ESA / UEA
2008-2010	Treinamentos da técnica de punção da veia jugular interna em doadores de córnea (Técnica inédita do BOA – Prêmio CBO 2010)	BOA	PSHJL, IML
2008	Praticando a Entrevista Familiar	BOA	FHAJ
2009-2012	Processo Doação-Transplante I e II (Matéria Optativa na ESA-UEA)	BOA / ESA-UEA	BOA / ESA / UEA
2011	Curso de Gestão em Banco de Olhos	APABO	São Paulo (SP)
2012	Curso de Doação e Transplante de Órgãos em Medicina Intensiva	AMIB	Manaus (AM)
2013	I Fórum de Logística para Distribuição de Órgãos e Tecidos para Transplante no Brasil	SNT/MS	Pirenópolis (GO)
2014-2015	Cursos teórico-práticos: Anatomia / Doenças do olho; Etapas pré e pós-enucleação; Processamento dos tecidos; Normas Internas do BOA; Gestão / Legislação de BO.	BOA	BOA, IML
2016	Saúde do Trabalhador; Programa Controle Médico.	BOA	BOA
2017	Processo doação-transplante; Normativas e Regimentos; Ética na Doação-Transplante; Segurança no trabalho.	BOA	BOA
2018	Processo doação-transplante; Entrevista Familiar; Processamento dos tecidos; Segurança no trabalho; Como manter a “Fila Zero”?	BOA	BOA
2019	Casos desafiadores em BO Logística do BOA.	UNIFESP BOA	São Paulo (SP) BOA
2020	Curso de enfrentamento do BOA à pandemia Oficina: Política de Educação Permanente em Saúde	BOA SES-AM	Ambiente virtual Google Meet SES-AM

Fonte: Arquivos do BOA-2020.

Siglas: FHAJ(Fundação Hospital Adriano Jorge), PS-HJLM(Pronto Socorro e Hospital João Lúcio Machado), ESA-UEA(Escola Superior de Ciências da Saúde-Universidade Estadual do Amazonas), SNT/MS(Sistema Nacional de Transplante/Ministério da Saúde), APABO(Associação Pan-Americana de Banco de Olhos), AMIB(Associação de Medicina Intensiva Brasileira).

Em 2009, a Educação Permanente no BOA ampliou-se. Naquele momento, por iniciativa da diretora médica da citada instituição, então professora da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)/UEA, estabeleceu-se uma parceria BOA-UEA, criando a disciplina optativa Processo Doação-Transplante para alunos dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem; também foi viabilizada a participação formal das equipes envolvidas no processo de doação e transplantes na cidade de Manaus.

A parceria teve grande êxito; foram momentos de rico aprendizado, o que motivou sua continuidade por mais três anos, com atividades direcionadas para o estudo das seguintes temáticas: Introdução ao estudo do transplante; Aspectos Bioéticos e legais do transplante; Política Nacional de transplante; Processo doação-transplante; Doação e Captação de órgãos e tecidos; Entrevista Familiar; Processo educativo no BOA; A importância da divulgação no processo doação-transplante; A experiência do paciente e da família diante do transplante; Aulas Práticas (Como entrevistar familiares de possíveis doadores?) .

A parceria BOA-UEA foi uma iniciativa importante que deu visibilidade à necessária articulação entre os setores da Saúde e o ambiente acadêmico.

Ressalta-se a importância da interação entre professores, alunos e profissionais do BOA para o processo de Educação Permanente, que neste contexto tiveram a oportunidade de partilhar suas experiências práticas e de aprendizado, assim como o desenvolvimento de capacidades pedagógicas para a aprendizagem no e pelo trabalho.

A realização de atividades de Educação Permanente no BOA, como se pode perceber, ocorre desde o momento de sua implantação, contudo sem que estivesse registrada de maneira formal no plano e cronograma geral da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SES)/AM, no que se refere à organização local da Política de Educação Permanente no Estado do Amazonas.

Em 15 de outubro de 2020, com a realização da Oficina de Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização na Saúde (NEPSHUs), promovida pela SES-AM, teve início a implantação do Núcleo de Educação Permanente do Banco de Olhos do Amazonas, criado mediante Ordem

de Serviço nº 01/2020 do Banco de Olhos do Amazonas, de 18 de outubro de 2020. Desde então, o BOA passou a integrar essa política de governo, contribuindo para o fortalecimento do SUS no que se refere à Educação Permanente e Humanização dos funcionários da Saúde.

Educar para sensibilizar

O processo educativo no Banco de Olhos do Amazonas envolve a equipe técnica (gestores e trabalhadores da saúde) e a população (usuários). Segundo Ceccim (2005, p. 976),

A Educação Permanente em Saúde, constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre os trabalhadores; entre os gestores com os formadores e entre os trabalhadores, gestores e formadores com controle social de saúde.

A Educação Permanente para a equipe técnica tem como foco o processo de captação de córneas para fins de transplante, ensino e pesquisa, além das atividades relacionadas às etapas de preservação, armazenamento e disponibilização do tecido ocular humano. No que diz respeito à dinâmica organizacional da instituição, as relações profissionais seguem na perspectiva do diálogo, de modo a se criar entre os pares, no espaço de trabalho, formas colaborativas e compartilhadas de se buscar a superação dos desafios que perpassam o cenário laboral em suas múltiplas determinações. A natureza singular do trabalho nas ações de transplante impõe o contato com situações que não são objeto de suficiente preparação na formação acadêmica, exigindo dos trabalhadores a capacidade de interagir com o contexto em que o trabalho se realiza e refletir sobre ele, inclusive mobilizando afetos e memórias sobre a própria existência. Afinal, o contato com a morte, a ativação da vida na pessoa que recebe o transplante, o apoio às famílias, entre outras, são temáticas de forte intensidade no cotidiano do trabalho.

No que se refere à Educação para a Sociedade, o processo é focado na multiplicação da informação quanto à necessidade da doação para a realização do

transplante. Torna-se essencial a sensibilização da população para o gesto nobre de doar, bem como a orientação sobre os procedimentos técnicos realizados no processo doação-transplante, ressaltando-se o direito de acesso gratuito ao tecido doado. A temática da morte e do morrer é de grande complexidade, envolvendo processos culturais e de compreensão da vida, que mobilizam fortemente o trabalho.

Falar de doação é um desafio que requer socialização contínua de conhecimentos, daí necessitar-se falar sobre. De acordo com Aguiar (2016, p. 154),

A decisão da doação de órgãos cabe à família e, por isso, deve-se ter o investimento em ações dialógicas para tornar esses familiares mais do que esclarecidos, detentores de uma consciência crítica sobre o tema. Para tanto, o profissional de saúde que atua no processo de doação tem um papel fundamental, necessitando estar seguro, habilitado e dotado de conhecimento, em especial para cuidar da família no momento da perda.

Nesse contexto, ressalta-se a dupla importância que a educação para a conscientização exerce sobre o processo de doação, tanto no que se divulga à comunidade (familiares de possíveis doadores), quanto na preparação do profissional que medeia a entrevista familiar para a doação, sendo essa a tentativa de um diálogo em momento difícil, que é a perda de um ente querido. Compreende-se que o ato de doar um órgão ou tecido de um familiar inclui a elaboração da morte e a ampliação da compreensão sobre o viver em sociedade.

Partindo desse pressuposto, foram concebidos os Projetos de Educação Permanente conforme socializamos anteriormente. No que se refere à comunidade externa, criou-se o Projeto Educar para Sensibilizar, o qual teve/tem como objetivo: sensibilizar a comunidade local para a cultura da doação, visando aumentar o número de córneas captadas em nosso estado.

No sentido de constituir reforços humanos para a realização das atividades externas relacionadas ao projeto, acadêmicos do Curso de Medicina que através do Projeto Doador Solidário auxiliavam nas atividades educativas externas do setor foram recebidos no ano de 2006. Ainda em dezembro do mesmo ano, em reunião com a chefia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), estreitou-se parceria que encontrou no espaço do BOA campo de estágio para alunos do Curso de Psicologia.

Em 2007, foi recebido no setor o primeiro grupo de estagiários em Psicologia, que somou esforços junto à equipe do BOA ante a realização das ações referentes ao Projeto Educar para Sensibilizar. Assim destacaram-se as principais atividades ocorridas neste período (Tabela 2).

Tabela 2: Educação Permanente no BOA - Público externo (2004-2020).

Ano	Ação	Responsável	Local
2004-2005	Palestra: Implantação e Implementação do Banco de Olhos do Amazonas (1º aniversário)	SUSAM	Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas
2006	II Campanha Interna de Saúde do Tribunal de Justiça do Amazonas.	BOA	Tribunal de Justiça do Amazonas
2006	Stand no Workshop sobre Saúde.	BOA	Empresa NOKYA
2006	Panfletagem nas Ruas: Paraíba, Efigênio Sales e André Araújo.	BOA	Grupo ESSILOR da Amazônia
2006-2009	Busca ativa junto às CIHDOTT's – Amazonas.	BOA	CIHDOTT's do Estado do Amazonas
2010-2018	Palestras: Processo doação-transplante de córneas.	BOA	Centro Universitário do Norte-UNINORTE
2018	Palestra: Processo doação-transplante de córneas.	BOA	Faculdade FAMETRO
2019	Palestra: Saúde ocular e Processo doação-transplante.	FAMETRO	Faculdade FAMETRO
2020	Palestra (Live): Tudo o que você precisa saber sobre doação de órgãos e tecidos.	SES-AM	Centro de Mídia do Governo do Estado do Amazonas

Fonte: Arquivos do BOA-2020

Sigla: CIHDOTT's (Comissões Intra-Hospitalares de Doações de Órgãos e Tecidos para Transplantes)

Na dinâmica do Projeto Educar para Sensibilizar (2006) criou-se, como extensão, o Projeto Educativo O Banco de Olhos vai à escola. Tal experiência visava informar a comunidade escolar sobre a existência de um Banco de Tecidos Oculares Humanos em nosso estado. O objetivo era esclarecer a população escolar a respeito do processo de doação e transplante de córneas, bem como os cuidados devidos à visão, a fim de evitar a necessidade de tal procedimento.

No final de 2006 e início de 2007 reuniu-se com a representante do Departamento de Gestão Escolar – Gerência de Programas Especiais da Secretaria

de Estado de Educação e Qualidade do Ensino (SEDUC), a fim de tratar dos procedimentos necessários para entrada nas escolas e realização das atividades.

A parceria com a SEDUC possibilitou a divulgação do processo de doação de transplante de córneas e de questões relacionadas à saúde ocular junto aos alunos da rede pública estadual de ensino, importantes formadores de opinião (Imagem 2).

Imagem 2: Educação Permanente no Banco de Olhos do Amazonas (BOA).



Fonte: Arquivos do BOA -2007.

A experiência no Projeto Educativo O Banco de Olhos vai à escola sempre se mostrou exitosa, sendo espaço de multiplicação de conhecimentos em torno dessa temática, cuja continuidade foi considerada conveniente devido à importância do ato educativo como processo de sensibilização e mobilização de decisões futuras, como podemos perceber na imagem 3. Ao longo do tempo de envolvimento nesta frente, percebeu-se que, em termos de políticas públicas, os documentos regulatórios da Política Nacional de Transplantes do país – leis e portarias relacionadas – tratam das demandas do processo da doação de maneira geral. Porém, o marco regulatório não contempla a necessidade da disseminação da informação e da sensibilização para o processo doação-transplante no País. Percebe-se uma lacuna quanto à exigência de Programas Educativos com foco na sensibilização para a cultura da doação, além de campanhas restritas à Semana Nacional da Doação de Órgãos. Ressalta-se a necessidade de um trabalho permanente de sensibilização realizado em perspectiva intersetorial, contemplado em programas governamentais para a formação de uma mentalidade voltada para a cultura da doação.

Imagem 3: Projeto Educativo “O Banco de Olhos vai à escola”.

Fonte: Arquivos do BOA - 2019.

Pode-se mencionar que a iniciativa do BOA no estado do Amazonas impulsionou a sensibilização por meio de processos educativos com ênfase na doação de órgãos e tecidos para transplante, e demonstrou a necessidade de expansão dessa atividade, de forma continuada, com a garantia de recursos necessários para manter a disseminação e multiplicação das informações, de modo a contribuir para a conscientização da sociedade sobre a importância da doação e do transplante de córneas, e de como é possível ter acesso a esse serviço de Saúde em nosso Estado.

Resultados obtidos

Os dados aqui apresentados resultam do trabalho de uma equipe motivada pela missão de resgatar a visão de centenas de pacientes, melhorando sua qualidade de vida e reinserindo-os na sociedade. É uma atividade gratificante e ao mesmo tempo altruísta que permite a todos os públicos envolvidos no processo (equipe, familiares de doadores e pacientes receptores) experimentar o sentimento prazeroso de “fazer o bem sem saber a quem”.

Seguem os dados registrados e fatos observados ao longo desses anos:

- Aumento proporcional entre o número de córneas captadas e o número

de funcionários que compõem a equipe do BOA. Observou-se que, conforme a equipe foi aumentando e se capacitando, houve aumento proporcional do número de córneas doadas, pois mais funcionários passaram a entrevistar e esclarecer maior número de familiares de possíveis doadores e, conseqüentemente, foi captado maior número de córneas; também ocorreu maior divulgação do trabalho do BOA nas unidades de saúde, ampliando a cultura da doação;

- Aumento proporcional entre o número de córneas captadas e os períodos de maior divulgação do processo doação-transplante, por exemplo, quando o doador é uma pessoa pública e a mídia divulga que sua família realizou o gesto nobre da doação de órgãos e tecidos, percebe-se imediatamente um aumento no número de doações de córneas em todo o Brasil, demonstrando o impacto positivo da mídia no processo da doação e a importância de tais gestos serem imitados. Da mesma forma, ocorre aumento no número de doações de córneas quando a equipe do BOA intensifica as campanhas de incentivo à doação (Imagem 4).

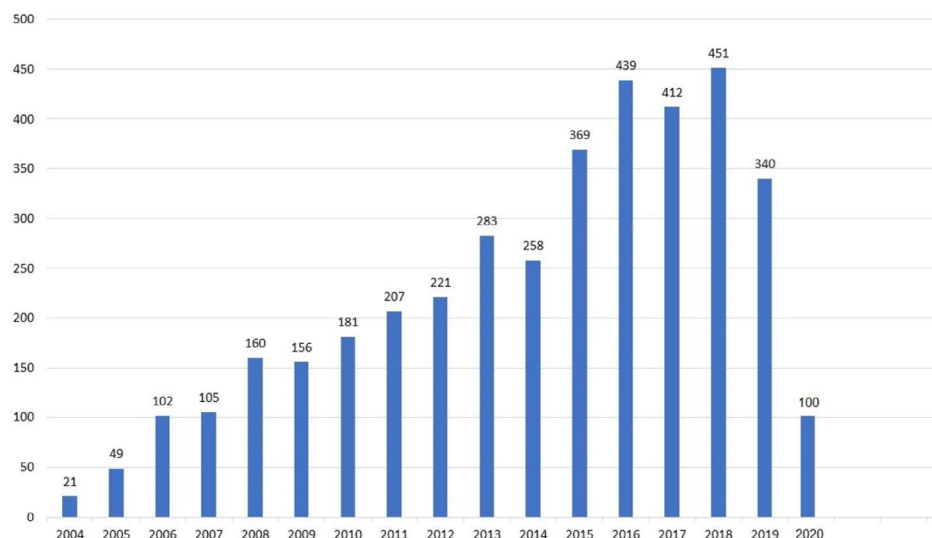
Imagem 4: Córnea Doada ao BOA.

Fonte: Arquivos do BOA - 2004.

- O Estado do Amazonas atingiu o marco de “Fila Zero” (2017) e desde lá já colabora com o envio de córneas para outros estados brasileiros. Essa é uma grande vitória! (Gráfico 1). Entretanto, a fila de espera é dinâmica e diariamente entram pessoas precisando de transplantes de córnea. Portanto, não se pode parar

de captar tecidos oculares, além do que existe uma lista de espera nacional de mais de 12 mil pessoas aguardando por cirurgia, motivo pelo qual se deve intensificar ao máximo o Programa de Educação Permanente e Humanização nos diversos setores, conforme foi enfatizado anteriormente.

Gráfico 1: Número de Córneas doadas ao BOA no período de 2004 a 2020.



Fonte: Arquivos do BOA - 2020.

A Educação Permanente, compreendida como produção de aprendizagens a partir do trabalho e no processo de sua realização, e a humanização, como complementação do componente técnico dos procedimentos com a incorporação do que deveria ser indissociável aos fazeres da saúde, que é o reconhecimento da radicalidade humana que compõe o cuidar, torna necessário um processo que sempre é recomeço. Os resultados apresentados acima não seriam possíveis apenas com a dimensão técnica do trabalho de captar e transplantar córneas. É, sobretudo, um processo de aprendizagem e de desenvolvimento do trabalho, onde o respeito e o compromisso com a vida de cada pessoa permitem avançar na construção de relações éticas entre profissionais e pessoas da comunidade, onde os órgãos e tecidos transplantados são uma troca cujo simbolismo transcende a circulação dos mesmos. O respeito e a ética diante das diversidades e adversidades

da vida são componentes fundamentais do trabalho em saúde, que somente se manifestam no cotidiano do trabalho. Esse é o desafio maior da Educação Permanente e da humanização nos processos de trabalho do Banco de Olhos.

Considerações finais

O trabalho registrado neste manuscrito traduz muito da luta que o Banco de Olhos do Amazonas (BOA) vem travando ao longo desses 20 anos para resgatar a visão daqueles que necessitam de um transplante de córnea. A História do BOA – 20 anos mostra as conquistas desta Instituição e os muitos desafios que teremos pela frente, para construir um futuro mais promissor.

Nesse período, não se mediram esforços para colocar o BOA no centro dos debates sobre todos os aspectos relacionados ao transplante no país, a nível governamental (Ministério da Saúde, Sistema Nacional de Saúde e Central Nacional de Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs), de entidades da classe (Conselho Regional de Medicina – CRM), de associações médicas, de sociedades civis e mídia.

Para aumentar o número de transplantes no estado, estabelecemos metas de crescimento anual, firmamos parcerias e treinamos profissionais por meio de cursos e congressos, atingindo em 2017 o marco de “Fila zero”. A tão esperada vitória!

A história do BOA é a história recente de um Estado que aprendeu a doar, a esperar e a criar mecanismos e políticas que beneficiam a população.

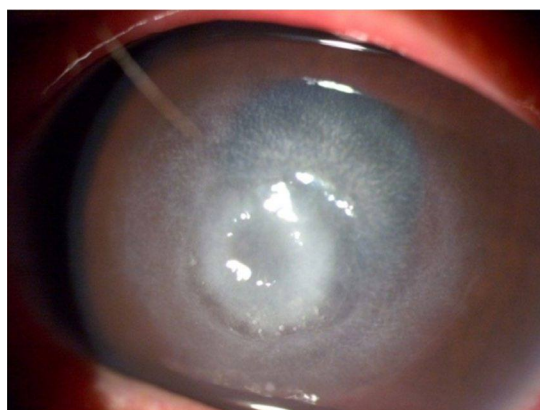
Este artigo nos proporcionou a grande oportunidade de reunir e consolidar a história do BOA, desde seus primeiros anos de existência em 2001 até os dias atuais. Ao fazê-lo, também se instituiu um processo de Educação Permanente, com o reencontro com a própria história, ampliando nossa visão e nosso olhar sobre os desafios e a complexidade do trabalho que desenvolvemos no cotidiano.

Por isso, é com entusiasmo que se escreve esse trabalho alicerçado na ajuda de todos que passaram/passam na vida do BOA, para que a nossa história não se perca na memória.

Muitos foram os fatos marcantes ao longo deste período: as primeiras captações de córneas em nosso Estado, os primeiros transplantes realizados com córneas manauaras, as primeiras leis que regulamentaram nossas atividades, o

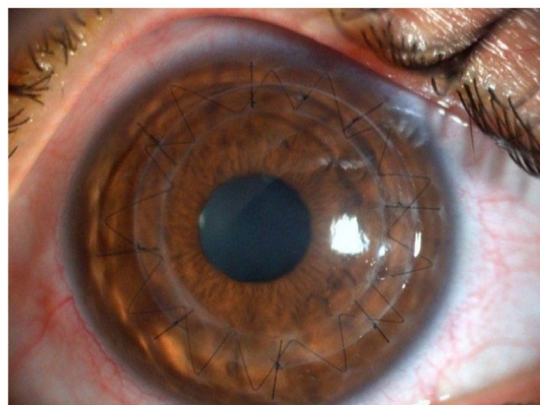
primeiro trabalho do BOA premiado em Congresso (2010), a primeira campanha de doação, as primeiras entrevistas, o primeiro culto ecumênico, as primeiras músicas compostas por alunos de medicina alusivas à doação de córneas (pagode, toada de boi), a primeira página na internet/SES-AM... Tudo resultante da determinação e da visão de longo prazo de desbravadores. E a dedicação, a criatividade e a determinação continuaram incansavelmente ao longo dos anos e o processo da doação e as cirurgias de transplantes de córnea hoje são uma realidade em nosso Estado (Imagens 5 e 6).

Imagem 5: *Úlcera de Córnea Infecciosa.*



Fonte: Arquivos do BOA - 2012.

Imagem 6: *Olho Transplantado.*



Fonte: Arquivos do BOA - 2014.

Este trabalho não seria possível sem a participação, o engajamento e o trabalho árduo do Governo Estadual e Federal, bem como dos nossos colegas, funcionários e parceiros. Todos deram a esta Instituição o seu apoio incondicional, demonstrando uma enorme confiança no SUS.

