



Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

# EDUCAÇÃO NA SAÚDE COMO INOVAÇÃO:

A EXPERIÊNCIA CAPIXABA DE FORTALECIMENTO  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

editora  
  
redeunida

Fabiano Ribeiro dos Santos  
Italo dos Santos Rocha  
Jaqueline Miotto Guarneri  
Roger Flores Ceccon

ORGANIZADORES



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 das 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](https://editora.redeunida.org.br)



ORGANIZADORES

Fabiano Ribeiro dos Santos  
Italo dos Santos Rocha  
Jaqueline Miotto Guarneri  
Roger Flores Ceccon

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

# EDUCAÇÃO NA SAÚDE COMO INOVAÇÃO:

A EXPERIÊNCIA CAPIXABA DE FORTALECIMENTO  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1ª Edição  
Porto Alegre  
2022

editora



redeunida

## Coordenador Nacional da Rede UNIDA

**Alcindo Antônio Ferla**

## Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Ricardo Burg Ceccim, 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);  
**Àngel Martínez-Hernáez** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);  
**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália);  
**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália);  
**Berta Paz Lorido** (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);  
**Èrica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);  
**Heïder Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);  
**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, 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 Bôer 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);  
**Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);  
**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);  
**Rossana Staeve 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 Kodjaoglianian** (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

**Alana Santos de Souza**  
**Jaqueline Miotto Guarnieri**  
**Márcia Regina Cardoso Torres**  
**Renata Riffel Bitencourt**

## Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

**Lucia Pouchain**

## Imagem Capa

**Drazen Zigic - Freepik**



---

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

E21

Educação na saúde como inovação: a experiência capixaba de fortalecimento do Sistema Único de Saúde / Organizadores: Fabiano Ribeiro dos Santos; Italo dos Santos Rocha; Jaqueline Miotto Guarnieri; Roger Flores Ceccon – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

293 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 34).

E-book: 3.60 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-025-3

DOI: 10.18310/9786554620253

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Espírito Santo  
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 550

CDU 614(815.2)

---

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

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

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



Os capítulos desse livro foram produzidos a partir dos manuscritos selecionados da Chamada Pública nº 01/2021, resultado de parceria interinstitucional entre a Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA), o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI), da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SES/ES), e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Os manuscritos recebidos foram submetidos à avaliação de pares. Atuaram como avaliadoras ad hoc as seguintes pessoas: Alcindo Antônio Ferla, Amanda Del Caro Sulti, Ana Paula Brioschi dos Santos, Célia Márcia Birchler, Cristiano Soares da Silva Dell'Antonio, Gabriel Calazans Baptista, Gilton Luiz Almada, Italo dos Santos Rocha, Jaqueline Miotto Guarnieri, Julia Fabres do Carmo, Juliana da Silva Mariano, Juliana Rodrigues Tovar Garbin, Larissa Soares Dell'Antonio, Manoela Cassa Libardi, Marcello Dala Bernardina Dalla, Margareth Pandolfi, Quelen Tanize Alves da Silva, Renata Riffel Bitencourt, Ricardo Burg Ceccim, Tânia Mara Ribeiro dos Santos, Virginia de Menezes Portes.



# EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO TERRITÓRIO CAPIXABA

Roger Flores Ceccon  
Fabiano Ribeiro dos Santos  
Italo dos Santos Rocha  
Jaqueline Miotto Guarnieri

O livro “Educação na saúde como inovação: a experiência capixaba de fortalecimento do Sistema Único de Saúde”, publicado pela Editora Rede Unida, constitui-se como um mosaico de experimentações no campo da saúde que utiliza a *educação* como um dispositivo potente de transformação das práticas e dos serviços no estado do Espírito Santo. Busca visibilizar os trabalhos realizados no âmbito do “Programa de Educação Permanente em Saúde para o desenvolvimento de capacidades docentes aos trabalhadores do sistema estadual de saúde do Espírito Santo”, o qual constituiu-se como uma iniciativa exitosa de produção crítica dos profissionais de saúde. Dessa forma, os textos que compõem essa coletânea podem impulsionar práticas em outros territórios, na busca pela inovação, pela qualidade do cuidado e pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A educação na saúde, como é apresentada neste livro, é uma estratégia de produção de autonomia, de pensamento crítico, de subjetividade e que possibilita agenciamentos para superar as adversidades que emergem dos serviços e práticas de saúde. Trata-se, portanto, de uma educação libertadora e criativa, que convoca os trabalhadores da saúde a inovar, a romper com a lógica prescritiva e protocolar – tão comum nos serviços –, rumando para ações mais integrais e resolutivas.

Os textos desta coletânea emergem da Secretaria de Saúde do estado do Espírito Santo que, em parceria com a Associação Rede Unida e com a Organização Pan-Americana de Saúde, visibilizaram as experiências capixabas no campo da saúde por meio de oficinas de escrita criativa, submissão de manuscritos e avaliação por pares. O processo envolveu diversos atores, retratando as múltiplas vozes que constroem o cotidiano do trabalho e da educação na saúde neste território. Uma aposta da gestão atual comprometida com o SUS, articulando educação e cuidado.

Este livro apresenta 16 textos, cujos autores são trabalhadores inseridos no cotidiano do SUS capixaba, provocados pelo desejo de compartilhar experiências, inovações, desafios e potencialidades que fazem parte do processo de trabalho. O livro conta com artigos que tratam de práticas de educação permanente em saúde, de metodologias de ensino-aprendizagem, programas e políticas públicas, histórico e concepções críticas e reflexivas sobre a educação na saúde no Espírito Santo.

Os textos foram organizados no sentido de promover ao leitor o conhecimento acerca das experiências e saberes que envolvem a educação na saúde. O primeiro texto, denominado “História da educação permanente em saúde no estado do Espírito Santo”, traz um aporte histórico de constituição de espaços formativos na saúde no estado, desde a formação de auxiliares de enfermagem no ano de 1976 até a criação da Escola de Governo no ano de 2020. Em “A política de educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo: a visão do quadrilátero da formação”, por meio de um estudo qualitativo, os autores analisam o contexto de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde no município de Vitória, Espírito Santo, na visão da gestão, do ensino, do serviço e do controle social.

O ensaio “A experiência do apoio institucional na elaboração dos planos municipais de saúde utilizando metodologias ativas na educação permanente em ambiente virtual” narra a experiência da condução do Projeto de Apoio Institucional da Secretaria Estadual de Saúde na elaboração dos Planos Municipais de Saúde para o quadriênio 2022-2025, coordenado pela Gerência de Planejamento Estratégico e Desenvolvimento Institucional. O texto “Educação Permanente em Saúde: metodologias participativas para a produção de mudanças no ambiente de trabalho da unidade integrada de Jerônimo Monteiro” demonstra a importância da educação permanente como ferramenta e estratégia de organização do trabalho e de ensino para a qualificação em serviço, buscando estabelecer a relação entre produção do cuidado e produção pedagógica, que pode ocorrer por meio de práticas educativas através da educação continuada em serviço, e da interlocução com a Educação Permanente em Saúde.

Em “Educação Permanente: agentes comunitários de saúde e de combate a endemias no enfrentamento à pandemia da covid-19 no Espírito Santo” é retratada a experiência da educação permanente na qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias no território capixaba para o

enfrentamento à pandemia da covid-19 entre novembro de 2020 e abril de 2021. Já no texto “Programa de educação permanente do núcleo especial de regulação de internação – NERI”, é relatada a experiência do Programa, que se constitui em uma iniciativa de desenvolvimento de cursos livres de capacitação disponibilizados completamente na modalidade EaD, contemplando aulas expositivas escritas, tutoriais em vídeo, materiais de apoio e testes de aprendizado.

O texto “As comissões permanentes de integração ensino-serviço (CIES) no estado do Espírito Santo: potentes espaços de cogestão em saúde” resgata os principais marcos institucionais, projetos e ações desenvolvidos pelas CIES no Estado do Espírito Santo. Em “O portfólio reflexivo da unidade educacional de cuidados à saúde dos indivíduos: caminho, estrada, ponte, degrau ou escada” os autores buscam descrever o processo e as particularidades da avaliação da Unidade Educacional do Cuidado à Saúde dos Indivíduos, da Residência Multiprofissional, com fins de analisar o deslocamento do residente a partir da perspectiva de uma postura crítico-reflexiva, bem como analisar sua autonomia na condução do próprio processo de aprendizagem.

No artigo “Construção do conhecimento para uma assistência segura e de qualidade: uma análise reflexiva sobre a metodologia ativa de ensino” a autora relata sua experiência a partir da análise crítico reflexiva da sua trajetória no curso de especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente, no qual foi utilizada a metodologia ativa de ensino.

No artigo “Capacitações em assistência farmacêutica no âmbito da atenção primária a saúde”, os autores apresentam a experiência de aprendizagem direcionada aos gestores municipais e farmacêuticos dos municípios capixabas desenvolvida pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica-ES, no que concerne aos Componentes Básico e Estratégico da Assistência Farmacêutica. Já no texto “Ciclo de capacitações para a rede de atenção psicossocial do Espírito Santo: um relato de experiência”, são relatadas as capacitações para a Rede de Atenção Psicossocial do Espírito Santo, cuja formação teórica e prática incluiu estudos de casos e atividades de dispersão envolvendo profissionais do âmbito municipal e estadual, como docentes e discentes.

O texto denominado “Programa de qualificação da atenção primária à saúde: uma estratégia de fixação e qualificação da APS capixaba”, relata a

experiência da estratégia de qualificação da Atenção Primária à Saúde, por meio de um programa de educação pelo trabalho que visa formar especialistas em saúde da família e comunidade: o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – Qualifica-APS.

Os textos que encerram essa obra ilustram as potencialidades dos Programas de Residência Multiprofissionais em inovar e qualificar os serviços de saúde. A experiência da atuação da preceptoria e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação (ICEPi), no município de Jerônimo Monteiro, é relatada em “Programa Prosa Paliativa como proposta de educação permanente no contexto da residência multiprofissional em cuidados paliativos: um relato de experiência”. Tal programa de rádio representou uma importante ferramenta para desmistificação dos cuidados paliativos, possibilitando a divulgação e promoção do tema, assim como tornou possível a promoção da educação popular em saúde. Sob a ótica das residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, “A experiência de residentes na abordagem multiprofissional às famílias de pacientes em internação psiquiátrica durante a pandemia de Covid-19”, discute-se as principais mudanças ocorridas na rotina hospitalar – notadamente, a suspensão de atividades em grupo e visitas hospitalares, bem como a redução das interconsultas – e os efeitos desse processo na assistência aos familiares. Além disso, apresenta-se as estratégias adotadas pela equipe, com o apoio das residentes, para oferecer o suporte necessário aos parentes atravessados pela experiência do internamento de um ente, a saber: o teleatendimento, a intensificação da articulação com outros serviços da rede de saúde e a adoção de uma postura mais acolhedora e empática. Em “Atuação de residentes multiprofissionais em cuidados paliativos: um relato de experiência” retrata-se as experiências vivenciadas durante o período de março a julho de 2021, em uma enfermaria de cuidados paliativos de um hospital estadual do Espírito Santo durante as práticas de saúde da residência, reforçando a importância do trabalho realizado pelos residentes para a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados e de seus familiares. Da mesma forma, no texto “Controle da dispneia em fim de vida: tecnologias utilizadas pela residência multiprofissional em cuidados paliativos na unidade integrada jerônimo monteiro”, descreve-se as tecnologias utilizadas e os esforços

conjuntos para garantir os princípios da dignidade humana ao paciente em fim de vida, promovendo outros olhares sobre a terminalidade.

Como é possível observar, são textos que contribuem para a compreensão da educação na saúde, e certamente auxiliarão profissionais, gestores, estudantes e sociedade no fortalecimento do SUS. Assim, convidamos a visitar as experiências retratadas nesta obra, cujo caminho narrativo é próspero de saberes que nos provocam a promover práticas de cuidado mais equânimes e integrais.

Boa leitura!

## SUMÁRIO

**EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO TERRITÓRIO CAPIXABA ...7**  
*Roger Flores Ceccon, Fabiano Ribeiro dos Santos, Italo dos Santos Rocha, Jaqueline Miotto Guarnieri*

**HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....14**  
*Andrey Luis Mozzer, Clay Grazziotti Assef, Douglas Gonçalves Jacob, Luiz Claudio Oliveira da Silva, Marcello Dala Bernardina Dalla*

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO: A VISÃO DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO .....34**  
*Lorena Ferreira, Wellen Góbi Botacin, Laís Melo Serafim, Raphaela Meirelles Paulo, Ana Rosa Murad Szpilman, Lêda Zorayde de Oliveira, Elzimar Evangelista Peixoto Pinto, Carolina Dutra Degli Esposti, Marly Marques da Cruz*

**A EXPERIÊNCIA DO APOIO INSTITUCIONAL NA ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE UTILIZANDO METODOLOGIAS ATIVAS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM AMBIENTE VIRTUAL.....52**  
*Francisco José Dias da Silva, Luana Cruz Freire, Wallace de Medeiros Cazelli*

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS PARA A PRODUÇÃO DE MUDANÇAS NO AMBIENTE DE TRABALHO DA UNIDADE INTEGRADA DE JERÔNIMO MONTEIRO.....70**  
*Renata Abdalla Pires, Manoela Cassa Libardi, Luciana Machado Duarte*

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE COMBATE A ENDEMIAS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 NO ESPÍRITO SANTO .....82**  
*Raiany Boldrini Christe Jalles, Marina Lima Daleprane Bernardi, Carolina Perez Campagnoli, Maria Fernanda Moratori Alves, Camilla Verane Delboni Telles, Érika Saiter Garrocho*

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO – NERI.....92**  
*Renata Martins Fantin, Leoverlane da Cunha Miranda*

**AS COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES) NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: POTENTES ESPAÇOS DE COGESTÃO EM SAÚDE ..... 111**  
*Ana Frechiani Herzog, Douglas Gonçalves Jacob, Eliza Barreto dos Santos Daroz, Luiz Claudio Oliveira da Silva, Noelita da Silva Almeida, Rachel Eleanor Carneiro Gomes e Gama, Ricardo da Silva*

**O PORTFÓLIO REFLEXIVO DA UNIDADE EDUCACIONAL DE CUIDADOS À SAÚDE DOS INDIVÍDUOS: CAMINHO, ESTRADA, PONTE,**

<b>DEGRAU OU ESCADA .....</b>	<b>131</b>
<i>Priscilla Rocha Araujo Nader, Célia Márcia Birchler, Margareth Pandolfi, Sarah Cosme Foletto, Vivian Marli Barros de Souza Siqueira</i>	
<b>CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO PARA UMA ASSISTÊNCIA SEGURA E DE QUALIDADE: UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO .....</b>	<b>150</b>
<i>Lilian de Oliveira Lana</i>	
<b>CAPACITAÇÕES EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....</b>	<b>165</b>
<i>Grazielle Massariol Mori Nascimento, Lilian Christo de Oliveira Soares, Marcel Pereira Fernandes, Natalia Brostel de Magalhães Correa</i>	
<b>CICLO DE CAPACITAÇÕES PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESPÍRITO SANTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>182</b>
<i>Larissa Almeida Rodrigues, Carolina Fonseca Dadalto, Franciele Luck, Edleusa Gomes Ferreira Cupertino, Andressa Poloni Anholeti, Betsaida Moulin Malheiros</i>	
<b>PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE FIXAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA APS CAPIXABA.....</b>	<b>199</b>
<i>Agleildes Arichele Leal de Queirós, Ana Carolina Menezes da Silva Braga, Clarice Sampaio Cunha, Fabiano Ribeiro dos Santos, Juliana da Silva Mariano, Juliana Ramos Bruno, Maria Fernanda Moratori Alves</i>	
<b>PROGRAMA PROSA PALIATIVA COMO PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>217</b>
<i>Camila Aparecida de Amorim, Danila de Sousa Silva, Gleicy Kelley Santos de Araujo, Liliam Mulinari da Cunha Pinto, Luciana Machado Duarte, Skarlath Ohana das Neves Patrocínio</i>	
<b>A EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES NA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL ÀS FAMÍLIAS DE PACIENTES EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 .....</b>	<b>237</b>
<i>Barbara Frigini De Marchi, Fábio Bremenkamp Cunha, Júlia Ott Dutra, Larissa De Lima Banhos</i>	
<b>ATUAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>249</b>
<i>Ana Caroline Zeferino Botacin, Jéssika de Oliveira Garcia, Luísa Pedrada de Sousa</i>	
<b>CONTROLE DA DISPNEIA EM FIM DE VIDA: TECNOLOGIAS UTILIZADAS PELA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE INTEGRADA JERÔNIMO MONTEIRO.....</b>	<b>265</b>
<i>Luciana Machado Duarte, Danila de Sousa Silva, Liliam Mulinari da Cunha Pinto, Skarlath Ohana das Neves Patrocínio</i>	
<b>SOBRE OS AUTORES .....</b>	<b>283</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>292</b>



# HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Andrey Luis Mozzer  
Clay Grazziotti Assef  
Douglas Gonçalves Jacob  
Luiz Claudio Oliveira da Silva  
Marcello Dala Bernardina Dalla

## INTRODUÇÃO

Para assegurar o registro das ações desenvolvidas na área da Saúde é necessário sistematizar as narrativas sobre tais acontecimentos, para que as atuais e futuras gerações possam ter acesso a pelo menos uma parte da história.

Com essa finalidade, o presente relato de experiência tem como objetivo geral resgatar os principais projetos e ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) desde a abertura do seu Centro Formador até o ano de 2021. Os objetivos Específicos são os seguintes: 1) Mapear e relatar projetos de relevância para o setor Saúde. 2) Relatar marcos institucionais e legais relacionados à EPS capixaba.

## CENTRO FORMADOR - CEFOR (1976-2005)

Na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), a formação dos trabalhadores de nível fundamental e médio antecede a criação da estrutura organizacional que contempla a área de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

O processo de formação na SESA teve início em 1976, ainda na Fundação Hospitalar do Espírito Santo (FHES). A FHES foi instituída pela Lei nº. 2296, de 17/07/67, cujas competências foram estabelecidas pela Lei Delegada nº. 04, de 09/10/67, entre as quais não se previa a formação de pessoal.

Em 1976 a enfermeira Ilza Faroni, sentindo a necessidade de formar auxiliares de enfermagem, profissionais escassos no mercado de trabalho, apresentou um projeto ao Conselho Estadual de Educação (CEE) com o objetivo

de formar Auxiliares de Enfermagem. O CEE aprovou o funcionamento do curso por um período de cinco anos. Em final de 1977 a primeira turma concluiu, e foram certificados 59 Auxiliares de Enfermagem.

Nos anos 1980, a Coordenadoria de Apoio Técnico da então Diretoria Técnica do Instituto Estadual de Saúde Pública, ex-Fundação Hospitalar, foi transformada em autarquia, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, resgatou o processo de formação de auxiliares de enfermagem. A enfermeira Rita de Cássia Duarte Lima, à frente da coordenadoria, motivada pelo seu compromisso ético com a saúde, também se preocupou com o grande contingente de atendentes de enfermagem, que em muitos casos, não possuíam a educação básica concluída.

Dessa forma as enfermeiras foram se sucedendo na coordenação do curso, umas encontrando maior grau de dificuldades e outras menos. Houve a implantação do Modelo Assistencial de Saúde no Estado e alteração no Regulamento do IESP, criando o Centro Formador (CEFOR), uma das divisões da Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODRHU), cujos objetivos principais eram então, o de promover a profissionalização dos trabalhadores de nível médio empregado nos diversos serviços que atendem ao SUS, sem qualificação específica, para o desenvolvimento das ações de saúde; a integração ensino-serviço; a descentralização na organização dos cursos; a flexibilização da execução curricular; a execução de um currículo compatível com o modelo de atenção vigente.

Em 1995 através de um convênio com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), denominado Projeto Escola, houve o investimento de recursos financeiros no CEFOR, oportunizando a melhoria da estrutura, informatizando a Secretaria Escolar e capacitações do corpo docente e administrativo. Além disso, a aquisição de mobiliário e equipamentos.

Um dos fatores que fazem à peculiaridade de um Centro Formador de Recursos Humanos do SUS e que se destaca como ponto forte é a descentralização de suas atividades. O CEFOR formou, desde a sua implantação, cerca de 2000 auxiliares de enfermagem de forma descentralizada, através de convênios de cooperação técnica com os municípios, entre 1976 e 1998. A oferta de apenas um curso se justifica pelo grande contingente de trabalhadores de enfermagem que trabalhavam nos diversos serviços de saúde que necessitavam ser qualificados.

As turmas eram montadas de acordo com a demanda que chegava até o CEFOR, ora com recursos próprios do orçamento da Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODRHU), ora com o estabelecimento de parcerias com os municípios do interior do estado, através da celebração de convênios. Outros parceiros se fizeram presentes nessa trajetória, como por exemplo, o Sistema Nacional de Empregos (SINE), cujo investimento foi os recursos financeiros do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), do Ministério do Trabalho.

Assim, as turmas foram se sucedendo até 1998, quando estavam esgotadas todas as tentativas de captação de Recursos Financeiros, as dificuldades financeiras anunciadas pelo governo estadual, a inadimplência do estado no que se refere aos encargos sociais, houve a opção em agregar ao CEFOR, as atividades de treinamentos com demandas próprias e das secretarias municipais de saúde de todo o estado. Passou-se então, a realizar as atividades do Polo de Capacitação do Programa Saúde da Família (PSF) e cursos de especialização, em parcerias com instituições tituladoras. Essa foi uma maneira de sobreviver dentro da organização e de continuar tendo alguma visibilidade.

Ao final do ano de 1998, o Ministério da Saúde aventou a hipótese de lançar O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE). E no início do ano de 1999, iniciamos um grande movimento de diagnóstico, em todo o estado, dos trabalhadores de enfermagem, em quantidade, qualidade e localização.

Ainda, em 1999, o Ministério da Saúde deu início ao 1º cadastramento dos trabalhadores de enfermagem, especificamente os atendentes de enfermagem, para efetivar a implantação do PROFAE. E ao mesmo tempo em que o CEFOR ainda passava por uma reformulação interna, o Espírito Santo foi escolhido para ser o local ideal para a implantação do projeto piloto do PROFAE.

O CEFOR então, participou da licitação para executar turmas de Auxiliar de Enfermagem, em parceria com a Escola do Serviço Público do Espírito Santo - ESESP, como Operadora. Tendo sido contemplado, em 17/07/2000, iniciaram-se as aulas, com uma reformulação interna, o Espírito Santo foi escolhido para ser o local ideal de implantação do projeto piloto do PROFAE. 1004 alunos (28 turmas) em salas de aulas, 100% descentralizadas. Esses primeiros alunos concluíram em

2001, qualificados em Auxiliares de Enfermagem. Em 2000, com a criação da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), o CEFOR faz a solicitação e passa a integrar a RETSUS.

Ainda em 2001, o Ministério da Saúde, realizou outro cadastramento dos trabalhadores de enfermagem, ficando o CEFOR e sua equipe responsável pelo Núcleo do 2º cadastramento de trabalhadores da área de enfermagem, onde foram cadastrados novamente os atendentes de enfermagem empregados, em processo de iminente perda do emprego ou desempregados (até por dezoito meses), com ensino fundamental concluído, para participarem dos cursos de qualificação profissional; atendentes de enfermagem, nas mesmas condições de emprego descritas acima, com o ensino fundamental incompleto para participarem dos cursos de complementação do ensino fundamental e posteriormente, da qualificação profissional; e dessa vez houve uma novidade: os auxiliares de enfermagem que possuíam a conclusão do ensino médio, empregados em serviços de média e alta complexidade, puderam se cadastrar para participarem dos cursos de Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de enfermagem para Técnico de Enfermagem.

Em 2001, ainda, o CEFOR, novamente com a ESESP como operadora da Qualificação Profissional, participou de nova licitação, foi contemplado e pôde montar as turmas de Auxiliar de Enfermagem. Da mesma licitação o CEFOR participou com a proposta de montar turmas de Complementação para Técnico de Enfermagem, com outra operadora: a Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil (ACACCI). Também foi contemplado. Então, o CEFOR executou um total de 64 turmas naquele período.

A grande oportunidade de fortalecimento das ações de formação em saúde surgiu através do Componente II do PROFAE, o Fortalecimento Institucional. Um total de cinco subprojetos foi elaborado pela equipe do CEFOR:

- Adequar o atual modelo de gestão do CEFOR;
- Estruturar núcleos Regionais descentralizados e organizar o nível central;
- Elaboração de um Projeto Político Pedagógico com uma nova visão de qualidade em saúde, voltado para a humanização da assistência do cuidado ao cliente e numa perspectiva de uma maior articulação

institucional entre os projetos de educação profissional e de formação geral cidadã, possibilitando uma oferta de formação para trabalhadores da saúde mais integrada, voltada para qualificações que ampliem o seu leque de inserção no mercado de trabalho em saúde. Pretendeu-se ainda, a elaboração de planos de curso de onze novas habilitações. Dentre estes, cinco planos de Curso (Técnicos de Vigilância em Saúde, Análises Clínicas, Higiene Dental, Farmácia e Radiologia) estão tramitando junto ao Sistema de Educação e o Projeto Político Pedagógico foi elaborado;

- Sistematizar e informatizar as informações do CEFOR e Núcleos Regionais, possibilitando a análise, o acompanhamento e a avaliação para tomada de decisões;
- Dotar o CEFOR de sede própria com estrutura física adequada.