Pacientes sonham com uma nova chance de ver e de viver, e com a incrível sensação de simplesmente voltar a ter uma rotina normal e retornar ao convívio social. Sensações como essas são inerentes às pessoas que aguardam sua vez na fila dos transplantes de órgãos e tecidos. Muitos dos que nela se encontram, acabam não resistindo à demora da espera e evoluem para a cegueira ou até para a morte. Outros têm a sorte de poder contar com algo que, em tese, deveria ser próprio de todo e qualquer ser humano: o amor; estes pacientes, agraciados por uma córnea ou por um órgão solidariamente doado, são transplantados, e resgatam sua visão/vida e voltam a viver livremente e com mais autonomia.

No BOA, não raramente, chegam por equívoco pacientes com alterações oculares graves (perfurações) pedindo para ser consultados e operados pelo SUS; informam já terem recebido um primeiro atendimento de urgência mas, segundo eles, não conseguem ser inseridos no SISREG para manterem acompanhamento e/ou realizarem a cirurgia do transplante de córnea. Seguindo as orientações do Programa de Educação Permanente em Saúde, colocou-se o usuário (paciente) como sujeito central da atenção e participação dos serviços em saúde, e identificou-se a necessidade de definir e divulgar amplamente o fluxograma de atendimento desses pacientes com perfurações oculares, assegurando-lhes maior rapidez na realização dos procedimentos necessários (consulta oftalmológica e cirurgia de transplante de córnea com urgência), para que não evoluam para cegueira, tendo em vista que o BOA tem tecido ocular humano suficiente disponível para estes pacientes. Vale ressaltar que, mesmo durante a pandemia do Covid-19, não houve falta de tecido ocular no Banco de Olhos do Amazonas durante todo o ano de 2020.

Faz-se imperativo um Plano de Educação Permanente que produza efeitos nos diversos setores por onde os pacientes graves transitam nos seus fluxos de cuidado, bem como nos órgãos afins, a saber: Hospital Pronto Socorro 28 Agosto, Regulação do Estado, Clínicas Transplantadoras, Central de Transplante do Amazonas, Banco de Olhos e SES-AM, entre outros.

Identificou-se também que em nosso Estado não existe hospital público que realize as cirurgias de transplante de córnea pelo SUS, que possa dar continuidade ao serviço de captação de córneas realizado pelo Governo. Tais cirurgias são atualmente realizadas em duas clínicas particulares conveniadas com o SUS. Faz-se necessária a implantação na rede pública de atendimento oftalmológico clínico e cirúrgico voltado para os pacientes que necessitam de transplante de córnea, bem como aqueles já transplantados.

Apesar das dificuldades expostas, os pacientes conseguem realizar as cirurgias de transplante de córnea na cidade de Manaus, próximos aos seus familiares, evitando os desgastes do tratamento fora de domicílio. De forma semelhante, superando desafios, sabe-se que o Brasil ainda possui o maior programa de transplante de órgãos e tecidos do mundo e serve de exemplo para muitos países, em especial para os da América Latina, como modelo de viabilização e democratização do transplante. Essa conquista nos serve de exemplo e incentivo para continuarmos a luta incessante para que milhares de brasileiros que dependem da doação possam viver e ver um mundo melhor.

Acredita-se que “o transplante de órgãos será assimilado na prática clínica... e não há necessidade de filosofar a esse respeito. Isto será realidade pela simples e suficiente razão de que as pessoas são constituídas de tal forma que preferem viver a morrer” (Sir Peter B. Medawar, prêmio Nobel de Medicina de 1970, por ocasião do II Congresso Internacional da Sociedade de Transplantes em Nova York, em 11 de setembro de 1968).

A Educação Permanente em Saúde tornou-se a estratégia do governo para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, objetivando lutar por um SUS mais humanizado, construído com a participação do povo e comprometido com a qualidade dos serviços e com a saúde integral para todos, indistintamente.

Referências

- ADÁN, C. B. D. et al. Dez anos de doação de córnea no Banco de Olhos do Hospital São Paulo: perfil dos doadores de 1996 a 2005. **Arq Bras Oftalmol**, v. 71, n. 2, p. 176-81, 2008.
- AGUIAR, F.; MOREIRA, J. **Educação Permanente em Saúde: a problemática da doação de Órgãos**. Rev. Ens. Edc. Cien. Human., Londrina, v. 17, n. 2, p. 153-163, 2016.
- APABO - ASSOCIAÇÃO PAN-AMERICANA DE BANCO DE OLHOS. Disponível em: <https://www.apabo.org.br>

- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição Brasileira de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o **Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes**. 2009.
- CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>
- FERLA, A. A. et al. Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido. In: FERLA, A. A. et al. (Org). **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2019. p. 8-20. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/atencao-basica-e-formacao-profissional-em-saude-inovacoes-na-amazonia/>
- GARCIA, C. D. et al. Manual de Doação e Transplantes. In: MARCON, I. M. **Transplante de Córnea e Banco de Olhos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 163-74, 2013.
- HIRAI, F. E.; ADÁN, C. B. D.; SATO, E. H. Fatores associados à qualidade da córnea doada pelo Banco de Olhos do Hospital São Paulo. **Arq Bras Oftalmol**, v. 72, n. 1, p. 57-61, 2009.
- PANTALEÃO, G. R. et al. Avaliação das córneas doadoras em relação à idade do doador e causa do óbito. **Arq Bras Oftalmol**, v. 72, n. 5, p. 631-52, 2009.
- PESSOA, J. L. E. et al. Distribuição do tecido ocular no estado de São Paulo: análise por razões de descarte de córneas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3196, 2019.
- SANO, R. Y. et al. Análise das córneas do Banco de Olhos da Santa Casa de São Paulo utilizadas em transplantes. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 73, n. 3, p. 254-8, 2010.



Percurso da Educação Permanente em Doação de Órgãos e Tecidos no Amazonas

Maria Gleny Barbosa Soares
Amanda Desireé do Amaral Melo
Andrea Carla de Lima Rocha
Derli Albuquerque Fernandes
Francisca Félix da Rocha
Gecilene Seixas Nascimento Castelo Branco
Neicy Arraes Suwa

Introdução

A Central de Transplantes do Amazonas vem estruturando o programa de transplantes no estado desde 2002 com ações organizadas por etapas para sua implantação, implementação e consolidação. A trajetória da Central de Transplantes é marcada por regulação das filas de transplantes, pelo acompanhamento do credenciamento de estabelecimentos e equipes de profissionais da saúde, pela capacitação de equipes de trabalho de acordo com as orientações do Sistema Nacional de Transplantes/Ministério da Saúde e por atividades educativas permanentes com foco na sensibilização, na formação profissional e no fortalecimento do processo de trabalho.

Dentre as principais medidas desenvolvidas pela Central de Transplantes do Amazonas em sua trajetória de 18 anos é possível destacar: acompanhamento do transplante de rim com doador intervivo (2002), implantação do Banco de Olhos do Amazonas (2004), distribuição do tecido ocular para a fila estadual de receptores (2004) e doação de órgãos a partir de doador falecido (2011), permitindo alavancar os transplantes de rim e fígado no estado, e o fato de, desde 2013 até o dado momento, a rede pública de saúde encontrar-se em reestruturação para retomada dos transplantes de órgãos sólidos no estado (AMAZONAS, 2013).

De acordo com Alencar (2006), a doação de órgãos e tecidos a partir do doador falecido é um processo de alta complexidade que se destina a concessão de órgãos e tecidos para fins terapêuticos, com a finalidade de atender os pacientes

que já excederam todas as medidas de tratamento, cabendo apenas como último recurso o transplante para restabelecimento de sua saúde.

O autor supracitado ainda afirma que, de forma geral, a doação de órgãos e tecidos é considerada um ato de altruísmo das famílias dos doadores, que após a comunicação médica do diagnóstico de morte encefálica, condição clínica necessária, autoriza a doação ou não em uma entrevista com uma equipe de profissionais da saúde. Por outro lado, há um caráter de instrumentação humanizada que é materializada pelo acolhimento as famílias durante o estado crítico do paciente e a fluidez das informações necessárias para compreensão do quadro clínico irreversível como uma preparação da perda. Esta questão é fundamental para dar prosseguimento à entrevista familiar e pode influenciar na decisão final pela doação de órgãos e tecidos.

Ainda nesta linha de pensamento, Alencar (2006) corrobora que a doação demanda da família uma tomada de decisão difícil em um momento de extrema dor e angústia motivadas pelo impacto da notícia da morte e do sentimento da perda. Torna-se, portanto, de extrema importância o trabalho de acolhimento e sensibilização a esta família para amenizar o sofrimento e assegurar que esse ato traga grandes benefícios para a vivência do luto. Isso exige que a unidade hospitalar, mediante os profissionais da saúde, esteja preparada para estas situações de impacto emocional, dispondo de atitudes de acolhimento com uma escuta humanizada, uma boa comunicação de más notícias e postura ética para redução do iminente sofrimento.

Assim, entende-se que é dever do estabelecimento de saúde garantir o diagnóstico de morte conforme a Resolução CFM nº 2.173/2017, que assegura como direito da família ser informada sobre esta condição irreversível e prestar toda informação necessária sobre a doação de órgãos e tecidos como uma possibilidade. Isso oportuniza a família o acesso à informação e condições de realizar a escolha baseada no livre arbítrio, respeitando o sentimento de luto e, sobretudo, realizando o acolhimento familiar de forma digna (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) em doação de órgãos e tecidos tem um papel importante na promoção de ferramentas facilitadoras que contribuam para as boas práticas embasadas na humanização preconizada pelo

HumanizaSUS, sobretudo de sensibilizar usuários da rede pública e profissionais da saúde para a promoção do acolhimento e trabalhar a capacidade técnica na doação para garantir a qualidade e segurança do processo. A atuação ocorre através de um espaço de discussões sobre práticas humanizadas, processo de trabalho e de concepções que estão em torno do ato de doar, visando o aumento do número de doações para atender a fila de transplantes.

Silva e colaboradores afirmam que a Educação Permanente em Saúde (EPS) deve ser compreendida como uma prática de ensino-aprendizagem para revitalização do processo de trabalho e qualificação para inserção do trabalhador no espaço laboral, assim como o compromisso com o seu contínuo desenvolvimento, considerando as especificidades do serviço da saúde e de sua práxis diária (SILVA *et al.*, 2017). Vale salientar que, para os referidos autores, a EPS têm no seu arcabouço de produção do conhecimento as práticas do cotidiano das instituições de saúde, incluindo os enredamentos da realidade vivida pelos profissionais e o enfrentamento de seus problemas diários, gerando experiências com base em interrogação e mudança.

Assim, o presente trabalho é uma descrição de forma exploratória da trajetória do NEP da CET-AM do período de 2012 a 2020, resgatando questões que balizaram as primeiras atividades educativas de sensibilização, formação profissional e fortalecimento do processo de trabalho realizado pela equipe multiprofissional. Ressaltando que a EPS tem a natureza de acompanhar a legislação vigente, o compartilhamento de boas práticas, a fomentação de novos saberes originados no cotidiano, as inovações tecnológicas e pesquisas acadêmicas com vistas à estruturação de novas ações que atendam às necessidades do processo, com abertura de possibilidades para o potencial técnico dos profissionais da saúde e para melhorias no atendimento as famílias doadoras do Amazonas.

Material e método

Trata-se de uma reflexão das ações realizadas do NEP em doação de órgãos e tecidos da CET-AM. É um estudo descritivo exploratório embasado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão à Saúde no Sistema Único de Saúde (PNH/SUS),

ancorados na Portaria de Nº 2.600/GM de 21 de outubro de 2009 que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes e na Resolução – RDC nº 20, de 10 de abril de 2014 da ANVISA, tendo por base o percurso das ações do NEP em Doação de Órgãos e Tecidos para transplantes (BRASIL, 2019).

O levantamento de dados foi realizado nos acervos da EPS da CET-AM, da Secretaria de Estado de Saúde (SES), criada sob a Portaria Nº 0760/2002-GSUSAM, campo de atuação e de práticas das autoras. Os dados coletados são referentes ao período de setembro de 2012 a setembro de 2020. Vale destacar que foram utilizados como fonte de coleta: relatórios de campanhas de sensibilização, planilhas de treinamentos, cursos e capacitações de equipes de saúde e discussão com as equipes de saúde sobre processo de trabalho, estruturados em quadros, tabelas e organogramas elaborados no programa Microsoft Office Excel.

A análise qualitativa dos dados se deu livremente, procurando-se ordená-los seguindo uma cronologia por ano e acontecimento, a fim de dar notoriedade ao percurso das ações do NEP. A sistematização das informações foi estabelecida a partir da consulta do acervo documental que geraram os primeiros apontamentos, tabelas e planilhas de registros do setor. Assim, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Salienta-se que, para acesso e utilização destes dados, houve anuência favorável da gerência técnica da CET-AM.

Resultados e discussão

O artigo enfoca uma discussão segmentada em três tópicos que descrevem o processo constitutivo do NEP face às questões de implantação do processo da doação de órgãos e tecidos no Brasil e no estado do Amazonas; a visão consubstanciada no desenvolvimento de ações educativas que envolveram os profissionais da saúde e a comunidade e; encerrando com uma narrativa de uma experiência de doação de órgãos e tecidos considerando as peculiaridades na cidade de Manaus.

Central de Transplantes do Amazonas-CET/AM

O Brasil possui o maior programa público de transplantes do mundo, por disponibilizar o serviço na rede do Sistema Único de Saúde-SUS a todos

os usuários, garantindo o direito a concorrer em uma fila de forma igualitária e com equidade, atendendo os princípios que norteiam a política de saúde do país e, sobretudo, à urgência desse procedimento para terapêutica dos pacientes (GARCIA *et al.*, 2015).

O programa de transplante brasileiro é coordenado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), responsável pela política de transplantes no SUS, que visa garantir a transparência de cada ação e a confiabilidade no processo doação-transplante a partir de: estrutura normativa, implantação de centrais por estado e regulamentação dos procedimentos de captação, alocação e distribuição de órgãos por um conjunto de leis, decretos, medidas provisórias e portarias que regulamentam tecnicamente a doação-transplante (GARCIA *et al.*, 2015).

A Política Nacional de Transplantes implantada na década de 90 no país teve a finalidade do fortalecimento das novas perspectivas para doação-transplante, como: fundação da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), publicação de portarias ministeriais e implantação das Organizações de Procura de Órgãos (OPO). Essas medidas estabeleceram diretrizes para estruturação e qualificação da equipe de saúde, regulamentação do processo de doação-transplante e aumento na doação de órgãos para transplantes, corroborando para grandes avanços no país (GARCIA *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2014).

Na região norte, somente após uma década da política nacional de transplantes surgiram as primeiras centrais que visavam dar condições de incorporar o serviço no próprio estado, reduzindo a fila de pacientes inscritos no Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para a terapêutica de transplante e, consequentemente, também o índice de mortalidade — além de, sobretudo, criar o programa de transplantes no estado para o acesso dos usuários do SUS (GARCIA *et al.*, 2015).

Neste contexto, encontram-se equipes de saúde que integram a rede de serviço para efetivação de cada etapa do processo da doação, como: Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO), Banco de Olhos do Amazonas (BOA), Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), equipes captadoras, unidades transplantadoras de tecido ocular e a Fundação Hospitalar e Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHMOAM) (AMAZONAS, 2002).

O primeiro transplante de rim foi realizado em novembro de 2002, a partir de doação de órgãos intervivos. Em maio de 2004, com a criação do Banco de Olhos do Amazonas (BOA), foi realizada a primeira captação de tecido ocular com transplante de doador de coração parado. Somente em 08 de julho de 2011 foi realizado o primeiro transplante de rim a partir de doador falecido em morte encefálica. Em 2014, foi implantado o Programa de Transplante de Fígado na rede pública, cujo funcionamento foi suspenso em conjunto com o Programa de Transplante de Rim em 2015 para reestruturação de novos estabelecimentos de saúde no estado (SOARES, 2014 apud AMAZONAS, 2002).

Atualmente, a CET-AM direciona suas atividades na gestão de processos de doação de órgãos e tecidos, acompanhando o desenvolvimento do protocolo de morte encefálica nas unidades hospitalares e a Educação Permanente em Saúde, como também as ações inerentes ao atendimento às famílias de doadores, a auditoria de prontuários, o assessoramento às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e o estudo contínuo das diretrizes e legislações inerentes ao contexto do Transplante.

A Educação Permanente em Saúde na doação de órgãos e tecidos no Amazonas

O processo de doação de órgãos e tecidos é um serviço recente na área da saúde e, para a população amazonense, um tema que remete à morte e ao tabu da finitude de um ente querido. É preciso, portanto, que o tema seja mais discutido nos meios de comunicação, nas mídias sociais das famílias e também dos profissionais da saúde, a fim de que sejam desmistificadas as fantasias no entorno desta questão. A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem contribuído para a fomentação da aprendizagem, formação e difusão de conhecimento sobre a doação de órgãos e tecidos junto aos profissionais da saúde e à comunidade.

A EPS é um dos pilares para promoção dos cuidados e, sobretudo, é geradora de informação; instrumento fundamental para desmistificar ideias e preconceitos que limitam a compreensão deste processo para a sociedade. A doação de órgãos e tecidos ainda é cercada por pensamentos e discursos retrógrados que inviabilizam a autorização familiar e resultam

na permanência de pacientes na fila de transplantes (SILVA FILHO *et al.*, 2016). A importância de uma maior divulgação nos meios midiáticos e a manifestação em vida sobre a sua opinião acerca da doação, favorecem de forma positiva, a autorização familiar.

A EPS contribui para o incentivo à doação de órgãos e tecidos, especialmente quando se aproxima da comunidade para se inteirar das dúvidas e assim favorecer a apropriação de novos saberes com a abertura do espaço de aprendizagem. Dessa forma, Aguiar e Moreira (2016) explicitam em seus estudos que a Educação Permanente deve buscar a construção compartilhada do conhecimento e do pensar crítico e reflexivo, não concebido como depositado nos sujeitos, mas fruto da problematização e da conscientização de suas vivências e experiências.

Assim, Barth e colaboradores enfatizam que a EPS deve estimular o desenvolvimento da consciência dos profissionais sobre o contexto de atuação e sua responsabilidade no processo permanente de aprendizagem com intuito de promover uma EPS descentralizada e multiprofissional que desempenhe uma função estratégica (BARTH *et al.*, 2014). Conforme reforçado por Moraes (2009), a EPS permite uma reflexão sobre os profissionais de saúde, que devem experimentar treinamentos e sensibilizações de forma contínua para conduzir o processo da doação em todas as etapas necessárias rumo ao bom resultado.

A formação técnica da equipe da CET-AM foi promovida pelo Ministério da Saúde em 2011-2013 para a implementação da doação de órgãos a partir de doador falecido e também a fim de propiciar condições melhores nos processos de trabalho que envolve toda a complexidade do serviço do transplante, conforme constam nos Relatórios de Atividades da Educação Permanente da CET.

Essas condições foram fundamentais para o planejamento das primeiras ações consolidadas neste dado momento, como: o mapeamento dos principais hospitais públicos com perfil para doação, organização das equipes internas no hospital; a replicação das informações com os protagonistas da unidade hospitalar — com destaque para os projetos educativos de sensibilização —; a intensificação das campanhas; a entrada nas escolas públicas municipais, estaduais e faculdades; o estabelecimento de parceria com as capelanias hospitalares para trabalhar o acolhimento dos familiares de pacientes críticos e com igrejas para sensibilização dos congregados; os decretos estaduais e

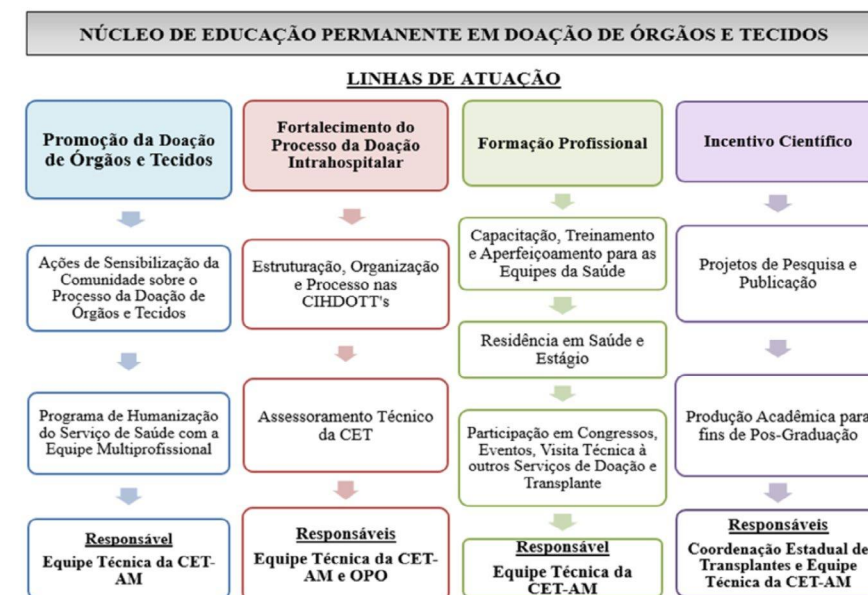
municipais que asseguram a divulgação e a sensibilização da comunidade em geral sobre a doação de órgãos e tecidos no período de 2014-2017.

A paralisação dos transplantes de rins em 2017 teve grande impacto no serviço da doação de órgãos e tecidos, traduziu-se em muitas negativas de famílias de potenciais doadores consequentemente, reduzindo o número de doações e levando o paciente candidato a transplante a ter de recorrer ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para garantir a continuidade de seus cuidados terapêuticos. Entretanto, a EPS manteve sua linha de descentralização das informações: visitas a empresas em conjunto com a Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho (CIPA) e estabelecimento de oficinas de trabalho e qualidade de processo junto às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e equipes multiprofissionais da saúde que trabalham diretamente com o processo.

Nos últimos anos, a EPS na doação de órgãos e tecidos vem tomando novo corpo teórico para sistematizar a forma de atuação e a utilização de ferramentas para avançar nas questões necessárias de qualidade no processo de trabalho, buscando novas possibilidades de construção de modelos baseados na experiência local e de construção coletiva das equipes de trabalhos que integram o processo a fim de garantir a segurança, qualidade e eficácia dos serviços, além de descentralizar a EPS da CET-AM para o fortalecimento das atividades educativas nas unidades hospitalares com vertentes na informação e humanização da equipe de saúde e dos usuários.

Em 2020, a CET-AM dedicou-se à elaboração de um organograma interno para avançar na promoção, no fortalecimento, na formação e no incentivo à pesquisa com os colaboradores do setor na reestruturação e remodelação dos processos de trabalho. A criação do NEP em Doação de Órgãos e Tecidos foi um grande começo para consolidar as ações educativas, sobretudo as oficinas com os grupos de trabalhos e colaboradores para os avanços em doação-transplante, conforme descrito no quadro de linhas de atuação do NEP (Imagem 1).

Imagem 1: Linhas de Atuação do Núcleo de Educação Permanente em Doação de Órgãos e Tecidos da CET-AM.



Fonte: Central de Transplantes do Amazonas, 2020.

As ações desenvolvidas pelo NEP da CET-AM são momentos de aprendizagens com profissionais que têm uma vasta experiência e podem contribuir no “fazer” da doação de órgãos e tecidos, atendendo às especificidades da nossa região amazônica e reforçando as boas práticas que fazem a diferença no direcionamento humanizado de cada etapa do processo, que foram estruturadas e descritas na Tabela 1.

Tabela 1: Ações desenvolvidas pelo NEP para os profissionais de saúde, 2011-2020.

Ações Desenvolvidas pelo NEP	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Capacitações	0	7	6	8	1	1	1	4	2	4	34
Cursos Locais	2	3	4	0	1	2	1	0	1	0	14
Cursos Nacionais	6	1	1	1	1	0	4	2	3	2	21
Treinamentos em Serviços - CIHDOTT's	0	3	5	9	5	5	2	4	2	1	36
Workshop, Encontros, Simpósios, Congressos e Seminários	3	2	5	3	2	0	2	4	2	0	23

Fonte: Elaborado pela equipe técnica da CET-AM, 2020.

As ações educativas foram desenvolvidas pelo NEP tanto para colaboradores da CET-AM como para profissionais das unidades hospitalares, destacando-se: trinta e seis treinamentos em serviços com as equipes das CIHDOTs, seguidos de trinta e quatro capacitações em que se abordou a determinação para o diagnóstico de morte encefálica com o objetivo de habilitar o profissional médico para a realização deste exame, condição *sine qua non* para que se inicie a doação de órgãos e tecidos.

Os cursos realizados no período do estudo foram divididos em locais (quatorze) e nacionais (vinte e um), somando trinta e cinco cursos. Dentre estes, enfatizamos os cursos sobre manutenção do potencial doador, comunicação de más notícias, entrevista familiar para doação de órgãos, cursos de extração, implante de órgãos e cursos sobre perfusão de órgãos. As atividades compreendidas como: Workshops, Encontros, Simpósios, Congressos e Seminários somaram-se vinte e três atividades, tiveram papel importante para troca de experiências entre profissionais de outros estados brasileiros e reformulações de novas práticas.

Dentre as ações realizadas pelo NEP no período de 2012 a 2020 destaca-se a semana nacional de incentivo à doação de órgãos e tecidos, com doze eventos ocorrendo sempre no mês de setembro. Na ocasião da semana nacional são realizadas diversas atividades, como palestras, entrevistas, divulgação em mídia sobre a importância da doação. Este evento é considerado de maior impacto por culminar em uma celebração ecumênica em homenagem as famílias doadoras de órgãos e tecidos, buscando agradecer a toda a equipe engajada no processo.

As campanhas para sensibilizar a comunidade tiveram início em 2015 com palestras e visitas a instituições religiosas e associações de moradores, nas quais eram desmitificadas e reconstruídas as concepções acerca da doação de órgãos e tecidos, totalizando oito campanhas nesse período (Tabela 2). O setembro verde foi instituído pelo Decreto 36.029, de 8 de julho de 2015, com objetivo de ser incorporado ao calendário oficial do estado como estratégia no aumento do número de doações, chegando a seis ações entre os anos de 2015 e 2020. Dentre estas, incluem-se iluminação de fachadas institucionais na cor verde como símbolo da doação de órgãos e tecidos.

Tabela 2: Ações de sensibilização para população em geral, realizadas pelo NEP, 2011 – 2020.

Ações Desenvolvidas pelo NEP	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Campanha de Sensibilização a Comunidade	0	0	0	0	5	2	0	1	0	0	8
Projeto Educação na Escola sobre doação de órgãos e tecidos	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4
Semana Nacional de Incentivo a Doação	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Setembro Verde	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6

Fonte: Elaborado pela equipe técnica CET-AM, 2020.

Em meados de 2012 a 2015 ocorreram atividades relativas ao Projeto Educação na escola, em atendimento ao Decreto de nº 1.520, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre a realização de palestras de conscientização sobre a importância da doação de órgãos nas escolas da rede municipal de ensino, totalizando quatro atividades.

Para Aguiar e Moreira (2016), o conteúdo técnico é importante em conjunto com as trocas de experiência, discussões em grupo e problematizações. São práticas que trazem resultados exitosos por serem instrumentos para a atualização e o aperfeiçoamento das equipes multiprofissionais, resultando em segurança e qualidade nos processos de trabalho. Para outros autores, o aperfeiçoamento se dá pela busca constante de aprendizado e deve ser transmitido a todos que atuam coletivamente no cenário do processo de trabalho mediante as práticas reflexivas, éticas, críticas e humanísticas. Assim, a EPS é uma estratégia de formação para transformação das ações de saúde com base nas necessidades sociais, não só qualificando os serviços, mas tornando o profissional mais seguro de si (BARTH *et al.*, 2014).

Vale destacar que a EPS pode se aliar à humanização, pois se trata de um processo que consiste na combinação entre a objetivação científica do processo

saúde/doença e a valorização do sujeito. Para que essa integração ocorra, é fundamental o envolvimento ativo dos usuários (ZOMBINI *et al.*, 2012). Dessa forma, lançar mão de ferramentas que envolvam uma abordagem humanizada é fundamental para torná-las efetivas e, sobretudo, para fomentar a organização em cada unidade hospitalar de uma sala de acolhimento às famílias de pacientes críticos, como uma forma resguardar e apoiar o momento da dor.

O Humaniza-SUS é uma proposta de humanização que pretende alcançar variadas ações e instâncias do SUS que ocorrem em diferentes níveis de atenção e de gestão. A humanização é compreendida como a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, cujos valores incluem autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva (BRASIL, 2009).

O processo da doação de órgãos e tecidos é compreendido por uma série de etapas, dentre estas, a entrevista familiar para doação de órgãos e para que se efetive a doação é necessário que haja o consentimento familiar, de acordo com a Lei Nº 10.211, de 23 de março de 2001, art. 4º:

A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2011).

É imprescindível que os profissionais de saúde compreendam que o acolhimento humanizado com familiares de possíveis doadores inicia-se desde a admissão do paciente até o desfecho com a confirmação do diagnóstico de morte, o que exige da equipe multiprofissional preparo, capacitação e, sobretudo, conhecimento no processo. Estudos realizados por Cinque e Bianchi (2010) explicitam que a entrevista familiar não busca convencer a família da doação, nem a induzir para que concorde, tem a finalidade de expor a possibilidade da doação ou não, deve ser clara e objetiva, com o intuito de fornecer todas as informações, promovendo suporte necessário para a tomada de decisão da família e obter o seu consentimento.

A decisão da doação de órgãos cabe à família e, por isso, deve-se ter o investimento em ações dialógicas para tornar esses familiares mais do que

esclarecidos, detentores de uma consciência crítica sobre o tema. Para tanto, o profissional de saúde que atua no processo de doação tem um papel fundamental e deve estar seguro, habilitado e dotado de conhecimento, em especial para cuidar da família no momento da perda (AGUIAR; MOREIRA, 2016). Para os mesmos autores, nesse contexto faz-se necessário que as equipes de saúde busquem os seus conhecimentos adquiridos frente ao processo da doação de órgãos e tecidos. Dessa forma, utilizar ferramentas que envolvam uma abordagem humanizada é fundamental para torná-las efetivas, bem como fomentar a compreensão de uma EPS que busque a construção compartilhada do conhecimento e do desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo.

Assim, a PNEPS e a PNH compartilham a mesma intencionalidade de transformação de práticas, uma vez que ambas buscam o aprimoramento dos processos de trabalho a partir do protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS que estão diretamente implicados no processo de produção de saúde. Essas políticas, portanto, se complementam, pois enquanto a PNEPS busca o aprimoramento na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde para que estes atuem de forma efetiva no sistema público de saúde, a PNH define diretrizes, dispositivos e ferramentas para dar operacionalidade às práticas humanizadoras que compõem esse processo (LOPES *et al.*, 2019).

Ao lidar com doações de órgãos e tecidos, a EPS tem utilizado as diretrizes da Humanização para oferecer melhor atendimento à família, com disseminação de ações humanizadoras entre os colaboradores da unidade hospitalar e, sobretudo, a instalação de salas de acolhimento para as famílias de pacientes em situação crítica nos hospitais.

Pautando-se neste olhar, a EPS tem contribuído para a gestão de processos, o que é uma forma de organizar o trabalho com base na melhoria contínua das atividades dentro de uma organização por meio de planejamento, análise, modelagem, otimização, implantação e monitoramento dos processos de trabalho. Aliados a esta contribuição, a tecnologia da informação tem propiciado avanços e melhorias significativas para os processos de trabalho, reforçados por Mai e colaboradores que explanam que os acelerados desenvolvimentos tecnológicos nos processos de trabalho estão cada vez mais desafiadores e complexos e que, por esta razão, a utilização e apropriação de sistemas de informação deixa de ser um diferencial e passa a ser uma real necessidade (MAI *et al.*, 2017).

Para que haja o comprometimento com o processo de mudança, neste caso, a incorporação da tecnologia da informação no setor da saúde, é preciso que os atores afetados diretamente ou indiretamente tenham compreensão, legitimem, apostem e, tornem-se conscientes de que a mudança proposta no processo de trabalho, de algum modo, irá qualificar e melhorar suas vidas, no âmbito profissional e pessoal (SILVA; HOROSTECKI, 2014).

O desafio da doação de órgãos e tecidos com populações Ribeirinhas e Indígenas

Ao longo das experiências do NEP, destaca-se a doação autorizada de pacientes de origem ribeirinha e indígena, populações consideradas por muitos quase inatingíveis do ponto de vista da doação de órgãos e tecidos uma vez que vivem em áreas distantes da zona urbana, longe dos grandes centros hospitalares – locais onde se efetivam o serviço – e também o próprio desconhecimento sobre o processo de doação/transplantes na capital do estado.

Em 2011, com início das doações a partir de doador falecido, a CET-AM realizava o processo na íntegra; desde o contato com as unidades hospitalares e seus profissionais e, gradativamente a aproximação com as famílias de possíveis doadores nos grandes prontos socorros da cidade de Manaus. Primeiramente, a equipe técnica se deslocava e realizava essas abordagens com os familiares de potenciais doadores — pacientes internados em UTIs com diagnóstico confirmado de Morte Encefálica (ME). Assim, a partir da entrada nestas unidades identificaram-se pacientes graves e de traumas neurológicos, de origem ribeirinha ou indígena que eram transferidos em sua maioria dos municípios do interior do estado para a cidade de Manaus e que por vezes impossibilitava o acesso à família, logo, inviabilizava a doação.

A equipe técnica da CET-AM foi treinada em hospitais de referência para transplantes com cursos de comunicação de más notícias, entrevista familiar para doação de órgãos, manutenção e validação de potenciais doadores entre outros, porém estes cursos são oferecidos numa didática metodológica voltada para uma abordagem geral com as famílias, sem informações adicionais sobre as questões regionais/culturais que podem ajudar no acolhimento e entrevista das famílias dos potenciais doadores ribeirinhos e indígenas.

Tendo em vista a particularidade identificada, foi realizada uma reunião entre NEP com a equipe técnica para a estruturação de uma nova metodologia para alcance dos pacientes ribeirinhos e indígenas a fim de garantir o direito à informação e a decisão sobre a doação de órgãos e tecidos. Assim, elegeu-se a seguinte problematização: “como acolher, entrevistar e receber a autorização das famílias ribeirinhas e /ou indígenas? ”, uma vez que este assunto sobre a doação e transplante é pouco ou quase nada difundidos nestas comunidades. Foi utilizado o processo dialógico com os protagonistas com troca de informação entre conhecimento científico e experiências para a geração de novas práxis.

Foi elaborado um plano de ação em dois eixos: 1º eixo — foi tomada a atitude de adentrar na realidade das populações indígenas e ribeirinhas no esforço de identificar os pontos de apoio a estas famílias na cidade e criar no hospital uma rede de acolhimento, e o 2º eixo — envolver os profissionais das áreas hospitalares mediante visitas técnicas e encontros para estudo por meio das rodas de conversas. Entretanto, o diferencial na abordagem foi a sensibilização realizada junto aos demais profissionais da porta de entrada dos prontos socorros como: vigilantes, maqueiros, serviços gerais, participação da assistente social. Realizar essa aproximação com as pessoas que são pontos de apoio na abordagem aos familiares é crucial para o êxito na doação, podendo incluir até mesmo um representante religioso solicitado pelos familiares, quando assim solicitado.

Essas ações foram fundamentais para firmar encontros de feedback com os protagonistas e para abertura de um espaço de escuta sobre acolhimento familiar, dificuldades com o processo de doação de pessoas vindas do interior afim de incentivar formas de resolutividade utilizando seus próprios recursos práticos.

Esse arcabouço de informações serviu para instrumentalizar a equipe técnica da CET-AM e os demais profissionais para abordagem e entrevista familiar com finalidade de doação de órgãos em que se logrou êxito, gerando o aumento das notificações de ME, acolhimento com feedback positivo das famílias e doações efetivas dessas populações. É muito relevante citar que as ferramentas e instrumentos utilizados pela equipe emergiram das próprias práticas e vivências, que garantiram estratégias consolidadas para alcançar populações ribeirinhas e indígenas.

É importante ressaltar sobre a abordagem de familiares indígenas o levantamento de informações sobre o potencial doador indígena, se é aldeado ou

não. Caso seja, é de extrema importância que o cacique da tribo seja consultado pela família durante a entrevista (este representa uma figura de autoridade e deve ser respeitada). Além disso as representações indígenas na capital (FUNASA, FUNAI) são comunicadas quanto aos procedimentos do diagnóstico de ME, todas as etapas realizadas do diagnóstico, os trâmites documentais e legais para efetivar a doação. Dessa forma, fomos conhecendo costumes, crenças e ritos de diversos grupos indígenas, e ampliando nossas parcerias.

Passamos, portanto, a adotar um olhar de aprendizagem a cada fala, gesto, ideia e manifestação cultural com sua devida importância nesse processo. Foi fundamental conhecer, perceber e entender o valor dado à figura do núcleo familiar de maior representatividade nessas populações. Um exemplo dessa vivência ocorreu na entrevista familiar de um potencial doador (PD) ribeirinho jovem e solteiro, em que a autorizante legal era a genitora, mas cabia ao irmão mais velho o poder de decisão para o desfecho da entrevista. Ao analisar a história de vida desta família, deparamo-nos com o relato de uma mãe que ficou viúva cedo e a responsabilidade familiar foi assumida pelo filho mais velho, que se posicionava nas situações de proteção à família. Neste momento, prevaleceu o respeito à cultura e ao modo de condução adotado pela família.

Considerações finais

A presente produção remete a reflexões sobre a trajetória do Núcleo de Educação Permanente em Doação de Órgãos e Tecidos da CET-AM, que traz imbricações das construções iniciais como forma de aproximação dos grandes centros de doação-transplante e adaptação ao contexto regional com o intuito de atender com qualidade e práticas humanizadoras as famílias doadoras do estado do Amazonas.

A EPS teve sua gênese de forma incipiente em capacitação e formação dos profissionais da saúde, seguindo a Resolução nº 2.600 do Sistema Nacional de Transplantes, no decorrer foi se estruturando com as demandas locais que exigiam soluções eficientes e de alta resolutividade; o fundamental nisso foi adentrar as unidades hospitalares e atuar junto aos profissionais da saúde, trabalhar com equipe técnica da CET e repensar a forma de acolhimento às famílias doadoras com base na troca de experiências.

É evidente que o encontro com os profissionais da saúde foi um momento de maior proximidade para trabalhar o protagonismo de forma dialógica, pois a cada informação construída gerava-se o empoderamento destes para a aplicação em sua unidade de trabalho, visando sempre os ajustes necessários para colocar em prática a criação dos espaços de acolhimento às famílias de pacientes críticos, possibilitando a construção de um novo cenário em seu ambiente de trabalho, favorecendo a doação de órgãos e tecidos.


O estado do Amazonas tem particularidades naturais, demográficas e culturais que constituem o seu cenário regional e diferem de outras regiões brasileiras; elementos que influenciam diretamente a condução do processo de doação de órgãos e tecidos, pois muitas das autorizações familiares são de pacientes ribeirinhos e indígenas neurotraumatizados que foram transferidos de seu município para o hospital de referência na cidade de Manaus. Cada doação vem acompanhada por um novo ensinamento sobre a necessidade de respeitar os seus valores e costumes, criar uma rede de relações com as representações municipais e indígenas, trabalhar com uma logística que atenda o tempo que a família tem para retornar a sua cidade de origem (já que muitos precisam retornar pelas vias fluviais) e acolher de forma incondicional os familiares do doador de órgãos e tecidos.

De fato, fazer acontecer e efetivar a doação de órgãos e tecidos não é tarefa fácil, sobretudo, no estado do Amazonas, considerado um estado “continental” que alberga uma miscelânea populacional. Essas estratégias não se encontram em manuais ou e-books; elas surgem com a prática e a vivência, e só foi possível conhecê-las adentrando a realidade de outras pessoas com a escuta ativa e as observações diárias que foram proporcionadas pela Educação Permanente em Saúde. A EPS tem facilitado e tornado real aquilo que estava até então no imaginário.

Todo o trabalho realizado reflete um esforço da equipe técnica e de seus colaboradores em reconhecer a importância do serviço como mudança necessária para quem aguarda na fila de espera pelo transplante e, naturalmente, contribuir para a prestação dos serviços da saúde com qualidade e humanização, com o desenvolvimento de práticas humanizadas no setor da saúde pública e promoção de novos diálogos sobre a EPS em doação de órgãos e tecidos no estado do Amazonas e, por que não dizer, nas demais regiões brasileiras.

Referências

- AGUIAR, F.; MOREIRA, J. Educação Permanente em Saúde: a Problemática da Doação de Órgãos. *Rev. Ens. Educ. Ciênc. Humana.*, v. 17, p. 153-163, 2016.
- ALENCAR, S. C. S. **Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores.** [Dissertação de Mestrado] - Universidade Federal do Paraná, 2006.
- AMAZONAS. Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos CNCDO-AM. **Relatório de Transplantes de Doadores Falecidos.** Registros Documentais. Manaus/Amazonas, 2013.
- AMAZONAS. **Decreto n. 36.027, de 7 de julho de 2015.** Regulamenta a Lei n. 4.087, de 17 de novembro de 2014, que instituiu no Calendário Oficial do Estado do Amazonas o Evento denominado SETEMBRO VERDE. [Internet]. 2015. Disponível em: <https://www.escavador.com/diarios/499159/DOEAM/executivo/2015-07-08#>
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria 760/2002.** Diário Oficial de 13/05/2002. Poder Executivo. Seção AFAT 3529, 2002. p. 05-06.
- BARTH, P. O. et al. (2014). Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 604-11, 2014.
- BRASIL. **Decreto n. 9.175, de 18 de outubro de 2017.** Regulamenta a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento [Internet]. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm
- BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria GM /MS 2.600 de 21 de outubro de 2009. **Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.** Distrito Federal, 2009.
- BRASIL. 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 o seu fortalecimento?** /Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. Ed. Rev. 73 p. ISBN 978-85-334-2649-8, 2018.
- BRASIL. **Lei 10.211 de 23 de março de 2001.** Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110211.htm
- CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Diário Oficial da União. **Resolução nº 2.173, de 15 de dezembro de 2017.** Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>
- CINQUE, V. M.; BIANCHII, E. R. A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 1, p. 69-73, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27145>
- GARCIA, V. D. et al. Situação atual dos transplantes no Brasil. In: GARCIA, C. D. **Doação e Transplante de órgãos e tecidos.** 2015. p. 43-60.
- LOPES, M. T. S. R. et al. Continuing education and humanization in the transformation of primary health care practices. **REME- Rev Min Enferm.** v. 23, e-1161, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190009.
- MAI, S. et al. O uso das tecnologias na democratização da informação em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 6, n. 3, 2017.
- MANAUS. **Decreto n. 1.520, de 12 de abril de 2012.** Regulamenta a Lei n. 284 de 12 de setembro de 2011. Dispõe sobre a realização de palestras de conscientização sobre a importância da doação de órgãos nas escolas da rede municipal de ensino [Internet]. 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/DOM%202907%2012.04.2012%20CAD1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/DOM%202907%2012.04.2012%20CAD1%20(1).pdf)
- MORAIS, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. (2009). Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, n. 2, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000200003&script=sci_abstract&tlng=pt
- OLIVEIRA, A. C. **Política pública de saúde na alta complexidade: um estudo da política de transplante no estado do Amazonas.** [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal do Amazonas, 2014.
- SILVA FILHO, J. B. et al. Enfermagem e a sensibilização de famílias na doação de órgãos e tecidos para transplante: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10, Supl. 6, 2016. Disponível em: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201624.
- SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, e58779, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>.
- SILVA, N.; HOROSTECKI, M. F. Percepções dos gestores sobre os comportamentos dos funcionários em situações de mudanças tecnológicas. **Psicologia Argumento.** v. 32. ed. 79. p. 9-13, 2014.
- SOARES, M. G. B. **E meu filho permanece: sentidos e significados do processo da doação de órgãos na perspectiva das mães doadoras.** [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal do Amazonas, 2014.
- ZOMBINI, E. V. et al. Classe Hospitalar: Articulação da Saúde e Educação como expressão da política de Humanização do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, v. 10 n. 1, p. 71-86, 2012.