Em 2003, em parceria com a Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil (ACACCI), o CEFOR deu início à formação de 25 turmas de Qualificação Profissional (QP). Em 2004, 34 turmas iniciaram-se de QP e Complementação da QP, em parceria com a Escola do Serviço Público do Espírito Santo (ESESP), cuja conclusão, de todas as turmas, está prevista para julho de 2005.

Em janeiro de 2005, foi publicada no Diário Oficial do Espírito Santo, a Lei Complementar nº 317 /2004, a qual alterou a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde e do Instituto Estadual de Saúde Pública. Através da Lei, o Centro Formador deixou de existir e na nova estrutura foi criado o Núcleo de Educação e Formação em Saúde (NUEFS), o qual absorveu todas as atividades desenvolvidas anteriormente pelo CEFOR. Portanto, a missão do Centro Formador, conforme Projeto Político Pedagógico, fica mantida para o Núcleo de Educação e Formação em Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2004).

## **NÚCLEO DE EDICAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE - NUEFS (2005-2019)**

A partir de 2005 o Centro Formador passa a se chamar Núcleo de Educação e Formação em Saúde, com a finalidade de planejar, regular, executar, acompanhar e monitorar as ações de formação técnica em saúde dos trabalhadores

inseridos no Sistema Único de Saúde –(SUS) do Espírito Santo. O NUEFS integra desde 2000 a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), e a partir de 2008 a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola). A partir de 2019, passa a compor o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi).

Na última década (2008 a 2018), houve algumas mudanças na forma de pensar e trabalhar a Gestão da Educação em Saúde (GES) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), conduzida pelo Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH). Em 2008, a SESA publica a Portaria SESA nº. 003-R, definindo o NUEDRH como o local institucional responsável por todas as Ações Educativas desenvolvidas no âmbito da SESA.

Em 2008, as equipes do NUEDRH e do NUEFS, juntam-se fisicamente e passam a trabalhar em conjunto no mesmo espaço, na antiga Central Administrativa da SESA, na lógica da Gestão da Educação em Saúde, de acordo com a recém-lançada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Até então, a equipe do NUEFS desenvolvia suas atividades de Formação e Qualificação Profissional em Saúde de forma autônoma, em dois grandes programas do MS. De 1999 a 2007 o NUEFS formou mais de 7.000 trabalhadores no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), e de 2006 a 2018, mais de 7.500 trabalhadores no Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS) e mais de 593 no Programa de Formação para Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).

Para realização dos projetos (PROFAE, PROFAGS, PROFAPS), nas últimas duas décadas o NUEFS formatou algumas parcerias exitosas com algumas instituições de ensino, a saber: Escola de Serviço Público do Espírito Santo (ESESP), Associação Contra o Câncer Infantil (ACACCI), Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS Vitória), Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM), Movimento de Educação Promocional do Espírito Santo (MEPES).

Com a mudança na gestão, e a junção das duas equipes (NUEDRH/ NUEFS), e seguindo as diretrizes da Portaria GM/MS nº 1996 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL, 2007), o NUEDRH inicia a implantação das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) Regionais, consolidando em 2011, a implantação nas quatro regiões de saúde do estado (Norte, Central, Metropolitana e Sul) e CIES Estadual, com a elaboração

dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS 2011), consolidados no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS 2011-2012). Em 2011 a SESA lança o Plano Diretor de Regionalização 2011, cuja mudança estrutural em relação ao PDR 2003 foi a criação da quarta região de saúde (Norte, Central, Metropolitana e Sul), e a extinção das microrregiões de saúde, sobretudo pelas questões que envolviam escala populacional.

## **A FORMAÇÃO INICIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS**

Ao garantir a universalidade do acesso, a Constituição Federal intensificou a demanda aos serviços de saúde, tradicionalmente centrados no eixo hospitalar. Buscando criar estratégias para reverter este modelo e atender à demanda crescente, várias experiências começaram a surgir, priorizando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Estas experiências influenciaram a concepção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (1991) e, posteriormente do Programa Saúde da Família – PSF (1994).

No caso da formação do agente comunitário de saúde, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), estabeleceu a demanda aos Estados para elaboração da proposta de criação do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

No Espírito Santo, o Núcleo de Educação e Formação em Saúde (NUEFS) da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), cuja competência e finalidade é a formação dos trabalhadores de nível médio da saúde, e compõe a RETSUS desde 2000, é o responsável pela condução desse processo, envolvendo outros parceiros como: Universidade Federal do Espírito Santo, Secretaria de Estado da Educação, Conselho Estadual de Saúde, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, Coordenações Estadual, Regionais e Municipais de PACS/PSF, consultores do Ministério da Saúde.

A proposta trabalhada por meio do NUEFS se sustenta no currículo integrado que privilegia a integração ensino/trabalho, teoria/prática e na metodologia da problematização que possibilita a ação-reflexão-ação, na concepção do modelo de escola descentralizada, garantindo a inclusão do ACS

no processo de formação, respeitando as características regionais e de domicílio de trabalho do aluno.

O desenho para o curso considera o universo de especificidades que envolvem seu processo de trabalho e de formação, é o de itinerário de formação. A ideia de itinerário aqui apresentada refere-se a percursos formativos, organizados de forma interdependente e que possibilite uma progressão concomitante à escolarização do trabalhador. A formação assim desenhada buscava contemplar a diversidade dos aspectos relacionados à prática profissional, considerando as especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho, ao atendimento das demandas individuais e coletivas e ainda, às diferenças regionais, sociais, políticas e econômicas.

O sucesso na operacionalização do curso técnico para agente comunitário de saúde, ocorreu na realização das parcerias fundamentais para desencadear o processo; estiveram diretamente envolvidas as Secretarias de Estado de Saúde e Educação e seus respectivos conselhos, as Superintendências Regionais de Saúde, os Núcleos Regionais de Educação, tendo o envolvimento constante da Universidade Federal do Espírito Santo e representantes do Ministério da Saúde. No âmbito municipal, além das secretarias municipais de saúde e educação, é importante identificar também a participação de demais órgãos do município, como, por exemplo, as secretarias de transporte e meio ambiente, conselhos municipais de saúde e de educação.

A formação inicial foi executada de forma descentralizada, com turmas organizadas nos próprios municípios ou em consórcios quando o número de ACS era inferior à quantidade que viabilizasse turmas. O quadro de docentes composto por profissionais integrantes das equipes de PACS e ESF dos municípios, equivalendo a uma média de dois facilitadores por turma. Nos momentos de concentração (160h), as turmas desenvolveram o conteúdo em salas de aula, espaços adequados para tal, com boa acessibilidade aos alunos. As aulas da concentração acontecem num total de oito horas semanais. Os momentos da dispersão (240h) aconteceram nas comunidades de origem, durante o horário de trabalho, cada aluno no seu próprio local de trabalho.

Uma carga horária de dispersão maior que a concentração está justificada pela necessidade de um verdadeiro “ensino em serviço”, tendo o processo

de trabalho como base para a problematização/reflexão dos conhecimentos científicos. A intenção é que o saber do aluno seja valorizado e que se torne o principal alicerce para a construção de suas competências e habilidades.

Entre 2007 e 2018 o NUEFS formou diretamente e em parceria 7648 ACS na formação inicial de ACS (400 horas).

## **OS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (2000-2010)**

Importantes espaços de articulação dos atores envolvidos na Educação Permanente nacionalmente. Seguindo as legislações e diretrizes nacionais, foi inicialmente criado no estado do Espírito Santo o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família em 1997, que evoluiu para Polo de Educação Permanente em Saúde com sua implantação em outubro de 2003 e posteriormente como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, implantada em 2007 (BRASIL, 2007).

## **NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS (2007-2018)**

O Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH) era um órgão da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) ligado à Gerência de Recursos Humanos e tinha como principal função o desenvolvimento de ações de qualificação da força de trabalho no SUS Espírito Santo. O NUEDRH foi extinto em 2020 para dar lugar à Gerência da Escola de Saúde Pública da SESA/ICEPI. Durante o seu tempo de existência foi responsável por uma série de iniciativas importantes para a consolidação do processo de educação permanente no âmbito da SESA.

No período de 2008 a 2011 podemos destacar a construção das diretrizes para ações educativas na SESA, que estabeleceu que o NUEDRH seria o local institucional responsável pelo registro de todas as capacitações realizadas na Secretaria Estadual de Saúde. Neste período também se estabeleceu a regulação dos campos de prática para o estágio curricular obrigatório, por meio de convênio validado pela Procuradoria Geral do Estado, onde para a SESA foi possível estabelecer parceria com as Instituições de Ensino do Estado e de se ter condições de monitorar os estagiários existentes nos serviços estaduais de saúde geridos pela

SESA, além de avaliar o impacto desses estagiários no sistema de saúde. Nesse último caso eram realizadas, a cada final de ano letivo, mostra de experiências dos trabalhos desenvolvidos pelos estagiários, onde eram convidadas as Instituições de Ensino para apresentarem os resultados alcançados tanto para a SESA quanto para a direção dos estabelecimentos de saúde. Neste período ainda, por iniciativa dos gestores da educação do NUEDRH, foi iniciado e concluído o movimento de estruturação das Comissões Permanentes de Integração Ensino serviço nas três regiões de saúde existentes, o que estruturou a capilarização das ações de educação permanente no estado do Espírito Santo. O Telessaúde Espírito Santo foi instituído nesse período com parcerias firmadas entre a SESA, o Instituto Federal Tecnológico do Espírito Santo (IFES) e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). A parceria do Telessaúde existiu até o ano de 2018, ocasião em que foi descontinuada por falta de repasse de recursos financeiros por parte do Ministério da Saúde e por impasses entre os entes IFES e UFES ocasionados pela operacionalização do projeto. Recolheu-se nesse ínterim uma articulação valiosa entre a academia e os serviços de saúde, onde foi possível reduzir o tempo de atendimento dos pacientes localizados em áreas remotas do estado, por meio das teleconsultas, bem como economizar recursos devido ao atendimento remoto, sem necessidade de deslocamentos de pacientes para a região metropolitana de Vitória. Outra facilidade com o Telessaúde foi difundir, em larga escala, as webconferências realizadas pelos trabalhadores da SESA, cujos temas de interesse da saúde foram gravados e disponibilizados de forma síncrona e assíncrona para todos os trabalhadores do sistema de saúde do Espírito Santo. Registramos também nesse período o envio do primeiro Plano Estadual de Educação Permanente do Estado do Espírito Santo (PEEPS) com o envolvimento das CIES Regionais, e no ano de 2011 foi instituída a CIES Estadual, resultado de um processo de construção ascendente, corroborando na prática o jeito de fazer educação permanente no SUS Capixaba.

A partir de 2011 houve um grande empoderamento da equipe, motivada pelos anos de convivência conjunta, quanto à necessidade de tornar realidade o sonho de se ter uma Escola de Saúde Pública alicerçada nos princípios do SUS; a ideia que perpassava na equipe liderada pelos gestores da educação era a ideia de se ter uma escola dinâmica e orgânica, com capilaridade nas regiões de saúde e que induzisse os municípios capixabas a terem, se não uma escola de saúde,

mas uma equipe comprometida ou uma referência técnica que dialogasse com o movimento de construção de uma rede de educação permanente, envolvendo as CIES regionais, fóruns permanentes de Educação Permanente e mostras estaduais que dessem visibilidade ao trabalho resiliente e comprometido da equipe da gestão da educação do nível central da SESA.

Para manter os ânimos e a força necessária para mostrar nossa potência, oficinas internas de estudos e proposições foram estabelecidas; reuniões de equipe com assessoramento daqueles que possuíam habilidades para o trabalho de sistematização das ideias que surgiam na equipe e, lógico, não podiam faltar as comemorações promovidas durante o ano, como as festas de aniversários dos componentes da equipe e as festas religiosas, como a Páscoa, inserindo no nosso cotidiano a construção da nossa árvore de Páscoa, conhecida como *Osterbaum*, sugerida pela nossa colega de origem pomerana Ingrid Barreto. Para construção da *Osterbaum*, cada componente da equipe era convidado a confeccionar uma frase ou palavra impressa em caneta nanquim ou tinta num ovo comum de galinha. O que era simples, de repente se tornava belo. E assim construímos laços de afeto e podíamos sonhar com tempos melhores.

Foi dessa forma que nos dois últimos quadriênios: 2001 a 2014 e 2015 a 2018, registramos nossos avanços e conquistas em relatórios sistematizados que eram entregues aos Secretários de Estado da Saúde que assumiam a pasta na esperança de sermos escutados e que nossas ideias pudessem de alguma forma fazer sentido e serem assumidas pela gestão que se iniciava.

Persistindo e perseverando, conseguimos apresentar nossas ideias ao atual Secretário de Estado da Saúde, Nésio Fernandes, que foi militante da educação permanente em saúde no município de Palmas e que estava, na ocasião, na equipe de transição do governador eleito Renato Casagrande. Algumas aproximações foram possíveis graças à força e à garra dos gestores da educação do extinto NUEDRH, que forjaram um encontro com o futuro Secretário da Saúde do Espírito Santo sem saber que aquela pessoa da equipe de transição assumiria a pasta de Secretário de Estado da Saúde. Parecia a última oportunidade de concretização do sonho de uma equipe, que passou os últimos quatro anos, batalhando para ser ouvida e acreditada. Quase sem forças, mas resilientes conseguimos entregar a Nésio nossa sistematização dos últimos quatro anos e finalmente fomos acolhidos

e surpreendidos, pois chegara o momento da concretização de um sonho sonhado junto de se ter uma Escola de Saúde Pública para chamar de nossa.

No ano de 2019, enfim, por meio da Lei Complementar 909 (ESPÍRITO SANTO, 2019), foi criado o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde: início do sonho concretizado e desafios de colocar em prática a proposta de capilarização da Educação Permanente no SUS Capixaba, que será fruto dos próximos capítulos.

## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (2009-2012)**

O Curso de Especialização da Atenção Primária em Saúde foi uma das etapas do projeto estruturante da Secretaria de Estado da Saúde intitulado “Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde” e Política Estadual de Qualificação Profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS), executados nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012.

O Governo do Estado do Espírito Santo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) lançou edital de credenciamento nº 001/2008, cujo objeto era o credenciamento de instituições de ensino do território nacional interessadas em realizar o Curso de Especialização para profissionais de saúde que atuavam na Atenção Primária à Saúde (APS) no estado do Espírito Santo por turmas, seguindo a distribuição de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Espírito Santo, nas microrregiões de saúde.

A modalidade de credenciamento garantiu a regionalização das ações educacionais, ao se indicar para execução do curso instituições de ensino que estivessem fisicamente próximas aos municípios, permitindo que os momentos das Rodas de Educação Permanente ocorressem nas próprias unidades de saúde e que as aulas presenciais permitissem o menor deslocamento possível dos profissionais/alunos.

A SESA Credenciou quatorze instituições de ensino com sede no estado do Espírito Santo que executaram o curso para os profissionais da Atenção Primária dos 78 municípios do estado. As instituições eram contratadas a partir do credenciamento e na medida em que eram formadas turmas nas regiões de saúde, sendo que as turmas foram formadas com uma média de 32 alunos em

cada uma. O investimento por aluno foi da ordem de R\$ 618,62 (seiscentos e dezoito mil e sessenta e dois reais).

Foram investidos um total de R\$ 24.387.689,02 (vinte e quatro milhões, trezentos e oitenta e sete mil, seiscentos e oitenta e nove reais e dois centavos), e especializaram-se 3.201 (três mil duzentos e um) profissionais da APS entre médicos enfermeiros, cirurgiões-dentistas, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos-veterinários, assistentes sociais, biólogos, dentre outros.

Para o desenho do curso foi instituído um fórum permanente da SESA com as instituições de ensino que se debruçaram sobre o desenho da matriz curricular do curso, baseado num diagnóstico a partir da necessidade de certificação das equipes de saúde da família ocorrido em 2005 (498 equipes) e de implantação do projeto de avaliação para melhoria da Qualidade (AMQ), que foi uma iniciativa do Ministério da Saúde. Todo esse processo teve a duração de aproximadamente 5 (cinco) anos de preparação antes da execução do curso propriamente dito.

O curso foi coordenado pela SESA, com atividades presenciais quinzenais (144 horas) utilizando seminários, aulas expositivas dialogadas e mesas redondas e semipresenciais (216 horas), utilizando metodologias de rodas de discussão nas Unidades de Saúde, leituras orientadas pela internet, intercâmbio de informações, redes de discussão e orientação dos trabalhos de conclusão de curso. Toda a carga horária do curso somou 400 horas.

O conteúdo do curso foi dividido em categorias, a saber: Formação, Gestão, Participação Popular, Organização do Processo de Trabalho e por eixos transversais, a saber: bioética, humanização, educação permanente e integralidade.

O suporte teórico conceitual foram as linhas guias publicadas pelas áreas técnicas (citar quais são) o Manual da APS intitulado Diretrizes para a Organização da Atenção Primária à Saúde do Espírito Santo, prontuário da família, entre outros materiais de apoio.

A evasão escolar registrada foi de 12,49%.

Durante o período de execução do curso muitos desafios foram superados. Desde o entendimento do fluxo para pagamento às Instituições de Ensino Superior (IES) pelo Fundo Estadual de Saúde, que exigia glosas das notas fiscais apresentadas, quando estava em desacordo com a documentação apresentada,

bem como manter rigorosamente o pagamento das IES em dia, o que exigia do Chefe do setor à época e seus assistentes (que eram em número de dois), ficar quase exclusivamente por conta dos processos administrativos estabelecidos nos anos de execução do projeto; conseqüentemente com prejuízo do processo de trabalho interno relacionado às equipes da gestão da educação.

Recolhemos, ainda, desse processo de trabalho de contratação das IES, o fato de que estas buscaram os profissionais qualificados dos serviços da SESA para ministrarem atividades educacionais previstas na matriz curricular do curso, corroborando a constatação dos gestores da educação da SESA de que haveria necessidade de se ter, no âmbito da SESA, uma Escola de Saúde Pública, cujo corpo docente seriam os próprios trabalhadores da saúde, que possuem a expertise para ministrar conteúdos relacionados ao cotidiano dos serviços e desenvolver um processo de educação permanente nas equipes de saúde da família.

Outros resultados relevantes constatados no período de realização do curso foram: a inserção de disciplinas da APS na matriz curricular de cursos de graduação de algumas instituições de ensino e os projetos de intervenção que resultaram por exemplo no fortalecimento do controle especial em alguns municípios do estado.

O grande ganho de todo esse processo foi influenciar as instituições de ensino a se preocuparem de fato com a prática de ensino no serviço, o que gerou uma série de depoimentos e vídeos que compuseram a avaliação final feita pelas IES que foram contratadas para realização do Curso de Especialização da Atenção Primária em Saúde.

Em seguida observou-se a necessidade de se realizar um curso de especialização e as três profissões de nível superior que compõem oficialmente equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) organizaram-se em 27 turmas compostas de cirurgiões dentistas, enfermeiros e médicos, num total de 858 alunos.

## **TELESSAÚDE ES**

A Implantação do Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil, ocorreu em 10 de fevereiro de 2010 e foi publicada no DIOES em 09 de março de

2010. O Termo de Cooperação Técnica entre SESA, UFES, IFES-Vitória ocorreu em 22 de agosto de 2012. O Telessaúde foi implantado em todos os 78 Municípios do ES, com a doação de pelo menos uma Estação Remota de Telessaúde no Espírito Santo, cujo kit continha: computador, monitor, mouse, teclado, fone de ouvido/microfone, caixas de som, webcam, máquina fotográfica digital e foram instalados na unidade definida pelos municípios

Análise da primeira etapa de implantação em dezembro de 2012:

- Municípios que fizeram o pré-cadastramento pelo site, mas ainda não confirmaram os dados (4): Alfredo Chaves, Dolores do Rio Preto, João Neiva e São José do Calçado;
- Municípios que confirmaram os dados, mas ainda não finalizaram o teste de conectividade (9):Águia Branca, Brejetuba, Conceição da Barra, Marataízes, Montanha, Nova Venécia, Rio Novo do Sul, Venda Nova do Imigrante e São Roque do Canaã.
- Municípios que passaram no teste de conectividade (7):Afonso Cláudio, Ibatiba, Iconha, Marilândia, Vargem Alta, Vila Valério e Muniz Freire.
- Municípios com Unidade de Telessaúde implantada (14):Água Doce do Norte, Boa Esperança, Divino São Lourenço, Guaçuí, Itaguaçu, Itarana, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, Santa Teresa, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá e São Mateus

Os principais recursos oferecidos aos profissionais de saúde: A Segunda Opinião Formativa (SOF) é uma atividade de apoio assistencial e/ou de consultoria com caráter educacional. A SOF é baseada na melhor evidência científica disponível, adaptada para as realidades locais, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da APS. O objeto de uma SOF pode ser tanto a discussão de um caso clínico relativo a um paciente como situações ou problemas que envolvam toda uma família ou comunidade, bem como um tema acerca do trabalho das equipes da ESF.

Uma das principais modalidades oferecidas era a de Teleconsultoria; um ou mais clínicos compartilhando a responsabilidade para com o cuidado de um paciente ou a solução de uma dúvida clínica genérica. Na prática, todos

os profissionais de saúde tinham acesso, inclusive agentes de saúde e técnicos de enfermagem. A comunicação se dá por videoligação ponto a ponto síncrona (teleconsultoria por vídeo) ou por e-mail assíncrona (teleconsultoria por texto). A distinção entre uma teleconsulta e uma teleconsultoria pura é que na segunda o paciente não está presente.

Objetivos do projeto original:

1. Coordenar e implantar Estações Remotas de Telessaúde em 70 pontos de Telessaúde nos municípios, estabelecendo escala de prioridades para a implantação
2. Otimizar e reduzir os custos do sistema público de saúde através de melhor resolutividade da atenção básica, reduzindo deslocamentos e encaminhamentos ao nível secundário, terciário, unidades de urgência e adequação da solicitação de exames complementares
3. Reduzir a sensação de isolamento dos profissionais de Saúde da Família e ajudar na fixação dos médicos e demais profissionais de saúde nas áreas remotas
4. Promover a inclusão digital dos profissionais da APS (inclusive com treinamento), a fim de que utilizem o Telessaúde em todas as suas potencialidades
5. Proporcionar a integração entre a academia e a realidade da APS no SUS no estado do Espírito Santo

## **O INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE - ICEPI**

O primeiro semestre de 2019 foi marcado pelo início da estruturação do ICEPi, que foi oficializado pela Lei Complementar nº 909 em abril de 2019. Antes mesmo de sua oficialização, existia a Subsecretaria de Gestão Estratégica e Inovação em Saúde, que possuía três gerências: a Gerência de Economia, Saúde e Inovação, a Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional e a Gerência de Projetos.

O ICEPi nasce então com o status de subsecretaria, e a novidade é que ele é ao mesmo tempo uma instituição científica, tecnológica e de inovação, cabendo-

lhe a formação, o desenvolvimento de pessoal e a pesquisa básica ou aplicada, de caráter científico e tecnológico, destinados a aumentar a eficácia e a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

O programa que se destacou inicialmente foi o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Programa Qualifica APS), com destaque para o componente Provimento e Fixação de Profissionais da APS (a cooperação entre o Estado e os Municípios por meio do desenvolvimento de mecanismos recrutamento, formação, remuneração e supervisão) e o componente Formação em Saúde, com a oferta de Programas de Residências de Medicina e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, de atividades docente-assistenciais, de desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento para profissionais de saúde, na modalidade de formação em serviço.

A equipe já estava ampliada e trabalhou intensamente para “tirar do papel” os programas que estavam editados em portarias, num desafio grandioso. Neste primeiro ano de 2019, foram preparados os editais de adesão aos municípios, com reuniões frequentes, pactuações em órgãos colegiados e encontros com o Governador do Estado.

Em novembro de 2019, o Componente Provimento e Fixação dos Profissionais do Programa Qualifica-APS dava seus primeiros passos com aproximadamente 44 profissionais entre médicos, enfermeiros e dentistas atuando em nove municípios, entre eles a capital, Vitória. Em março de 2020, esse número era quase cinco vezes maior e ao final do primeiro semestre de 2021 o programa já somava aproximadamente 900 profissionais em atuação em 67 dos 78 municípios capixabas. Mais do que uma iniciativa de provimento de pessoal, esse componente do Qualifica-APS provê formação com vistas ao aperfeiçoamento e ampliação do escopo de competências dos profissionais na APS, por meio de uma estratégia de integração ensino-serviço, com ações presenciais e de distância síncrona e assíncrona, mediadas por profissionais das três categorias envolvidas e denominados docentes-assistenciais.