Humanização na Fundação Hospital Adriano Jorge: perspectivas de usuários e trabalhadores

Rosiane Pinheiro Palheta
Ana Carla da Silva Lima
Vander Vasconcelos de Oliveira

Introdução

Passados 16 anos da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), é possível perceber mudanças significativas nas instituições de saúde, sobretudo nas ações relacionadas ao parto, hoje muito disseminado como “parto humanizado” e o acolhimento realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), experiência muito relevante que aproxima profissional de saúde, usuário e família nas atividades psicoterapêuticas. Há muitas experiências ainda que enfocam a contribuição de profissionais da área de saúde no que se refere às políticas públicas de humanização, sobretudo nas áreas da enfermagem, psicologia e serviço social.

Apesar dessas mudanças, ainda permanecem processos que vão de encontro ao que prevê a PNH. O atendimento aos usuários que procuram os serviços de saúde ainda tem sido fortemente marcado pelo tratamento descortês e pela falta de resolutividade das demandas específicas. Esses problemas têm sido associados a outros problemas globais que se referem aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda balizada na cultura autoritária enraizada no “fazer saúde” nos serviços de saúde.

Esse autoritarismo tem raízes na própria ordem sócio histórica das políticas brasileiras e da nossa recente democracia o que modela até hoje muitas posturas de gestores e das próprias políticas implementadas. Luz (1991) chama a atenção para o fato de ter se consolidado, na estrutura administrativa de saúde, formas centralistas, tecnoburocráticas e corporativistas de práticas ligadas a um corpo médico de origem agrária que dominou a República Velha. “Esses traços configuraram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil” (LUZ, 1991, p. 79).

Rotolo e colaboradores lembram que a própria cultura política do país está enraizada no caráter autoritário “que gera submissão na população e uma forma clientelista que produz, através da lógica do favor e da barganha, o fortalecimento de privilégios (individuais) e não de direitos coletivos” (ROTOLO *et al.*, 2016, p.37). Tais problemas na atenção e gestão foram diagnosticados pelo próprio Ministério da Saúde que os reconhece como a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais (BRASIL, 2006a).

Baseado na avaliação dos serviços e com intuito de aperfeiçoar o SUS, o documento base para gestores e trabalhadores do SUS produzido no intuito de direcionar ações para implementação de práticas de humanização, aponta diversas questões problemáticas nos serviços de saúde dentre os quais destaca a necessidade de melhorar os processos tradicionais de gestão do trabalho humano, entender que o trabalhador se submete ao trabalho para realizar interesses diversos incluindo suas necessidades de reprodução de vida e nesse cotidiano de trabalho emergem os conflitos, sobretudo na realidade brasileira de profundas desigualdades sociais. Outro aspecto destacado pelo documento seriam os modelos de gestão rígidos, hierarquizados, centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2009). Essa realidade é mais dura quando se trata de relações hierárquicas entre chefes e subordinados e nas próprias categorias profissionais.

Nesse sentido aponta vários desafios para o SUS como: ampliar o acesso aos serviços de saúde, conciliar a responsabilização de trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gestão do cuidado, a valorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, aumentar o investimento em processos de educação permanente em saúde e a participação na gestão dos serviços inclusive dos usuários.

Pensando na produção de saúde e nos encontros dos trabalhadores com os usuários, é importante pensar se os usuários e trabalhadores de saúde conhecem a Política Nacional de humanização; como se estabelecem as relações entre os usuários e trabalhadores no cotidiano da Fundação Hospital Adriano Jorge levando em conta as principais dificuldades e queixas no acesso aos serviços.

Tendo em vista que a PNH, entre outros objetivos, pretende valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e norteia-se por valores como autonomia, protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de

cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2013). Este trabalho pretendeu dar voz a estes usuários, muitas vezes calados pela completa falta de atenção e pelo desgaste em que se encontram por suas condições de saúde e de seus familiares. De outro lado, os profissionais de saúde como parte integrante do processo de produção de saúde, também são importantes na investigação para evidenciar dilemas que repercutem no cotidiano de trabalho.

O percurso do estudo

O passo a passo da pesquisa empírica foi precedida de pesquisa bibliográfica para levantar o estado da arte do tema humanização em saúde. Em seguida foi realizada a pesquisa de campo sendo o lócus de estudo a Fundação Hospital Adriano Jorge a partir da inserção dos pesquisadores no cotidiano de trabalho realizado nas zonas de atendimento direto ao público que vem à procura dos serviços de saúde. Na pesquisa bibliográfica foram investigadas as fontes como Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library (SciELO) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e teve como critério a inclusão baseado nas palavras chaves: a política nacional de humanização, humanização na saúde pública, diretrizes e dispositivos da humanização. Com isso, os que não correspondiam ao assunto pesquisado no que se refere às palavras chaves, eram automaticamente excluídos.

Foi aplicado um questionário com perguntas semiabertas com 11 questões para 35 usuários com o objetivo de levantar as principais dificuldades no acesso aos serviços. Foram entrevistados ainda 10 funcionários da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ) que estão envolvidos na produção de saúde e em contato direto com a população usuária. Foram tabulados e analisados a partir os dados a partir de gráficos e tabelas.

Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo devido Comitê de Ética em Pesquisa, sob número do CAEE 87128418400000007, em abril de 2018.

Entre a teoria e a prática: A PNH na visão dos usuários e profissionais de saúde da FHAJ

A temática da humanização, como uma política transversal de saúde, é algo relativamente novo porque apesar de seus 17 anos de existência, ainda

há um hiato entre seus objetivos e dispositivos e as práticas de saúde de fato implementadas na cultura institucional das organizações. Entretanto, a PNH tem despertado interesse de trabalhadores de saúde, de gestores, intelectuais, políticos e pesquisadores no sentido de compreender e analisar empiricamente a humanização dos serviços de saúde, e de desencadear ações concretas no sentido de materializar a humanização no cotidiano dos serviços.

À primeira vista o tema pode parecer redundante ou até mesmo paradoxal: como podemos humanizar o que é humano? Existiria algo em nós que pudesse ser não humano? Em nossa experiência de trabalho com o tema, temos ouvido recorrentemente que a humanização é inerente à nossa prática profissional, entretanto, quando o profissional de saúde está envolvido em seu cotidiano de trabalho, muitas vezes assume uma postura que desumaniza as práticas, sobretudo na falta de empatia com as situações apresentadas pelos usuários.

A PNH nasceu no intuito de diminuir o hiato existente entre a teoria (leis e decretos relacionados ao SUS) e as práticas de saúde que, em muitos casos, destoam dos seus princípios e objetivos. A política pretende valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e norteia-se por valores como autonomia, protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

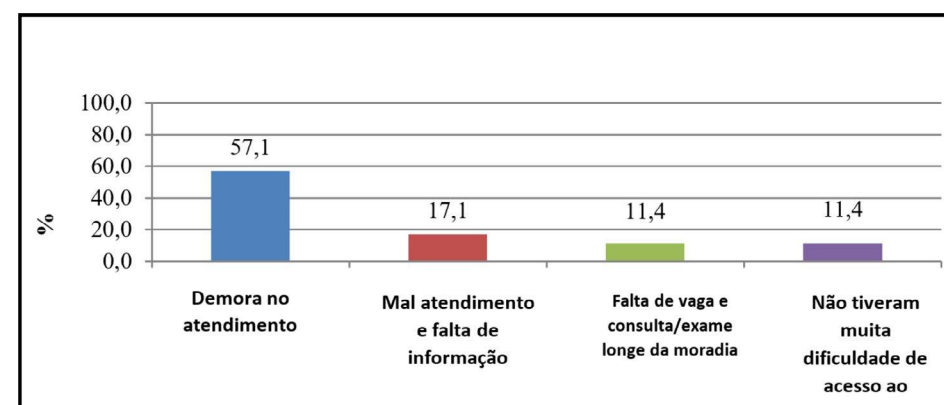
Uma primeira questão importante a ser discutida enquanto resultado da pesquisa é sobre o nível de conhecimento dos usuários que frequentam as dependências do hospital porque se sabe que existe muita insatisfação e reclamações pelos corredores, porém, não há algo oficial para dar vozes a estas pessoas que, de fato, chegue às autoridades competentes para possíveis mudanças.

Dentro da amostra pesquisada detectou-se um grande percentual de usuários que não conhecem a Política Nacional de Humanização. Os resultados demonstram que cerca de 30% dos usuários conhecem a PNH, contra 71% que a desconhecem. Esse é um dado que expressa a necessidade de divulgação da PNH aos usuários do hospital, não apenas para divulgar os avanços da política do SUS na questão dos direitos dos usuários da saúde, mas para que a população usuária saiba seus direitos, exija um atendimento mais humano e digno e que os sujeitos sejam atores ativos e protagonistas das mudanças.

É importante que o usuário do SUS entenda que a humanização na saúde busca valorizar os diferentes sujeitos que estão envolvidos no processo da saúde, que inclui funcionários, usuários e gestores do SUS, tendo como objetivo a formação de uma rede participativa, na qual se destaca a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

Dessa forma, foi importante questionar quais os principais problemas enfrentados pelos usuários na hora de buscar atendimento na FHAJ. Dentre as respostas, não foi surpresa para os pesquisadores a maior queixa ser a demora no atendimento. De acordo com as respostas (Figura 1), existem algumas dificuldades elencadas pelos usuários no serviço de saúde. Os resultados apontaram que, 57,1% demonstraram insatisfação com a espera no atendimento ou marcação de exames e consultas, 17,1% se mostraram insatisfeitos com o atendimento e a falta de informação no serviço, e quando necessitam ser encaminhados à rede pelo sistema de regulação, 11,4% tiveram dificuldade para encontrar vaga ou o atendimento é agendado para uma unidade longe da residência do usuário e apenas 11,4% afirmaram que não tiveram dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Os dados indicam que os objetivos da PNH ainda precisam ser efetivados no SUS uma vez que a ideia central da humanização na saúde é diminuir as filas, o tempo de espera e, sobretudo, a resolubilidade no atendimento das demandas nos serviços do Sistema Único de Saúde.

Figura 1: Principais problemas identificados pelos usuários.



Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Dentre os problemas enfrentados é importante destacar uma questão importante que se refere à democratização dos espaços institucionais de saúde onde a presença do Conselho de Saúde é extremamente relevante para o controle social e a participação da sociedade nas instituições públicas. O conceito de humanização nos remonta aos princípios de dignidade e igualdade da pessoa humana inscrita na Declaração Universal dos Direitos do Homem e está fundada ainda na dimensão ética das relações estabelecidas entre usuários e profissionais de saúde. Para Souza (2016) a proposta de humanização apresenta diferenciações com as políticas anteriores que foram formuladas pelo Ministério da Saúde ao incorporar ao conceito, além dos direitos dos usuários e das famílias, os aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde.

Nesse sentido, há um avanço à participação da comunidade através da existência dos conselhos de saúde e pelos dispositivos da cogestão ou gestão participativa que preveem a participação social da comunidade nos estabelecimentos e na própria política local, porém, essa participação deve ser incentivada através de estabelecimento de canais de participação coletiva, entretanto, não existe na FHAJ um conselho que possibilite a participação social dentro da rotina hospitalar, existe uma ouvidoria para que os usuários possam externalizar suas queixas mas sem uma participação real nos processos de gestão.

Rotolo *et al.* (2016) lembra como ocorreu a inserção do controle social na área da saúde tentando levar a discussão para a pauta científica, no intuito de orientar as práticas nos serviços de saúde, porém pontua que o enfoque fiscalizatório dos conselhos levou a um engodo na efetivação do papel dos conselhos enquanto formulador de políticas e via de acesso às demandas da população.

Podemos afirmar então que abrir espaços de diálogo e deliberação coletiva em todos os serviços de saúde é um avanço para a democratização do SUS enquanto política universal e equânime. Porém, está claro também que somente institucionalizar os espaços de participação não leva necessariamente a uma maior democratização dos serviços ou da política de saúde (ROTOLO *et al.*, 2016, p. 37)

A implantação da política de humanização em saúde não é uma tarefa simples na medida em que envolve conceitos, princípios e diversos dispositivos e

tecnologias ou “modos de fazer”. Mas, além de tudo, requer uma mudança cultural profunda na lógica dos processos administrativos, organizativos, de gestão e de execução das políticas de saúde que tem desdobramentos diretos nos processos de trabalho, ou seja, há uma necessidade de ser redefinido todo o aparato institucional e a lógica do atendimento que estão circunscritos desde a carta constitucional de 1988, enfatizados na Lei 8.080 e que até hoje ainda estão ancorados na antiga concepção de saúde como ausência de doença (COHN, 2006).

O Ministério da Saúde disponibiliza algumas ferramentas para subsidiar o trabalho de gestores e trabalhadores de saúde, enquanto tecnologias da PNH para facilitar a implantação em todos os setores e serviços de saúde que pode ser implementada através do dispositivo da gestão participativa onde os trabalhadores e usuários são convidados a opinar diretamente nas decisões e soluções de problemas que afinal, atingem os problemas de saúde das instituições do SUS.

A visão hospitalocêntrica infelizmente ainda prevalece nos serviços de saúde e nos modelos de gestão ainda fincados nas estruturas burocratizadas e hierarquizadas das instituições, impede muitas vezes as mudanças necessárias. Essas mudanças também esbarram nos limites da conquista da democracia e nos limites da participação política que possuem diferentes níveis e graus de intensidade dependendo do local e da conjuntura em se circunscreve.

Essa realidade necessita de mudanças que estão relacionadas às antigas demandas na área de saúde, como bem coloca Deslandes sobre a voz que a humanização dá às antigas demandas que envolvem a democratização das relações em saúde e para quem o conceito de humanização “é um novo campo de possibilidades: tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo, ainda, de exploração e investimento” (DESLANDES, 2004, p. 08).

Foi indagado se havia dificuldades no agendamento de consulta e exames e a maioria afirma que, em sua experiência, há muita dificuldade, sobretudo, no agendamento de consultas/exame e identificado que 77,1% dos usuários, ocasionalmente, tiveram dificuldades para agendar consultas e exames pela FHAJ, enquanto que 22,9% relataram não ter passado por nenhum problema. Apesar do quanto já foi trabalho na FHAJ sobre humanização no atendimento, ainda existe

muita resistência em aderir às propostas que a política traz, sobretudo por parte dos funcionários que, por motivos diversos, também se sentem desmotivados em relação à aplicação dela na prática cotidiana de trabalho.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência. É claro que a não adesão envolve, além da relação do paciente com o profissional, fatores relacionados aos pacientes (idade, sexo, estado civil, etnia, contexto familiar, escolaridade, autoestima, crenças, hábitos de vida), às doenças (cronicidade, ausência de sintomas), aos tratamentos (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera, tempo de atendimento) (OLIVEIRA, COLLET; VIERA, 2006, p. 284).

Destaca-se no quadro 1 alguns comentários a respeito das dificuldades encontradas pelos entrevistados, ao procurar os serviços de saúde na FHAJ. Esse dado não surpreende, pois é muito comum ouvir reclamação sobre a fila de espera, tanto relativo às consultas quanto a exames. Backes e colaboradores colocam a humanização hospitalar como expressão da ética e defendem que a filosofia da instituição necessita convergir para a construção de estratégias que contribuam para a humanização do/no trabalho, mediante o estímulo à participação e à comunicação efetiva, com qualidade em todas as suas dimensões: na relação da administração com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si e desses com os pacientes (BACKES; LUNARDI; FILHO, 2006).

Quadro 1: Sinopse das principais dificuldades percebidas pelos usuários atendidos na FHAJ.

DIFICULDADE	COMENTÁRIOS
CONSULTA E CIRURGIA	<i>“Ninguém sabe como resolver meu problema, estou com braço engessado e ninguém sabe como resolver isso.”</i>
LENTIDÃO NO SISTEMA DE AGENDAMENTO	<i>“A dificuldade é a questão do SISREG, pois o sistema marca para lugares longe de onde moramos.”</i>
	<i>“A dificuldade em marcar é o SISREG, porque tudo demora, pois já ouvi falar que tem até pessoas que morreram na espera.”</i>

TRATAMENTO INADEQUADO	<i>“A questão do acolhimento é difícil, deveriam tratar bem o paciente e tentar entender o que o paciente está passando naquele momento”</i>
	<i>“Gostaria de ser bem tratado, bem informado, pois o funcionário tem que deixar o mau humor lá fora e não trazer aqui para dentro do hospital”</i>
	<i>“Acho que deveria ser uma obrigação das pessoas, tratarem bem as outras”</i>
INFORMAÇÃO	<i>“A gente pede orientação de um setor e eles não sabem informar”</i>
	<i>“A falta de conhecimento que a gente tem, pois se a gente tivesse conhecimento, seria mais rápido tudo”</i>

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Por outro lado, a autora lembra também que para que os trabalhadores de saúde possam exercer a profissão com honra e dignidade, respeitar o outro dentre outras posturas humanizadas, eles também precisam ter sua condição humana respeitada, ou seja, adequadas condições, justa remuneração e reconhecimento. Logo, fica evidente que os profissionais, na maioria das instituições de saúde, estão aquém da reconhecida valorização de si e do seu trabalho.

É preciso reconhecer, entretanto, que muitas instituições, com os crescentes cortes de verbas públicas, enfrentam dificuldades para manter-se. O quadro profissional limitado, a deficiência de recursos materiais, as condições insalubres de trabalho e as novas e contínuas demandas tecnológicas, com frequência, aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho. O clima desfavorável tem contribuído progressivamente para relações de desrespeito entre os próprios profissionais, bem como para a geração de uma assistência fragmentada e, cada vez mais, desumanizada. Sendo assim, torna-se premente que a filosofia institucional assim como as políticas públicas de humanização estejam, igualmente, voltadas para a vida e a dignidade dos trabalhadores de saúde, quando o que se pretende realmente seja a humanização do cuidado nas instituições de saúde (BACKES; LUNARDI; FILHO, 2006, p. 134)

Quando o profissional é valorizado, bem remunerado, com estrutura boa de trabalho e apoio da gestão, a probabilidade de estar insatisfeito e transferir essa insatisfação aos cuidados com os pacientes, certamente diminui, levando a uma

relação com o usuário mais saudável. A produção de saúde e de sujeitos é o que difere ações de gestão meramente burocráticas, de uma ação realmente participativa no SUS numa perspectiva de humanização, que leve em consideração os sujeitos que produzem saúde, que estão nos meandros dos problemas que envolvem o atendimento direto ao usuário. A gestão participativa deve levar em conta os trabalhadores de saúde, que ao mesmo tempo são transformados e transformadores porque estão diretamente em contato com os usuários e, ao mesmo tempo, são eles mesmos potenciais usuários do SUS (PALHETA; COSTA, 2012).

Essa noção de que o trabalhador de saúde também é um usuário dos SUS está consubstanciada na própria Lei 8080 que dentre os princípios está a universalidade do atendimento. De acordo com a Lei nº 8080/90, “o princípio de universalidade é entendido como a garantia de todo cidadão, trabalhador ou não, ao direito de acesso aos serviços públicos de saúde ou, quando estes se encontram inexistentes, aos conveniados complementares ao SUS” (PONTES *et al.*, 2009, p. 506). Os serviços disponíveis no SUS envolvem todo e qualquer cidadão que os utiliza desde o programa de imunização de doenças que já erradicou inúmeras delas, além da vigilância da saúde do trabalhador que é o conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das suas condições de trabalho, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

O SUS regula nosso sistema de água potável e esgoto por causa das verminoses, regula a qualidade da carne que você come, a higiene do restaurante que você frequenta e os medicamentos que você usa (a ANVISA faz parte do SUS). Nosso sistema de saúde está sempre atento à “chegada” ou avanço de novas doenças, evitando que elas se alastrem; exige sistemas de proteção e legislações que reduzam acidentes, epidemias e riscos à saúde e cria campanhas de massa para educação e prevenção de doenças e agravos (ALMEIDA, 2020, p. 02).

Isso também se aplica à gestão dos serviços que deve levar em conta a participação de todos os sujeitos da produção de saúde. Desse modo, a gestão participativa é um importante instrumento na construção dessa mudança, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as

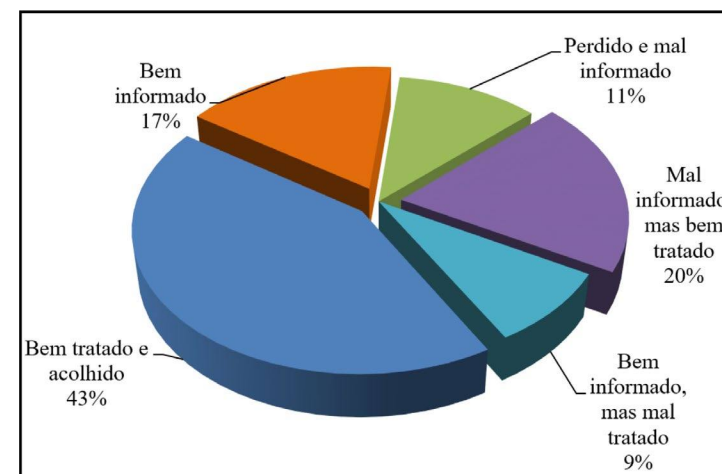
equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (BRASIL, 2007, p. 8).