No que tange aos programas de residências, até o ano de 2018 o extinto NUEDRH fazia um trabalho de validação e qualificação dos campos para desenvolvimento de residências em hospitais contratualizados. Os documentos eram Termos de Intenção, que posteriormente ambas as partes assinavam. Apresentamos a seguir uma síntese sobre os programas de Residências Médicas datada de 2018:

- TOTAL de vagas de Residências Médicas (RM) aprovadas (2018) = 884 vagas (sendo 17% de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade - MFC);
- Distribuição (2018): R1= 417 / R2= 417 / R3= 164 / R4= 22;
- Aumento de 48% no total de vagas aprovadas entre 2015-2018;
- 17 proponentes (03 Públicas e 14 privadas / filantrópicas);
- Ocupação das vagas entre 32% e 100% (Média 65%)
- 1º município proponente com vagas aprovadas e ocupadas: Cariacica (2016) / Medicina de Família e Comunidade (4 vagas R1 + 4 vagas R2);

Destacamos que em 2014 o SUS Capixaba apontou as RMs prioritárias naquele momento histórico, sendo as seguintes: Endocrinologia; Geriatria; Medicina de Família e Comunidade; Neurologia; Otorrinolaringologia; Pediatria e Psiquiatria.

Em abril de 2019, no âmbito da CIES Estadual, foi formado um grupo de trabalho (GT) para trabalhar os programas de residências em saúde no ICEPI. Esse GT trabalhou de abril a junho de 2019, onde ao final, os resultados foram apresentados à CIES Estadual. Posteriormente, formaram-se GTs específicos para desenvolver o projeto a fim de se incluir, respectivamente, nas Plataformas da Comissão Nacional de Residência Médica e Residência Multiprofissional, que ocorreu até o prazo final em 31 de agosto de 2019. Após isso foram agendadas visitas para avaliação por parte da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM). A Plenária da CNRM ocorreu nos dias 23 e 24 de janeiro de 2020, em que foram aprovados os projetos de Acupuntura, Medicina de Família e Comunidade (Descentralizada), Homeopatia e Psiquiatria. Quanto à aprovação das residências multiprofissionais, em fevereiro de 2020 houve aprovação por parte da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde da Família (Descentralizada), Saúde Mental (descentralizada) e Cuidados Paliativos e Saúde Coletiva (descentralizada). Os residentes iniciaram suas atividades simultaneamente em 1º de março de 2020. Desta forma os Programas de Residências em Saúde tiveram sua base de preparação em todo o decorrer de 2019 e a partir de março foram lançados sete novos programas, sendo quatro de residências multiprofissionais em saúde (Cuidados Paliativos, Saúde da Família, Saúde Mental e Saúde Coletiva com ênfase em Vigilância em Saúde) e

quatro de residências médicas (Acupuntura, Homeopatia, Medicina de Família e Comunidade e Psiquiatria). Dessa forma a SESA passou de um Programa de Residência existente há mais de trinta anos, para oito programas, com destaque para as residências multiprofissionais em saúde, ampliando não apenas o número de vagas e de programas de formação para médicos, mas também propiciando formação em nível de residência para profissionais de outras categorias além dos médicos. Era um marco para se comemorar, pois acontecia no estado do Espírito Santo, a capilarização da formação em serviço, sempre tão almejada pelos gestores da educação em saúde. Desafio grandioso, que se equiparou à vontade da equipe em aceitá-lo e colocar em prática os princípios da educação permanente em saúde e a formação padrão-ouro das residências em saúde, contribuindo para fortalecimento do SUS Capixaba, aumentando a eficácia e a qualidade dos serviços prestados à população do nosso querido Espírito Santo.

## CONCLUSÃO - FUTURO

Muitas conquistas se estabeleceram ao longo dos anos na história da Educação Permanente no Estado do Espírito Santo, fruto do trabalho incansável e persistente dos atores da gestão do trabalho e da educação da SESA; atores esses que foram e são movidos por sonhos, lutas, provocações e questionamentos, que muitas vezes se converteram em potências transformadoras para melhoria dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços.

Toda nossa equipe continua acreditando que é possível melhorar a cada dia; que cada novo ator que ingressa no campo da educação permanente em saúde da SESA seja bem-vindo para colocar-se a trabalho, na construção do SUS, cujos princípios da integralidade, equidade e universalidade precisam ser defendidos com garra e motivação objetivando o atendimento a todos os cidadãos capixabas; que o ICEPi seja exemplo de uma iniciativa convergente dos anseios dos trabalhadores do SUS, que querem se ver valorizados, reconhecidos pela excelência no trabalho com a Educação Permanente em saúde, a Inovação e a Pesquisa em Serviço; que o ICEPi se constitua como centro de excelência na educação de trabalhadores, no desenvolvimento científico, tecnológico, de inovação e de produção de tecnologias de gestão, atenção e educação, para responder aos desafios e necessidades do SUS de forma eficiente, inovador e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Informe da atenção básica. **Os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 10, 2001. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe10.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.

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 / 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. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf). Acesso em: 26 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria 1996, de 20 de agosto de 2007** (Internet). Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 26 ago. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Lei complementar nº 317, de 30 de dezembro de 2004**. Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo – SES/ES, altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde – SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública – IESP, e dá outras providências. 2004. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/legislacao/consulta-legislacao.aspx?tipo=4&ano=2004>. Acesso em: 26 ago. 2021

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária nº 2296, de 17 de julho de 1967**. Reforma Administrativa. 967. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/es/lei-ordinaria-n-2296-1967-espírito-santo-o-governador-do-estado-do-espírito-santo-faco-saber-que-a-assembly-legislativa-decreto-e-eu-sanciono-a-seguinte-lei>. Acesso em: 26 ago. 2021

ESPÍRITO SANTO. **Lei nº 909, de 30 de abril de 2019**. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (PEPSUS). 2019. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9092019.html>. Acesso em: 26 ago. 2021.

PEREIRA, R. O. O polo de educação permanente em saúde e as interfaces da política de educação permanente para o SUS no estado / Rosiani Oliveira Pereira. 2012. 117 f. : il. Disponível em: [https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5481/1/tese\\_5613\\_.pdf](https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5481/1/tese_5613_.pdf). Acesso em: 26 ago. 2021.

SILVA, T. F. da *et al.* Comissões de Integração Ensino-Serviço: (des)montando os quebra-cabeças da Educação Permanente. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 2019, 20(4), 120–128. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/24607>. Acesso em: 26 ago. 2021.



# A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO: A VISÃO DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO

Lorena Ferreira  
 Wellen Góbi Botacin  
 Laís Melo Serafim  
 Raphaela Meirelles Paulo  
 Ana Rosa Murad Szpilman  
 Lêda Zorayde de Oliveira  
 Elzimar Evangelista Peixoto Pinto  
 Carolina Dutra Degli Esposti  
 Marly Marques da Cruz

## INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), vem ocorrendo um processo contínuo de construção de políticas e programas, a fim de descentralizar a gestão, melhorar a organização dos serviços de saúde e alcançar maior cobertura das ações. Assim como, a necessidade de reconfigurar o mercado de trabalho para que práticas na saúde sejam executadas por uma equipe de trabalho nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2020). Como consequência, tornou-se importante desenvolver medidas para a transformação das práticas na área da saúde, articulando ensino, serviço, gestão e comunidade (CASTRO *et al.*, 2019).

Na área do ensino, além do reconhecimento dos dirigentes e docentes como atores das instituições formadoras, destaca-se o seu protagonismo na construção de inovações ao ensino e de sentido aos serviços de saúde. Dessa reflexão nasceu, em 2003, o conceito de quadrilátero da formação ensino-gestão-atenção-controle social, no qual a qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecno-profissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, cujas novas diretrizes foram publicadas em 2007 (GONÇALVES *et al.*,

2019), apresenta a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para o processo de formação dos trabalhadores de saúde, devendo pautar-se na realidade cotidiana e ser capaz de proporcionar mudanças nos serviços de saúde, sendo uma importante ferramenta do SUS (CAMPOS; MARQUES; SILVA, 2018).

Com a incorporação das ações de EPS no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), inúmeros avanços foram notados. A problematização da realidade prática com identificação das necessidades do serviço e a intervenção sobre elas, com melhorias na qualidade da atenção. Ademais, a lógica da EPS oportuniza ao trabalhador novas experiências e maturação profissional, proporcionando sua ressignificação pessoal-profissional. Houve também aumento na oferta de programas de qualificação aos profissionais, maior investimento financeiro nessa área, envolvimento de distintos atores e instituições nesse processo e fortalecimento da tríade ensino-serviço-comunidade, contribuindo para a reorientação e consolidação do SUS (CAMPOS; MARQUES; SILVA, 2018; CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em contrapartida, a implementação da política ainda enfrenta muitos desafios que perpassam as mais diversas esferas, desde a falta de compromisso e motivação para o trabalho, tanto por parte de profissionais quanto de gestores; dificuldade no relacionamento interprofissional; falta de compreensão dos conceitos da política e da EPS; escassez de ações na lógica da EPS e; perpetuação de ações educativas fragmentadas, com metodologia tradicional de ensino e distantes da realidade (BARCELLOS *et al.*, 2020; BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017; CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Cabe salientar que, embora uma política seja única e universal, ela sofre adaptações em dado local, podendo apresentar diferentes características e resultados, de acordo com seu contexto de implementação (TAMARI *et al.*, 2012). Diante disso, o objetivo do estudo consiste em analisar o contexto de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Vitória, Espírito Santo (ES), na visão da gestão, do ensino, do serviço e do controle social.

## **METODOLOGIA**

Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, para análise do contexto de implementação da PEPS na APS no município de Vitória-ES, na visão da gestão,

ensino, serviço e controle social. Esse tipo de pesquisa estuda os fenômenos no contexto em que ocorrem, possibilitando entendê-los ou interpretá-los em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuíram (PROETTI, 2018). É utilizada a fim de responder a temas complexos e tem por objetivo apresentar os resultados de modo coerente como resultado de um tratamento lógico secundário realizado pelo pesquisador (OLIVEIRA, STRASSBURG; PIFFER, 2017).

Como caso, foi selecionado o município de Vitória-ES. O estado do ES possui 78 municípios, sendo o município de Vitória a capital, representando o maior nível de organização na municipalização da APS e aquele que mais concentra serviços complexos. Ademais, é referência estadual para bens e serviços coletivos disponíveis, possui 29 unidades básicas de saúde (UBS), 22 dessas com Estratégia Saúde da Família (ESF), com cobertura populacional de 74,32%, em 2020 (BRASIL, 2020; BARCELOS *et al.*, 2013). Vitória também conta com a Escola Técnica de Formação Profissional de Saúde (ETSUS Vitória), desde 2010, que propicia a qualificação dos profissionais da saúde e o fortalecimento do SUS em articulação com a esfera estadual e os conselhos de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Para a seleção dos informantes-chave a fim de compor a amostra deste estudo, foram utilizados como critérios de inclusão: atores com envolvimento prático/teórico com a temática da PEPS no ES e no município de Vitória; e estar incluído em pelo menos um dos grupos de interesse: gestão, ensino, serviço e controle social, no ano de 2019. Foram excluídos do estudo aqueles atores que não tinham apropriação sobre a temática em questão.

Foram convidados a participar do estudo todos os dez participantes identificados inicialmente que atendiam aos critérios mencionados: quatro representantes da gestão (um da Gerência de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - SESA-ES; um da Comissão de Integração Ensino-Serviço/Região Metropolitana - CIES Metropolitana; um da área técnica estadual da APS; um da Gerência de Atenção à Saúde da SESA-ES; três do serviço, da ETSUS Vitória; dois de Instituição de Ensino Superior - IES; e um do Conselho Municipal de Saúde de Vitória - CMSV. Optou-se pela seleção de informantes-chave nos quatro grupos de interesse, contudo, foi localizado apenas um representante municipal do controle social para participação no estudo.

Realizou-se a coleta dos dados por meio de entrevista individual semiestruturada, utilizando um roteiro-guia elaborado sobre a temática que envolvia: compreensão de EPS; implementação local da PEPS; atores e instituições envolvidos na implementação da PEPS; recursos disponibilizados para as ações de EPS; instrumentos para o monitoramento e a avaliação das ações e; fatores facilitadores e barreiras para a implementação da PEPS no município. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

A análise do conteúdo das entrevistas foi realizada segundo a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011). Nessa técnica, organiza-se a análise em torno de três polos, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A primeira etapa consistiu na “leitura flutuante do material”, com o propósito de identificar os principais temas abordados na pesquisa. Na sequência, realizou-se a categorização do conteúdo e a codificação do material, com os recortes decididos na pré-análise. Utilizou-se como ferramenta o *software* MAXqda 16.0 para análise de dados qualitativos, possibilitando uma melhor maneira de trabalhar com os textos e facilitando a sua organização (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Por último, realizou-se o tratamento dos resultados, buscando interpretar o conteúdo para encontrar aquilo que se esconde sob a sabida realidade. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que proporciona o sentido à interpretação, tornando os dados mais fidedignos.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer nº 2.464.885/2018. Foram obtidas anuências das instituições coparticipantes da pesquisa e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado do Espírito Santo (FAPES), processo nº 83170561/2018. Para o sigilo das informações coletadas, os participantes foram identificados na apresentação dos resultados pela letra E, seguida do número da entrevista e grupo de interesse.

## RESULTADOS

A partir da análise dos dados emergiram cinco categorias empíricas responsáveis pela especificação do tema, a saber: Educação Permanente em

Saúde; histórico de implementação da PEPS; atores envolvidos na implementação da PEPS; fatores facilitadores e barreiras na implementação da PEPS; melhoria da efetivação da PEPS.

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Três diferentes conceitos de EPS foram identificados nas falas dos informantes-chave. O primeiro deles traz um sentido mais amplo da EPS, englobando outros conceitos, como o da própria Educação Continuada (EC), na prática nos serviços.

[...] a educação permanente é um grande guarda-chuva que engloba muitas questões, inclusive a educação continuada. E7 (Serviço)

O segundo conceito de EPS revelado relaciona-se a uma ação contínua, uma estratégia de transformação das práticas de trabalho, por meio da aprendizagem significativa e vivenciada pelos profissionais, atrelada às particularidades do contexto social e individual.

[...] proposta que veio a partir da noção de aprendizagem significativa de trabalhar a partir daquilo que é vivenciado pelo profissional [...]. E3 (Ensino e Pesquisa)

[...] é um olhar para realidade, é você olhar para o trabalho como um espaço com potencial de formar pessoas, de transformar vidas, de transformar modos de construir e de produzir. E4 (Serviço)

Ao destacar o terceiro conceito temos que este consiste na ausência de distinção entre os termos EPS e EC.

[...] na minha concepção eu acredito que é a mesma coisa, porque a palavra já diz continuada né, porque a gente está sempre aprendendo, a gente está sempre evoluindo. E6 (Controle social)

Dessa forma, observaram-se distintas compreensões quanto ao conceito de EPS entre os atores envolvidos na implementação da PEPS na APS local, o que

pode interferir na sua proposta quanto à transformação da prática profissional e do próprio processo de trabalho.

## HISTÓRICO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PEPS

Segundo os entrevistados, o processo histórico da implementação da PEPS na APS no município de Vitória-ES teve início antes mesmo da criação da PNEPS em 2004 e de suas configurações locais enquanto política pública. Segundo os relatos, capacitações institucionais eram promovidas pela SESA-ES, visando à melhoria no processo de trabalho e na transformação da prática profissional. Relacionaram, também, que a introdução do termo EPS no município ocorreu a partir de capacitações realizadas por um grupo de profissionais vindos do Estado do Ceará. Os trechos selecionados revelam esse momento:

Então, antes de 2004, já realizava a educação permanente. [...] A gente só não tinha essa terminologia. E1 (Ensino e Pesquisa)

E já começou a inserção desse conceito antes mesmo da implementação das diretrizes da política em 2004. E2 (Gestão)

A partir de 2004, após a mudança da gestão municipal, ocorreu uma modificação do foco da PEPS: as capacitações específicas das áreas profissionais deram lugar às estratégias formativas mais ampliadas e o movimento da EPS começou a tornar-se mais conciso, com a construção conjunta das estratégias de intervenção, principalmente no âmbito da APS.

[...] de 2004 pra cá, foi o foco menos nas capacitações específicas das pessoas que exerciam diretamente e mais com a capacitação generalizada, geral. Discutia a subjetividades, discutia a política, então o foco foi outro. E2 (Gestão)

[...] a supervisão foi tendo outro olhar, você vai para fazer junto [...] você constrói uma oficina, nessa oficina você constrói estratégia de intervenção [...] o processo ele foi caminhando principalmente na atenção primária [...] mudando muito o jeito de fazer. E8 (Gestão)

Nota-se que, em dado momento após o processo de implementação da política em Vitória, a ETSUS Vitória passou a ter destaque no processo de implementação da PEPS local, gerando mudanças quanto à sua organização e seu desenvolvimento no município.

[...] fortaleceu mais. Porque aí começa a introduzir de fato no Plano Estadual de Saúde a educação permanente, [...] ela tem que ser a base estruturante para poder termos as boas práticas. E1 (Ensino e Pesquisa)

[...] a criação da escola técnica de saúde do SUS ligada à secretaria de saúde de Vitória. [...] porque ela passou a ser uma referência para a gente tentar eliminar um pouco das lacunas de conhecimento ou de aprendizagem dos profissionais que exerciam atividade em loco. E2 (Gestão)

A partir das falas pode-se perceber que a prática de EPS é anterior à própria implementação local da PEPS, e que muito se ampliou a partir dela. Nesse processo, diversos atores tiveram um papel de destaque, a exemplo da ETSUS Vitória.

## ATORES ENVOLVIDOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA PEPS

O conjunto de atores envolvidos na implementação da PEPS na APS em Vitória inclui a gestão estadual e a municipal, por meio da ETSUS Vitória e parcerias com IES. Apesar das superintendências serem as responsáveis por conduzirem as políticas públicas para a região, cada local apresenta suas particularidades e, nesse contexto, em Vitória, a ETSUS Vitória destaca-se na implementação da PEPS como um espaço de articulação e parcerias, tendo seu cotidiano imerso na proposta da EPS, sendo elo principal na gestão e na articulação da política para o município e, também, para todo o Estado. Além disso, por ser a capital do Estado, Vitória possui capacidade financeira para realização de cursos e capacitações, promovidos até mesmo em parceria com o Estado, o que contribui para a implementação da PEPS local. Vários entrevistados citaram esse papel de destaque da ETSUS Vitória na implementação da PEPS na APS no município e em todo o ES:

Muito (parceria) com a gestão estadual. Existem movimentos assim junto com a, mais com o Estado, [...], porque ele faz a gestão de todos os municípios, então mais (parceria) com o Estado. E7 (Serviço)

As parcerias eu acho que elas se dão formal, formalmente, às vezes até por questão de repasse financeiro [...]. E na hora de executar, como a SESA não tem um instrumento físico, o espaço físico, ela acaba buscando a escola de Vitória como essa grande parceira, tanto que muitas vezes a ETSUS não capacita só os profissionais de Vitória, muitas vezes ela abre o espaço para uma parceria que a gente utiliza, acaba utilizando por estado inteiro. E8 (Gestão)

Vale destacar que na implementação da PEPS na APS em Vitória, a atuação da gestão municipal e de uma geração de profissionais e servidores comprometidos com o funcionamento dos serviços de saúde tornou o município protagonista no desenvolvimento das ações de EPS.

[...] ele (o município de Vitória) sempre vai ser uma vitrine pros outros municípios, porque é capital [...]. E eu vejo durante esses anos uma organização estrutural em termo de logística forte [...] E a articulação e implantação de colegiados, gestores, que é da política nacional de humanização, é uma ferramenta de suma importância para operar a política de educação permanente [...]. E7 (Serviço)

Apesar dos entrevistados considerarem satisfatória a atuação das instâncias estadual e municipal, destacaram que outros atores não demonstraram atuação significativa na implementação da PEPS na APS do município de Vitória. Exemplos citados foi o controle social, no papel do CMVS, e da gestão via CIES/ Metropolitana, conforme exemplos de trechos de depoimentos:

Acho que ainda esse é um grande desafio, de trazer o controle social pra dentro efetivamente, pra dentro da política de saúde. E8 (Gestão)

Então, as CIES são, na verdade, instâncias de, como é que a gente poderia dizer, de discussão, de debates, mas não de deliberação. E4 (Serviço)

Dessa forma, verifica-se que o município de Vitória exerce seu papel na organização e execução das atividades de EPS na APS para o município e também para todo o estado do ES, por meio da ETSUS Vitória e apoiada pelas instâncias de gestão municipais e estaduais e em parcerias com as IES.

## FATORES FACILITADORES E BARREIRAS RELACIONADAS À IMPLEMENTAÇÃO DA PEPS

No que tange aos aspectos facilitadores, nota-se que o próprio contexto histórico de implementação da PEPS no município traz uma trajetória com experiências de aprendizagens que foram adquiridas pelos servidores lotados tanto na ETSUS Vitória, quanto nas unidades de saúde e na área técnica, tornando-os mais engajados e comprometidos com a prática profissional e que a presença de recursos humanos qualificados nesses espaços favorece o desenvolvimento da PEPS na APS.

A qualidade dos recursos humanos, seja por ponto de vista técnico, seja por ponto de vista de compreensão permanente como assentada sobre a análise do trabalho real, cotidiano [...] esse é o facilitador. E3 (Ensino e Pesquisa)

Outro fator facilitador consiste na presença da ETSUS Vitória como local institucional para as iniciativas de EPS, que tem como responsabilidade atuar no ensino, pesquisa e serviço. Essa questão do lugar institucional faz com que se tenha ali um espaço para discutir, formular e executar as práticas, de acordo com a proposta da EPS, como relatado no trecho a seguir:

[...] nos fortalece muito aqui no município de Vitória na educação permanente por ser hoje Escola Técnica do SUS de Vitória e que é aqui que tá de nossa responsabilidade, ensino e serviço, pesquisa, toda a discussão de formação, quer dizer não, Vitória não faz nenhum curso mais que não passe pela escola, da gente ser o certificador né. E9 (Serviço)

Destacam-se, ainda, como fatores facilitadores: o papel essencial da SESA-ES no investimento, na contratação e capacitação de recursos humanos, e nas parcerias com a ETSUS Vitória e com outras instituições para execução das ações.

Quanto às barreiras para a implementação da PEPS na APS, ao se colocar em análise o trabalho em saúde, foram mencionadas dificuldades, dentre elas: as relações de poder que permeiam o trabalho; a desvalorização profissional; a ausência

de horário específico para planejamento e execução das ações pelos profissionais; além da necessidade das interações interinstitucionais e intersetoriais.

Há uma complexidade, mas que pode se fazer quando você articula, constitui projetos, trabalha onde [...] “tá” alinhado, gestão, atenção, instituição de ensino, população, os usuários, todos alinhados. E7 (Serviço)

O profissional quando ele para pra fazer há uma pressão muito grande, tanto do gestor quanto dos usuários, dos pacientes para que continue atendendo [...]. Então isso é um entrave, é uma dificuldade, a liberação. E1 (Ensino e Pesquisa)

Outra dificuldade relatada refere-se ao excesso de burocracia na utilização do recurso financeiro destinado para as ações de EPS, ou para a realocação da verba, deixando-a de ser prioridade para tais ações.

[...] existe certa burocracia, [...] mas quando ela é excessiva, às vezes complica. [...] a gente tem salas de aulas que os datashow estão sem funcionar, óbvio, que precisam de uma manutenção e até trocar, mas aí é processo de licitação [...], enfim, é todo um processo que você fica com a sala parada por que não tem, recurso tem, existe. E7 (Serviço)

Destacam-se, ademais, como barreiras que influenciam a implementação da PEPS na APS: a falta de compreensão do conceito de EPS pelos gestores e profissionais de saúde; e a incipiente avaliação e monitoramento das práticas de EPS e de seu impacto nos serviços de saúde, como relatado no trecho a seguir:

A gente tem a sistemática da avaliação mais imediata [...], a gente tem alguma coisa ainda muito incipiente começando a ser desenhada sobre o impacto [...], ainda a gente tem um longo caminho a percorrer. E4 (Serviço)

## **COMO MELHORAR? O OLHAR DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO SOBRE OS CAMINHOS POSSÍVEIS PARA EFETIVAÇÃO DA PEPS**

No sentido da efetivação da implementação da PEPS na APS em Vitória, foram sugeridas melhorias, dentre elas: o reconhecimento do papel de cada profissional no processo de implementação da PEPS; a compreensão do conceito

de EPS; e da sua importância em exercê-la na prática cotidiana e na própria formação em saúde dos profissionais.

[...] a gente ainda observa que muitos profissionais não entendem o que é educação permanente. [...] de vez em quando a gente observa que eles fazem as capacitações, mas na metodologia tradicional e não metodologias ativas, que a gente compreende que faz toda uma transformação de senso crítico, reflexivo que a gente gostaria [...] a gente precisa também trazer para essa discussão metodologias diferenciadas de aprendizado, de ensino-aprendizado. E1 (Ensino e Pesquisa)

Então, se não tiver credibilidade no serviço, [...] se não tiver um pouco de solidariedade com quem está na rede, [...] tipo assim, a validação do valor profissional de cada um, se o funcionário, o servidor de saúde não entender que ele está sendo valorizado, ele não embarca nisso, ele não acredita, não quer fazer o curso. E2 (Gestão)

Outra proposta sugerida consiste na maior articulação entre os profissionais de todas as instâncias interinstitucionais, a fim de capilarizar o alinhamento das propostas da política a todos e trazer consciência quanto às iniciativas/práticas de EPS.

Precisa fortalecer o diálogo de todos os setores como setor que desenvolve educação permanente. E1 (Ensino e Pesquisa)

Também foi relatada pelos informantes-chave a necessidade de fomentar a realização de uma prática mais adequada de monitoramento e avaliação das ações de EPS:

A partir do momento que eu qualifique melhor o monitoramento e a avaliação, porque na hora que qualificar, eu tiver um monitoramento que eu capilarizo isso, eu dou o feedback, eu passo isso, então eu começo envolver [...] os diversos serviços e setores um pouco mais. E9 (Serviço).

Nota-se que as sugestões dadas pelos informantes-chave se encontram em consonância com as principais barreiras também identificadas por eles, que influenciam na implementação da PEPS na APS no município.

## DISCUSSÃO

Para a efetivação da EPS é fundamental que haja a articulação permanente do quadrilátero da formação, viabilizando a transformação do modelo assistencial e uma educação que seja crítica e reflexiva visando à integralidade da atenção. A participação conjunta desses diversos protagonistas favorece a adoção das melhores soluções diante das dificuldades e necessidades vivenciadas no cotidiano dos serviços (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; SARRETA, 2009).

A institucionalização da PEPS possui, ainda, muitos entraves, sendo um deles a dificuldade de compreensão do próprio conceito de EPS (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017). Ademais, essa falta de compreensão afeta o planejamento e a execução dos processos educativos em saúde, com realização de ações que mais se relacionam à proposta da EC e que, por muitas vezes, acontecem de forma desarticulada da realidade dos serviços de saúde (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). Essa confusão entre os termos pode ser percebida neste estudo, com os distintos conceitos relatados pelos informantes-chave.

A EPS é definida como a transformação da prática a partir da problematização do cotidiano, estimulando novas formas de pensar. Por outro lado, a EC presume a ideia de reprodução das informações adquiridas (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017). Conforme Ferreira *et al.* (2019), acredita-se que parte desse não entendimento deva-se à formação profissional pautada no modelo médico hegemônico, com forte presença da cultura de uma educação fragmentada. Sendo assim, é imprescindível avançar na compreensão do conceito de EPS que rege a política e de suas práticas nos serviços, a fim de que sejam aprimorados tanto a formação em saúde quanto os processos de trabalho.

Quanto ao contexto histórico de implementação da PEPS na APS em Vitória, nota-se que as práticas de EPS antecederam a criação da PNEPS em 2004, assim como cita Peixoto-Pinto *et al.* (2010), sobre a tentativa da secretaria municipal de responder às lacunas de formação, a partir de 2002, desenvolvendo iniciativas para qualificação dos trabalhadores e formação de educadores. No Brasil existem 41 Escolas Técnicas do SUS (BRASIL, 2017) e a criação delas representa um espaço permanente de formação de pessoal de nível médio, no qual as discussões sobre a reflexão do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adquiriram

espaço, visando à qualidade do trabalho (COSTA, 2006). São espaços político-pedagógicos, formalmente instituídos, sendo desenvolvidos os processos formativos do profissional-cidadão e do cidadão-profissional-trabalhador, de forma ordenada e sistemática, para além da instrumentalização (GALVÃO, 2009).

Nesse sentido, observou-se a partir da visão dos informantes-chave que a ETSUS Vitória vem desempenhando um papel importante no desenvolvimento da EPS, constituindo-se como um espaço de discussão, formulação, articulação e proposição das iniciativas em curso, além de ser considerado um fator facilitador na implementação da PEPS no município. De acordo com Ferreira *et al.* (2019) e Romualdo (2017), desde a criação da ETSUS Vitória em 2010, o município de Vitória adquiriu autonomia na condução da PEPS local e também tornou-se ator-chave na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores do SUS no ES. A Escola teve a oportunidade de aperfeiçoar suas práticas educativas, administrativas e relações intra-intersectoriais e se destaca pela potência em gerar movimentos transformadores, individuais e coletivos, relacionados ao cuidado em saúde e à formação dos profissionais (ROMUALDO, 2017; PEIXOTO-PINTO, 2018).

Porém, apesar da gestão municipal de Vitória desempenhar um papel de destaque na implementação da PEPS local, necessita de maior articulação e parcerias com outras instâncias para o desenvolvimento da EPS na APS e efetivação da política. Assim como citam França *et al.* (2017) e Gonçalves *et al.* (2019), apesar de a gestão ter um papel de protagonista na implementação da política, ainda faz-se necessário um maior apoio dos níveis federal e estadual para fomentar a elaboração dos documentos oficiais que norteiam as ações/práticas de EPS.

Mesmo com a existência de espaços de discussão das propostas da PEPS em Vitória entre os atores envolvidos na sua implementação (ETSUS Vitória, gestão municipal e estadual, e CIES/Metropolitana) foi relatada a necessidade do seu fortalecimento, com participação e representatividade do quadrilátero da formação, sugerindo uma maior articulação entre os profissionais de todas as instâncias interinstitucionais, a fim de capilarizar o alinhamento das propostas da política a todos e trazer consciência quanto às iniciativas de EPS. Dado este também observado no estudo de Cavalcante *et al.* (2013),

principalmente quanto ao desempenho das CIES, que configura baixa a sua atuação na implementação da política, sugerindo ser preciso trabalhar o seu papel de articulação macrorregional. Assim como ainda é pouco expressiva a participação do controle social por meio do Conselho Municipal de Saúde, visto que alguns representantes desconhecem os preceitos da política, assim como o seu papel no desenvolvimento da mesma (NICOLETTO *et al.*, 2013). Nota-se no estudo de Souza *et al.* (2009), com conselheiros da Comissão de Educação Permanente para o controle social, a necessidade de investimento na formação de atores sociais comprometidos com o processo saúde-doença de sua comunidade, entendida como desafio à qualificação da participação social como prática cotidiana dos serviços de saúde.

Outras barreiras relatadas pelos informantes-chave referem-se às relações de poder que permeiam o trabalho e à ausência de planejamento para execução das ações de EPS na APS, sugerindo a necessidade de um reconhecimento do papel de cada profissional no processo de implementação da PEPS. Alguns estudos citam a função da gestão local na realização das iniciativas de EPS e que muitas vezes as práticas locais de EPS são dificultadas devido ao desconhecimento ou à não valorização por parte dos gestores da importância das ações de EPS para qualificação da gestão e melhoria da atenção à saúde, e também devido ao perfil inadequado dos gestores (SILVA *et al.*, 2016). Ademais, foi relatado o excesso de burocracia na utilização do recurso financeiro mesmo sendo este suficiente, assim como no estudo conduzido por França *et al.* (2017), cujo recurso para as propostas da PEPS é repassado, contudo sua administração se torna um desafio, com comprometimento na utilização e viabilização das ações.

Como proposta sugerida para melhoria da avaliação dos processos formativos, considerados incipientes e não medidores do impacto dos processos formativos de acordo com os objetivos da PEPS, os informantes-chave relataram a necessidade da realização de práticas mais adequadas de monitoramento e avaliação das ações de EPS. De acordo com Vieira-da-Silva (2014), não se pode limitar a avaliação à dimensão instrumental da ação, já que ela toma como objeto as práticas do cotidiano do trabalho, nos seus diversos âmbitos, envolvendo as intervenções sociais planejadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos resultados desta pesquisa são apresentados pontos cruciais sobre a PNEPS em âmbito local e para o seu aprimoramento no contexto do SUS. Tais achados visam contribuir para a melhoria do processo de implementação da PEPS na APS em Vitória-ES e, conseqüentemente, orientar a melhoria de outras políticas e ações de formação de recursos humanos em saúde, não somente no nível da APS, que foi foco deste estudo, como também em todos os demais níveis de atenção à saúde que, por vezes, são ainda mais complexos no que se referem às suas práticas de EPS.

No bojo da implementação da PEPS no município, foi possível identificar, no seu processo histórico, que as práticas de EPS antecederam a criação da própria política e, quanto à organização da PEPS, a presença e autonomia da ETSUS Vitória na formação em saúde e sua atuação nos processos formativos têm um forte papel no desenvolvimento das propostas da PEPS na APS.

As fragilidades quanto à atuação dos espaços existentes para o desenvolvimento da PEPS fazem-se presentes, principalmente, no que se refere à ausência da participação do Conselho Municipal de Saúde com atuação do controle social nas propostas da política. Assim, torna-se necessário o reconhecimento e a valorização, por parte do quadrilátero da formação, das práticas de EPS na melhoria da gestão e da atenção à saúde nos territórios.

Ademais, é necessário avançar na compreensão do conceito de EPS que rege a política e de suas práticas nos serviços por parte de gestores, profissionais de saúde, instituições de ensino e usuários, a fim de aprimorar tanto a formação em saúde quanto os processos de trabalho nos serviços — tendo em vista a imprescindível ruptura do modelo tradicional de atenção à saúde.

Uma importante limitação verificada relaciona-se à incipiente utilização de instrumentos de monitoramento e avaliação dos processos formativos, além do excesso de burocracia na utilização do recurso financeiro mesmo sendo este suficiente, o que consiste em entraves para o alcance do objetivo dessa política.

Diante das barreiras para implementação da PEPS em Vitória, foram sugeridas propostas de melhorias, como o fortalecimento dos espaços existentes de discussão das propostas da PEPS, com representatividade e participação dos atores

envolvidos, bem como o fomento por parte da gestão municipal de discussões que propiciem um alinhamento conceitual da EPS pelos gestores e profissionais de saúde dos territórios, com valorização e comprometimento em colocá-la em prática nos serviços. Além disso, citaram como necessário o investimento em instrumentos de avaliação pela gestão municipal em articulação com os diferentes atores, no que consiste a avaliação do impacto dos processos de formação e das práticas de EPS na qualidade da saúde e dos serviços prestados à população.

Apesar de permanecer como desafio a consolidação da EPS como uma política pública, tornam-se necessários o envolvimento e o compromisso nos espaços de discussão das instituições e atores implicados no seu desenvolvimento, como gestores, profissionais de saúde, instituições de ensino e usuários, pois vislumbra-se a contribuição desses potentes atores na implementação da PNEPS em seus diferentes níveis de atenção para a qualificação dos profissionais do SUS e melhoria da atenção à saúde da população.

## REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, R. M. S. *et al.* Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trab. educ. saúde.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 1-14, 2020.
- BARCELOS, M. R. B. *et al.* Trajetória da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória, ES. **Rev. Bras. Pesq. Saúde.**, Vitória, v. 4, n. 15, p. 69-79, out-dez 2013. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/rbps/article/view/7602/5265>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: Formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-13, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.651, de 10 de outubro de 2017**. Dispõe sobre a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2651\\_16\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2651_16_10_2017.html). Acesso em: 20 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica**. dez/2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- CAMPOS, K. F. C.; MARQUES, R. C.; SILVA, K. L. Continuing education: speeches by professionals of one Basic Health Unit. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-11, 2018.
- CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-10, 2017.
- CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The**

**Lancet**, [S.L.], v. 394, n. 10195, p. 345-356, jul. 2019. Elsevier BV. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31243-7)

CAVALCANTE, E. F. O. *et al.* Prática da Educação Permanente pela enfermagem nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 2, p. 598-607, fev. 2013.

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**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a história da Educação Permanente em Saúde. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, 2006. Disponível em: [https://mercosur.observatoriorh.org/sites/mercosur.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/2018/5\\_oficina\\_espec/patricia\\_poll\\_dos\\_projetos.pdf](https://mercosur.observatoriorh.org/sites/mercosur.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/2018/5_oficina_espec/patricia_poll_dos_projetos.pdf). Acesso em: 22 jul. 2021.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1613-1624, 2013.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretária Municipal de Saúde de Vitória. **Plano Municipal de Saúde de Vitória 2018-2021**. Vitória, 2018. Disponível em: [http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229\\_plan\\_mun\\_saude\\_2018-2021.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229_plan_mun_saude_2018-2021.pdf). Acesso em: 18 jul. 2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, mar. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 jul. 2021.

FRANCA, T. *et al.* Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino - Serviço: percepções dos gestores. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 144-154, set. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042017000700144&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000700144&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 jul. 2021.

GALVÃO, E. Cenário Nacional das Escolas Técnicas do SUS: a criação dos CEFOR no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, suppl. 2, p. 60-63, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FKdPs6b3KGjrDVVNYxcfxH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2021.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 12-23, ago. 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5rXN9qmbtGqyp4W4Xtwnzxb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

NICOLETTO, S. C. S. *et al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, 2013.

OLIVEIRA, M. *et al.* “Thematic Content Analysis: Is There a Difference Between the Support Provided by the MAXQDA® and NVivo® Software Packages? **Revista de Administração da UFMS** [Online], Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 72-82, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/reaufsm/article/view/11213>. Acesso em: 16 jul. 2021.

OLIVEIRA, N. M.; STRASSBURG, U.; PIFFER, M. Técnicas de pesquisa qualitativa: uma abordagem conceitual. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, Paraná - I SSN 1679 - 348X, v. 17, n. 32, 2017.

Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/17496>. Acesso em: 15 jul. 2021.

PEIXOTO-PINTO, E. E. *et al.* Desdobramentos da Educação Permanente em Saúde no Município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-96, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000100005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000100005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 21 jul. 2021.

PEIXOTO-PINTO, E. E.; ROMUALDO, J. L. Encontros, marcas e aprendizagens no caminho: a experiência da ETSUS-Vitória no projeto caminhos do cuidado. **Cadernos do Cuidado**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2018. Disponível em: <https://editora.observatoriodocuidado.org/index.php/CC/article/view/72/60>. Acesso em: 22 jul. 2020.

PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen.**, São Paulo, v. 4, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/viewFile/60/88>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ROMUALDO, J. L. **Memórias avaliativas: um olhar sobre a avaliação na ETSUS VITÓRIA.** Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação (Latu Sensu). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://docplayer.com.br/17662778-Concepcoes-de-educacao-permanente-em-saude-difundidas-porgestores.html>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para trabalhadores do SUS.** Franca: UNESP, 2009.

SILVA, L. A. A. *et al.* A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, Divinópolis, v. 6, n. 3, p. 2349-2361, set. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1027/1168>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SOUZA, F. L. *et al.* Educação Permanente para o controle social no SUS: a experiência de Sobral-CE. **Sanare (Sobral, Online)**, Sobral, v. 8, n. 1, p. 12-17, 2009.

TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da Qualidade, da Implantação e da Percepção dos Usuários. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In:* VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 77-94.



# A EXPERIÊNCIA DO APOIO INSTITUCIONAL NA ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE UTILIZANDO METODOLOGIAS ATIVAS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM AMBIENTE VIRTUAL

Francisco José Dias da Silva  
Luana Cruz Freire  
Wallace de Medeiros Cazelli

## CONJUNTURA/CENÁRIO

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) assumiu, desde 2019, o compromisso de estruturar suas ações com base na superação do desafio apontado pelo novo governo em “fazer do Espírito Santo referência em inovação e sustentabilidade, incorporação de tecnologia na gestão pública e promoção do equilíbrio social e regional” (ESPÍRITO SANTO, 2019a). Esse compromisso foi traduzido pela SESA-ES em quatro desafios para Gestão Estadual do SUS no Espírito Santo: ampliar e adequar a infraestrutura física e tecnológica do SUS para torná-la um ambiente de acesso resolutivo e acolhedor aos usuários; reorientar o modelo da atenção e vigilância em saúde, tornando a atenção básica mais resolutiva e integrada com a atenção especializada; modernizar e qualificar a resolutividade clínica e a gestão dos serviços de saúde; incorporar e desenvolver novas tecnologias e práticas de formação profissional, de inovação de ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS. Esses desafios nortearam a construção de um conjunto de projetos que posteriormente integraram o Plano Estadual de Saúde. Contudo, em função da pandemia, a SESA-ES foi impelida a reorientar suas ações para dar respostas à crise sanitária. Esta, por sua vez, inaugura um processo de apoio à reorganização e compatibilização dos instrumentos de planejamento com as ações do Plano de Contingência e de um novo alinhamento estratégico da SESA e das gestões municipais que estavam em seu último ano de gestão.

Em outubro de 2020 ocorreu a oficina de encerramento das atividades do Projeto de Fortalecimento da Gestão do SUS, desenvolvido no triênio 2018-2020 por meio do PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS) no Espírito Santo. Nesta oficina foram apontados pistas e desafios para a sustentabilidade das ações do Planejamento Estratégico nos anos de 2021 e 2022. Entre estes o realinhamento estratégico da SESA durante o período de pandemia e o acolhimento aos novos gestores municipais que assumiriam em janeiro de 2021, estes últimos vistos como sujeitos importantes para o alcance da consolidação das Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde. Para tanto, seria necessário um suporte aos mesmos para elaboração dos instrumentos de planejamento municipais de saúde em alinhamento às estratégias apontadas pelo Plano Estadual de Saúde.

## **ESTRUTURAÇÃO DO PROJETO**

O projeto surge para estruturação e sustentabilidade das ações de fortalecimento da cultura de planejamento e qualificação da gestão do SUS no Espírito Santo. A motivação para a sua concepção decorreu da necessidade premente de dar suporte técnico e institucional aos municípios que estariam iniciando uma nova gestão em plena pandemia da covid-19. Sabendo dos desafios que envolvem o 1º ano de governo somadas às obrigações legais de elaboração do documento que sintetiza as intenções políticas, ações estratégicas e propostas de intervenção para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população, elegemos essa agenda de trabalho como prioritária para a GPEDI/SSEPLANTS (Subsecretaria de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde) a ser executada em 2021.

A agenda executiva e operacional do projeto foi pensada no âmbito da GPEDI e, após validação com o gestor estadual foi objeto de pactuação no Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O pacto está descrito na resolução CIB nº16/2021, onde estão detalhadas as condições e regras gerais de execução do apoio aos municípios, bem como as atribuições de cada um dos atores envolvidos (ESPÍRITO SANTO, 2021). O público-alvo do projeto foram os 78 municípios capixabas, por adesão

voluntária (100% de adesão), contando com dois técnicos municipais indicados pelo gestor, totalizando 156 participantes. Os encontros foram programados para ocorrer entre março e agosto, em seis etapas mensais, divididas em três encontros em cada mês, organizadas de acordo com o cronograma que consta na tabela 1.

Para viabilizar a execução do projeto, foi necessária a identificação de potenciais parceiros internos, a saber, servidores da SESA com perfil de habilidades e competências compatíveis com um processo de trabalho de tutoria, interesse pela temática do planejamento e o desejo de se comprometer com o projeto que duraria seis meses. Os servidores identificados foram convidados pela coordenação do projeto, registrando aceite na maioria dos convites. Outros servidores manifestaram interesse e colocaram-se à disposição. Essa fase de mobilização foi importante para alinhar as expectativas, conceitos e objetivos. As chefias dos tutores também foram sensibilizadas para que o servidor pudesse ter seu horário protegido e realizar as atividades conforme o cronograma previamente pactuado.

Em 23 de março, foi realizado um seminário de abertura que contou com a presença do Secretário de Estado da Saúde, Dr. Nésio Fernandes, bem como com representantes do COSEMS/ES, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Ministério da Saúde. O evento também foi transmitido pelo YouTube tendo registrado cerca de 270 conexões.

Os encontros aconteceram todos na modalidade on-line, por meio de aplicativos de webconferência, Zoom e Google Meet. A dinâmica das oficinas também previu a observância da divisão regional, conforme o Plano Diretor de Regionalização (2020) vigente. Nesta perspectiva, elegemos quatro tutores para exercerem a função de coordenação regional, que por sua vez tinham a responsabilidade de: mobilização dos tutores e técnicos na região; condução da simulação das oficinas com sua equipe de tutores; ponto focal dos técnicos municipais para quaisquer eventualidades durante o processo; mediação da comunicação com a coordenação do projeto; interlocução com os gestores, por meio das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) sobre o andamento das atividades e gerenciamento de possíveis dificuldades que surgissem no decorrer das etapas. Os tutores coordenadores regionais foram atores fundamentais para a mobilização e sustentação do público-alvo durante todo o processo pelo seu papel de liderança e vínculo com as equipes municipais.

A etapa I teve como grande tema mobilizador o diagnóstico situacional. Promovemos um momento de precioso debate com uma especialista no tema sobre a relevância de se fazer um diagnóstico que subsidie a identificação das necessidades de saúde do território. Esse diálogo inicial foi um incentivo para que os técnicos realizassem apropriação crítica do conteúdo do PMS vigente; início da coleta de dados nos sistemas de informação oficiais e bases locais; início da escrita do diagnóstico situacional e constituição e institucionalização do Grupo de Trabalho (GT) Municipal previsto na pactuação bipartite.

O GT, instituído por meio de portaria municipal, foi composto por membros das equipes técnicas das Secretarias Municipais de Saúde nomeados pelo gestor com o objetivo de subsidiar as discussões e proposições de conteúdos para o PMS. O GT exerceu um papel essencial na socialização e compartilhamento da responsabilidade técnica de elaboração do documento que norteará as ações para a política de saúde no quadriênio que se iniciará. Os membros dos GTs e outros técnicos municipais participaram em diversos momentos e conteúdos específicos das oficinas mensais, fortalecendo o vínculo e responsabilidade coletivos na produção do plano.

A etapa II trabalhou o tema da identificação e priorização de problemas enquanto exercício fundamental para avançar na redação mais analítica do diagnóstico situacional. Debateu-se muito a questão dos problemas persistentes, ou seja, aqueles que já constavam no PMS anterior vigente, que na ocasião de sua escrita, em meados de 2017, apareciam como problemas a serem enfrentados e que ainda hoje, em 2021, emergiam como problemas identificados no diagnóstico decorridos quatro anos. O especialista convidado trabalhou bastante métodos e ferramentas utilizadas na identificação e priorização de problemas, reforçando a relevância do planejamento para a elaboração de políticas de saúde assertivas e compatíveis com as necessidades de saúde da população e também com a viabilidade de sua realização. Nessa etapa, observamos a consolidação gradual do GT enquanto espaço de troca, debate e afirmação coletiva da responsabilidade de elaboração do PMS.

A etapa III se configurou como um importante momento de alinhamento e consolidação de conceitos indispensáveis para a elaboração dos PMS. A especialista convidada trabalhou os conceitos de diretriz, objetivo, meta e indicador, destacando suas principais características, nuances e forma de escrita. Foi uma etapa muito

produtiva e proveitosa, onde técnicos municipais e tutores relataram mudança do olhar frente a sua própria maneira de organizar e planejar seu processo de trabalho. Os conceitos abordados nesta etapa proporcionaram aos técnicos municipais uma compreensão mais objetiva da fase que viria pela frente: a proposição de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). Também tiveram uma boa noção de como esse conteúdo deveria ser produzido em termos de formatação e conceito, com vistas a alimentação posterior do DIGISUS – DGMP (Sistema Digital dos Instrumentos de Planejamento – DIGISUS Gestor Módulo Planejamento).

A etapa IV se propôs a promover o encontro das referências técnicas dos níveis central e regional da SESA em um amplo debate com os técnicos municipais acerca das agendas prioritárias da política de saúde para o SUS capixaba, que deveriam constar nos PMS para o próximo quadriênio no que se refere aos temas debatidos: Atenção Primária à Saúde (APS), Assistência Farmacêutica, Rede de Atenção Materno Infantil, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Crônicos, Rede de Saúde Bucal, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador. Foram fornecidas sugestões de conteúdos para a proposição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores relativos a cada tema. Foi uma etapa de uma rica troca de experiências e afirmação de perspectivas de melhorias e avanços em importantes temas da política de saúde.

A etapa V contou com a mesma dinâmica de apresentações da etapa anterior, contando com a participação das referências da SESA do nível central nos seguintes assuntos: Regulação, Financiamento, Gestão do SUS e Gestão de RH, Ouvidoria e Participação Social. Também promovemos um debate sobre a importância de compatibilização do Plano Plurianual (PPA) com o Plano Municipal de Saúde.

A etapa VI concentrou esforços na formatação final do PMS, buscando preservar os prazos legais de envio do mesmo aos respectivos CMS ainda no mês de agosto. Considerando o árduo trabalho de fechamento da escrita do Plano, reservamos 75% da carga horária da última etapa para que os técnicos municipais tivessem tempo de viabilizar, junto ao seu gestor, os últimos ajustes do documento e tomar as providências necessárias para remeter o documento ao CMS para apreciação.

Nesta última etapa, a única atividade coletiva enfocou a importância dos PMS programarem as medidas de gestão na continuidade do enfrentamento da pandemia pela covid 19 e suas repercussões de médio e longo prazo na gestão da atenção à saúde.

Contamos com a participação de uma gestora da APS de um município do interior da Bahia e uma gestora de um município do interior do ES, ambos de pequeno porte, para falarem sobre os desafios no enfrentamento à pandemia e contar sobre suas dificuldades e experiências exitosas neste processo. Também contamos com a presença do Subsecretário de Estado de Vigilância em Saúde, fazendo uma exposição enquanto gestor estadual. Foi um momento importante para refletir sobre os efeitos da pandemia na organização da assistência, sobre quais estratégias deveriam ser incluídas no planejamento para o próximo quadriênio — estratégias adequadas para fazer frente ao perfil de pacientes com sequelas da covid-19 —, sobre o aumento da demanda por atendimentos na Atenção Ambulatorial Especializada, sobre o investimento massivo na imunização, dentre outros temas.

Ao longo do mês de agosto recebemos diversas fotos, de diversos municípios, registrando o momento de entrega do PMS ao CMS. Foram fotos recheadas de sentimento de missão cumprida!