Durante a pesquisa de campo e a inserção dos pesquisadores no ambulatório, foi possível constatar muitas reclamações a respeito do acesso ao ambiente hospitalar com 76 % dos usuários relatando insatisfação com a demora no agendamento de exames, consultas e falta de vagas, já 12% afirmaram que a falta de informação e atenção são dificuldades encontradas na instituição, 8% responderam que faltam médicos para atendimento e 4% relataram dificuldades na marcação de procedimentos por compreenderem pouco a língua portuguesa, sobretudo, os usuários indígenas.

O acolhimento como propulsor da humanização

Outra questão importante a ser considerada é a dimensão do acolhimento, que é um dos principais dispositivos da PNH e disparadores de processos de humanização no âmbito do SUS. Para 43% dos entrevistados, os mesmos são bem tratados e sentem-se acolhidos, já 20% sentem-se mal informados, mas bem tratados, 17% sentem-se bem informados, 11% sentem-se perdidos e mal informados e 9% bem informados, porém maltratados como mostra a figura 2.

Figura 2: Percepção dos usuários quanto ao acolhimento na FHAJ.



Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Foi interessante constatar que a avaliação foi positiva e que nesse contexto percebe-se que mais da metade oscilaram entre sentir-se perdido ou mal informado ou bem informado, porém maltratado. Segundo a PNH, um dos aspectos do acolhimento implica em ouvir as queixas dos usuários, garantindo sua atenção integral e a resolutividade e embora o usuário talvez não encontre naquela unidade, o que estava procurando e o atendimento não tenha sido resolutivo, ele recebeu um bom tratamento sendo bem informado sobre os caminhos que deve percorrer para a resolução de sua demanda. Dessa forma, o profissional de saúde deve estar atento a ouvir o que o usuário procura, porque muitas vezes um bom tratamento e orientação, já evita transtornos futuros para aquele usuário na rede de serviços além de que ele fica satisfeito com o tratamento cortês recebido.

O acolhimento além de garantir a relação trabalhador-usuário, propõe o acesso universal e o trabalho multiprofissional e horizontalizado deslocando o eixo central do cuidado do profissional médico. Nesse sentido, todo profissional da equipe de saúde deve participar do acolhimento, tendo em vista que a execução do mesmo requer ações articuladas e envolvimento efetivo dos diversos trabalhadores, cada qual contribuindo com os saberes específicos, no entanto pensando o cuidado do indivíduo a partir do todo. Assim, torna-se impossível haver acolhimento a partir da vontade de um único ator (CLEMENTINO et al., 2015, p. 74).

A cartilha da PNH sobre o dispositivo deixa claro que é necessário não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010, p. 16 e 17).

É preciso entender que o acolhimento não é apenas uma atividade de recepção nas instituições de saúde, ele é uma atitude e uma técnica de conversa que pode ocorrer em qualquer momento do atendimento e por qualquer profissional de saúde. Trata-se de ouvir, escutar as demandas e dar respostas efetivas às

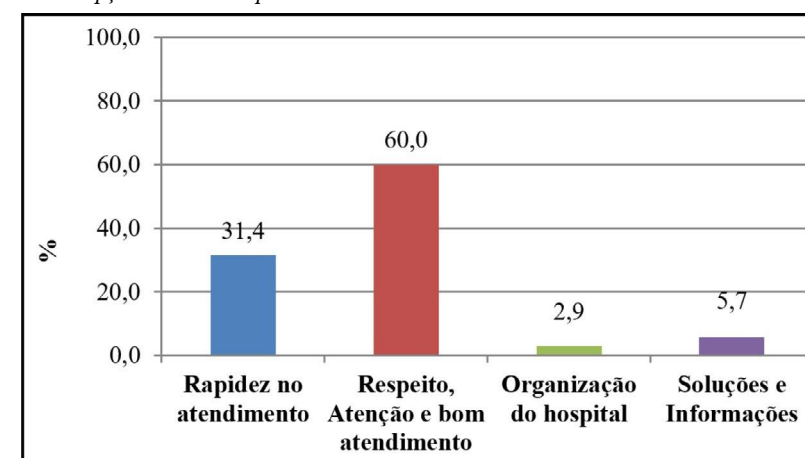
necessidades demandadas pelos usuários para que ele se sinta parte da rede e suas necessidades de saúde atendidas.

Uma lição importante, ao examinar a natureza íntima do vínculo no atendimento à saúde, é trazido por Teixeira (2005), que utiliza uma metáfora como recurso linguístico para explicar como tal vínculo é construído no acolhimento com os usuários do sistema de saúde que gostaríamos de destacar. A metáfora é descrita como um encontro de dois corpos sob a situação de “paquera”. Ele explica que no primeiro encontro ocorre uma paixão que pode ser aumentada de acordo com a convicção de que o outro nos convém, o que pode ser prolongado com outras aproximações. Nos primeiros encontros os “enamorados” tendem a explorar o que têm em comum, o que o autor conceitua como “zona de comunidade”.

No caso da relação entre usuário e profissional de saúde, essa “zona de comunidade” é parcial uma vez que uma das partes está em busca de satisfação de uma necessidade, enquanto o outro presume deter os meios de satisfazê-la. No entanto essa zona é apenas o primeiro patamar de uma relação consistente, e o mais fácil dará força para conhecer o que é mais difícil, ou seja, a “zona de singularidade”, o que para ele é exatamente o reconhecimento no outro daquilo que não nos convém.

A partir dessa ideia, foi questionado o que significava um atendimento humanizado aos entrevistados e as respostas foram acopladas conforme demonstrado na figura 3.

Figura 3: Percepção do usuário quanto ao atendimento humanizado.



Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Vieira e Mafra (2016) ao situar a humanização no campo das relações de poder, sugerem que o comportamento dos profissionais bem como de equipes de saúde diante dos usuários dos serviços, podem evidenciar tipos de violência simbólica e do contrário, com comportamentos mais humanos e próximos da população usuária, contribuem para processos humanizadores como exemplo, descreveu um relato de quebra de protocolo na fala de mães das entrevistadas de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal que colocaram situações onde os profissionais de saúde não tiveram posturas não meramente protocolar mas sim humanas, afetivas.

Através dos relatos é possível perceber que as mães valorizaram quando os profissionais da área da saúde rompem as barreiras protocolares referentes aos cuidados básicos serem realizados somente pela equipe de enfermagem... Algumas pessoas foram consideradas como “humanas”, e pelo fato delas serem, proporcionavam um ambiente melhor e mais humano com pequenos gestos; mas é de iniciativa individual, como por exemplo arrumar a criança quando chegar, ter a gentileza de oferecer colocar no meu colo ou não, liberar um pouco mais de tempo dentro da UTI, para poder ficar um pouco mais de tempo, conversar, ouvir, colocar um lacinho de fita (VIERA; MAFRA, 2016, p. 109).

No caso da FHAJ, as respostas apontaram que para 60% dos entrevistados o atendimento humanizado significa respeito, atenção e o bom atendimento, 31,4% considera a rapidez no atendimento como um diferencial, já 5,7% respondeu que o hospital deve dar soluções e informações claras a respeito do serviço e 2,9% destacou a organização do hospital. A PNH apoia-se no contato direto das pessoas, com uma significativa melhora nas relações humanas, onde a comunicação entre os indivíduos deve ser clara, objetiva e motivadora no processo de interação e vínculo entre usuários e profissionais. Dessa forma, coloca-se em prática as diretrizes e dispositivos da PNH.

A PNH veio para afirmar a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, assegurar a inclusão de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde, e impulsionar ações para disparar processos no plano das políticas públicas para transformar os modelos de atenção e da gestão da saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012, p. 207).

A estrutura hospitalar como dispositivo de cuidado e humanização

Outro aspecto que merece destaque é a dimensão estrutural do hospital uma vez que é neste espaço que as demandas chegam e muitos necessitam permanecer por horas e, em muitos casos, por meses no ambiente hospitalar. A ambiência é um dispositivo de grande importância à PNH, pois esse conceito na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006b).

O ambiente físico também é importante no dispositivo da ambiência e segundo Alves et al. (2017) existe uma nova tendência nas instituições de saúde que é poder oferecer aos pacientes, ambientes projetados com o intuito de auxiliar no processo de recuperação da saúde destes pacientes proporcionando “um maior conforto ao usuário descaracterizando o ambiente de um espaço hospitalar”. Cavalcanti, Azevedo, Duarte (2007) concorda e acrescenta que a busca de uma ambiência interna o menos institucional possível, tende a aproximar mais essas instituições hospitalares à ideia de uma atmosfera residencial, hoteleira e/ou comercial.

A necessidade de se ter um atendimento exclusivo e ambientes melhores planejados se deu após estudos confirmarem a influência positiva desses recursos no quadro de melhoras dos pacientes, e mais que isso, na certeza de que um bom atendimento consegue agradar mais facilmente os clientes fazendo com que eles retornem para o hospital quando necessitem ou recomendem a outras pessoas (ARRUDA *et al.*, 2020, p. 38).

Em relação à importância do ambiente hospitalar 45,7% consideram importante um bom atendimento e tratativa enquanto que 37,1% acham a higienização e conforto como mais importantes, já 8,6% relatam que os médicos e a atenção são mais importantes e 8,6% disseram que a estrutura física é o mais importante no ambiente hospitalar.

Ribeiro *et al.* (2014) destacam que ao construir ambiências é necessário conhecer e respeitar as características e valores do local para possibilitar e contribuir efetivamente na promoção do bem-estar e desfazer o mito de que o espaço hospitalar é frio e hostil. Para isso, é necessário também considerar

como importante a dimensão humana como parte desse ambiente, as relações estabelecidas não apenas no acolhimento dos serviços, mas durante a permanência do usuário no ambiente hospitalar.

A Cartilha sobre ambiência disponibilizada pelo Ministério da Saúde, bem como as demais ferramentas de tecnologia social, instrumentaliza e dá o direcionamento a implementação da humanização nas instituições de saúde. No caso do conceito de ambiência, segue primordialmente três eixos: o espaço que visa à confortabilidade, espaço que possibilita a produção de subjetividades e, por último, o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

A ambiência, enquanto espaço de encontro entre sujeitos, apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho, possibilitando a produção de novas subjetividades. A construção do espaço deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade (BRASIL, 2006a, p. 6).

Nesse sentido, é importante compreender que o ambiente onde se encontra o usuário de saúde é resultado de uma complexidade de dimensões que estão interligadas e que estão influenciando concomitantemente as relações sociais e assim como tais relações são complexas, as ferramentas de materialização da política de humanização nesses espaços também são complexas e estão em constante interação. Por exemplo, a ambiência sozinha, com a arquitetura e cores que deixam um ambiente limpo e confortável para o usuário de saúde, não teria efetividade se não estivesse acompanhada de um acolhimento e de profissionais com uma postura aberta ao diálogo, capaz de ouvir e acolher as demandas, informar com a preocupação de resolutividade às demandas dos usuários que procuram os serviços de saúde.

O acolhimento, bem como a ambiência e as demais ferramentas, se interligam, se interpenetram entre si, pois o objetivo fim é somente dar dignidade às pessoas nos serviços cotidianos do SUS e esses dispositivos por si mesmos não teriam eficácia se os profissionais e gestores de saúde não tivessem muito claro isso, de que acolher, respeitar, ouvir e se preocupar com o outro se trata de posturas, de

uma visão de saúde e da consciência de que as dificuldades no acesso aos serviços devem ser minimizadas por quem tem a responsabilidade na gestão e execução dos serviços, é ele quem domina a informação de como efetuar o acesso e não o contrário e essa é uma questão que ainda gera muitos problemas no cotidiano dos serviços. A informação não é repassada de forma que o usuário se encontre no emaranhado sistema de informações, mas esse caminhar é possível com a disponibilidade e consciência de que é papel dos profissionais e gestores da saúde, facilitar essa caminhada para o objetivo fim que é o acesso aos serviços com qualidade.

A eficiência e eficácia¹ de implementar políticas de humanização nos ambientes de saúde, passam necessariamente pela clareza de que as ferramentas estão disponíveis, mas a humanização é mais uma postura, uma atitude humana, a capacidade de se enxergar como parte principal do processo de humanização. Entender o próximo e suas dificuldades e o nosso papel enquanto agentes do SUS, já seriam passos necessários e facilitadores do acesso aos serviços mesmo com a demora, as filas, o tempo de espera dentre outros problemas do sistema, que ainda permanecem.

Considerações finais

Os ambientes de saúde colocam os profissionais constantemente em contato com a dor, o sofrimento, as angústias e problemas diversos dos pacientes, que vão às unidades de saúde em busca da resolução de seus problemas. Essas situações podem desencadear nos trabalhadores mecanismos de defesa e de distanciamento, e criam riscos de estresse e esgotamento dos profissionais.

A PNH veio para efetivar os princípios do SUS no dia a dia da prática de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Considerando tais propostas, este levantamento conseguiu alcançar seus objetivos, pois através dos resultados foi possível identificar algumas dificuldades enfrentadas pelos usuários que buscaram atendimento na FHAJ, sobretudo, pelo desconhecimento sobre a PNH.


É necessário investir em educação permanente na FHAJ e implementar os dispositivos e as diretrizes propostos pela PNH nos serviços de saúde para

¹ A eficiência indica que uma organização sabe utilizar, produtiva e economicamente, os seus recursos e a eficácia indicam que uma organização realizou seus objetivos. “São duas formas de analisar as mesmas questões e que estão relacionadas a eficiência e a eficácia. Assim, enquanto o foco da primeira é nos meios de utilização o da segunda é nos resultados” (PINTO, 2017, p. 108).

que seja efetivado um serviço humanizado não só na teoria, mas na prática do cotidiano do usuário, funcionário e gestores.

Referências

- ALMEIDA, R. Se você afirma que não utiliza o SUS você está enganado. **RADIS de Comunicação e Saúde**. 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniaio/pos-tudo/se-voce-afirma-que-nao-utiliza-o-sus-voce-esta-enganado>
- ALVES, B. M.; HARKATIN, P.; OLIVEIRA, C. V. Humanização: uma abordagem no ambiente hospitalar humanization: an approach to the hospital environment. **Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE**, 15. ed, 2017. p. 12.
- ARRUDA, C. C. R. et al. A importância da humanização em ambientes hospitalares para o processo de cura dos pacientes. **Ciências Humanas e Sociais, Alagoas**, v. 6, n. 2, p. 31-42, 2020.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100018>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3.ed. Brasília, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2009. 72 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**, Brasília – 2. ed. 5. reimp., p. 44 –, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão**. 2. ed., 2007. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2013.
- CAVALCANTI, P. B.; AZEVEDO, G. A. N.; DUARTE, C. R. Humanização, imagem e caráter dos espaços de saúde. **Cadernos PROARQ (UFRJ)**. p. 7-10, 2007. Disponível em: http://www.proarq.fau.ufrj.br/site/cadernos_proarq/cadernosproarq11.pdf
- COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: campos, GWS. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro, p. 231-258, 2006.
- CLEMENTINO, F. S. Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB). **Rev. Saúde Ciência**, v. 4, n. 1, p. 62-80, 2015. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/241/239>
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. v. 1, n. 1, 1991.
- MITRE, S. M.; ANDRADE, E. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.
- PALHETA, R. P.; COSTA, R. J. Caminhos da Humanização Hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda. **Saúde e Sociedade**. v. 21, supl. 1, p. 253-264, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500022>
- PINTO, M. G. N. Eficiência e eficácia na administração: proposição de modelos quantitativos. **Revista Unemat de Contabilidade**, v. 6, n. 11, 2017.
- PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 500-07, 2009.
- RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; THOFEHRN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 530-9, 2014.
- ROTOLO, M. L.; FERNANDES, G. F.; MARTELLI, P. O controle social em nível local no SUS e as possibilidades de transformação da cultura política no Brasil. **Saúde & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 031-42, 2016.
- SOUZA, D. O. A saúde na perspectiva da ‘ontologia do ser social. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 337-354, 2016.
- TEIXEIRA, R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.
- VIEIRA, L. R.; MAFRA, L. A. S. Humanização hospitalar e violência simbólica: a percepção das mães em UTIs Neonatais. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 99-114, 2016.



Implantação da ouvidoria no Serviço de Pronto-Atendimento e Policlínica Danilo Correa e sua importância como ferramenta de participação popular no SUS

Daniela Sousa Negreiros
Carolina de Oliveira Santos
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado como sistema integrado e universal de assistência à saúde pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais através da Lei Orgânica nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), que busca ratificar para todos os cidadãos o direito à saúde já estabelecido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1998).

Com a criação desse sistema, se fez necessária a institucionalização de instrumentos que, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada, regulamentam a participação popular na gestão da saúde, como é o caso da Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990b).

A ouvidoria, nesse contexto, busca fortalecer a participação popular, pois auxilia e complementa a ação dos conselhos de saúde, das instâncias intergestoras, das corregedorias e dos sistemas de auditoria, sendo também:

uma ferramenta institucional que auxilia o cidadão em suas relações com a administração pública, de modo que as manifestações provoquem a melhoria dos serviços públicos e uma maior satisfação, além de trazer maior conhecimento aos cidadãos sobre seus direitos e responsabilidades, incrementando, assim, a sua capacidade crítica e colaborativa (AMAZONAS, 2019, p. 6).

Desta forma, busca de soluções efetivas, na defesa de direitos dos cidadãos, a partir do acolhimento das demandas, sejam elas solicitações, reclamações, denúncias, sugestões e elogios, no intuito de aperfeiçoar as ações e os serviços de

saúde, bem como possibilitar a elaboração de relatórios gerenciais, contendo a real situação da saúde na localidade ou região (BRASIL, 2013).

Para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, as ouvidorias do SUS apoiam-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1998; 1990a). A aplicação dos princípios do SUS à atuação das ouvidorias, possibilita afirmar que:

Quadro 01: *Princípios do SUS aplicados à Ouvidoria.*

Princípios	Aplicação na Ouvidoria
Universalidade	Todo cidadão tem direito de se manifestar junto ao poder público quanto ao sistema de Saúde. Compete, pois, colocar serviços de ouvidoria ao alcance da população, de modo a permitir o uso do direito de opinião do cidadão.
Equidade	Todo cidadão deve contar com pelo menos um meio de acesso gratuito ao serviço de ouvidoria, seja pessoalmente, por telefone, fax, carta, e-mail, ou ainda pela imprensa, de forma que sua necessidade seja atendida, independentemente da localidade ou situação social. Compete aos níveis administrativos do SUS divulgar e difundir formas e meios de acesso à disposição dos cidadãos.
Integralidade	As demandas recebidas na ouvidoria sobre o sistema de saúde devem ser processadas sob um tratamento que abrange, tanto quanto possível, os aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde.
Regionalização	Este princípio é pautado pela maior eficácia e transparência geradas pela aproximação das políticas de saúde aos cidadãos, bem como pelo reconhecimento da heterogeneidade e da desigualdade social e territorial, por meio da identificação e do reconhecimento das diferentes situações regionais e suas peculiaridades. Assim, o serviço de ouvidoria deve estar presente em todas as secretarias estaduais de saúde, nas Secretarias de Saúde das capitais, nas cidades com mais de 100 mil habitantes, nas cidades-polo, nas sedes dos consórcios municipais e das regiões de saúde, conforme acordado nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), conselhos de saúde e demais estruturas do SUS.
Hierarquização	Na organização da rede de ouvidorias, devem ser respeitados os níveis hierárquicos de estruturação do SUS. Participação da comunidade. Compete aos níveis de gestão do SUS promover o relacionamento dos serviços de ouvidoria com os respectivos conselhos de saúde.
Descentralização	Deve ser apoiada a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias do SUS nas três esferas de governo. O princípio da descentralização das ações e dos serviços de saúde, por definição, é o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e municípios, atendendo às determinações institucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Fonte: Guia de Orientações Básicas para implantação de ouvidorias do SUS, 2014.

As estratégias de ação utilizadas pelos gestores e profissionais de saúde dos municípios para o acolhimento aos usuários devem estar baseadas nos preceitos da humanização e princípios do SUS, respeitando as especificidades de cada instituição e estimulando a cooperação entre elas pela troca de experiências produzidas, para a qualificação do serviço público de Saúde (BRASIL, 2013).

Trajatória da Ouvidoria do Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) e Policlínica Danilo Corrêa

No Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) e Policlínica Danilo Corrêa, a ouvidoria foi implantada no dia 20 de abril de 2018, em cumprimento ao art. 37, parágrafo 3º da Constituição Federal, que dispõe sobre o funcionamento de componente organizacional da ouvidoria no Sistema Único de Saúde e diz:

Art. 37. A administração pública direta e indireta [...] obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

[...] § 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:

I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; (BRASIL, 1998).

A inauguração dessa ouvidoria contou com a participação da Secretaria do Estado da Saúde. É importante destacar que este foi o primeiro SPA/Policlínica a implantar a ouvidoria como canal de comunicação entre os usuários e a direção a fim de facilitar a comunicação e melhorar os serviços. O apoio da gestão da unidade foi essencial no processo, uma vez que reconheceu na ouvidoria uma ferramenta de gestão.

A ouvidoria e o ouvidor têm as atribuições descritas no quadro a seguir:

Quadro 02: Atribuições da ouvidoria e do ouvidor do SPA/Policlínica Danilo Corrêa.