Em setembro será realizado um seminário de encerramento com apresentação dos produtos e resultados do projeto. Também será promovida uma oficina sobre a alimentação do DIGISUS com os instrumentos de planejamento e seus respectivos prazos legais.

Importante registrar a interação da equipe do projeto com o Conselho Estadual de Saúde, por meio da sua Comissão de Mobilização Social. Essa interação possibilitou a realização de duas agendas virtuais com conselheiros municipais de saúde e técnicos municipais envolvidos no projeto, facilitando a interação desses com o controle social municipal desde a fase de elaboração das DOMI (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores) até a submissão do PMS à análise e deliberação dos respectivos Conselhos Municipais.

## **METODOLOGIA**

O apoio técnico e metodológico do projeto se fundamentou em processos educacionais voltados para uma concepção crítico reflexiva, de forma que a modelagem das atividades de cada etapa proporcionasse a reorientação nos processos de ensinar e aprender sobre o planejamento da política de saúde no âmbito do SUS. Sendo assim, o projeto trabalhou na perspectiva de que 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. Para isso, é essencial a superação da concepção bancária de educação, na qual um faz o depósito de conteúdos, ao passo que o outro é obrigado a memorizá-los (MITRE *et al.*, 2008). Nessa perspectiva, o desenvolvimento do projeto foi apoiado em uma prática política reflexiva e capaz de produzir uma nova lógica na compreensão dos processos de planejamento no SUS, pautada na crítica, na criatividade, na responsabilidade e no comprometimento.

Entendemos que essa seja uma estratégia de qualificação de trabalhadores da gestão municipal que é norteada pelo referencial da Educação Permanente em Saúde, voltada à necessidade de qualificação dos processos de elaboração, monitoramento e avaliação dos planos municipais e regionais de saúde, bem como para o avanço da organização das Redes de Atenção e Vigilância em Saúde orientadas pela necessidade de saúde da população. Sendo assim, essa proposta metodológica proporciona a formação de profissionais implicados com o SUS, com competência para executar abordagens qualificadas, eficientes e inovadoras na gestão do SUS na conjuntura de enfrentamento à pandemia de covid-19, sem comprometer a atenção às demais necessidades de saúde historicamente evidenciadas. Para tanto, a metodologia adotada envolveu um padrão mínimo na programação das etapas, conforme demonstrado na tabela 2.

A reflexão da prática é o alinhamento do conteúdo metodológico do termo de referência (TR) da etapa junto à equipe de tutores. A atividade é conduzida pela GPEDI e pelo ICEPi com o objetivo de preparar os tutores para as atividades que conduzirão ao longo do mês, bem como proteger um espaço para a reflexão da prática sobre a atuação enquanto tutores. Importante entender que toda aprendizagem acarreta a integração de dois processos muito diferentes: um processo externo de interação entre o indivíduo e seu ambiente social, cultural ou material, e um processo psicológico interno de elaboração e aquisição (ILLERIS, 2012).

O momento 1, que contemplava uma carga horária de quatro horas, era caracterizado pela presença de um especialista convidado para dialogar sobre o grande tema da etapa, proporcionando o alinhamento conceitual necessário ao processo de reflexão crítica aliado ao compartilhamento de experiências prévias dos técnicos municipais. A condução deste momento era na plenária estadual, onde contávamos sempre com uma média de 160 acessos no aplicativo Zoom.

O momento 2, que contemplava uma carga horária de oito horas, foi consagrado ao processo de tutoria. Os tutores, organizados em duplas, cada um acompanhando subgrupos de até seis municípios previamente estabelecidos, facilitavam e conduziam as atividades descritas no termo de referência. As atividades que constavam no termo de referência envolviam reflexões provocadas por meio de curtas-metragens; rodas de conversa sobre a experiência de coordenação do GT municipal e exposição de dificuldades e avanços; mediação de debate técnico para retomada da fala do especialista convidado para reforçar os conceitos discutidos e a ressignificação da prática; utilização de ferramentas visuais (Jamboard) para debate e formação de núcleos de sentido sobre os conteúdos compartilhados; utilização de estudos de casos com nomes fictícios (município de São Jorge); simulação das etapas de elaboração do PMS; orientação para as atividades autodirigidas (AAD) e resenha para construção do termômetro de esforço por etapa; momentos de avaliação e autoavaliação; oficina de trabalho utilizando ferramentas de planejamento, etc. Todo o conteúdo desenvolvido e elaborado para constar nas TRs foi produzido pela coordenação do projeto e contou com apoio pedagógico do ICEPi.

As Atividades Auto Dirigidas (AAD), contemplavam a carga horária protegida de 4h que os técnicos municipais dispunham nos respectivos serviços e junto ao GT municipal, para a prática dos passos projetados para a etapa, com o apoio a distância de seus tutores de referência, se necessário.

O momento 3, também com carga horária de quatro horas, era reservado à síntese das atividades para ressignificação dos conteúdos trabalhados, avaliação da etapa e orientação quanto às atividades inter etapas.

Todos os três momentos contavam com atividades orientadas por metodologias ativas, ou seja, um processo educacional que estimula a pessoa a assumir uma postura protagonista e responsável diante do seu processo de aprendizagem.

## O TERMÔMETRO DE ESFORÇO

Como uma das estratégias metodológicas para acompanhar o engajamento coletivo dos participantes e o êxito na execução das atividades propostas em cada uma das etapas com vistas a conclusão do PMS, adotamos um “termômetro

de esforço”. Este termômetro foi a formatação, a elaboração própria de um componente que estimulasse a participação de todos na construção, motivando o monitoramento das atividades nos momentos de dispersão e que retratasse a transformação do processo de planejamento no âmbito das Secretarias Municipais de Saúde, tendo em vista que sua gradação referia aspectos importantes da elaboração do PMS. Segundo Hartz (1999), a transformação de dados em informação bem como a sua utilização para a avaliação, requer a formulação de uma pergunta específica que orientaria a análise e os possíveis sentidos a serem atribuídos aos achados empíricos.

O “termômetro de esforço”, portanto, é um painel que reflete a produção das atividades dirigidas das etapas nos níveis dos subgrupos de municípios, traduzindo indicadores selecionados que vão agregando pesos a cada etapa, servindo de base para o acompanhamento das atividades de construção do PMS em cada município. Também possibilita uma visão da região e do estado quando consolidados nestes níveis, além de disparar ações de correção ou de intervenção para o alcance dos objetivos definidos. Funcionou também como um grande indicativo do engajamento dos tutores no âmbito de suas respectivas regiões, já que em sua grande maioria são servidores das superintendências regionais de saúde.

Cada indicador acompanhado pela dupla de tutores recebeu uma pontuação de zero a três, de acordo com critérios pré-definidos (tabela 3), por município, com a situação captada no último dia do período de dispersão. Essa análise foi realizada pela observação e coleta de informações direta aos técnicos municipais e pela resenha de atividades entregue por eles ao final de cada etapa. Na tabela 3 são apresentados os indicadores selecionados para o termômetro e os pesos de classificação para a avaliação dos tutores responsáveis.

A pontuação de cada indicador pode ser de zero a três, e o total alcançado a cada etapa é mensurado na proporção do total possível de pontos a cada etapa (total alcançado x 100 / total possível na etapa). A seguir, os itens mínimos para constar na resenha da etapa:

1. Andamento das reuniões do GT Municipal e sua produção escrita. A resenha deve observar os aspectos: oficialização do GT, periodicidade de reuniões e situação da produção do texto do PMS;
2. Apropriação do PMS vigente. A resenha deve observar os aspectos:

utilização do Plano Municipal de Saúde 18/21 na construção do 22/25, situação da análise do documento e da identificação dos desafios alcançados e superados no período, bem como a crítica do que pode servir de base para o PMS 22/25;

3. Elaboração do Diagnóstico Situacional. A resenha deve observar os aspectos: o estágio da construção do Diagnóstico Situacional para a elaboração física do PMS 22/25, a utilização do Guia rápido para elaboração do PMS e a situação da análise e da utilização dos dados;
4. Definição do elenco de problemas mobilizadores para o PMS. A resenha deve observar os aspectos: o nível de apropriação da situação de saúde do município pelo GT Municipal, o processo de discussão e definição do elenco de problemas mobilizadores pelo GT Municipal, a utilização de ferramentas de priorização (GUT, Exequibilidade, outras), pelo GT Municipal e apresentação/aprovação pelo gestor municipal dos problemas mobilizadores identificados pela equipe técnica;
5. Descrição dos problemas mobilizadores no diagnóstico situacional. A resenha deve observar os aspectos: escrita analítica pelo GT dos problemas relacionando possíveis causas e consequências na vida das pessoas caso não seja solucionado, a inserção de indicadores, tabelas e gráficos que auxiliem na demonstração do problema;
6. Proposição de Diretrizes para o PMS, sabendo que uma diretriz expressa ideal de realização e orienta escolha estratégica e prioritária, devendo ser definida guardando relação com as características epidemiológicas, organização da rede de serviços e agenda da Política de Saúde. A resenha deve observar os aspectos: discussão no nível do GT, no nível da Gestão Municipal, no nível do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e com o Prefeito para compatibilização com as propostas de governo;
7. Proposição de Objetivos para as diretrizes já estabelecidas, sabendo que os objetivos expressam resultados desejados, refletindo situações a serem alteradas; declaram e comunicam aspectos da realidade que sofrerão intervenções diretas, referindo-se ao que se deseja alcançar

- ao final do período considerado. A resenha deve observar os aspectos: discussão no nível do GT, no nível da Gestão Municipal, no nível do Conselho Municipal de Saúde e com o Prefeito para compatibilização com as propostas de governo;
8. Proposição de Metas para os objetivos já estabelecidos, sabendo que as metas expressam a medida do alcance do objetivo, ou seja, as metas devem ser quantificáveis. A resenha deve observar os aspectos: apresentação e validação das metas junto a Gestão Municipal;
  9. Temas da Etapa IV incluídos como conteúdo de uma diretriz ou objetivo do PMS, ressaltando que todos devem ser abordados pela agenda municipal e, portanto, explicitados no PMS, mesmo que somente na dimensão regional da saúde. A resenha deve relacionar os temas que estão sendo abordados no município. Os 12 temas: Atenção Primária à Saúde; Assistência Farmacêutica; Rede de Atenção Materno Infantil; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção à Urgência e Emergência; Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas; Rede de Atenção à Saúde Bucal; Vigilância Sanitária; Vigilância Ambiental; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Vigilância Epidemiológica;
  10. Temas da Etapa V incluídos como conteúdo de uma diretriz ou objetivo do PMS, ressaltando que todos devem ser abordados pela agenda municipal e, portanto, explicitados no PMS, mesmo que somente na dimensão regional da saúde. A resenha deve relacionar os temas que estão sendo abordados no município. Os cinco temas: Gestão; Financiamento; Regulação; Ouvidoria; Controle Social e Participação Popular;

No início de cada etapa, apresentávamos a situação do termômetro de esforço referente ao ciclo anterior. Esse era sempre um momento muito esperado, principalmente pelos tutores coordenadores regionais pois este passou a traduzir os resultados dos esforços de mobilização e protagonismo assumido em suas respectivas regiões. A figura 1 é uma das formatações gráficas que o termômetro era apresentado aos participantes.

A figura 2 foi apresentada na assembleia do COSEMS/ES, no mês de julho, em um momento determinante para os municípios no que se refere ao êxito da entrega do PMS finalizado. Essa figura retrata a adesão expressiva dos municípios ao processo, ilustrando sua trajetória no processo de conclusão das atividades relativas à elaboração do PMS como documento produzido coletivamente, fruto de reflexões e problematizações acerca do planejamento enquanto elemento indispensável para o sucesso de uma gestão que pretende transformar a vida da sociedade realizando entregas factíveis e conectadas com as necessidades reais do território.

## APRENDIZAGEM NO PERCURSO

Esse projeto é, sem dúvida, pioneiro no âmbito da SESA-ES, considerando-se seu caráter formativo no quesito planejamento e inovador no potencial de recolocação do planejamento no lugar de destaque para a condução de uma gestão orientada para resultados e entregas para a população. Nesse percurso agregamos muitos parceiros e entusiastas do projeto. Mobilizamos muitos atores nesta caminhada: gestores e técnicos municipais, técnicos da SESA do nível central e nível regional, conselheiros municipais e estaduais de saúde, especialistas convidados etc.

A tecnologia, ora grande aliada, ora grande entrave. Enfrentamos momentos de instabilidade de conexão com a internet e falhas de funcionamento dos equipamentos utilizados. Apesar disso, a tecnologia proporcionou a realização deste projeto sem custos e desgastes de deslocamento com veículos ou despesas com diárias. Também nos familiarizamos com o uso de ferramentas tecnológicas orientadas para dar suporte as atividades de cunho pedagógico, como o Jamboard, Mentimeter, Google Forms, etc.

Foi um enorme desafio a produção dos conteúdos de todos os termos de referência que orientaram a execução dos três momentos de cada etapa, principalmente pela necessidade de vinculação das atividades e seus respectivos produtos como subsídio para a etapa seguinte. Os conteúdos, as atividades, seus produtos e reflexões guardavam estrita relação com as etapas necessárias para elaboração do PMS. Todo o percurso foi pensado com o objetivo de ter o PMS pronto para ser executado, monitorado e reprogramado para alavancar o desempenho das políticas de saúde.

Os tutores, que em sua grande maioria são servidores das superintendências regionais de saúde, sem dúvida exerceram o protagonismo na condução das atividades com muita dedicação, compromisso com a qualidade das entregas, desejo constante de aprimorar sua atuação e incansável preocupação com as dificuldades que os municípios apresentavam nos desdobramentos das etapas. Esse processo também promoveu uma oportunidade de qualificação pessoal dos tutores e aprimoramento do seu processo de trabalho como referências técnicas regionais para redes temáticas, agravos em saúde, APS etc.

Foram muitos os ganhos secundários deste processo: engajamento pessoal e institucional, potencial desdobramento do projeto como curso de especialização em Planejamento e Gestão por meio do ICEPi, qualificação dos servidores da SESA em planejamento, promoção da integração e aproximação dos técnicos da SESA com os municípios, gestores mais conscientes da relevância do planejamento para o alcance de bons resultados para o SUS e, principalmente, a potencialidade dessa nova rede de técnicos estaduais e municipais para o fortalecimento da cultura de planejamento no SUS-ES e implementação de espaços institucionais de planejamento e gestão nas SRS da SESA e nas secretarias municipais de saúde.

Deslocar os técnicos estaduais e municipais de sua rotina, muitas vezes alienante, para um espaço onde se tornaram sujeitos do seu processo de trabalho, num movimento de construção de saberes, produção coletiva e solidária e de geração de resultados palpáveis e qualificados, PMS elaborados, talvez seja um dos ganhos que não se mede mas de grande impacto nesta trajetória de 12 meses (da concepção à conclusão do projeto).

## CONCLUSÃO

O *leitmotiv* que desafiou a GPEDI na condução deste processo, mesmo diante de um cenário desfavorável, foi a oportunidade de construção de uma rede colaborativa em escala estadual, integrando conteúdo técnico e inovação nas formas de ensinar e aprender. Um enorme desejo de apoiar os municípios e estreitar vínculos entre os níveis de gestão também contribuíram na motivação deste projeto, pois a cada ciclo de planejamento nos deparamos com as mesmas

fragilidades e impasses no que se refere a consolidação das políticas de saúde no âmbito das regiões, perpetuando alguns problemas e necessidades em saúde ainda sem solução definitiva.

Também fez parte desse desafio, construir um caminho que estimulasse o engajamento dos envolvidos, ao mesmo tempo valorizando a experiência acumulada de cada um deles em benefício do todo. Esse caminho de educação permanente foi “escolhido” pela utilização das metodologias ativas, ressignificando a relação dos envolvidos para com a rigidez das formas de aprendizagem a que foram expostos nas suas formações acadêmicas, principalmente na área da saúde. Somando-se a todo o desafio exposto acima, a execução desta empreitada em pleno período de isolamento social imposto pela pandemia da covid-19 força a prática de uma nova comunicação, por meio de ambientes virtuais, até então nunca utilizados nesta escala no âmbito da SESA.

Pois bem, chegando ao final do ciclo, podemos afirmar que todos esses pontos foram enfrentados com coragem e vencidos em diferentes medidas, alguns mais, outros menos, mas principalmente com o engajamento incansável dos técnicos, que a cada obstáculo interposto, seja ferramental ou metodológico, procurou a solução, fortalecendo o apoio institucional em toda a essência acadêmica de definição, resultando em harmonia e encontro de ideias na convergência de um planejamento legitimado nos territórios habitados pela população capixaba. Esse processo não finda aqui, mas abre a responsabilidade de não mais deixar parar a roda da qualidade no planejamento da saúde no SUS do Espírito Santo, promovendo a continuidade do apoio institucional para as etapas de execução e monitoramento dos PMS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS - Diálogos no cotidiano**. 2. ed. digital - revisada e ampliada. CONASEMS, Brasília/ DF, 2021.

DODGE, B. **Webquest: A technique for internet – based learning**. Tradução de Jarbas Novelino Barato, 1995. Disponível em: [https://www.dm.ufscar.br/~jpiton/downloads/artigo\\_webquest\\_original\\_1996\\_ptbr](https://www.dm.ufscar.br/~jpiton/downloads/artigo_webquest_original_1996_ptbr). Acesso em: 28 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Planejamento Estratégico 2019 -2022**. Secretaria de Estado da Saúde – SESA. 2019a. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>. Acesso em: 28 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023**. Secretaria de Estado da Saúde – SESA. 2019b. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Resolução CIBn° 16 de 22 de fevereiro de 2021**, Comissão Intergestores Bipartite – ES. 2021. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resoluc%CC%A7a%CC%83o%20CIB%20016%202021%20Projeto\\_de\\_Apoio\\_aos\\_munici%CC%81piosassinado%20\(1\).pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resoluc%CC%A7a%CC%83o%20CIB%20016%202021%20Projeto_de_Apoio_aos_munici%CC%81piosassinado%20(1).pdf). Acesso em: 28 jul. 2021.

HARTZ, Z. M. de A. **Institucionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationales over fast food and sur mesure over ready-made**. Cadernos de Saúde Pública, 1999, p. 229-260.

IBERT, C. E. **Saúde: planejamento e gestão pública municipal**. Brasília: CNM, 2020. (Coleção Gestão Pública Municipal: Novos Gestores 2021-2024). Disponível em: <https://www.cnm.org.br> ISBN 978-65-88521-09-0. Acesso em: 28 jul. 2021.

ILLERIS, K. **Teorias Contemporâneas da Aprendizagem**. 1. ed., Ed. Penso. Porto Alegre, 2012, p. 17.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 13, suppl, p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Acesso em: 28 jul. 2021.

## ANEXOS

Tabela 01. Cronograma das etapas

Etapa / Tema	Alinhamento de conteúdo	Momento 1: Especialista	Momento 2: Tutoria	Momento 3: Avaliação
Etapa 1 - Diagnóstico Situacional	15 a 19/03	23/03	24/03	31/03
Etapa 2 - Identificação e Priorização de Problemas	13/04	16/04	19/04	30/04
Etapa 3 - Conceituando Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI)	10/05	14/05	17/05	31/05
Etapa 4 - Proposição de DOMI Parte 1 (APS, Assistência Farmacêutica Redes e Vigilância)	14/06	18/06	21/06	30/06
Etapa 5 - Proposição de DOMI Parte 2 (Gestão, Financiamento, Ouvidoria e Controle Social)	12/07	16/07	19/07	30/07
Etapa 6 - Consolidação dos PMS e Seminário de Encerramento	09/08	13/08	16/08	31/08
Oficina Extra DIGISUS	Setembro			

Fonte: SESA/SSEPLANTS/GPEDI. Elaboração própria.

Tabela 02. Ciclo metodológico das etapas

Atividade	Carga Horária	Dimensão	Condução
Reflexão da prática e alinhamento de conteúdo	4h	Grupo de Tutores	GPEDI e ICEPi
Momento 1: Especialista Convidado	4h	Plenária Estadual	GPEDI e Tutor Coord. Regional
Momento 2: Tutoria	8h	Microrregião	Duplas de Tutores
Atividades Auto Dirigidas (AAD)	4h	Município	Duplas de Tutores
Momento 3: Síntese, Avaliação e Encerramento	4h	Plenária Regional	GPEDI e Tutor Coord. Regional

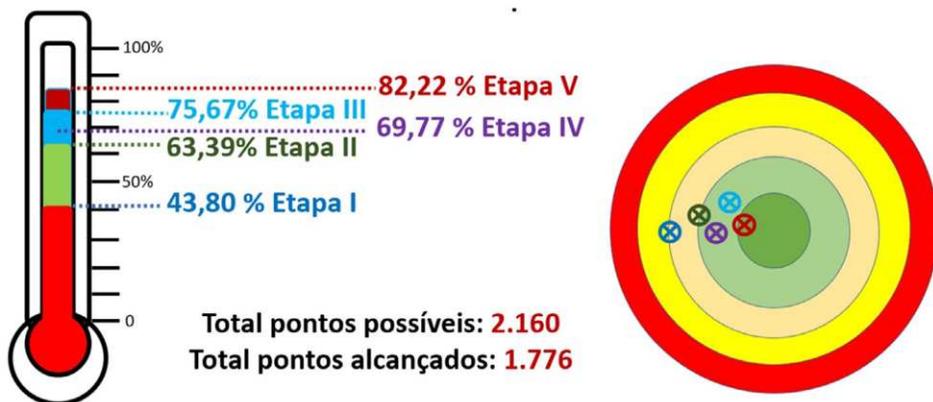
Fonte: SESA/SSEPLANTS/GPEDI. Elaboração própria.

**Tabela 03.** Indicadores e escala de pontuação para parametrizar a pontuação do Termômetro

Indicador	Escala de Pontuação			
	0	1	2	3
1 Situação do GT PMS	Não existe	Oficializado	Oficializado e reunindo-se periodicamente	Oficializado, reunindo-se e produzindo texto do PMS
2 Apropriação do PMS Vigente	Não localizado	Em leitura	Em análise	Subsidiando a escrita do novo PMS
3 Diagnóstico Situacional	Não iniciou	Em busca de dados e informações	Busca concluída e início da análise escrita	Análise escrita concluída
4 Definição de Problemas Mobilizadores	Não iniciou	Iniciou a definição dos problemas	Definiu os problemas para o PMS	Problemas aprovados pelo gestor
5 Descrição dos Problemas no Diagnóstico Situacional	Não iniciou escrita dos problemas mobilizadores	Iniciou a escrita dos problemas mobilizadores	Finalizou a escrita dos problemas mobilizadores	Inclusão de outros elementos na escrita analítica dos problemas.
6 Proposição de Diretrizes	Não iniciou discussão no GT	GT iniciou discussão	Diretrizes em discussão com a Gestão Municipal	Diretrizes em discussão no CMS
7 Proposição de Objetivos	Não iniciou discussão no GT	GT iniciou discussão	Objetivos em discussão com a Gestão Municipal	Objetivos em discussão no CMS
8 Proposição de Metas	Não iniciou discussão no GT	GT iniciou discussão	Metas apresentadas a Gestão Municipal	Metas com aval de viabilidade da Gestão Municipal
9 Temas da Etapa IV incluídos como conteúdo de uma Diretriz ou Objetivo	Nenhum tema discutido com a Gestão Municipal	Até 4 temas incluídos após discussão com a Gestão Municipal	De 5 a 8 temas incluídos após discussão com a Gestão Municipal	De 9 a 12 temas incluídos após discussão com a Gestão Municipal
10 Temas da Etapa V incluídos como conteúdo de uma Diretriz ou Objetivo	Nenhum tema discutido com a Gestão Municipal	Até 2 temas incluídos após discussão com a Gestão Municipal	Até 3 temas incluídos após discussão com a Gestão Municipal	De 4 a 5 temas incluídos após discussão com a Gestão Municipal

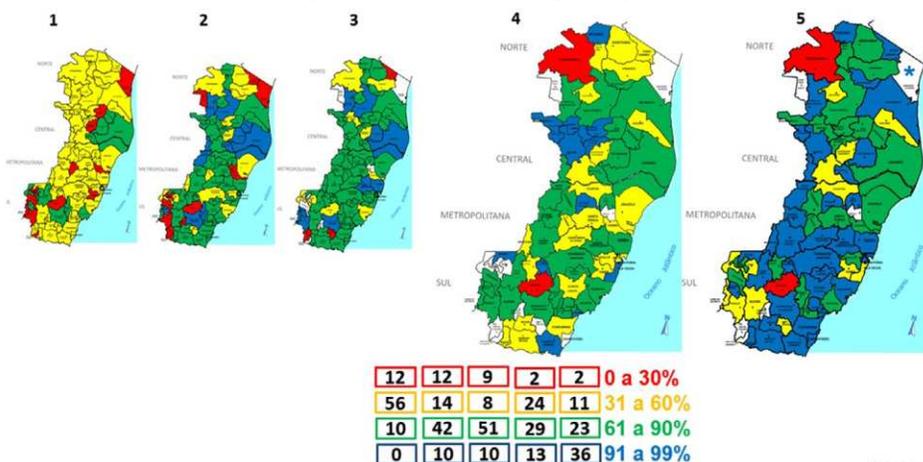
Fonte: SESA/SSEPLANTS/GPEDI. Elaboração própria.