Papel	Atribuições
Ouvidoria	Fornecer e disseminar informações de saúde; Ser um espaço de Cidadania; Mediar acesso ao serviço de saúde; Instrumentalizar a gestão do SUS; Registrar, encaminhar, acompanhar e dar retorno as demandas dos usuários do SUS; Garantir à comunidade o recebimento de suas manifestações, bem como possibilitar sua participação na avaliação dos resultados obtidos a partir da leitura das demandas, que impliquem em regulação e/ou modificação das políticas públicas de saúde.
Ouvidor	Preservar os valores e os princípios éticos que norteiam as ouvidorias e as instituições. Exercer a função com competência e dignidade e respeito ao usuário. Representar os legítimos interesses dos cidadãos. Representar a sociedade na instituição com o compromisso de compartilhar informações e as colocar a serviço do interesse coletivo, colaborando para a ética na sociedade e para a formação de uma cultura de respeito aos direitos humanos, promovendo a cidadania e a consolidação do processo democrático.

Fonte: Relatório da Ouvidoria, 2019.

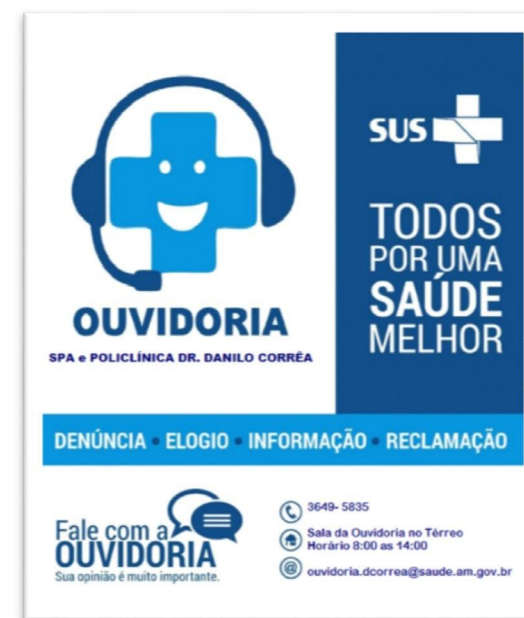
É possível observar a partir do quadro 02 que o papel tanto da ouvidoria como do ouvidor é fortalecer a participação popular no SUS; por isso é necessário refletir sobre as competências necessárias para desenvolver este trabalho, que vão muito além da formação acadêmica e/ou experiência profissional: é preciso haver interdisciplinaridade, articulação entre os setores e, principalmente, preparação para atender o cidadão de forma acolhedora e humanizada (BRASIL, 2010).

Buscou-se um espaço para o funcionamento da ouvidoria que foi posteriormente modificado a fim de atender as seguintes orientações do Manual de Procedimentos de Ouvidoria (2019): 1) Ser de fácil acesso, preferencialmente no térreo e próximo à recepção ou protocolo; 2) Ter sinalização adequada; e, 3) Ter um espaço reservado para atendimento presencial. A sala é sinalizada e cartazes são afixados em pontos estratégicos para dar visibilidade aos canais de acesso ao cidadão (Figura 01). Contudo, embora o referido documento enfatize que cada ouvidoria deva ter computador e o software Sistema de Ouvidorias do Estado (e-OUV), a Ouvidoria do SPA/Policlínica Danilo não possui tais equipamentos, dificultando o processo de trabalho naquele lugar.

Na ouvidoria trabalham, atualmente, duas servidoras efetivas que receberam treinamento adequando para exercer a atividade de ouvidor, tais como: Ouvidoria na Administração pública; Capacitação sobre Transparência

pública, acesso à informação e ouvidoria; Encontro técnico das controladorias e ouvidorias do Amazonas; Capacitação para sistema E-OUV e E-SIC promovida pela Subcontrolador – Geral de transparência e Ouvidoria; Curso Assédio Moral no trabalho; Curso Ética e Administração pública; Palestra de Ouvidoria e Comunicação; Oficina de atendimento ao público; Seminário sobre ética na SEFAZ-AM sobre controle interno, transparência e ética; Simpósio Nacional de Ouvidores; Formação e Capacitação de Ouvidoria; Capacitação da carta de serviços promovida pela Subcontrolador – Geral de transparência e Ouvidoria; Orientação sobre procedimentos de Transparência e Ouvidoria promovida pela CGE (RELATÓRIO DA OUVIDORIA, 2019).

É importante destacar que, sendo uma ouvidoria pública, é essencial que a equipe busque priorizar a eleição de servidores efetivos, diminuindo o grau de precarização das relações de trabalho no serviço público. Assim se torna mais provável a garantia de continuidade dos serviços da instituição, mesmo com a troca dos gestores (Brasil, 2010).

Figura 01: Cartaz Informativo.

Fonte: Relatório da Ouvidoria, 2020.

Nesse contexto, a Educação Permanente tem um papel fundamental quando se pensa na implantação de uma ouvidoria, pois considera que a experiência é aprendizagem e que aprender e experienciar são processos com vibrações que nos afetam e afetam a outros, processos que acontecem no cotidiano do trabalho em saúde e são produzidos por muitas vivências que vão compondo experiências (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Esse exercício de aprendizagem contínua representa, sobretudo, um fortalecimento da ética profissional, além de ilustrar a marca do profissional em ouvidoria (BRASIL, 2014).

Atendimento às demandas registradas na Ouvidoria

A ouvidoria está voltada para a humanização, pois garante atendimento digno, e não apenas orienta o usuário do SUS, mas respeita suas opiniões. A Política Nacional de Humanização (2003) destaca que a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários é fundamental para construir uma aproximação na relação de confiança dos processos coletivos de trabalho e afeto que, muitas vezes, produzem atitudes e práticas que inibem a autonomia dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no autocuidado.

De acordo com a necessidade da unidade, foram elaborados Projetos de Humanização que facilitam o acesso do usuário à ouvidoria e sua participação na construção de um atendimento mais eficaz, dentre os quais destacamos os projetos: Ouvidoria Participativa, Amigos do Danilo Correa, Valorizando o Funcionário e Participe.

O projeto Ouvidoria Participativa consiste em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e o SPA e Policlínica Danilo Correa, ou seja, uma forma de todos participarem de forma direta e indireta. Foram colocadas 4 urnas lacradas com questionário ao lado e só a ouvidoria terá acesso aos questionários. As urnas ficam nas recepções do térreo, SISREG, 1º andar e 2º andar, com fichas de pesquisa de satisfação sobre os serviços prestados.

Depois de registradas, as demandas são encaminhadas em formulário específico (Figura 02) aos setores competentes para que sejam tomadas as devidas providências. Além disso, as manifestações recebidas nas ouvidorias são sistematizadas e organizadas em relatórios para informar e subsidiar os respectivos gestores sobre a incidência dos problemas, servindo como referência para mudanças positivas para a unidade.

Figura 02: Formulário de atendimento da Ouvidoria.

SPA E POLICLÍNICA DR. DANILO CORRÊA						FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA																																																									
REGISTRO Nº _____							CARTÃO SUS Nº _____																																																								
1 - TIPO DE DEMANDA:																																																															
		Reclamação				Solicitação				Sugestão				Informação				Elogios				Denúncia																																									
2 - RAZÃO DA DEMANDA																																																															
Enfermeira SPA								Laboratório								Médico SPA																																															
Enfermeira Policlínica								Raio-X								Médico Policlínica																																															
Técnico de Enfermagem								SISREG								Recepção Térreo																																															
Programa Pé Diabético								AGP								Recepção 1º andar																																															
Odontologia								Diretoria / Administração								Recepção Policlínica																																															
Serviço Social SPA								Recursos Humanos								Refeitório																																															
Serviço Social Policlínica								Almoxarifado								Conservação e Limpeza																																															
Triagem								Medicação								Farmácia																																															
SAME								Estacionamento								Outro																																															
Citar: _____																																																															
3 - SIGILO																																																															
										Sim														Não																																							
4 - IDENTIFICAÇÃO																																																															
								Usuário																Acompanhante																Servidor																Outros:							
Demandante:																								Nº do Prontuário:																																							
Mãe:																																																															
Endereço:																																																															
E-mail:																																																															
Telefone:												Data:												Horário:																																							
5 - DESCRIÇÃO DA DEMANDA																																																															
RG / CPF Nº: _____												DATA PARA DEVOLUTIVA AGENDADA PARA: _____																																																			
_____												_____																																																			
ASSINATURA DEMANDANTE												ASSINATURA OUVIDORIA																																																			

Fonte: Acervo da Ouvidoria, 2020.

Abrantes (2017, p. 8) reforça que “nenhum cidadão deve se sentir impedido de se manifestar à ouvidoria, que, como instituição, permite uma relação entre o

cidadão e o poder público, mas é preciso que a sociedade civil faça o controle público social das instituições públicas”. Neste caso, podemos afirmar que a instituição atua como um importante instrumento de controle social, com espaço de participação popular para o cidadão que busca seus direitos sociais.

O projeto Amigos do Danilo Correa criou um grupo coordenado pela ouvidoria que procura aproximar a comunidade e a unidade para ação solidária em datas comemorativas. O objetivo é conscientizar a importância de ser solidário com o próximo, sejam eles funcionários ou usuários, reconhecendo assim a importância das boas ações para vida.

Durante as atividades do projeto foram realizadas ações solidárias, dentre as quais podemos citar a atividade do Dia das Crianças em 2019, com apoio do Projeto Brincar no Hospital, dos alunos da Universidade Federal do Amazonas, em que foram arrecadados mais de 600 brinquedos posteriormente doados à Escola Municipal Júlio Cesar de Moraes, localizada no Riacho Doce, zona norte de Manaus. No ato da doação, uma equipe de funcionários se voluntariou para participar dessa ação. Na escola, houve brincadeiras, distribuição de guloseimas e atingimos o principal objetivo do projeto, que é o amor e o cuidado ao próximo.

O projeto Valorizando o Funcionário consiste em reconhecer e agradecer a colaboração na melhoria no atendimento do funcionário, que recebe um elogio na ouvidoria. Um certificado trimestral é gerado e entregue ao funcionário, bem como o certificado de “Honra ao mérito” ao setor que não teve reclamação registrada e ao funcionário que teve mais de 5 elogios na ouvidoria durante o ano. Enfatizamos assim a importância de cada um na efetivação do direito à saúde da população. Isso levou a melhorias nos mais diversos setores, principalmente naqueles que realizam atendimento ao público tendo alcançado o objetivo da Humanização.

Já o projeto Participe é uma Pesquisa de Satisfação Interna direcionada ao funcionário por meio de Formulário do Google, com o objetivo de melhorar sua relação de trabalho com a equipe e com a gestão, melhorar assim a relação interpessoal nos setores da unidade.

Os projetos implantados buscam, de forma geral, garantir aos usuários do SUS a oportunidade de expressar a democracia a partir dos espaços de participação criados no âmbito dessas instituições de saúde. A gestão do SUS pode e deve ser realizada considerando o olhar da população (BRASIL, 2014).

As atividades desenvolvidas no âmbito da ouvidoria vão ao encontro das reflexões de Silva *et al.* (2016) de que a ouvidoria ativa se relaciona de modo mais próximo da comunidade, está incumbida de buscar as demandas da população, e não apenas esperar ser demandada. Um exemplo de uma atividade de ouvidoria ativa são as pesquisas de satisfação, de nível de confiança ou aceitação dos usuários a respeito de determinada ação da instituição.

Após o registro, a demanda deve ser classificada de acordo com o teor da manifestação do cidadão, podendo ser solicitação, reclamação, denúncia, sugestão, elogio e informação, como demonstrado na tabela seguir:

Tabela 01. Demandas atendidas na Ouvidoria, janeiro a setembro de 2020.

Tipo de Demanda	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Informação	2	3	1	3	3	8	7	1	95	6	4
Sugestão	7	1	1	0	1	1	0	1	0	4	3
Solicitação	21	14	2	2	2	6	3	8	4	4	5
Reclamação	16	12	9	6	3	6	10	6	3	7	6
Denúncia	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Elogio	8	7	4	2	3	5	1	5	1	2	3
Total	54	37	17	14	12	26	21	22	103	23	21

Fonte: Ouvidoria do SPA e Policlínica Danilo Correia, 2020.

A ouvidoria registrou 350 demandas no período de janeiro a novembro de 2020, sendo setembro o mês com maior número de registros, especialmente em relação a informações sobre o funcionamento e a gestão da unidade, e sobre melhoria e atuação da ouvidoria. As reclamações, na maioria das vezes, são relacionadas ao Sistema de Regulação (SISREG) e a demora no atendimento.

O acesso à informação é um direito fundamental previsto na Constituição da República. A Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 – Lei de Acesso à Informação (LAI) –, surge para regulamentar o direito já previsto, sendo dividida em duas modalidades de transparência no fornecimento de informações: a transparência ativa e a transparência passiva.

A transparência ativa é entendida como aquela em que há disponibilização da informação de modo que qualquer cidadão possa acessá-las diretamente, como por exemplo, a divulgação de informações

pela internet no Portal da Transparência.

A transparência passiva, por sua vez, depende de uma solicitação do cidadão, no qual o Órgão ou Entidade solicitado deve oferecer uma resposta à demanda (AMAZONAS, 2019, p. 13).

O acolhimento das demandas no contexto da ouvidoria do SUS pode ser entendido como um processo de escuta do cidadão e de atenção a sua manifestação, que expressa empatia e reduz angústias (afetividade) (BRASIL, 2013).

Franco, Bueno e Merhy (1999) reforçam que o acolhimento deve assumir sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. E ratificam a necessidade de reorganização do processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central para uma equipe de acolhimento multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Desta forma, é imprescindível a criação da Carta de Serviços ao Cidadão

documento elaborado por uma organização pública que visa informar aos usuários quais os serviços prestados por ela, como acessá-los e quais são os compromissos e padrões de atendimento estabelecidos (...) deve possibilitar à sociedade apropriar-se das informações básicas sobre os Órgãos/Entidades e deve orientar o público-alvo em suas decisões sobre como, quando, onde e para quê utilizar os serviços públicos disponibilizados (AMAZONAS, 2019, p.21).

Silva *et al.* (2016) apontam que um dos desafios para a ouvidoria consiste na efetivação de uma ouvidoria ativa que vá em busca do usuário para identificar suas necessidades, identificar no território quais são os problemas de implementação da política de saúde, para, com isso, favorecer o acesso do usuário aos serviços da ouvidoria, aquele 'olho no olho', momento em que o ouvidor tem contato direto com o usuário e pode realizar a escuta em uma perspectiva de humanização.

Para tanto, se fazem necessários canais de comunicação com o cidadão que optou pelo anonimato ou sigilo, informando-o da resposta, solicitando mais informações para apuração dos fatos quando necessário, ou até mesmo orientando quanto à retirada do anonimato ou do sigilo nos casos específicos em que esta opção impossibilita o tratamento da manifestação (BRASIL, 2014).

Considerações finais

As Ouvidorias do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da saúde, pois possibilitam estratégias de participação social no âmbito do SUS. O processo de escuta do usuário se dá individualmente, porém, à medida que as demandas são resolvidas, a qualificação do serviço impacta no coletivo de pessoas atendidas na instituição.

Isto posto, podemos dizer que a ouvidoria, ao sistematizar as demandas que recebe, é um instrumento de gestão participativa, uma vez que agrega informações que induzem à elaboração de indicadores abrangentes que dão base à tomada de decisão no campo da gestão da saúde.

A implantação da ouvidoria no SPA e Policlínica Danilo Corrêa foi uma importante conquista da população que se estabeleceu enquanto ferramenta de Educação Permanente, à medida que reflete na qualificação do processo de trabalho dos funcionários daquela unidade.

Os maiores desafios encontrados foram encontrar espaço físico com sigilo adequado para atender os usuários transmitindo-lhes plena confiança, e a necessidade posterior de realocação da ouvidoria para um local com maior visibilidade e acessibilidade. Outro desafio foi encontrar funcionários com perfil de ouvidores, comprometidos com interesses dos usuários e competência ético-política.

A necessidade de equipamentos, especialmente o computador e o software Sistema de Ouvidorias do Estado (e-OUV), ainda são barreiras que precisam ser vencidas, uma vez que facilitariam a organização e análises das demandas, a geração de conteúdo de forma rápida, melhorando ainda a fiscalização do controle social.

Apesar dos desafios e barreiras, buscaram-se soluções para que o processo de trabalho no setor fosse eficiente, dentre as quais destacamos: a criação do formulário de pesquisa de satisfação e de demandas; a implementação de projetos de Humanização que aproximaram a comunidade do serviço; a criação da planilha para controle de demandas para que não ocorra atraso nas devolutiva para o usuário; o Certificado de Elogio como forma de reconhecimento das boas práticas.

Recomendamos o funcionamento em tempo integral do setor, bem como a aquisição dos equipamentos necessários para o atendimento informatizado, levando em consideração o atendimento ao público noturno. Também é importante aumentar a equipe, com profissionais comprometidos com os princípios e as diretrizes do SUS.

Referências

- ABRANTES, C. M. **As demandas de uma ouvidoria em saúde e os desafios para a efetividade da gestão participativa**. [Dissertação de Mestrado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2017.
- AMAZONAS. Governo do Amazonas. **Manual de Procedimentos de Ouvidoria**, 2019. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/administracao/a-ouvidoria-como-instrumento-de-gestao-administrativa/11780>.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19, de 1998**. 1998.
- BRASIL. **Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 nov. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm
- Brasil. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990a.
- Brasil. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões**. Brasil, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Ouvidoria-geral do SUS: um espaço de cidadania** – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- EPS EM MOVIMENTO. **Educação Permanente em pauta**. 2014. Disponível em: <https://www.ufrrs.br/educasaude/eps/>.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.
- SILVA, R. P. et al. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saúde em Debate.**, Rio de Janeiro, v.40, n. 110, jul./set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611006>
- Relatório da Ouvidoria do SPA e Policlínica Danilo Corrêa**, 2019.



Lean Healthcare em uma das maiores emergências do Amazonas: um relato de experiência

Janaina Santana Carneiro
Fábio Cicalise de Souza
Henrique Carlos Santana Redman

Introdução

Os setores industrial e de serviços têm demonstrado importância desde a Grécia Antiga, passando pelas atividades desenvolvidas na Idade Média até a Revolução Industrial na Inglaterra. Nesse período, o mercado mundial foi abastecido com máquinas e equipamentos, permitindo a produção em grande escala nas indústrias (CORREA, 2006).

A partir de então, países como o Japão ascenderam na produção em massa, e o grupo Toyota Motor Corporation, após a Segunda Guerra Mundial, desenvolveu o Sistema de Produção Toyota utilizando uma metodologia “enxuta”, chamada de *Lean*, a fim de fornecer melhor qualidade, menor custo e eliminar desperdícios (MAZZOCATO *et al.*, 2012). Trata-se de uma metodologia para melhoria de processo e, o mais importante, é um estilo de liderança e um sistema de gestão (GRABAN, 2016).

O *Lean* acabou se expandindo além da indústria automotiva à medida que outros setores de manufatura adotaram essa metodologia em suas fábricas. Dessa forma, os fabricantes começaram a entender que não era apenas um sistema de fábrica, mas também um sistema de negócios com incorporação de produtos para o mercado, incluindo design, gestão de fornecedores, produção e vendas (GRABAN, 2016).

Nesse sentido, Womack e Jones (2003) categorizaram cinco princípios do *Lean*: especificação de valor, fluxo de valor, otimização de fluxo, sistema de produção e melhoria contínua, além de importante contribuição na capacitação de funcionários e equipes, onde o setor de serviços tem um grande envolvimento das pessoas, seja no atendimento ao cliente ou no preparo de algo que deveria ser entregue a um distribuidor ou diretamente ao cliente no ponto de venda (BOWEN; YOUNGDHAL, 1998).

É público e notório que a metodologia *Lean* conquistou outros espaços e vem sendo aplicada em várias corporações de atividades variadas, incluindo os serviços de saúde. O *Lean Healthcare* pode mudar a forma como os hospitais são organizados e gerenciados, pois permite a melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes reduzindo erros e tempos de espera, o que também diminui custo (GRABAN, 2016).

Em pesquisa realizada por Araújo, Figueiredo e Silberstein (2009), a área da saúde tem muitas fontes de ineficiência e problemas que são um verdadeiro desafio para os gestores, fazendo com que um hospital seja normalmente visto como um grande prestador de serviços na área de farmácia; ou um centro cirúrgico, de alimentação, de nutrição; ou uma forma de hotelaria etc. Segundo Mazzocato *et al.* (2012), o *Lean Healthcare* reordena o processo de trabalho em unidades de saúde ao introduzir técnicas gerenciais a partir da identificação dos desperdícios e das ineficiências. No entanto, para que essa metodologia se desenvolva em sua integralidade, é fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes dos benefícios e das oportunidades de melhoria contínua que ela oferece (VATS *et al.*, 2012).

Toussaint (2009) afirma que a eliminação de etapas desnecessárias e tempo de espera em um processo de trabalho leva à melhora da produtividade, da qualidade e do fluxo de pacientes, possibilitando que os profissionais de saúde desempenhem suas funções eliminando os desperdícios e elevando a satisfação do paciente. A percepção de quais áreas são improdutivas permite descobrir onde o desempenho hospitalar pode ser melhorado (VISSERS; BEECH, 2005).

Além disso, o envolvimento de gestores e profissionais de saúde indicam importância estratégica e oportunidade de mudança (ANDERSEN; ROVIK; INGEBRIGTSEN, 2014). A transformação do sistema de qualidade deve fazer parte de um sistema de gestão abrangente, dentro de uma cultura institucional de apoio e com liderança comprometida. Especialistas em melhoria de qualidade não trabalham isolados, mas em colaboração com líderes operacionais (KAPLAN *et al.*, 2014). Muitos líderes clínicos motivam as equipes a desenvolver melhorias oportunas, com os variados departamentos organizacionais da unidade de saúde (RADNOR; HOLWEG; WARING, 2012).

No Brasil, a baixa qualidade dos serviços hospitalares e a necessidade de um melhor gerenciamento (RÉGIS, GOHR; SANTOS, 2018) faz com que a

metodologia *Lean* seja aplicada em diversas unidades de saúde, inclusive nas que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No estado do Amazonas, o Hospital e Pronto Socorro 28 de agosto constitui uma das unidades da rede pública de saúde participantes do projeto nacional *Lean* nas Emergências que tem o Hospital Sírio-Libanês como gestor em parceria com o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (SUSAM, 2020).