Figura 01. evolução do termômetro estadual ao final da etapa IV



Fonte: SESA/SSEPLANTS/GPEDI. Elaboração própria.

Figura 02. evolução do termômetro estadual ao final da etapa V, apresentação em formato de mapa estadual, com número de municípios com nível de esforço por etapa:



Fonte: SESA/SSEPLANTS/GPEDI. Elaboração própria.



# EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS PARA A PRODUÇÃO DE MUDANÇAS NO AMBIENTE DE TRABALHO DA UNIDADE INTEGRADA DE JERÔNIMO MONTEIRO

Renata Abdalla Pires  
Manoela Cassa Libardi  
Luciana Machado Duarte

## A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FAZER EM ATO PARA PRODUZIR MUDANÇAS DE CENÁRIO

*Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo.*

(Paulo Freire)

Mudar determinados processos de trabalho certamente é um desafio para quem tem essa missão. Envolver os profissionais de forma a aderirem às novas formas de agir e/ou provocar neles a vontade de participar desse processo não é tarefa fácil. Em um hospital, onde a diversidade de opiniões, cultura e postura profissional se misturam e se entrelaçam, tanto o impacto das mudanças quanto a adesão às propostas de mudanças são mais dificultadas, pois a diversidade de atores locais precisa se reconhecer diversos, e na diversidade construir consensos, respeitando a autonomia de cada ator. Os consensos precisam ser traduzidos em mudanças locais e a definição do quais são de fato os problemas e as necessidades locais devem se traduzir na formulação de ações viáveis na prática. É nessa vertente que a Educação Permanente em Saúde (EPS) em suas dimensões conceitual, metodológica, contextual e política surge como a melhor estratégia de envolvimento das partes e de resolutividade dos entraves identificados por parte dos gestores.

A EPS busca desenvolver metodologias que propiciem uma melhor definição dos problemas e suas respostas educacionais, focando na reorganização do trabalho e redesenhando cenários através da pactuação entre atores institucionais, além de garantir uma prioridade dos processos educacionais na rede de serviços de saúde.

É importante diferenciar conceitualmente a educação permanente em saúde da educação continuada, embora sejam interligadas no sentido de que esta possa ser proposta de intervenção identificada em rodas de discussão daquela e ambas conferem especificidades ao processo ensino-aprendizagem. Enquanto a educação continuada é considerada como alternativa educacional mais centrada no desenvolvimento de grupos profissionais, seja através de cursos de capacitações, atualização e treinamentos de caráter seriado, a EPS, por outro lado, caracteriza-se como estratégia de reestruturação dos serviços a partir da análise dos determinantes socioeconômicos locais e dos valores e conceitos dos profissionais, propondo transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem.

As novas exigências para um desenvolvimento institucional, com efeito, impõem um novo modelo que propicie o trabalho cooperativo, a interação entre as experiências individuais e coletivas, a mobilização dos distintos saberes envolvidos no objeto saúde, que fomente a autonomia e a responsabilização dos profissionais e amplie seu compromisso com a missão institucional e com os resultados em saúde, e ainda, que flexibilize seu planejamento de modo a se beneficiar da aprendizagem institucional que se dá no transcurso das ações; o plano deve dar lugar ao processo, intencionando garantir maior participação dos profissionais nos processos decisórios, que não deve se restringir ao âmbito dos administradores.

## O CENÁRIO

A pandemia do novo coronavírus transformou o mundo e consequentemente a todos nós. Mortes, desespero, milhões de vidas na berlinda entre o adoecer e a possibilidade de morrer, de perder alguém amado. Cada pessoa que se encontrava internada pertencia a um núcleo familiar. A fragilidade do momento, a incerteza do que “virá depois”, o susto que foi para toda a população e

a necessidade dos profissionais de saúde, mesmo sem entender nada do que estava acontecendo, manterem-se de pé, conduzindo todo um processo de trabalho ainda muito desconhecido como “gerais” na linha de frente e no comando — pois o mundo sem saber lidar depositou em nós profissionais de saúde toda a sua esperança. Contudo, também somos humanos e frágeis, e muitas vezes nos sensibilizamos com o sofrimento alheio sem poder demonstrar a fraqueza, pois na concepção da maioria, nós teríamos a solução; fomos alento para muitos. O ano de 2020 será muito lembrado por quem passou pelos dois lados da moeda: o de adoecer e o de salvar; quem fez parte desta história pelo lado do “salvar” ficará na memória de muitos.

Nessa intensidade, nos deparamos com situações inusitadas e o despreparo para o enfrentamento da covid-19, seja pela restrição de insumos e/ou de recursos humanos. Isso fez com que a Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro — Hospital Estadual do sul do Espírito Santo, de pequeno porte localizado em um Município de 13000 habitantes e cujo foco prioritário estava nos atendimentos de clínica cirúrgica, em cirurgias eletivas — se deparasse com as mudanças exigidas pela pandemia e se adequasse imediatamente a um processo de trabalho veloz, incerto e totalmente desconhecido.

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), lavagem de mãos e álcool gel, nossos aliados! Certeza de que estávamos blindados com estes cuidados? Nenhuma! Ampliação de espaço físico e a construção de enfermarias: uma realidade proposta pelo governo e em meio a um desconhecido nos deparamos com ferragens, barulhos, poeira, furadeiras. Tudo muito rápido, muito acelerado, muitas demandas. Foi necessário agir!

Iniciamos com a montagem do comitê de crise da covid-19, com a formação de um grupo de profissionais, responsáveis técnicos, coordenadores e gerentes, infectologista e direção geral para decisões prioritárias de fluxos e definição de protocolos baseados nas Notas Técnicas que recebíamos da Secretaria de Estado da Saúde e que mudavam muito rapidamente e na mesma velocidade nos era exigido que nos adequássemos. Com isso, os profissionais de saúde assistenciais recebiam as informações decisórias e, quando absorviam um protocolo, este já estava sendo alterado por alguma Nota Técnica. A comunicação se tornou um caos, longe de ser efetiva.

Com a demanda imposta, a contratação de profissionais em caráter emergencial se tornou uma constante em nosso cenário e com isso foram gerados mais ruídos em nossa interlocução, pois cada um que chegava trazia consigo também a sua bagagem profissional e as suas experiências em outros locais de trabalho que ocasionalmente se confundiam com nossas rotinas, o que “atropelava” muito os processos de trabalho. Um número elevado de profissionais novos, uma obra física em meio ao caos, container instalado no pátio para a acomodação de óbitos por covid-19, correria, receio de acabar o estoque de insumos e EPIs, descumprimento de fluxos, resistências e descrenças por parte de alguns profissionais... O “achismo individual” tomou força e cada um começou a ditar as regras do fazer, sem rumo; ninguém sabia o que era o certo a seguir.

Através da Comissão de Educação Permanente em Saúde existente no hospital, da qual fazemos parte como membros executores, foram pensadas estratégias para que minimizassem esses conflitos, uma vez que o maior causador de tudo estava muito longe de ser combatido; pelo contrário, a cada dia as notícias que chegavam era de estado de alerta para uma “nova onda”.

Assim, como primeira estratégia, elaboramos um projeto de educação continuada junto ao comitê de crise sobre paramentação e desparamentação para o atendimento de enfermarias de covid, por entendermos que nivelar e padronizar as técnicas do uso de EPI era emergencial para evitar e/ou reduzir a possibilidade de disseminação da doença no ambiente hospitalar, além da tentativa de proteger o profissional de saúde da linha de frente de se contaminar.

Com o objetivo principal de estimular a cultura de segurança dentre os servidores do Hospital Estadual de Jerônimo Monteiro (UIJM), devolvendo-lhes a responsabilidade proativa no controle de transmissão do covid-19, bem como disseminando entre eles a importância da segurança do trabalhador e do paciente e, com a participação imprescindível do médico infectologista da unidade e de duas enfermeiras, iniciamos com os grupos de trabalho, onde foram convidados todos os profissionais que possuíam vínculo empregatício no hospital, compreendendo os setores de enfermaria, pronto-socorro, centro cirúrgico, recepção, radiologia, laboratório, farmácia, imobilização, residência, lavanderia, manutenção, higienização, cozinha/nutrição, equipe multiprofissional, motoristas, vigilantes e administrativo. Assim, com um total de 17 grupos formados, demos início aos

treinamentos teóricos e práticos acerca do tema proposto, dentro do turno de trabalho dos profissionais, o que gerou treinamentos no turno matutino, vespertino e noturno e, com a abertura ao diálogo, foi possível transmitir a informação desejada, tirar dúvidas dos participantes e compartilhar conhecimentos acerca de um tema tão desconhecido naquele momento. A metodologia utilizada foi aula expositiva e dialogada, com a utilização de recursos audiovisuais (datashow), bem como a simulação prática da paramentação/desparamentação adequada para o atendimento de pacientes com covid-19 e/ou suspeitos.

A intenção de promover esse treinamento foi dar a todos os servidores e colaboradores a oportunidade de um momento para conversar sobre a covid-19, trocar ideias com representantes do plano de contingência do hospital, da comissão de segurança do paciente e da comissão de educação permanente e, principalmente, que esse encontro os incentivasse a pensar na segurança no ambiente de trabalho, ou seja, na sua própria segurança, na segurança dos colegas e na segurança dos pacientes.

A equipe incansável que se propôs a realizar o treinamento atingiu com satisfação a participação de mais de 80% dos servidores no treinamento. A avaliação feita pelos servidores foi muito positiva e gratificante; elogiaram a iniciativa e solicitaram que não parassem com propostas como essa. Na nossa visão, foi um momento ímpar de aproximação e de envolvimento com e entre os profissionais. Um marco inicial para o desenvolvimento de novas ações dentro da Comissão de EPS.

A continuidade de certas fragilidades no cenário da pandemia e a manutenção de ações individuais, especialmente por parte da equipe de Enfermagem, retomou a necessidade da comissão de EPS de propor novas intervenções para os devidos ajustes, agora mais no relacionamento interpessoal de equipe do que técnico. O fluxo de rotinas e a diversidade de profissionais no hospital, além de seu desgaste físico e mental, estavam entre os motivos principais para que a comissão percebesse ser chegada a hora de novas intervenções.

Dentre as discussões presentes na Comissão de Educação Permanente, foram surgindo as seguintes perguntas: Quais processos de trabalho necessitam de mudanças? Como os atores envolvidos podem contribuir com ideias e processos? Como incentivar a participação e a cooperação desses atores?

Entendendo que a educação é um meio de modificação das pessoas e dos seus locais de trabalho, nessa busca por respostas, compreendemos que as metodologias participativas seriam as ferramentas mais indicadas para a busca da participação, contribuição, diálogo e, muito importante, a corresponsabilização dos atores envolvidos no processo. As metodologias revelam também as percepções, as tendências e os conflitos locais do campo de trabalho (SANTOS; JACOBI, 2017).

Para Tenório e Rozenberg (1997), “a cidadania só se consolida na presença de uma participação entendida como ação coletiva e exercício consciente, voluntário e conquistado”. E segundo Leite, Pinto e Fagundes (2020), “o trabalhador da saúde é o sujeito que constrói e organiza seu próprio conhecimento; sua aprendizagem se dá no processo de trabalho, em interação com a equipe de trabalho da saúde.”

Assim, o indivíduo se torna mais comprometido com mudanças, por meio da mobilização social, pela criatividade, companheirismo e inconformismo com a realidade que vivencia, tendo envolvimento direto com seus problemas na busca de soluções sem imposição ou qualquer tipo de coação. Gera-se uma consciência que resulta na compreensão das motivações para comportamentos de pessoas e grupos, e a participação desses atores encontra-se na conscientização sobre seus atos e da importância desses espaços de discussão dos processos que estão sendo vivenciados na prática (TENÓRIO; ROZENBERG, 1997).

Dessa forma, tínhamos como objetivo a compreensão da realidade por parte dos atores envolvidos, tendo a oportunidade de modificá-la. É importante dizer que sabíamos que apenas as discussões realizadas com a equipe não levariam à resolução de todos os problemas, sendo preciso implementar ações identificadas a partir dos problemas levantados. Além disso, trata-se de um processo interativo, com a necessidade de planejamento e ajuste durante todo o processo, conforme são identificadas as necessidades das pessoas e dos projetos (GELFIUS, 1997, apud VIONÉ, 2002). Por isso, nos relatos aqui presentes, procuramos discutir os impactos e os desdobramentos da utilização de metodologias participativas na condução de atividades propostas pelo grupo de Educação Permanente para a construção de planejamento e condutas que favorecessem os processos de trabalho da unidade.

Para o planejamento das novas atividades, optou-se por realizar o trabalho em pequenos grupos, em oficinas de moderação, de forma a criar espaços de confiança e compartilhamentos. Segundo Leite, Prado e Peres (2010) apud

Kalinowski e colaboradores (2013), “o grupo motiva o indivíduo e o indivíduo motiva o grupo; o indivíduo aprende com o grupo e o grupo com ele; assim, há destaque de que é importante a alternância entre trabalho individual e em grupo”.

Nesses encontros, a figura do facilitador assume um papel moderador e condutor para um grupo aberto à colaboração. Assim, sua função é incentivar a participação de todos os envolvidos, dar voz e sentimento de pertencimento ao grupo, planejando e debatendo os objetivos do encontro e acolhendo as expectativas dos participantes (BRASIL, 2020). Ao mesmo tempo, o facilitador é o responsável por conduzir metodologicamente o grupo, orientando as regras, técnicas, etapas e questões norteadoras do encontro, passando segurança e confiabilidade aos atores envolvidos (CORDIOLI, 2019).

Ainda segundo Cordioli (2019):

O termo moderar significa estabelecer equilíbrio, acordar regras de convivência, orientar e ordenar uma reunião, debate, treinamento, etc. O moderador é o elemento responsável por estabelecer esse equilíbrio, direcionando o grupo para o desenvolvimento harmônico do evento ou processo. Ele assegura o apoio metodológico, instrumental e afetivo para o grupo, orientando o desenvolvimento do trabalho.

E, dentro dessa vertente e entendendo a importância do grupo para as discussões, propomos a divisão dos profissionais em pequenos grupos, definindo três encontros iniciais. Ao todo participaram 47 colaboradores da equipe de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e responsáveis técnicos e gerentes.

As intencionalidades dos encontros foram descritas da seguinte forma:

Encontro 1: Colaborar com a identificação das fragilidades e potencialidades dos fluxos e processos de trabalho da equipe de enfermagem nos setores de clínica médica e clínica cirúrgica. Dar voz e sentimento de pertencimento aos colaboradores do setor no que tange à contribuição para tal identificação. Despertar o sentimento de grupalidade e comunicação em equipe.

Encontro 2: Colaborar com a identificação das ações resolutivas que respondem aos problemas identificados nos processos de trabalho da equipe de enfermagem nos setores de clínica médica e clínica cirúrgica. Dar voz e sentimento

de pertencimento aos colaboradores do setor no que tange à contribuição para tal identificação. Despertar o sentimento de grupalidade e comunicação em equipe.

Encontro 3: Colaborar com a construção do entendimento sobre tipos de comunicação e comunicação efetiva, contribuindo para a identificação dos principais problemas de comunicação nos processos de trabalho da equipe de enfermagem nos setores de clínica médica e clínica cirúrgica. Promover o debate e a reflexão sobre a comunicação em equipe. Dar voz e sentimento de pertencimento aos colaboradores do setor no que tange à contribuição para tal identificação. Despertar o sentimento de grupalidade e comunicação em equipe.

Nos primeiros dois encontros, optou-se por utilizar a Técnica da Visualização Móvel, que favorece a promoção de um debate acerca de um tema de forma visível e móvel, pois permite que as ideias descritas em tarjetas sejam ordenadas com flexibilidade conforme entendimento do grupo, podendo se alternar conforme condução do encontro. Para isso, utiliza-se uma tarjeta para registro de cada ideia, opinião ou concepção, facilitando a construção em conjunto das ideias no grupo (CORDIOLI, 2001; LIMA *et al.*, 2014).

Assim, no primeiro encontro, conforme os participantes foram chegando e encontrando seu lugar, realizamos um primeiro momento de acolhimento e em seguida demos início à oficina. Os únicos materiais disponíveis eram papel, pincel e fita adesiva. Parecia um método simples e que a princípio percebemos que foi encarado com ceticismo, mas conforme a oficina foi acontecendo, os atores perceberam que a proposta chegava a resultados surpreendentes, apesar da técnica simplificada.

Em cada grupo foram propostas as seguintes perguntas norteadoras:

1. Quais as fragilidades encontradas nos processos de trabalho da equipe de enfermagem?
2. Quais as potencialidades encontradas nos processos de trabalho da equipe de enfermagem?

Assim, as tarjetas foram distribuídas entre os participantes para registro das ideias conforme as orientações e, após o preenchimento com pincéis atômicos, as tarjetas foram fixadas em uma parede com fita adesiva, facilitando a visualização de todos os atores presentes durante toda a duração do encontro.

Após coladas na parede, as tarjetas foram reorganizadas de forma coletiva em núcleos de sentido, ou seja, tarjetas com a mesma concepção ou ideia eram organizadas em uma mesma categoria, ordenando as compreensões pelas ideias dos próprios participantes. O próprio movimento de reordenação das tarjetas promoveu uma rica discussão sobre as questões apresentadas. Isso se repetiu com a mesma metodologia em cada grupo, envolvendo os profissionais de ambos os turnos e plantões. As tarjetas de fragilidades e potencialidades foram arquivadas separadamente por grupos para o segundo momento.

Essa etapa foi gratificante para ambas as partes, uma vez que pudemos ouvir os profissionais em suas queixas, deixá-los nesse primeiro momento desabafar suas angústias, seus pontos de vista sobre o cenário de trabalho com relação às fragilidades pelas quais estavam passando, ao mesmo tempo instigando-os a visualizar as potencialidades existentes, por vezes suprimidas pelas demandas das queixas. Para nós, a etapa de avaliação ao final deste encontro era muito importante, pois queríamos entender como era a visão dos colaboradores ao serem ouvidos. Assim, a avaliação foi muito significativa, tendo um retorno muito importante para o grupo, e gerando entre os participantes a ideia e o sentimento de pertencimento, como era a intencionalidade inicial identificada no processo, dando voz e espaço para que cada um avaliasse o momento.

O período de dispersão foi de uma semana para que a comissão pudesse analisar as fragilidades apontadas por grupo e assim unificá-las em uma lista única. Foram elencadas 16 fragilidades na visão dos servidores de Enfermagem.

O segundo encontro, assim como o primeiro, veio cheio de expectativas de nossa parte e com muita receptividade por parte dos profissionais. Expectativas porque este seria um momento onde as discussões perpassariam pelas propostas de ações e um envolvimento dos servidores com a realidade identificada pelos próprios, garantindo a corresponsabilidade dos atos propostos para as mudanças intencionadas.

Dessa forma, apresentamos as fragilidades identificadas em todas as reuniões e, por motivos de otimização do tempo, em cada grupo foi solicitado aos participantes que sorteassem de duas a três fragilidades para serem trabalhadas. Após essa etapa, os problemas sorteados foram escritos novamente em tarjetas e fixados na parede para visualização de todos. Assim, em cada grupo foram feitas as seguintes questões norteadoras:

1. Quais as duas principais ações viáveis para resolução de cada problema?
2. Quais os responsáveis pela execução da ação?
3. Qual o prazo para sua execução?

Mais uma vez as discussões promovidas foram muito valiosas, pois além de identificarem as resoluções, os próprios participantes se colocavam como atores responsáveis pela resolução de diversos problemas, em uma atitude de corresponsabilização das ações identificadas.

Ao final do encontro de cada grupo, procedeu-se a habitual avaliação, onde pudemos observar a grande satisfação dos servidores em estarem sendo envolvidos no processo, contribuindo com os seus pontos de vista. A educação permanente através das rodas de discussão permite esta aproximação grandiosa e contribui para que as mudanças sejam de fato mais propensas de serem realizadas.

No período de dispersão, fizemos duas ações: a de compilar em um quadro os problemas, as ações identificadas, os responsáveis e os prazos para dar encaminhamento na resolutividade dos problemas apontados pelos grupos e a de preparar o terceiro encontro, que abordaria a comunicação efetiva, tema importantíssimo para dar seguimento aos propósitos da nossa comissão, pois percebe-se que, para que o processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar seja estabelecido de forma harmoniosa, é preciso a integração da equipe por meio de instrumentos de comunicação eficazes para que as práticas assistenciais e gerenciais estejam melhores articuladas a fim de garantir a adesão aos processos de trabalho e, conseqüentemente, a satisfação do usuário (BERGAMIM; PRADO, 2013).

Ora, se todo o caminho percorrido por nossa comissão ao levantar os problemas, estimular as potencialidades, gerar ações, responsabilizar os atores e definir prazos para as resoluções não se preocupasse com a comunicação efetiva, de nada adiantaria todo nosso empenho, pois uma equipe enfrenta várias dificuldades para atuar no estabelecimento de um trabalho interdisciplinar eficaz, sendo que uma das mais importantes é a falha na comunicação. Com isso, para que a comunicação entre a equipe multiprofissional seja efetiva, é imprescindível que cada profissional reconheça individualmente suas fragilidades e que seja capaz de se permitir desenvolver habilidades de modo a aplicar adequadamente o processo

de comunicação na assistência de cada área específica, reconhecendo-a como uma importante base para a interação com o cliente e com os outros profissionais (BROCA; FERREIRA, 2015).

Desta forma, nosso terceiro encontro foi pautado em dar o estímulo a cada grupo em reconhecer a importância da comunicação efetiva, de se permitir autoavaliar e avaliar o trabalho em equipe da unidade com relação à forma que se comunicam no cotidiano e se a comunicação existente está sendo o suficiente para o entendimento da equipe como um todo. Contamos com a participação da psicóloga da Unidade, que contribuiu efetivamente com a discussão.

Cabe ressaltarmos que a educação permanente só tem potência se articulada com a gestão, para ter capacidade de efetivamente interferir sobre os nós críticos da organização dos serviços e das práticas e possibilitar a construção de estratégias que são efetivamente levadas à prática, porque os atores participam da sua proposição. Assim sendo, todas as atividades propostas pela comissão foram participadas ao gestor hospitalar, bem como os produtos dos encontros e as ações intencionadas para a melhoria dos processos de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos, enquanto profissionais atuantes em Educação Permanente, de todos os desafios que envolvem os caminhos daqueles que se dedicam a promover a educação em saúde. Os relatos descritos aqui registram uma pequena parte desses desafios. Assim, essa experiência retrata uma das formas de resolução de conflitos mediante instrumentos reconhecidos e capazes de auxiliar o processo de trabalho das equipes, utilizando a educação permanente em saúde como estratégia para este fim.

Trabalhar com o cotidiano dos processos de trabalho na saúde e o fortalecimento do SUS não é tarefa fácil, mas é apaixonante. Os desafios nos convidam a experiências antes nunca vividas. A educação permanente acolhe, escuta, aproxima e ensina. Não em um modelo unilateral, onde há detentores absolutos do saber, mas em um modelo de construção coletiva, de ideias e compartilhamentos, de mudanças de opiniões e concepções e de transformações. Aqui narramos um dos desafios diante dos que vivemos diariamente. Sabemos

que o caminho é longo, mas não procuramos por atalhos. Temos certeza de que o caminho longo levará a encontros de pessoas com saberes diferentes dos nossos e que só assim, nos repetidos encontros e na construção coletiva, encontraremos um dos caminhos para o desenvolvimento dos processos de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- BERGAMIN, M. D.; PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 1, p. 134-137, fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **VIPP: manual de facilitação e visualização em processos participativos**. 1. ed. Brasília, 2020.
- 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, jul./set. 2015.
- CORDIOLI, S. **Enfoque participativo: Um processo de mudança. A arte da moderação de processos participativos**. 2ª ed. rev. ampl. 2019, 252 p.
- KALINOWSKI, C. E. *et al.* Metodologias participativas no ensino da administração em Enfermagem. **Interface**, v. 17, n. 47, p. 959-967, dez. 2013.
- LEITE, C. M.; PINTO, I. C. M.; FAGUNDES, T. L. Q. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia? **Trab. Educ. saúde**, v. 18, s. 1, p. 1-15, 2020.
- LEITE, M. M. J.; PRADO, C.; PERES, H. H. C. **Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010.
- LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface**, v. 21, n. 61, p. 421-434, abr./jun. 2017.
- LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C.; PADILHA, R, Q.; GOMES, R. **Processo de construção de perfil de competência de profissionais**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. 9p. Disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/Documents/LatoSensu/nota-tecnica-competencia-profissionais.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- SANTOS, V. M. N.; JACOBI, P. R. Educação, ambiente e aprendizagem social: metodologias participativas para geoconservação e sustentabilidade. **Ver. Bras. Estud. Pedagog.**, v. 98, n. 249, p. 522-539, maio/ago. 2017.
- TENÓRIO, F. G.; ROZENBERG, J. E. Gestão pública e cidadania: metodologias participativas em ação. **Rev. Adm. Pública**, v. 31, n. 4, p. 101-125, jun. 1997.
- VIONÉ, G. F. **Metodologias participativas na construção de planos de desenvolvimento local**. 2002. 47 p. Monografia (Pós-graduação em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Soropédica, 2002. Disponível em: [http://www.emater.tche.br/site/arquivos\\_pdf/teses/Mono\\_Gilmar\\_Vione.pdf](http://www.emater.tche.br/site/arquivos_pdf/teses/Mono_Gilmar_Vione.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.