O projeto teve início em 2017, quando seis instituições públicas de saúde receberam treinamento e aplicaram a metodologia *Lean* para melhorar e garantir eficiência e agilidade nos processos de trabalho. Atualmente, o projeto é desenvolvido em vinte hospitais públicos com o objetivo de reduzir a superlotação e melhorar o atendimento em urgência e emergência de hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A elaboração desse manuscrito visa compartilhar a experiência da implementação da metodologia *Lean Healthcare* em nossa unidade hospitalar ao relatar os principais resultados alcançados. Vale ressaltar que, durante a elevação exponencial do número de casos de pacientes atendidos durante a pandemia do Sars-CoV-2, especialmente na segunda onda, houve reorganização da estrutura física e abertura de leitos para atendimento do maior número possível de pacientes acometidos pela Covid-19.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado na Urgência e Emergência do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto no segundo semestre de 2020. Esta unidade hospitalar é uma das unidades de referência para atendimento de urgência e emergência no Estado de Amazonas e conta com 385 leitos, incluindo 40 leitos de Unidade de Terapia Intensiva. A unidade atende pacientes com emergências clínicas e cirúrgicas (ortopedia, vascular, nefrologia, urologia, cirurgia geral, oftalmologia), além de ser referência da região Norte no atendimento ao paciente adulto com queimaduras, possuindo um Centro de Tratamento de Queimados.

Resultados

Mapa de Fluxo de Valor – VSM (Value Stream Mapping)

Antes de se aplicar qualquer ferramenta de melhoria, foi necessário realizar um diagnóstico situacional: recepção → classificação → consulta → medicação → exames → consultório → alta/internação, sendo este um mapeamento do processo de trabalho e gestão que reflete diretamente no tempo de permanência do paciente no pronto socorro, o chamado Mapa de Fluxo de Valor (VSM).

O VSM é um diagrama estruturado que documenta as etapas principais ou setores pelos quais o paciente percorre. Além disso, documenta quanto tempo cada etapa do processo normalmente leva para ser concluída e, o mais importante, o tempo de espera entre as etapas (GRABAN, 2016).

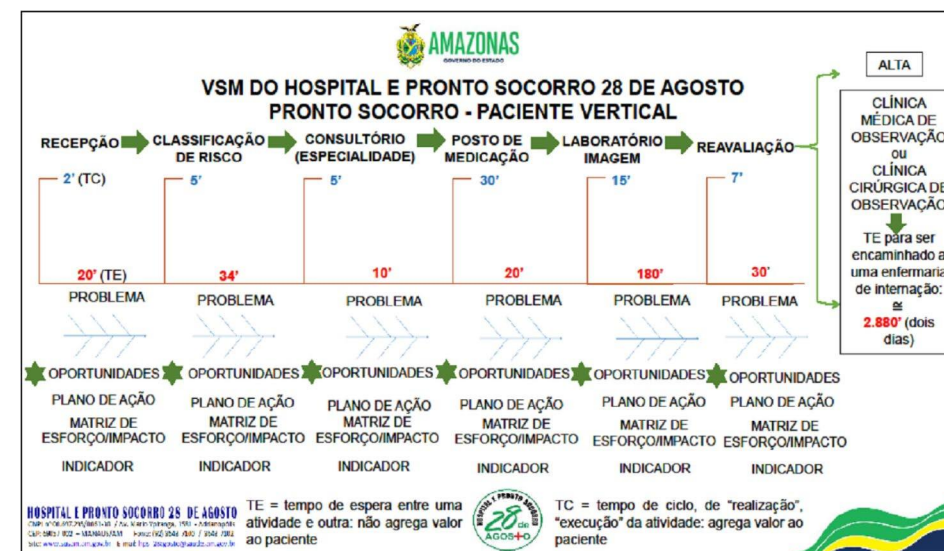
O VSM de paciente vertical (aquele que chega ao hospital andando) foi construído por dez profissionais, entre médicos e enfermeiros participantes do projeto, em um tempo de duas horas. O local escolhido foi a sala de reuniões do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, e os materiais utilizados foram: cartolina branca, post it colorido, canetas e pincéis. Nessa primeira etapa de execução do projeto, a gestão da unidade estava presente e incentivou a participação de mais profissionais do corpo clínico, fazendo com que fosse criado um hábito de comparecimento em todas as visitas dos facilitadores do *Lean*. Não houve qualquer resistência dos profissionais, nem antes e nem durante a construção do VSM, pelo contrário, todos trabalharam em equipe para melhor ilustrar a realidade no processo de atendimento e gestão do trabalho do pronto socorro.

Ao finalizarmos a construção, observamos que o resultado do VSM revelou que o paciente fica mais tempo esperando as etapas e setores pelos quais irá percorrer do que propriamente executando, ou seja, fica mais tempo aguardando do que realizando atendimento médico, exames e/ou recebendo medicações. Assim, o tempo de agregação de valor do paciente (tempo de “realização”, “execução”) no pronto socorro foi de 64 minutos enquanto que o tempo não agregado (“espera”) foi de 3.174 minutos.

No entanto, a estrutura de construção do VSM no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto seguiu um padrão diferente do modelo tradicional. Não foi mapeado somente o tempo entre a entrada e a saída do paciente no pronto socorro, mas sim

acrescentados o diagrama de Ishikawa¹, as “oportunidades”, a matriz de esforço/ impacto e o indicador. A imagem 1 ilustra o VSM convertido em mídia para melhor entendimento. Abaixo de cada etapa do processo de atendimento, foi construído um diagrama de Ishikawa a fim de identificar as causas que desencadeiam o problema identificado, que é o tempo de espera em cada etapa percorrida pelo paciente. Foi preciso entender o porquê de tanta espera que não agregava valor.

Imagem 1: VSM de paciente vertical do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Após concluído o diagrama de Ishikawa, foram acrescentadas as oportunidades, que são as sugestões de resolução dos problemas, falhas ou erros identificados em cada etapa do processo de atendimento.

As oportunidades precisavam ser transformadas em tarefas, por isso foi utilizada a matriz de esforço/impacto², que é aplicada quando há tarefas a serem cumpridas em um determinado período de tempo e quais atividades devem ser priorizadas. Perguntas

1 Conhecido também como diagrama de Espinha de Peixe ou de Causa e Efeito, o diagrama de Ishikawa é uma ferramenta da qualidade que contribui no levantamento das causas-raízes de um problema, analisando todos os fatores que envolvem a execução do processo. Na metodologia, todo problema tem causas específicas e, uma vez identificada essa causa, torna-se possível eliminar o problema (Moura, 2003).

2 Ferramenta utilizada para priorização de tarefas classificadas de acordo com o esforço despendido para obtenção de um pequeno ou grande impacto. É dividida em quatro quadrantes: alto ou baixo esforço e alto ou baixo impacto. A construção dessa matriz orienta a equipe no planejamento e desenvolvimento dos planos de ação (RISSI, 2007).

como: a atividade que será realizada tem alto ou baixo impacto e alto ou baixo esforço? Essas questões nortearam a construção da matriz e facilitaram a classificação das tarefas consideradas importantes ou não para solucionar os problemas identificados.

As tarefas definidas na matriz de esforço/impacto foram: aplicar o método 5S no pronto socorro e setores vinculados; utilizar o quadro de Kanban nas clínicas médica e cirúrgica de observação; inserir um profissional denominado fluxista para auxiliar o paciente desde a entrada no pronto socorro até a sua saída, agilizando o processo de atendimento e conduta diagnóstica; construir uma farmácia satélite na urgência e emergência; desenhar um fluxograma de comunicação de resultados críticos/alterados entre o laboratório e a sala de decisão; e aplicar o *round* na clínica médica de observação como modelo piloto para os demais setores. Além do mais, para avaliar todas as tarefas desenvolvidas, utilizamos como principal indicador o NEDOCS (*National Emergency Department Overcrowding Study Scale*).

Construímos assim um VSM dinâmico, em constante atualização e com resultados visíveis, de modo que pudéssemos perceber as melhorias. Foi exatamente o que aconteceu: a partir da construção desse diagrama a equipe multiprofissional envolvida no projeto entendeu o fluxo de atendimento no pronto socorro, determinou as fontes de valor e de desperdício e criou uma base para o plano de implementação de melhorias no processo de trabalho e gestão.

Método 5S

Baseado nos resultados do VSM do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, as ferramentas de qualidade do *Lean* começaram a ser utilizadas no serviço de urgência e emergência e em alguns setores vinculados.

O método 5S é a chave para a organização do local de trabalho, pois promove a eficiência, minimiza atividades que não agregam valor ao profissional como o movimento e busca por suprimentos e equipamentos, cria um ambiente de trabalho visual capaz de fornecer de forma rápida e confiável os sinais e pistas para enraizar o fluxo de processo e cria propriedade permitindo que os profissionais de linha de frente tenham o controle sobre seu ambiente de trabalho. A proposta é que os problemas se tornem imediatamente visíveis e a partir daí seja aplicado o método no local de atuação (GAPP; FISHER; KOBAYASHI, 2008).

Na nossa unidade hospitalar, o método 5S (desapegar, organizar, limpar, padronizar, manter) foi implantado na primeira quinzena do mês de setembro pelos coordenadores, supervisores, enfermeiros e técnicos de enfermagem assistenciais nos setores do pronto socorro como: sala de emergência, clínica cirúrgica de observação e clínica médica de observação, bem como em setores vinculados: centro cirúrgico, serviço de nutrição, serviço de lavanderia e hotelaria. Toda essa mobilização foi coordenada e conduzida pela gerente de enfermagem durante o período supracitado e, após a aplicação do 5S, foram realizadas orientações *in loco*, a cada quinze dias, para que toda a equipe se envolvesse a fim de manter as mudanças e dar continuidade, visto que é um trabalho ininterrupto e que a proposta visa não somente minimizar problemas de organização e limpeza, mas também aumentar a produtividade, a qualidade de vida e a autoestima dos funcionários.

A aplicação do 5S nas dependências do Hospital refletiu resultados positivos uma vez que a equipe multiprofissional, incluindo coordenadores de setores e a direção geral, se esforçou e utilizou essa ferramenta como senso de responsabilidade dos profissionais com o local de atuação. A imagem 2 demonstra o 5S na clínica cirúrgica de observação.

Imagem 2: Imagem do antes (em cima) e depois (embaixo) da aplicação do método 5S no serviço de urgência, clínica cirúrgica de observação.



Fonte: Arquivo pessoal de imagem dos autores, 2020.

A produtividade aumentou, já que o tempo gasto pelos profissionais na procura de material ou medicação foi reduzido, minimizando o tempo de espera no processo de atendimento. Percebeu-se melhoria na qualidade, consequência de uma melhor organização, o que reduziu chances de erros, já que os boxers de medicações e os espaços foram identificados apropriadamente.

Somando-se a isso, o uso do 5S melhorou a qualidade de vida dos profissionais poupando tempo desnecessário na busca por medicações e materiais, além de elevar a autoestima uma vez que foram incluídos no processo de implantação de melhoria contínua, tiveram a liberdade para dar sugestões e se tornaram agentes fundamentais para manutenção dessa ferramenta. Por fim, um ambiente de trabalho mais organizado e limpo se torna mais agradável e facilita a realização de tarefas cotidianas, o que implica em trabalho de melhor qualidade.

Quadro de Kanban

O Kanban é uma ferramenta de gerenciamento visual, simples, de fácil compreensão e eficaz, baseada nos conceitos de trabalho padronizado e no método 5S. Utiliza os princípios de visibilidade para direcionar os processos de trabalho por meio da transferência de informações. Assim, é possível identificar rapidamente através da gestão visual eventuais problemas, que estão em constante atualização nos quadros de sinalização. Por conseguinte, o Kanban atua como instrumento ao avaliar a qualidade assistencial, contribuindo para a melhoria dos fluxos internos e indicadores, sendo uma excelente ferramenta de apoio à gestão de leitos, permitindo a redução da permanência hospitalar, o aumento da rotatividade de leitos e a celeridade no atendimento assistencial (RAHMAN; SHARIF; ESA, 2013).

O quadro de Kanban foi construído inicialmente em dois setores do Hospital, Clínica Médica de Observação (CMO) e Clínica Cirúrgica de Observação (CCO). A CMO possui 33 leitos e recebe pacientes com diagnósticos clínicos, enquanto a CCO, também com 33 leitos, recebe pacientes com diagnósticos cirúrgicos (cirurgia geral, ortopedia, urologia, vascular e oftalmologia). Esses setores atuam como unidades de observação do paciente até a sua transferência para as unidades de internação. No entanto, em algumas situações o paciente permanece dias à espera de exames que são realizados fora do hospital, resultados

de laudos, transferências para unidades de referência ou até mesmo ficam recebendo cuidados paliativos quando o prognóstico é reservado.

As situações descritas refletem diretamente no tempo de permanência do paciente no serviço de urgência, quando os minutos se tornam horas e as horas se tornam dias. Diante desse cenário, foi viável e factível utilizar o Kanban em cada uma das clínicas de observação para rastreamento dos procedimentos (realização de exames, aguardo de laudo, transferências, conclusão diagnóstica), programação do paciente (exemplo: jejum a partir das 22 horas para realização de procedimento cirúrgico da ortopedia), ou até mesmo para sinalizar eventos importantes (exemplo: realizar controle hídrico) fazendo com que houvesse não só um acompanhamento de fácil acesso dos pacientes como também o monitoramento sobre a ofertas de leitos e a superlotação.

O imagem 3 ilustra o quadro de Kanban da CMO dividido em colunas e linhas, e organizado da seguinte maneira: número do leito; data de admissão na clínica; nome do paciente (na imagem o nome foi propositalmente retirado a fim de preservar a sua identidade); pendências/programação/eventos importantes/diagnóstico reservado, denominado “preservado” e o tempo de permanência classificado por cores e formas geométricas.

Imagem 3: Imagem do quadro de Kanban realizado no serviço de urgência, clínica médica de observação.

01	ADM 24/10		Laudo TC	●	20	ADM 23/10		Preservado	▲
02	19-10		ECO e CAT (P)	▲	21				
03	19-10		Antipéptico	▲	22	ADM 24/10		Preservado	●
04					23	ADM 24/10		Preservado	●
05	17-10		Laudo de TC	●	24				
06	15-10		Laudo de TC	●	25	ADM 15/10		Preservado	●
07	19-10		Edm (P)	▲	26				
08					27	12/10		Antipéptico	●
09	19-10		Baia (P)	▲	28				
10	18-10		Isolamento	▲	29			Preservado	▲
11	19-10		Preservado	▲	30	ADM 18/10		P. Rodovia	●
12					31				
13					32				
14	19-10		ECO (P)	▲	33	17-10		Preservado	●
15					34				
16	19-10		ECO e CAT (P)	▲	35				
17	18-10		P. Rodovia (P)	▲	36				
18	19-10		Laudo de TC	●	37				
19	ADM 02/10		Antipéptico	●	38				

Fonte: Arquivo pessoal de imagem dos autores, 2020.

As cores e formas geométricas foram correlacionadas diretamente com o tempo de permanência do paciente nas clínicas. A cor vermelha em formato de círculo sinalizou internação por mais de três dias; a cor amarela em formato de triângulo sinalizou dois a três dias de internação; e a cor verde no formato de quadrado sinalizou até um dia de internação.

O objetivo dessa sinalização foi transmitir coletivamente informações sobre o paciente, permitindo visualizar claramente as situações que justificam ou não a sua permanência na clínica, facilitando o controle dos processos assistenciais e a resolução de entraves e/ou problemas que dificultam a transferência para outras unidades de internação.

O Kanban implementado nas clínicas de observação trouxe vários benefícios para o Hospital: primeiro, reduziu a espera do paciente aguardando leito, pois a rotatividade dos leitos aumentou, visto que as pendências foram compartilhadas com os profissionais responsáveis e com a gestão para resolução; segundo, diminuiu o tempo de espera para realização e recebimento de resultados de exames, transferências e procedimentos que não agregam valor ao paciente e; terceiro, como consequência, reduziu a superlotação e aumentou o rendimento e a produtividade da equipe assistencial nos pacientes em cuidados paliativos e os classificados como graves que ainda permaneceram na clínica como medida de segurança por estarem próximos da sala vermelha.

Após a implementação do quadro de Kanban nas clínicas de observação, outros setores como a sala de emergência, clínica médica, clínica de nefrologia, clínica vascular, clínica ortopédica e clínicas cirúrgicas também adotaram o quadro como ferramenta de comunicação visual e, quando tivemos que nos adaptar ao cenário da segunda onda da pandemia, a existência e o preenchimento desses quadros nos setores contribuíram de forma significativa para que pudéssemos ter acesso rápido à taxa de ocupação e a informações relevantes do paciente com Covid-19, como por exemplo início dos sintomas respiratórios.

Round Multidisciplinar

O round multiprofissional é uma visita realizada em conjunto pela equipe (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais)

ao paciente à beira leito. É utilizado no cuidado a pessoa hospitalizada por meio da composição de uma equipe multidisciplinar buscando agregar ao cuidado, o princípio da integralidade, devidamente referenciado, na política do Sistema Único de Saúde, tendo como foco contribuir para a evolução positiva do prognóstico e curso da doença, tendo por objetivo a alta hospitalar em menor tempo e a melhoria na qualidade assistencial (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Após concluídas as tarefas definidas na matriz de esforço e impacto voltadas para organização e gestão do pronto socorro, o Round Multiprofissional começou a ser aplicado a fim de favorecer a comunicação entre os membros da equipe e definir condutas, visando à redução do tempo de permanência do paciente no hospital, giro de leitos e melhoria dos indicadores de qualidade.

No dia 19 de outubro de 2020 foi realizado o primeiro Round Multidisciplinar no Hospital e pronto Socorro 28 de Agosto. A CMO foi o setor escolhido visto que é onde os pacientes permanecem mais tempo internados. Nessa visita estiveram reunidos os seguintes profissionais: médico clínico, enfermeiro assistencial, enfermeiro coordenador, enfermeiro responsável pelo núcleo interno de regulação, farmacêutico, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. Os casos foram discutidos à beira do leito e as decisões terapêuticas definidas em grupo, sendo cada um responsável pela sua área de atuação.

Observamos uma participação ativa e o envolvimento da equipe, pois todos tinham como objetivo comum reduzir o tempo de permanência do paciente na urgência e emergência, seja por meio de ajustes em condutas terapêuticas, resolução de pendências ou até mesmo agilizando transferências para unidades de referência. Nesse sentido, a equipe comemorou os resultados: altas hospitalares que contribuíram para o giro de leitos, transferências para unidades de acordo com a especialidade, altas com assistência farmacêutica e nutricional, resolução de pendências de laudos para exames de imagem e laboratoriais, e emissão de pareceres para especialistas. O resultado dessas ações foi a redução de 46% na taxa de ocupação dos leitos da CMO e a não abertura de leitos extras.

Sabemos que o ideal é a realização do Round Multidisciplinar em todos os setores de internação, incluindo unidade de terapia intensiva e sala de emergência. No entanto, entendemos que o primeiro passo foi dado e aplicar essa ferramenta na CMO, refletiu na redução da taxa de ocupação dos leitos de internação em

outras clínicas, médica e nefrologia, visto que os pacientes são transferidos para esses setores. Além disso, serviu como exemplo, e logo os profissionais da clínica cirúrgica de observação começaram também a realizar as visitas em conjunto. Avançamos na qualidade da assistência, no giro de leitos clínicos e cirúrgicos e consequentemente, reduzimos a superlotação.

Diante dessa experiência, percebemos que o olhar e a atenção integral, o trabalho em conjunto, a dedicação da equipe e o compartilhamento de conhecimento técnico-científico contribuem diretamente para que seja alcançada uma qualidade satisfatória da assistência prestada ao paciente.

NEDOCS

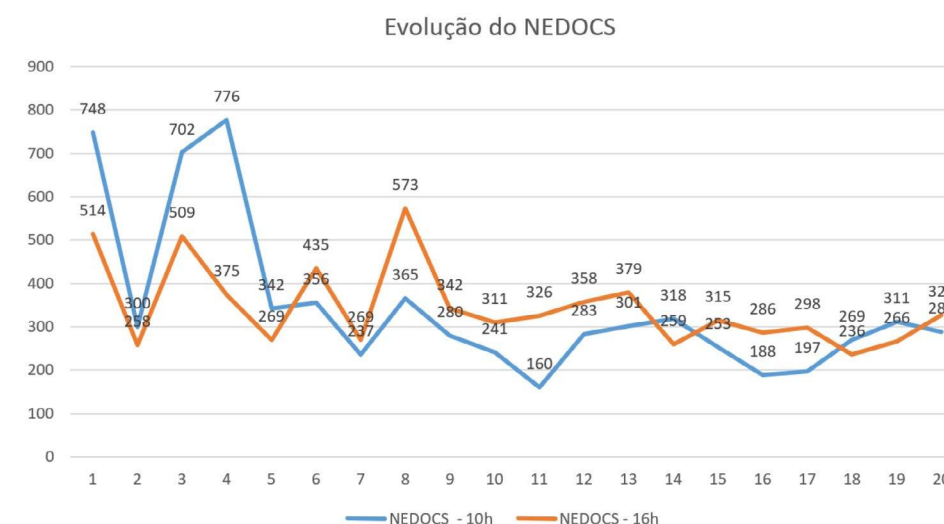
O principal indicador empregado para avaliar a eficiência, a eficácia e monitorar o desempenho das atividades realizadas foi o índice NEDOCS que permitiu medir, por meio de dados numéricos, a performance no atendimento ao paciente do pronto socorro.