# EDUCAÇÃO PERMANENTE: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE COMBATE A ENDEMIAS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 NO ESPÍRITO SANTO

Raiany Boldrini Christe Jalles  
Marina Lima Daleprane Bernardi  
Carolina Perez Campagnoli  
Maria Fernanda Moratori Alves  
Camilla Verane Delboni Telles  
Érika Saiter Garrocho

## INTRODUÇÃO

Ao fim de janeiro de 2020, o novo coronavírus superou as fronteiras da China e levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII). No Brasil, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), por meio da Portaria GM/MS nº 188 de 03 de fevereiro de 2020, conforme o Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011. Desde então, o reconhecido empenho no enfrentamento à pandemia de covid-19 gera repercussões previsíveis e imprevisíveis aos indivíduos em qualquer parte do planeta (ESPÍRITO SANTO, 2020a).

No Brasil, o enfrentamento à pandemia vem manifestando suas exigências emergentes ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para atender às necessidades em saúde dos indivíduos, relativas às implicações da covid-19 e ou às mais diversas demandas manifestadas pelos indivíduos em seus territórios, o (re)dimensionamento dos fluxos na atenção à saúde revela-se como estratégia fundamental para o equilíbrio desse sistema (BRASIL, 2020d).

Investir na organização da Atenção Primária à Saúde (APS) demonstra, em qualquer circunstância, o empenho do aparelho público em estabilizar o sistema e solucionar grandes gargalos encontrados ao longo da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS) (ESPÍRITO SANTO, 2021b). Como principal porta de entrada

dos usuários, a partir de seus atributos – acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural – e de seu alto poder de capilarização, a APS funciona como um filtro na organização dos serviços de saúde, evitando o colapso do sistema (BRASIL, 2017).

Esse acesso tão fundamental à RAVS tem função indispensável no enfrentamento à pandemia, em qualquer etapa de seu curso. Para garantir a excelência do seu serviço, a APS vem investindo em diversos processos educativos para nortear seus atores em suas competências individuais e coletivas (BRASIL, 2020b, 2020c, 2020d, 2020e, 2021; ESPÍRITO SANTO, 2020a, 2021a).

Dados os diversos cenários epidemiológicos apresentados na pandemia, seja na paralisação ou na retomada das atividades nos serviços de saúde, preconiza-se que os profissionais da APS estejam devidamente preparados para garantir a qualidade e resolutividade dos cuidados primários. A reorganização dos serviços se faz através das informações disponíveis no sistema de saúde, da situação epidemiológica do território, do corpo de profissionais da saúde apto a responder com qualidade às demandas de saúde de seus territórios, assim como o investimento em recursos humanos e ações educativas para tal (ZINGRA, 2020).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), por sua vez, através de seu amplo conhecimento sobre o território – nos aspectos demográficos, sociais, culturais, ambientais, epidemiológico e sanitário – e acesso ao mesmo tempo, promovem vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. Esses profissionais realizam visitas domiciliares regulares e ações educativas individuais e coletivas, na Unidade Básica de Saúde (UBS), no domicílio e em outros espaços da comunidade; monitoram a situação de saúde das pessoas vinculadas ao seu território; identificam e registram situações interferentes no curso das doenças, casos suspeitos de doenças e agravos, encaminham esses usuários para a unidade de saúde de referência e comunicam o fato à autoridade de saúde responsável pelo território; difundem informações e estimulam participação da comunidade nas políticas públicas direcionadas ao campo da saúde (BRASIL, 2017).

Torna-se, portanto, indispensável investir na qualificação dos ACS e ACE para robustecer as ações de enfrentamento preconizadas na APS. No exercício de seus atributos, esses profissionais representam força de trabalho essencial para

a contenção da transmissão da Sars-Cov 2, para o não agravamento das pessoas acometidas pela covid-19, assim como para o controle dos agravos psicofísicos advindos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, somados ao conjunto de mazelas vivenciadas pelas pessoas no cotidiano dos serviços (SARTI *et al.*, 2020).

Qualquer ação de saúde desenvolvida pela APS, referente ou não ao enfrentamento à pandemia da covid-19, deve vincular-se, necessariamente, à Educação Permanente (EP) na saúde. Ao permitir o encontro entre a formação e o serviço prestado, a EP promove diálogos e reflexões sobre o processo de trabalho e possibilita o aprimoramento dos profissionais e das práticas de saúde, com vistas à qualidade e resolutividade na oferta de cuidado (FERREIRA *et al.*, 2020).

Esse processo de constante aprendizado e atualização profissional insere-se nos Serviços de Saúde com intuito de transformar os processos formativos e fortalecer o trabalho na APS. A educação em saúde tornou-se destaque a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003. Nesse contexto, ela foi institucionalizada como Política de Educação em Saúde com propósito de reorientar a formação profissional com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da APS e na integração entre as Instituições de Ensino Superior, serviços de saúde e comunidade. Desde então, a trajetória institucional da Educação em Saúde vem contribuindo como importante alicerce para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018; FERREIRA *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) vem oferecendo apoio institucional aos 78 municípios do estado para reposicionamento da APS no enfrentamento à pandemia. Desde então, esse suporte ancora-se no extenso conhecimento global sobre APS e experiências mundiais no enfrentamento à covid-19, que culminaram na produção do instrumento Agenda de Resposta Rápida para Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à Covid-19 (ARRAPS), em sua versão original e complementar, elaborado pela SESA (ESPÍRITO SANTO, 2020; ESPÍRITO SANTO, 2021); e Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde, produzido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em quatro versões (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c; BRASIL, 2020d; BRASIL, 2021).

## OBJETIVO

O presente relato propõe retratar a experiência da educação permanente na qualificação dos ACS e ACE no território capixaba para o enfrentamento à pandemia da covid-19 entre novembro de 2020 e abril de 2021.

## PERCURSO

O presente relato descreve a qualificação dos ACS e ACE no ES realizada entre novembro de 2020 e abril de 2021. Esse período contou com duas oficinas, composta na grande maioria por esses profissionais atuantes de todo o território capixaba. Esses eventos pretenderam induzir os municípios a organizarem o processo de trabalho em seus territórios para o enfrentamento à covid-19.

A proposta foi idealizada e coordenada pelo Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) e contou com a parceria das Superintendências Regionais de Saúde (SRS) do ES; do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa, Inovação e Saúde (ICEPi); do Conselho Nacional de Secretários Saúde (CONASS) e do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do ES (COSEMS) na preparação e aplicação das oficinas.

Cada oficina teve duração média de três horas. O aporte teórico que norteou cada encontro foram os instrumentos Agenda de Resposta Rápida para Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à Covid-19 (ESPÍRITO SANTO, 2020a; ESPÍRITO SANTO, 2021a); e Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c; BRASIL, 2020d; BRASIL, 2021). Essas oficinas foram virtuais e síncronas, conduzidas pelo corpo técnico do CONASS. As discussões proporcionadas no evento foram mediadas por representantes do NEAPRI e das SRS, através do chat.

Para melhor compreensão do processo descreveremos didaticamente o desenvolvimento dos encontros.

### PRIMEIRO CICLO DE QUALIFICAÇÃO:

O evento da primeira etapa ocorreu entre novembro e dezembro de 2020, período caracterizado pela ausência na oferta de vacinas contra o Sars-Cov-2

e pela instabilidade na oferta dos serviços na APS, ainda que os instrumentos teóricos norteadores recomendassem a retomada das visitas (peri)domiciliares dos ACS e ACE.

O convite à participação no evento foi encaminhado pelas SRS aos respectivos coordenadores municipais de APS, e estendido aos demais profissionais das equipes e coordenadores de Vigilância em Saúde de cada município do estado. Para estimular uma maior interação entre o facilitador e os participantes, organizou-se a oficina por região de saúde – norte, central, metropolitana e sul (ESPÍRITO SANTO, 2011) – em um total de dez turmas disponibilizadas. As SRS, de forma articulada com as gestões municipais, sistematizaram datas e horários protegidos de trabalho para garantir a participação dos profissionais da APS e o acesso às tecnologias de informação disponíveis no município.

O conteúdo programático da oficina discutiu o papel desses profissionais no enfrentamento da covid-19 com as seguintes temáticas:

- Conhecimento acerca da covid-19 e orientação para a população;
- Processos do cuidado em saúde no enfrentamento à covid-19, tais como: rotina de trabalho dos agentes; estratégia de comunicação; acompanhamento dos usuários com condições crônicas; e roteiro de visita domiciliar em tempos de pandemia.

Os encontros foram finalizados com a apresentação de proposições para o enfrentamento da covid-19 e para o cuidado com a população do território na retomada da rotina de trabalho.

Participaram das oficinas da primeira etapa 3.819 profissionais, com representação de todas as SRS do estado. Desses participantes, 2.501 representavam as Regiões de Saúde Norte, Central e Metropolitana, o que corresponde a 48,5% dos profissionais da APS registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no período equivalente a essa primeira etapa de qualificação (BRASIL, 2020a). Dos 78 municípios do estado, participaram profissionais de saúde lotados em 74 municípios, o que corresponde a 94,8%. Essas estimativas demonstram a capilarização da informação no território capixaba e representam um avanço na construção dos processos educativos, ainda que esses registros não tenham sido devidamente computados por todas as SRS.

Além dos agentes, participaram da oficina coordenadores municipais de APS e de Vigilância em Saúde e enfermeiros de ESF, destacando-se a presença de profissionais de saúde atuantes nas aldeias indígenas do estado.

Observou-se intensa participação dos ACS e ACE via chat para esclarecimento de dúvidas, exposição de dificuldades, experiências e opiniões ao longo da oficina, o que destaca a relevância do evento.

Embora a avaliação das oficinas não tenha sido padronizada à todas as regiões de saúde, de modo geral, destacou-se uma expressiva quantidade de comentários positivos sobre o encontro via chat. Os participantes avaliaram o evento como relevante estratégia de esclarecimento aos profissionais, elogiaram a linguagem dos comunicantes mediadores, relataram sua satisfação com a experiência e a pretensão de melhorar sua prática cotidiana de trabalho.

Quatrocentos e setenta e três (473) dos participantes da SRS Metropolitana responderam a uma avaliação virtual – Google Forms – ao final das oficinas. Considerando a junção das respostas “regular”, “satisfeito” e “muito satisfeito”, registrou-se entre 98,3 e 98,7% como retorno proveitoso ao evento; e considerando apenas as respostas “Satisfeito” e “Muito satisfeito”, foram registrados níveis de satisfação entre 92,6% e 93,6%.

## SEGUNDO CICLO DE QUALIFICAÇÃO:

O evento da segunda etapa aconteceu em abril de 2021, período caracterizado pela retomada da rotina nos serviços de saúde, ainda que não atingisse a totalidade dos mesmos de forma regular, e pelo desenvolvimento progressivo das ações de vacinação.

Esse novo contexto propôs adaptações relativas ao conteúdo programático da primeira capacitação, discutindo o papel dos ACS e ACE no enfrentamento da covid-19 com ênfase nas seguintes temáticas: rotina de trabalho dos agentes; busca ativa de contatos; orientação da abordagem de visita (peri)domiciliar; utilização de oxímetros e outros instrumento de monitoramento de competência dos ACS e ACE; acompanhamento dos usuários com condições crônicas; cuidado com a população do território na retomada da rotina de trabalho. Além dessas abordagens, o NEAPRI apresentou o painel covid-19 por Unidade Básica de Saúde (UBS) objetivando o desenvolvimento de competências de vigilância na APS.

Sob a mesma lógica organizacional, estabeleceu-se uma turma para cada região de saúde, conforme o Plano Diretor Regional pactuado em dezembro de 2020, que conta com as regiões centro-norte, metropolitana e sul (ESPÍRITO SANTO, 2020). Entretanto, essa ocasião excedeu a capacidade do ambiente virtual, que atingiu lotação máxima nas três salas disponíveis, limitada a 500 acessos. Diversos profissionais não conseguiram acessar sincronicamente a capacitação, o que motivou a programação de novas turmas para qualificação desses profissionais. Ofertou-se, deste modo, mais uma turma para cada região de saúde, o que corresponde a um total de seis turmas para a segunda oficina.

Essa ocasião contou com 1637 participantes de 68 municípios do estado, sendo 1132 ACS, 390 ACE, 15 coordenadores de APS, 13 coordenadores de vigilância, 44 enfermeiros, dois médicos, 18 técnicos de enfermagem, 16 outros profissionais de nível superior e sete gerentes de UBS.

Os participantes manifestaram-se via chat, satisfeitos com o momento da qualificação. Dos 733 participantes que responderam a avaliação do evento, via Google Forms, 731 (99,7%) dos participantes consideraram-no como bom ou regular, e consideraram o conteúdo abordado importante; 727 (99,2%) responderam que a web oficina agregou valor à prática de trabalho, e 418 (57%) haviam participado da primeira oficina.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância desse evento se justifica diante do avanço abrupto da covid-19 em proporções mundiais, do impacto gerado no SUS, e da necessidade impreterível em enfrentar a pandemia mediante alta velocidade de divulgação dos dados e a existência de variadas fontes de informação.

Nesse contexto em que o trabalho em saúde passa a incluir novas demandas emergentes, as equipes de saúde devem ajustar o “cuidar” aos usuários do sistema e enfrentar, de forma colaborativa e interprofissional, todas as necessidades advindas das inúmeras mudanças sociocomportamentais dentro das sociedades neste processo pandêmico, tanto questões diretamente vinculadas a sintomatologia, diagnóstico e tratamento da doença quanto às alterações no

estilo de vida relativas ao aumento do convívio familiar e alterações na rotina de práticas de atividades físicas e alimentares (ESPOSTI *et al.*, 2020).

A educação continuada constitui como excelente estratégia de aproximação entre os profissionais da assistência e os profissionais da gestão para aquisição de saberes, aperfeiçoamento de práticas e utilização de novas ferramentas, como as tecnologias de informação e comunicação e as mídias sociais (MACIEL *et al.*, 2020). A presente experiência, portanto, demonstra a ação educativa em saúde a esses profissionais, em especial os ACS e ACE, como uma estratégia viável, satisfatória, relevante, estimuladora, que possibilitou o compartilhamento de saberes, o esclarecimento das dúvidas cotidianas no processo de trabalho, reforçou o vínculo e o acesso à informação.

As oficinas virtuais oportunizaram alcance de grande número de participantes, embora a dificuldade de acesso à tecnologia e as dúvidas no preenchimento dos formulários tenha sido relatada por alguns participantes, mesmo que tenha sido pactuada previamente com as gestões municipais a realização da capacitação em horário de trabalho, com a disponibilização da infraestrutura tecnológica disponível no município, bem como com apoio dos outros profissionais das equipes de saúde para o manuseio dos equipamentos durante as oficinas.

Além disso, percebeu-se que o número de acessos que ingressaram na web oficina era maior do que o número de registros de presença, já que em um único acesso possibilitou vários profissionais participarem das oficinas. Todos esses fatores contribuíram para a subnotificação dos dados e, conseqüentemente, prejudicaram a percepção real do evento. No entanto, vale mencionar que as dificuldades relativas à educação digital também são referidas por outros atores de outras áreas vinculadas ao ensino no território brasileiro (FLAUZINO *et al.*, 2021).

Embora a praticidade das reuniões virtuais aproximem a gestão e as equipes da assistência, é necessário padronizar melhor a metodologia entre as SRS para melhor observação dos resultados e planejamento das ações de enfrentamento à covid-19, ou outros eventos e agravos ameaçadores à vida dos indivíduos.

No que se refere aos trâmites para organização dessa estratégia, fomentou-se a abordagem interdisciplinar e a integração intrassetorial entre as áreas da SESA, e interssetorial, envolvendo outras instituições vinculadas à saúde – CONASS e

COSEMS. No mesmo sentido, a ação foi programada de forma a reunir, na sua execução, profissionais da APS e da vigilância, da assistência e da gestão municipal.

Essa integração dos ACS e ACE com os demais membros das equipes de saúde, bem como a sua motivação e valorização dentro da equipe, impacta em aumento de qualidade de suas ações na comunidade, segundo Tolomeu *et al.* (2013). Desse modo, avançamos rumo a um processo de transformação dos processos de trabalho, ancorados no trabalho integrado e articulados com as diferentes esferas da gestão em saúde.

Investir em profissionais que possuem como atributos a competência cultural e a orientação comunitária, elevada capilaridade no território e capacidade de reconhecer demandas e peculiaridades do território de sua responsabilidade (MACIEL *et al.*, 2020), como os ACS e ACE, pode auxiliar na redução da disseminação da infecção e no acompanhamento dos casos leves em isolamento domiciliar, na identificação das situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantindo o acesso aos cuidados de saúde, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade (ESPOSTI *et al.*, 2020).

A ação educativa em saúde para os ACS e ACE, na modalidade virtual e síncrona durante a pandemia, constituiu uma estratégia de qualificação viável, que oportunizou alcance de grande número de participantes, permitiu a troca de experiência e compartilhamento de saberes, sanou dúvidas quanto ao cotidiano de práticas, oportunizando uma aproximação de diferentes equipes e profissões, num momento de distanciamento social. Observamos que essa ação educativa sobre a pandemia da covid-19 com os ACS e ACE foi extremamente relevante e estimuladora para os participantes.

O mérito do processo educativo revela-se pelo impacto das ações de saúde na vida dos cidadãos demonstrado pelos indicadores de saúde. Esse processo é gradual e se dá a partir da abertura ao diálogo. Compreendemos que esses desafios vão sendo superados, proporcionalmente à valorização das ações, interprofissionais e intersetoriais, em saúde abertas à construção coletiva.

Almeja-se que a experiência advinda dessa capacitação possa estimular o uso ampliado das tecnologias da informação para além dos momentos de emergência em saúde pública, visando, sobretudo, potencializar e otimizar as ações em educação permanente em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Extração de dados de profissional** – nov., 2020a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, maio, 2020b. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 2. ed., ago. 2020c. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-2-edi%C3%A7%C3%A3o-C2%AA-revis%C3%A3oMariana-mesclado-1.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 3. ed. Brasília. Outubro, 2020d. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-3-edicao-revisao-1-mesclado-1.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 4ª edição. Brasília. Março, 2021. Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19\\_guia\\_orientador\\_4ed-2.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed-2.pdf). Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Versão 7. Brasília, abr. 2020e.

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?** 1. ed. rev. – Brasília, 2018.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda de Resposta Rápida para Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à COVID-19**. Vitória. 2020a. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Agenda%20de%20Resposta%20Rapida%20da%20APS\\_2020.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Agenda%20de%20Resposta%20Rapida%20da%20APS_2020.pdf). Acesso em: 08 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda de Resposta Rápida para Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à COVID-19 (versão complementar)**. Vitória. 2021a. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Agenda%20de%20Resposta%20Rapida%20da%20APS\\_2021.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Agenda%20de%20Resposta%20Rapida%20da%20APS_2021.pdf). Acesso em: 08 jul. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da saúde. **Resolução CIB nº 153**. Aprova os limites regionais instituindo no Território do Estado do Espírito Santo - ES 03 (três) Regiões de Saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul. Conselho Intergestores Bipartite. Vitória, ES – dez. 2020b.



# PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO – NERI

Renata Martins Fantin  
Leoverlane da Cunha Miranda

## INTRODUÇÃO

A Portaria MS nº 1.559, de 01 de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) descreve em seu Art. 2º que as ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: I - Regulação de Sistemas de Saúde; II - Regulação da Atenção à Saúde; e III - Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Ela é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, contemplando as seguintes ações: I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e IV - o estabelecimento de referências entre unidades

de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008).

Compreendendo a Portaria citada e dentro do contexto do Estado do Espírito Santo, entende-se por Regulação de Leitos ou Regulação de Internações o controle do acesso aos leitos hospitalares no âmbito do SUS. O Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI) é o espaço institucional da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA) responsável pela regulação do acesso ao recurso leito hospitalar nas unidades próprias, contratualizadas e complementares a Rede SUS estadual. O núcleo utiliza uma ferramenta informatizada para a regulação dos leitos hospitalares (MV Regulação).

O MV Regulação é o sistema adotado pela SESA para a regulação de leitos hospitalares. Ele auxilia na assistência prioritária ao cidadão organizando a demanda por leitos. O sistema tem como objetivo monitorar e gerenciar o acesso às áreas hospitalares da rede, a fim de organizar as vagas e garantir que as necessidades imediatas da população sejam atendidas de acordo com níveis de criticidade.

Diante da necessidade de monitoramento do processo regulatório realizado pelo NERI, em 2014 foi instituída por meio da Portaria nº 358-S de 25/09/2014 a Comissão para Alinhamento, Capacitação, Monitoramento e Avaliação do Processo Regulatório do Núcleo Especial de Regulação de Internação (CACMAR), que tem por atribuição: 1) Alinhamento do processo regulatório; 2) Promoção de capacitações; 3) Ações de monitoramento; e 4) Ações de avaliação (ESPÍRITO SANTO, 2014).

De acordo com esta portaria, a promoção de capacitações por parte do Núcleo Especial de Regulação de Internação deve abranger quaisquer atores envolvidos no processo regulatório — unidades solicitantes, unidades executantes e centrais de regulação, incluindo os Enfermeiros e Médicos Reguladores do NERI (ESPÍRITO SANTO, 2014).

Conforme a Norma de Procedimento SSP 012 – Processo de Regulação Estadual de Leito Hospitalar (ESPÍRITO SANTO, 2018a), aprovada pela Portaria nº 120-R de 20/12/2018: 1) entende-se por Unidades Solicitantes os Estabelecimentos de Saúde que solicitam o serviço de internação, a saber: Hospitais, Pronto Atendimento (PA), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h), Pronto Socorro e Unidades da Atenção Primária de Saúde,

definidas como estratégicas pela SESA para acesso regulado; 2) Entende-se por Unidades Executantes os estabelecimentos de saúde que ofertam seus serviços ao SUS, realizando internações em leitos próprios disponibilizados à Regulação de Internação (ESPÍRITO SANTO, 2018b).

Para o Ministério da Saúde, os processos educacionais na área de saúde ocorrem por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS) e trazem

como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade.

A Educação Permanente em Saúde reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do país (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica. Envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Como estratégia, deve contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde, abarcando também a organização de modelos, processos colegiados e de assessoramento (BRASIL, 2014).

Até o início de 2020, as capacitações para uso do sistema eram realizadas de forma presencial, no próprio espaço físico do NERI. Por não haver um ambiente adequado à capacitação de grupos, os treinamentos eram realizados dentro da sala da equipe de enfermagem. Dessa forma, somente era possível treinar de um a três profissionais por vez. Esses profissionais deveriam atuar como multiplicadores do conteúdo aprendido em seus ambientes de trabalho.

Além da limitação física, as capacitações realizadas de forma presencial traziam ainda algumas desvantagens, a saber: 1) As capacitações muitas vezes demandavam viagens por parte dos profissionais das unidades solicitantes e

executantes, uma vez que grande parte dos hospitais, Pronto Atendimentos e UPA 24h estão localizados fora da Região Metropolitana e, em especial, da Grande Vitória. Em função da dificuldade no agendamento de transporte, era frequente o absenteísmo, e os profissionais que conseguiam chegar para o treinamento muitas vezes estavam cansados da viagem, prejudicando assim a fixação do conteúdo aprendido; 2) A duração do treinamento era de aproximadamente uma a três horas, sendo possível apenas explicar rapidamente acerca das funções básicas do sistema; 3) A modalidade de capacitação presencial de apenas poucos profissionais multiplicadores trazia diversos prejuízos uma vez que no momento de multiplicar o conhecimento em seus ambientes de trabalho, muitas vezes os conteúdos eram repassados de forma incompleta ou até mesmo incorreta; 4) Pouca disponibilidade de agenda de profissional do NERI para realização de capacitações, uma vez que não existia um servidor destinado exclusivamente a essa atividade.

No período compreendido entre o ano de 2017, quando as capacitações realizadas pelo NERI passaram a ser documentadas ainda que de forma rudimentar, até o início de 2020, foram realizados 36 treinamentos presenciais, totalizando uma carga-horária de 69 horas em quase três anos.

Nessa época não havia material de apoio que pudesse ser utilizado durante os treinamentos. Era feita tão somente uma demonstração do uso do sistema MV Regulação, de forma unilateral, com o instrutor utilizando o sistema enquanto explicava as funções aos alunos. Dessa forma, não existia uma uniformidade dos conteúdos transmitidos, sendo frequente a existência de divergência nas informações transmitidas decorrente dos vícios durante a execução das rotinas por parte de cada instrutor ou mesmo em função da didática de cada um.

Não era raro a existência de erros relacionados ao uso do sistema MV Regulação por parte de profissionais que já haviam recebido o treinamento presencial. Os erros eram ainda mais frequentes quando os profissionais haviam sido treinados por multiplicadores. Essa realidade alarmante evidenciava a fragilidade na metodologia utilizada nos treinamentos presenciais e naquela época já mostrava sinais de que mudanças deveriam ser implementadas.