O índice NEDOCS é um score que calcula a superlotação no serviço de urgência relacionando as seguintes variáveis: número total de pacientes que estão sendo atendidos ou que estão à espera de atendimento; pontos de cuidado que são todos os espaços dedicados ao cuidado do paciente; número total de pacientes que aguardam internação hospitalar; número total de leitos operacionais disponíveis ao serviço de urgência; número total de pacientes intubados; tempo, em horas, entre a permanência do paciente no serviço de urgência e a chegada até o leito de internação nas enfermarias ou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI); e o tempo de espera entre a disponibilização do leito de internação nas enfermarias ou UTI e o horário da efetiva internação do último paciente (WEISS *et al.*, 2004).

As variáveis utilizadas geram resultados numéricos que são apresentados na forma de uma pontuação que é classificada numa escala que varia de “desocupado” (pontuação de 0 a 20) e “ocupado” (de 21 a 60) à “perigosamente superlotado” (de 181 a 200) (SCHOOL OF MEDICINE, 2019). No Brasil, considerando a realidade de superlotação dos hospitais públicos, o objetivo da utilização desse indicador será reduzir ao máximo a pontuação tendo como base a pontuação inicial, ou seja, antes da aplicação das ferramentas do *Lean*.

A coleta dos dados para pontuação do NEDOCS foi realizada no hospital do dia 24 de setembro a 14 de outubro de 2020, diariamente, duas vezes ao dia, nos horários de 10h e 16h. Quando iniciamos o monitoramento no pronto socorro, o resultado do NEDOCS era de 748 pontos. Ao longo dos dias, com a aplicação das ferramentas do Lean, conseguimos alcançar 160 pontos (gráfico 1). Desde o início da medição até a segunda semana do mês de dezembro, período que antecede a segunda onda da pandemia, houve redução de 40% na pontuação do NEDOCS, ou seja, o serviço de urgência estava ficando cada vez mais “enxuto”, com alertas de superlotação menos frequentes.

Gráfico 1: Gráfico de evolução do índice NEDOCS do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, período de 24 de setembro a 14 de outubro de 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Esse percentual reflete maior resolutividade na assistência ao paciente, redução de desperdícios e/ou processos interrompidos, menor tempo de permanência e mais agilidade nas condutas. É importante lembrar que não tivemos aumento de recursos humanos ou uso de tecnologias extras, apenas aplicamos a gestão baseada na metodologia *Lean Healthcare* e nos unimos, enquanto equipe multiprofissional, para desempenhar as atividades propostas no projeto.

É importante salientar que a pontuação do NEDOCS não foi considerada quando os casos de Covid-19 aumentaram de forma significativa em nossa unidade,

ou seja, a partir da terceira semana de dezembro (reflexo das confraternizações e festas natalinas). Diante disso, o objetivo de reduzir a pontuação como consequência da diminuição da superlotação não fez mais sentido uma vez que tivemos que nos adaptar a uma segunda onda da pandemia muito mais aguda do que a primeira. Tornamos-nos referência e iniciamos todos os protocolos possíveis para atender o maior número de pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19. Durante esse período, abrimos leitos extras e a nossa taxa de ocupação ultrapassou os 100%.

Considerações finais

Até a chegada do projeto *Lean* nas Emergências, os profissionais que atuam no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto não aplicavam e nem possuíam experiência ou conhecimento sobre a metodologia *Lean Healthcare*. A partir do início do projeto, os conceitos envolvendo gestão hospitalar mudaram e as mudanças transformaram o fluxo de atendimento, o gerenciamento e a organização do pronto socorro e com isso, as melhorias foram percebidas.

Entendemos que o *Lean* não é apenas uma “caixa de ferramentas” e sim um modelo de gestão completo que pode ser desenvolvido de maneira contínua e padronizada pela equipe no ambiente hospitalar. É uma reconstrução de pensamento que gera a cultura de resultados satisfatórios e positivos, qualidade assistencial, e prevenção e previsão de não conformidades. Saímos do círculo vicioso de fazer as mesmas coisas todos os dias esperando resultados diferentes e entramos numa lógica que nos permitiu planejar ações, executar tarefas baseadas nos problemas identificados, minimizar erros e traçar metas. O projeto *Lean* nos proporcionou, não somente capacidade e responsabilidade técnica para desenvolver uma gestão de qualidade, mas também resgatou o trabalho em equipe, a vibração pelas conquistas e o sentimento de que sempre podemos fazer algo.

O trabalho não acabou, pelo contrário, está apenas começando, pois temos muitas melhorias a fazer e metas a serem alcançadas. Os resultados ainda são parciais, mas consideravelmente visíveis e, como sugestão de melhoria para os próximos encontros, além da participação de profissionais e gestores da unidade, podemos envolver a opinião dos usuários (pacientes e acompanhantes) por meio de uma pesquisa de satisfação. Dessa forma, incluiremos a participação da

comunidade para a tomada de decisões e na implementação de outras ferramentas de gestão. Esperamos que este relato de experiência desperte o interesse de outras unidades de saúde no conhecimento e aplicação do *Lean Healthcare*.

Referências

- ANDERSEN, H.; ROVIK, K. A.; INGEBRIGTSEN, T. Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. **BMJ Open**, v. 4, n. 1, e003873, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003873>. PMID:24435890
- ARAÚJO, C. A. S.; FIGUEIREDO, K. F.; SILBERSTEIN, A. C. Princípios Enxutos Aplicados em Serviços: Cinco Casos Brasileiros. **Anais do Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, 2009.
- BOWEN, D. E.; YOUNGDAHL, W. E. Lean service: in defense of a production-line approach. **International Journal of Service Industry Management**, v. 9, n. 3, p. 207-225, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/09564239810223510>
- CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, Supl. 1, p. 85-112, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>
- CORREA, H. L. **Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 2006.
- GAPP, R.; FISHER, R.; KOBAYASHI, K. Implementing 5S within a Japanese context: an integrated management system, **Management Decision**, v. 46, n. 4, p. 565-579, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/00251740810865067>
- GRABAN, M. **Lean Hospitals: improvising quality, patient safety and employee engagement** (3rd ed.) New York, NY: **CRC Press**, 2016.
- KAPLAN, G. S. et al. Why Lean doesn't work for everyone. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 12, p. 970-973, 2014. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003248>. PMID:25056985
- MAZZOCATO, P. et al. How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital. Stockholm, Sweden. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, p. 28, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-28>. PMID:22296919
- MOURA, L. R. **Qualidade Simplesmente Total**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.
- RADNOR, Z. J.; HOLWEG, M.; WARING, J. Lean in healthcare: The unfilled promise? **Social Science & Medicine**, v. 74, n. 3, p. 364-371, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>. PMID:21414703
- RAHMAN, N. A. A.; SHARIF, S. M.; ESA, M. M. Lean Manufacturing case study with Kanban system implementation. In **International Conference on Economics and Business Research**. Procedic Economics and Finance. Selangor, Malaysia: Elsevier, v. 7, p. 174-180, 2013.
- RÉGIS, T. K. O.; GOHR, C. F.; SANTOS, L. C. Implementação do lean healthcare: experiências e lições aprendidas em hospitais brasileiros. **Revista de Administração de Empresas**, v. 58, n. 1, p. 30-43, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-759020180104>

RISSI, L. A. **Aplicação da metodologia 6 sigma para resolução do problema da falta de acurácia no estoque de uma empresa.** [Trabalho de Conclusão de Curso], Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/18/180830/tce31052010094813/publico/Rissi_Leandro_Antonio.pdf

SCHOOL OF MEDICINE. Department of Emergency Medicine (Estados Unidos da América). NEDOCs, 2019. Disponível em: <https://emed.unm.edu/clinical/nedocs.html>

SUSAM - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS. 2020. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=4174>

TOUSSAINT, J. Writing the new playbook for U.S. health care: lessons from Wisconsin. **Health Affairs**, v. 28, n. 5, p. 1343-1350, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1343>

VATS, A. et al. The impact of a lean rounding process in a pediatric intensive care unit*. **Critical Care Medicine**, v. 40, n. 2, p. 608-617, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232e2fc>. PMID:21983366

VISSERS, J.; BEECH, R. **Health Operations Management: patient flow logistics in healthcare.** (1st ed.) New York: Routledge, 2005.

WEISS, S. J. et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: Results of the national ED overcrowding study. In: **Acad Emerg Med.**, Nedoc Results. New York, NY: PagNy, v. 11, n. 1, p. 37 – 50, 2004.

WOMACK, J.; JONES, D. **Lean Thinking, Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation** (rev.). Free Press, 2003.

Sobre as autoras e autores

Organizadoras e organizadores

Davi Araújo da Cunha - Psicólogo. Mestrado em Psicologia e Doutorado em Educação (ambos pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM). Servidor efetivo da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - SES-AM. Atual Gerente de Desenvolvimento de Pessoas e Educação na Saúde da SES-AM. Gerente do Projeto Servidor Autor.
E-mail: davi.cunha@saude.am.gov.br

André Luiz de Carvalho Braule Pinto - Psicólogo, Doutor em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento – USP-RP, Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, Coordenador do Núcleo de Humanização.
E-mail: braulepintoalc@gmail.com

Katty Anne De Souza Nunes - Bibliotecária, Especialista, Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.
E-mail: katty.nunes@hotmail.com

Gabriel Calazans Baptista - Psicólogo. Mestre em saúde coletiva pela UFRGS. Doutorando em psicologia pela UFPA. Editora Rede Unida.
E-mail: g.calazans.baptista@gmail.com

Márcia Fernanda de Mélo Mendes - Educadora Física, Sanitarista, Professora do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Saúde Coletiva, doutoranda em Antropologia e Comunicação (URV) em cotutela com a Psicologia da UFPA.
E-mail: marciafernandammendes@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla - Médico, Doutor em Educação, Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Autoras e autores

Amanda Desireé do Amaral Melo - Assistente Social da Central Estadual de Transplantes/AM – Secretaria de Estado de Saúde, Especialista em Gerontologia Social.
E-mail: adesireemelo@hotmail.com

Ana Beatriz Aguiar De Lima - Estagiária/Estudante do Ensino médio, Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.
E-mail: beatrizaguiar500@gmail.com

Ana Carla da Silva Lima - Jornalista, Especialista em Gestão Pública, Secretária do Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospital Adriano Jorge.
E-mail: anacslima28@gmail.com

Ana Karla Pimenta Noronha de Almeida - Assistente Social. Gerente de Humanização da SES-AM. Secretaria de Estado de Saúde- SES-AM – Sede.
E-mail: akarlapimentinha@hotmail.com

Ana Paula De Carvalho Portela - Enfermeira. Mestre em Saúde Pública: Fiocruz Amazônia. Secretaria de Estado da Saúde/AM. Docente da Universidade do Estado do Amazonas – UEA.
E-mail: aportela@uea.edu.br

Andrea Carla de Lima Rocha - Enfermeira da Central Estadual de Transplantes/AM – Secretaria de Estado de Saúde, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva.
E-mail: andrea_rocha12@hotmail.com

Andreia Félix Pereira - Psicóloga. Servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - SES-AM
E-mail: andreia.felix@saude.am.gov.br

Andreina Bentes de Souza - Graduação em Saúde Coletiva. Gerente do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA de Parintins/AM.
E-mail: andreina.souza75@gmail.com

Camila Gêssica Lima Almeida - Bibliotecária. Secretaria de Estado de Saúde- SES-AM - Sede.
E-mail: camila.almeida@saude.am.gov.br

Carolina de Oliveira Santos - Ouvidora do SPA e Policlínica Danilo Correa, Agente Administrativo, Graduada em Ciências Contábeis pela Faculdade Martha Falcão, Pós-Graduando em Auditoria e Controladoria pela Faveni.
E-mail: carolinaosantos15@gmail.com

Clerton Rodrigues Florêncio - Graduação em Enfermagem. Secretário Municipal de Saúde de Parintins/AM.
E-mail: clerton40pin@gmail.com

Cleudecir Siqueira Portela - Graduação em Enfermagem. Mestre em Doenças Tropicais: Hospital de Medicina Tropical AM. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Biologia da Interação Patógeno Hospedeiro, pelo Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ-AM). Atuou como Gerente de Atenção Básica na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - DABE/SES-AM.
E-mail: cleudecir@gmail.com

Cristina Maria Garrido Lins - Médica Graduada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com Residência em Oftalmologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pelo Instituto Brasileiro de Oftalmologia e Prevenção da Cegueira. Mestra e Doutora em Oftalmologia pela UNIFESP. Especialista em Córnea, Doenças Externas, Microbiologia Ocular e Banco de Olhos pela UNIFESP. Diretora do Banco de Olhos do Amazonas da Secretaria de Saúde do Amazonas/Ministério da Saúde. Oftalmologista – Assistencialista do Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM.
E-mail: olhogarrido@gmail.com

Daizyenne Santos da Silva - Assistente Social. Mestre em História Social pela Universidade Federal do Amazonas. Instituto de Saúde da Criança do Amazonas.
E-mail: daizyenne.silva@gmail.com.

Daniela Sousa Negreiros - Ouvidora do SPA e Policlínica Danilo Correa, Agente Administrativo, Graduada em Serviço Social pela FAMETRO, Pós-Graduação em políticas Públicas e Direito pela EducaNorte.
E-mail: sousadaniela13@yahoo.com.br

Derli Albuquerque Fernandes - Técnica de Enfermagem da Central Estadual de Transplantes/AM – Secretaria de Estado de Saúde.
E-mail: derlinandes@gmail.com

Elaine Pires Soares - Graduação em Biologia. Coordenadora da Vigilância em Saúde do Município de Parintins/AM.
E-mail: sarkiselaine_love@hotmail.com

Elcilene Oliveira da Silva - Pedagoga. Secretaria de Estado de Saúde- SES-AM.
E-mail: lenesilva1701@gmail.com

Elza Cristina Craveiro Da Fonseca - Médica Pediatra. Especialista em Pediatria pela Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEP/ Instituto de Saúde da Criança o Amazonas- ICAM.
E-mail: elzafonseca29@gmail.com

Eurinete Catarina G. da Silva - Enfermeira, Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente – Fiocruz, Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente.
E-mail: catarina_ecgs@hotmail.com

Fabiana da Silva Gurgel - Assistente social. Secretaria de Estado de Saúde- SES-AM – Sede.
E-mail: fabianagurgel16@gmail.com

Fabiane Veloso Soares - Enfermeira, Doutora, Docente Universitária.
E-mail: fabiane8.7.a@gmail.com

Fábio Cicalise de Souza - Farmacêutico-Bioquímico, PhD em Inovação Farmacêutica. Laboratório do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.
E-mail: fcicalises@gmail.com

Francisca Félix da Rocha - Enfermeira da Central Estadual de Transplantes/AM – Secretaria de Estado de Saúde, Mestranda em Enfermagem e Saúde Pública - ESA/UEA.
E-mail: franciscafelixrocha23@gmail.com

Gecilene Seixas Nascimento Castelo Branco - Enfermeira da Central Estadual de Transplantes/AM – Secretaria de Estado de Saúde, Especialista em Captação, Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos – Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Central de Transplante do Amazonas - Secretaria de Estado de Saúde.
E-mail: geseixas@yahoo.com.br

Geycielle de Oliveira Batista - Enfermeira, Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente – Fiocruz, Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente.
E-mail: geycielleo@gmail.com

Gilberson Figueira Barbosa - Economista. Gerente Administrativo e financeiro do Instituto da Mulher Dona Lindu-SES-AM.
E-mail: gilbersonbarbosa@gmail.com

Gisele de Souza Costa - Enfermeira, Mestranda, Coordenadora do Núcleo de educação Permanente SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa.
E-mail: giseleenfa@gmail.com.

Grace Alvarenga Esquerdo - Psicóloga, especialista em Psicologia da Educação, psicóloga na Maternidade de Referência Ana Braga.
E-mail: graceaesquerdo@gmail.com

Henrique Carlos Santana Redman - Psicólogo, Esp. em Psicologia Hospitalar e Psicologia Jurídica. Coordenador do Serviço de Psicologia do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.
E-mail: henrique_redman@hotmail.com

Hulda Graça Amorim - Bibliotecária, Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.
E-mail: hulda.amorim@hotmail.com

Ícaro Machado Da Silva - Estagiário/ Estudante do Ensino Médio, Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.
E-mail: icaromachado300@gmail.com

Janaína Santana Carneiro - Enfermeira, Msc. em Ciências Aplicadas à Hematologia e Esp. em Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde e Urgência e Emergência. Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.
E-mail: janasantana36@gmail.com

Janize Costa Nina - Fisioterapeuta. Mestrado em Oncologia e Ciências Médicas pela Universidade Federal do Pará. Instituto de Saúde da Criança do Amazonas.
E-mail: janize.nina@hotmail.com

Jerlyane Veras Fernandes - Enfermeira Intensivista com titulação em Neonatologia, servidora no ambulatório da terceira Etapa do Método canguru da Maternidade de Referência Ana Braga.
E-mail: jerly.ieti@gmail.com

Livia Martins Rossi dos Santos - Terapeuta ocupacional. Mestrado em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos. Instituto de Saúde da Criança do Amazonas.
E-mail: livia.mrossi@gmail.com

Maria Do Carmo Lima De Oliveira - Bibliotecária, Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.
E-mail: mducarmo@gmail.com

Maria Gleny Barbosa Soares - Psicóloga da Central Estadual de Transplantes/AM – Secretaria de Estado de Saúde, Mestre em Processos Psicológicos e Saúde – UFAM.
E-mail: psygleny@gmail.com

Maria Goreth da Silva Vasconcelos - Psicóloga e Pedagoga Graduada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Mestra em Educação pela UFAM. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação “Sociedade e Cultura na Amazônia – PPGSCA/UFAM”. Psicóloga do Banco de Olhos do Amazonas da Secretaria de Saúde do Amazonas/Ministério da Saúde. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela UFAM. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia.
E-mail: maria.goreth@semed.manaus.am.gov.br

Maria Gracilene Gomes Diniz - Fisioterapeuta, pós-graduanda em Saúde Pública, servidora em Unidade Neonatal na Maternidade de Referência Ana Braga.
E-mail: gracilene1fisio@gmail.com

Maria Nila Filgueiras de Azevedo - Bacharel em Serviço Social, especialização em Gerência Básica de Unidades de Saúde, Assistente Social na Maternidade de Referência Ana Braga.
E-mail: nilafilgazevedo@gmail.com

Mário Ernani Mendonça da Costa - Graduação em Letras. Atual Diretor do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SES-AM. Secretaria de Estado de Saúde - SES-AM.
E-mail: marioernani.plebeu20@gmail.com

Maura Nunes Pimentel de Carvalho - Psicóloga, Enfermeira, especialista em psicologia hospitalar, gestão em saúde, saúde pública, mestranda em psicologia da saúde (UFAM), psicóloga hospitalar na Maternidade de Referência Ana Braga/Manaus.
E-mail: mauranunes6@gmail.com

Monik Gomes do Nascimento Lousada - Enfermeira, Especialista, Coordenadora do Núcleo de vigilância em saúde SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa.
E-mail: moniklousada@gmail.com.

Nádia da Costa Macedo - Secretária Executiva. Coordenadora da CoEPS-AM: Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Estado de Saúde-SES-AM – Sede.
E-mail: nadia.macedo@saude.am.gov.br

Neicy Arraes Suwa - Enfermeira da Central Estadual de Transplantes/AM – Secretaria de Estado de Saúde, Especialista em Educação Permanente na Gestão Regionalizada do SUS – FIOCRUZ.
E-mail: neicyarraes_suwa@hotmail.com

Patrícia Carvalho Castro - Enfermeira, Especialista em saúde pública.
E-mail: enfermeirapatriciacarvalho1@gmail.com

Plínio José Cavalcante Monteiro - Médico Pediatra. Doutorado em Bioética pela Universidade de Brasília. Universidade Federal do Amazonas.
E-mail: pliniomonteiro@ufam.edu.br

Railda Silva Soares - Graduação em Saúde Coletiva. Gerente do Núcleo de Educação em Saúde de Parintins/AM.
E-mail: raildasoares@bol.com.br

Robercio Barros Alencar - Enfermeiro, Especialista, SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa.
E-mail: rbalencar33@gmail.com

Rosiane Pinheiro Palheta - Assistente social, Doutora em Serviço Social, coordenadora do Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospital Adriano Jorge.
E-mail: anypinheiro@hotmail.com

Silvio Romano Benjamin Junior - Engenheiro Civil, Especialista em Neurociências do Desenvolvimento e Excelência Humana – Universidade La Salle, Secretário de Estado de Saúde da SES/AM, em exercício.
E-mail: romano_silvio@hotmail.com

Telma da Conceição Santos Amaral Pereira - Assistente Social. Especialista em Políticas de Saúde Informados por Evidências, pelo Sírio Libanês. Secretaria de Estado de Saúde - SES-AM.
E-mail: gproet@saude.am.gov.br

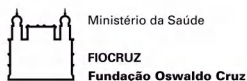
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes - Doutoranda em Saúde Pública, Instituto Leônidas e Maria Deane. Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.
E-mail: t.renata.neves@gmail.com

Valdeni Soares Da Silva - Psicóloga. Mestre em Educação Especial – UFAM. Docente da Faculdade Nilton Lins.
E-mail: valdenitss@gmail.com

Vander Vasconcelos de Oliveira - Psicólogo, Bolsista do Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospital Adriano Jorge.
E-mail: vandervo0910@gmail.com

Waleska Affonso Salignac Marcião - Médica Pediatra. Especialista em Pediatria. UTI Neonatal da Maternidade Moura Tapajós. Equipe de Pediatria do Hospital Samel.
E-mail: waleska.marciao@gmail.com

Zilmar Augusto de Souza Filho - Enfermeiro, Doutor, Docente da Universidade Federal do Amazonas.
E-mail: augusto.eem.ufam@hotmail.com



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE
editora.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-43-4



9 786587 180434