Além das fragilidades relacionadas acima, havia ainda uma grande dificuldade do ponto de vista operacional. Como os treinamentos eram realizados dentro da sala da equipe de enfermagem, um ambiente de aproximadamente

9m<sup>2</sup> com quatro estações de trabalho onde já trabalhavam diariamente quatro enfermeiros em cada turno, os barulhos e movimentações decorrentes da rotina de trabalho usual do setor acabavam por interferir no bom andamento das capacitações ali realizadas. Somado a isso, existia ainda o inconveniente de acrescentar de maneira improvisada mais uma, duas ou três cadeiras de forma a acomodar os profissionais que estavam sendo treinados.

Outra dificuldade do ponto de vista operacional eram as listas de presença, que eram feitas pelo próprio instrutor no momento do treinamento, sem muito critério. Muitas vezes os instrutores esqueciam-se de preparar a lista de presença, não sendo possível comprovar posteriormente que foi feita a capacitação daquele(s) profissional(is). As listas de presença traziam ainda o inconveniente de serem impressas, demandando seu armazenamento em ambiente físico. Assim como as listas de presença, as declarações de participação também eram geradas pelos próprios instrutores no momento do treinamento, mediante solicitação do profissional treinado. Não havia um controle eficiente das capacitações realizadas, dos profissionais treinados e nem das declarações emitidas.

Naquela época, diante de todas as inconveniências enfrentadas na tentativa de capacitar profissionais para o uso correto da ferramenta estadual de regulação hospitalar, já era sentida a necessidade de buscar meios alternativos que pudessem qualificar os treinamentos ofertados de forma a alcançar um maior público otimizando ainda os recursos disponíveis.

No cenário mundial há muito tempo já era possível observar que o processo de globalização da economia e da comunicação e a evolução da tecnologia vinham causando mudanças significativas na sociedade, dando origem a novos paradigmas, modelos, processos de comunicação educacional e novos cenários digitais de ensino e aprendizagem (GARRISON; ANDERSON, 2005).

Historicamente, a Educação à Distância (EaD)

tem seus registros de existência no mundo muito antigo, advindos das Revoluções Industriais e burguesas ocorridas no século XVIII, visto que as sociedades do modo de produção capitalista passaram a exigir a qualificação da mão de obra para que pudessem atingir os patamares de crescimento econômico. Os primeiros prenúncios de utilização da Educação a Distância remontam ao século XVIII, quando um curso por

correspondência foi oferecido por uma instituição de Boston (EUA) (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Isso ocorreu no ano de 1728, e foi se expandindo logo depois de um anúncio no jornal da cidade de um curso de taquigrafia para alunos em todo o país, com materiais enviados semanalmente pelo correio; sendo este o primeiro registro de um curso a distância (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Baseado em Costa e Faria (2008), nota-se que no Brasil a Educação à Distância existe desde a década de 1920, quando cursos eram feitos por correspondência, e contavam com o apoio do rádio e da televisão. E foi na década de 1990 com a propagação de novas tecnologias de informação e de comunicação e ampliação do acesso à internet que iniciou o processo de informatização e a reestruturação do Sistema de Teleducação. Consequentemente, começaram a surgir os programas oficiais e formais de EaD com estabelecimento de diretrizes válidas até hoje. Os recursos tecnológicos disponíveis possibilitam o armazenamento, a distribuição e o acesso às informações independentemente do local.

Em 2020, a pandemia do novo coronavírus provocou um cenário inédito de isolamento social, inviabilizando as capacitações presenciais e demandando um rápido ajuste das metodologias de trabalho, uma vez que a Saúde é um setor que não pode parar. Tornou-se necessária então uma rápida transição para o ensino remoto.

Foi nesse cenário de restrição das interações sociais ocasionado pela covid-19 e em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que nasceu efetivamente o Programa de Educação Permanente do Núcleo Especial de Regulação de Internação, desenvolvido em função da necessidade de avançar com a capacitação dos usuários da Rede quanto ao uso do sistema MV Regulação e rotinas relacionadas à regulação de internação.

## **METODOLOGIA**

Para desenvolvimento do estudo foram analisados dados registrados em base de dados do Núcleo Especial de Regulação de Internação com a finalidade de descrever o cenário anterior à implantação do Programa de Educação Permanente do Núcleo Especial de Regulação de Internação.

Foi realizada ainda uma revisão bibliográfica de forma a contextualizar os fatores que motivaram a mudança, bem como os conceitos relacionados à Educação a Distância e suas diversas modalidades. E, por último, foram apresentadas as ações implementadas, e seus resultados foram discutidos de forma qualitativa e quantitativa.

Dentre as principais ações implementadas destacamos o desenvolvimento de cursos livres de capacitação *on-line* com fornecimento de certificado. Os cursos são realizados completamente na modalidade Educação à Distância (EaD) e contemplam aulas expositivas escritas (slides), tutoriais em vídeo, materiais de apoio e testes de aprendizado. Os alunos desenvolvem os estudos em seu próprio tempo por meio dos materiais disponibilizados.

## DESENVOLVIMENTO

Em meio a essa nova realidade repleta de restrições imposta pela pandemia do novo coronavírus surgiu, a partir da inquietação e das ideias de duas enfermeiras do NERI, sendo uma delas membro nomeado da Comissão para Alinhamento, Capacitação, Monitoramento e Avaliação do Processo Regulatório do Núcleo Especial de Regulação de Internação (CACMAR), a vontade de modernizar e aprimorar a qualidade das capacitações ofertadas pelo setor. Foram então desenvolvidos materiais que pudessem ser organizados no formato de cursos para as diversas finalidades identificadas.

O próximo passo foi conhecer as modalidades de ensino a distância, de forma a identificar o funcionamento, entender as metodologias utilizadas e buscar viabilizar a aplicação dentro da realidade do Núcleo Especial de Regulação de Internação.

Falar de Educação a Distância é falar de um conceito amplo que, a princípio, pode ser aplicado a qualquer forma ou método de ensino nos quais estudantes e professores estão separados em termos de espaço físico e a troca de conteúdo entre eles ocorre através de um ou mais meios de comunicação em massa.

Como na maioria dos países,

a Educação à Distância (EaD) tem se fortalecido no cenário nacional como uma das políticas capazes de proporcionar a expansão da educação em todos os níveis: educação técnica, ensino superior, pós-graduação e qualificação profissional, neste, principalmente na parte de capacitação de colaboradores (SOUZA, 2017).

Além disso, o EaD atende

aos princípios de economicidade e praticidade, uma vez que alcança uma grande parcela de pessoas a custo operacional bem mais baixo quando comparada à educação presencial. Somam-se a isso a velocidade das informações e autonomia tão valorizadas no âmbito do trabalho (SOUZA, 2017).

Com a aplicação de recursos ofertados por tecnologias da informação e comunicação nos processos de ensino e aprendizagem, surgiram os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA). Como exemplo, o Learning Management System (LMS), traduzido literalmente como Sistema de Gestão de Aprendizagem. Tal sistema “permite o encontro de professores e alunos *on-line* para criar e consumir conteúdos”. Por meio de um LMS,

é possível cadastrar e realizar atividades de um curso, corrigir provas, acompanhar progresso e evasão dos alunos, discutir sobre o conteúdo, emitir certificados *on-line*, dentre outros recursos. As plataformas LMS também são conhecidas como plataformas EAD, pois, como funcionam *on-line*, são atreladas a projetos de Educação a Distância, os quais têm como principal produto cursos *on-line* (PINHO, 2021).

Da mesma forma o Moodle, da sigla em inglês para Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment, ou seja, Ambiente de Aprendizado Modular Orientado ao Objeto, que é “um sistema de código aberto para a criação de cursos *on-line*” (LOUBACK, 2019).

A plataforma é utilizada por alunos e professores como ferramenta de apoio ao ensino à distância em mais de 220 países. No Brasil, a solução já foi adotada por universidades como Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade de Brasília (UNB) para unificar o acesso aos sistemas e serviços das instituições.

O Moodle funciona como uma sala de aula *on-line* onde professores podem disponibilizar material didático e propor tarefas interativas, como testes e discussões em fóruns. Para os alunos, o ambiente facilita a troca de conhecimento e de arquivos multimídia (LOUBACK, 2019).

Identificados os tipos de Ambiente Virtual de Aprendizagem existentes foi iniciada nova busca para encontrar uma plataforma que fosse gratuita e que se enquadrasse nas necessidades do setor.

Após diversas pesquisas foram realizados testes nas seguintes plataformas que possuem possibilidade de hospedagem de cursos gratuitamente, ainda que com limitações: 1) Coursify; 2) EAD Guru.

A plataforma Coursify se mostrou inicialmente promissora, porém sua versão gratuita trazia uma importante limitação quanto à capacidade de armazenamento, de forma que se tornou inviável sua utilização.

Já a plataforma EAD Guru trazia uma interface amigável e boa capacidade de armazenamento, mas estava limitada a apenas um curso hospedado de forma gratuita. Ainda assim, optou-se por utilizá-la a princípio, uma vez que até aquele momento não era vislumbrada mais nenhuma opção.

Foi então estruturado o primeiro curso EaD do NERI, que foi hospedado na plataforma EAD Guru. Por se tratar de um projeto piloto, esse primeiro curso não foi disponibilizado aos usuários externos ao NERI. Foram realizados testes por enfermeiros do próprio setor no ambiente virtual de aprendizagem com a finalidade de avaliar a navegabilidade na plataforma e o conteúdo programático do curso.

Tendo sido inicialmente aprovado, o primeiro grande obstáculo veio quando, às vésperas de iniciar a divulgação para usuários externos ao NERI, todo o conteúdo do curso foi automaticamente apagado da plataforma após 30 dias de inatividade, sem possibilidade de recuperação. Esse fato gerou grande frustração para às profissionais envolvidas no desenvolvimento da atividade.

Fez-se necessário então intensificar as pesquisas em busca de novas opções de plataformas gratuitas. Nessa busca foi identificada a plataforma LMS Estúdio, que mostrou uma interface ainda mais amigável do que o EAD Guru, possibilidade de hospedagem de uma quantidade ilimitada de cursos de forma gratuita, ampla capacidade de armazenagem de material e uma rica variedade de recursos que poderiam ser utilizados na estruturação dos cursos.

Após vários testes e com a segurança de que se tratava de uma plataforma estável, a equipe responsável pela atividade se sentiu motivada a criar materiais mais completos e dinâmicos. Esses materiais foram então hospedados no LMS Estúdio, estruturando com eles os dois primeiros cursos EaD na modalidade

de autotutoria do Programa de Educação Permanente do Núcleo Especial de Regulação de Internação, destinados a princípio para os profissionais das unidades solicitantes e executantes. Foi determinada para cada curso uma carga-horária compatível ao conteúdo programático.

A princípio, a divulgação foi feita de forma pontual, apenas para alguns estabelecimentos específicos. Os profissionais indicados por esses estabelecimentos foram matriculados nos cursos disponíveis na plataforma LMS Estúdio e prestaram o papel de piloto, auxiliando as desenvolvedoras a expandirem sua compreensão quanto ao funcionamento das ferramentas e identificarem necessidades de ajuste nos materiais disponibilizados.

Tendo realizado os ajustes necessários e já com certa segurança quanto à utilização da plataforma, foi então realizada uma divulgação mais ampla dos cursos por meio do envio de e-mails para as unidades solicitantes e executantes. Foi elaborada uma ficha de inscrição contemplando todos os dados obrigatórios para matrícula de alunos. A ficha de inscrição foi anexada ao e-mail de divulgação.

De imediato, a manifestação de interesse pelos cursos EaD desenvolvidos pelo NERI foi tão além do esperado que se mostrou necessário organizar as solicitações de inscrição por ordem de chegada e desenvolver um fluxo de atendimento à demanda. Foi criada uma planilha no software Excel na qual era possível registrar as matrículas realizadas.

Diante da demanda crescente foi possível ainda identificar a principal deficiência da versão gratuita da plataforma LMS Estúdio: apesar de não existir limitação quanto ao número de usuários cadastrados, a plataforma permite apenas 20 matrículas ativas por vez.

Por causa dessa limitação da plataforma, o NERI chegou a administrar àquela altura uma fila de espera de mais de 100 (cem) profissionais que aguardavam por uma chance de realizar os cursos. Diante disso, foi necessário determinar um prazo máximo de 15 dias para conclusão do curso para cada aluno, de forma que a fila de espera pudesse rodar, oportunizando a participação de todos os interessados.

Nesse momento, a planilha — que inicialmente havia sido desenvolvida apenas para controle de matrículas realizadas — sofreu modificações de forma que pudesse servir como um controle de fila de espera, além de ter sido otimizada para que apresentasse dados de forma automática por meio da utilização de fórmulas

(Ex: ao informar que o aluno estava matriculado no curso “MV REGULAÇÃO – COMPLETO” a planilha trazia automaticamente a informação “24 horas” na coluna referente à carga-horária etc.).

Com o auxílio de relatórios disponibilizados pela plataforma LMS Estúdio foi possível realizar o acompanhamento do andamento dos estudos de cada aluno, permitindo que o NERI tivesse ciência dos alunos que, mesmo matriculados, nunca acessaram a plataforma; dos alunos que iniciaram os estudos e abandonaram; e também dos alunos que concluíram os estudos.

Foram acrescentados à planilha de controle tabelas e gráficos que possibilitaram ao NERI acompanhar de forma cumulativa as solicitações de matrículas e seus status desde o momento da inserção em fila de espera até a conclusão do curso ou inativação da matrícula por expiração do prazo. Por meio desses dados foi possível identificar que em pouco tempo de implantação o programa já havia atingido um número de profissionais capacitados de forma qualificada nunca visto desde a criação da CACMAR.

Além do registro de todos os alunos treinados, outra grande vantagem observada nas capacitações realizadas de forma EaD quando comparadas às presenciais praticadas antes da pandemia era a possibilidade de emissão de certificado de conclusão de curso diretamente pela plataforma. Os certificados podiam ser emitidos pelos próprios alunos, quando cumpridos todos os pré-requisitos (conclusão de 100% do conteúdo programático e obtenção de nota mínima nos testes).

Em um segundo momento, foram desenvolvidos mais dois cursos para compor a grade do programa, sendo: 1) um curso destinado aos profissionais que atuam em unidades solicitantes específicas da Saúde Mental; e 2) um curso contemplando todas as rotinas de trabalho dos enfermeiros do NERI, possibilitando assim uniformizar os processos de trabalho da equipe que já atuava no setor e ainda capacitar novos servidores que viessem a compor a equipe.

Com o incremento dos dois novos cursos a fila de espera que antes já era extensa se tornou impraticável. Houve um momento em que quase 200 (duzentos) profissionais aguardavam em fila de espera por uma oportunidade de se matricular em um dos cursos disponíveis na grade do Programa. Com uma fila tão grande, a espera era longa e alguns profissionais acabavam por se desinteressar pelo curso quando finalmente eram matriculados.

Diante da impossibilidade de contratar a versão paga da plataforma LMS Estúdio e considerando que a Escola de Serviço Público do Espírito Santo - ESESP dispõe de uma plataforma Moodle para capacitações EaD, foi aventada a possibilidade de estabelecer uma parceria entre NERI e ESESP de forma que os cursos do Programa de Educação Permanente do Núcleo Especial de Regulação de Internação fossem hospedados no ambiente virtual de aprendizagem da ESESP. Foi então realizado um contato prévio com representantes da Secretaria Escolar e da Educação a Distância da ESESP com a finalidade de verificar a viabilidade dessa parceria, antes que a sugestão pudesse ser apresentada à gestão da SESA.

Apesar da manifestação de interesse da ESESP em colaborar com o Programa desenvolvido pelo NERI, a proposta recebeu parecer negativo quando foi apresentada à gestão da SESA, com a justificativa de que o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), criado pela Lei Complementar nº 909, de 26/04/2019, é a unidade administrativa integrante da estrutura da SESA, caracterizado como Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação, e como Escola de Governo em Saúde, cabendo-lhe a formação, o desenvolvimento de pessoal e a pesquisa básica ou aplicada, de caráter científico e tecnológico, destinados a aumentar a eficácia e a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ESPÍRITO SANTO, 2019).

A partir daí, foram empenhados esforços de forma a viabilizar uma parceria entre NERI e ICEPi para que os cursos do Programa de Educação Permanente do Núcleo Especial de Regulação de Internação fossem hospedados no Moodle do Instituto.

Em março de 2021, após alguns meses de alinhamentos, foi evidenciada a viabilidade de o Moodle hospedar os cursos desenvolvidos pelo NERI. Dessa forma, uma das enfermeiras que estava envolvida na implantação do Programa foi capacitada para a utilização da plataforma e foi concedido a ela acesso de administradora ao ambiente virtual de aprendizagem, oficializando assim o início da parceria NERI-ICEPi. Uma grande vantagem identificada no Moodle era a capacidade da plataforma para administrar matrículas simultâneas ilimitadas, garantindo a possibilidade de expandir o Programa.

Como o Moodle do ICEPi é uma plataforma oficial, foi necessário readequar todo o material já existente dentro da identidade visual da Secretaria de

Estado da Saúde do Espírito Santo. Ao mesmo tempo foram realizadas atualizações do conteúdo programático dos cursos.

A partir daí, já com todo o material hospedado no Moodle e organizado no formato de cursos estruturados, foi dado início às matrículas de alunos que ainda aguardavam em fila de espera, fruto da divulgação que havia sido realizada anteriormente. Dessa forma foi possível zerar a lista de espera e partir para novas divulgações maciças, possibilitando assim que cada vez mais profissionais tivessem acesso aos cursos disponíveis.

Por um período foi preciso manter ainda a plataforma LMS Estúdio em atividade, visto que ainda existiam alunos lá matriculados e dentro do prazo determinado para conclusão. Com a existência de duas plataformas distintas foi identificada a necessidade de novos ajustes na planilha de controle de forma que fosse possível identificar quais alunos estavam matriculados em cada plataforma, bem como mensurar os resultados de cada uma.

Uma pesquisa de satisfação foi inserida ao final de cada curso para que a equipe de desenvolvimento tivesse meios de conhecer a impressão dos cursistas e identificar possíveis necessidades de adequações no material disponibilizado. A forma encontrada para que a adesão à pesquisa fosse significativa foi tornar o preenchimento obrigatório para a liberação do certificado de conclusão.

A pesquisa de satisfação é composta por cinco perguntas de múltipla escolha que devem ser respondidas de forma obrigatória e um campo aberto onde o aluno pode deixar um comentário e/ou sugestão, sendo esse último campo de preenchimento opcional.

As perguntas de múltipla escolha obrigatórias são: 1) “De um modo geral, o que você achou do curso?” 2) “Quanto à plataforma utilizada para o desenvolvimento do curso, qual opção mais se alinha à sua opinião?” 3) “Quanto ao material didático disponibilizado, qual opção mais se alinha à sua opinião?” 4) “Quanto ao prazo para conclusão do curso, indique a opção que mais se alinha à sua opinião.” e 5) “De um modo geral, você recomendaria este curso?”

Além de ampliar a capacidade de treinamento de profissionais de unidades solicitantes e executantes que já utilizavam o sistema, o Programa de Educação Permanente do NERI tornou possível também implantar o MV Regulação de forma ágil e ordenada em unidades que antes não o acessavam. Hoje

o MV Regulação está presente em todo o território do Estado, permitindo que a regulação de internação seja realizada de forma segura e sistemática e assegurando ao usuário do Sistema Único de Saúde do Espírito Santo o acesso ao recurso de internação que necessita, dentro do menor tempo possível.

## RESULTADOS

Como informado anteriormente, no período compreendido entre o ano de 2017, quando as capacitações realizadas pelo NERI passaram a ser documentadas ainda que de forma rudimentar, até o início de 2020 foram realizados 36 treinamentos presenciais, totalizando uma carga-horária de 69 horas em quase três anos. Considerando que cada treinamento comportava até três pessoas, nos quase três anos de treinamentos presenciais foi possível capacitar aproximadamente 108 profissionais.

Desde o início oficial do Programa de Educação Permanente do NERI Foram solicitadas 661 matrículas. Destas, 14 (2%) não puderam ser efetivadas pois não foram informados os dados mínimos para efetivação.

As 647 solicitações válidas resultaram em 276 matrículas na plataforma LMS Estúdio (43% das solicitações válidas ou 42% do total de solicitações) e 371 matrículas no Moodle do ICEPi (57% das solicitações válidas ou 56% do total de solicitações). Dos 276 alunos matriculados no LMS Estúdio, 181 (66%) concluíram o curso, enquanto 51 (18%) iniciaram os estudos, mas não concluíram dentro do prazo determinado e 44 (16%) tiveram suas matrículas inativadas sem realizar ao menos um acesso à plataforma.

Dos 371 alunos matriculados no Moodle do ICEPi, 17 (5%) estão com matrículas ativas no momento e 354 (95%) já tiveram suas matrículas inativadas por já terem concluído os estudos ou por não terem realizado no tempo proposto.

Das matrículas ativas do Moodle, 11 (65% das matrículas ativas ou 3% do total de matrículas da plataforma) iniciaram os estudos, mas ainda não concluíram e seis (35% das matrículas ativas ou 2% do total de matrículas da plataforma) ainda não realizaram nenhum acesso à plataforma.

Das matrículas inativas do Moodle, 229 (65% das matrículas inativas ou 62% do total de matrículas da plataforma) são de alunos que concluíram seus

estudos, enquanto 40 (11% das matrículas inativas ou 11% do total de matrículas da plataforma) iniciaram os estudos, mas não concluíram dentro do prazo determinado e 85 (24% das matrículas inativas ou 23% do total de matrículas da plataforma) tiveram suas matrículas inativadas sem realizar ao menos um acesso à plataforma.

Com aproximadamente 1 ano de implantação do Programa de Educação Permanente do NERI foi possível concluir a capacitação de 410 profissionais, ou seja, um crescimento de 380% em relação ao resultado obtido em todo o período anterior ao Programa.

Quanto à carga-horária, considerando os alunos que concluíram seus estudos, foram 10.072 horas de capacitação, contra apenas 69 horas realizadas em todo o período anterior ao Programa. Isso representa um aumento de 14.597% proporcionado pelo Programa.

Ao todo, 231 alunos responderam à pesquisa de satisfação referente ao curso que realizaram. Destes, 185 (80%) avaliaram o curso como “Muito Bom”, 45 (19%) avaliaram como “Bom” e um (0%) aluno avaliou como “Muito Ruim”.

Quanto à plataforma utilizada para o desenvolvimento do curso, 221 (96%) alunos marcaram a opção “Plataforma de fácil utilização. Consegui acessar e dar andamento ao curso tranquilamente”, seis (3%) alunos marcaram a opção “Plataforma de difícil utilização. Tive dificuldade para acessar e dar andamento ao curso” e quatro (2%) marcaram a opção “Indiferente”. De um modo geral, os alunos que informaram encontrar dificuldade no uso da plataforma são indivíduos que já apresentavam restrições relacionadas ao uso de ferramentas informatizadas.

Quanto ao material didático disponibilizado, 216 (94%) alunos marcaram a opção “Material bem desenvolvido, de fácil compreensão e abrangente o suficiente para sanar possíveis dúvidas”, 12 (5%) alunos marcaram a opção “Material bem desenvolvido e de fácil compreensão, mas foi insuficiente para sanar possíveis dúvidas”, dois (1%) marcaram a opção “Indiferente” e um (0%) aluno marcou a opção “Material pobre, de difícil compreensão e insuficiente para sanar possíveis dúvidas”. A plataforma Moodle do ICEPi possibilita que os alunos enviem mensagens para o tutor que podem ser utilizadas como forma de comunicação para comunicar dúvidas quanto ao conteúdo do curso. Além disso, o NERI possui equipe capacitada para esclarecer, 24 horas por dia, sete dias por semana, dúvidas dos usuários do sistema e orientar quanto aos fluxos e processos regulatórios por meio de ligação telefônica.

Quanto ao prazo para conclusão do curso, 190 (82%) alunos marcaram a opção “Bom prazo, consegui desenvolver e concluir o curso tranquilamente”, 34 (15%) alunos marcaram a opção “Prazo apertado, mas consegui desenvolver e concluir o curso tranquilamente”, quatro (2%) marcaram a opção “Prazo apertado, consegui desenvolver e concluir o curso com dificuldade”, dois (1%) alunos marcaram a opção “Indiferente” e um (0%) aluno marcou a opção “Prazo insuficiente, não consegui concluir o curso”. Quando perguntados se recomendariam o curso, 227 (98%) alunos marcaram a opção “Sim” e quatro (2%) alunos marcaram a opção “Indiferente”.

No campo aberto para observações e/ou sugestões foram registrados comentários que evidenciaram a qualidade dos cursos. No que diz respeito ao uso do MV Regulação observamos um crescimento de 105% no total de movimentações no sistema no período compreendido entre 2017 e 2020. Quando comparadas as movimentações dos anos 2020 e 2021 (sendo considerados para o ano de 2021 o total real de janeiro a julho e a projeção calculada para os meses de julho a dezembro), observamos um aumento de 139% no total de movimentações no sistema. Percebemos assim uma curva de crescimento mais acentuada no período em que o Programa de Educação Permanente do NERI já estava em vigor.

Apesar de ser observado um aumento geral progressivo de solicitações que aguardaram em fila de espera nos anos de 2019, 2020 e 2021, é possível também notar que o tempo de espera até uma resolução reduziu consideravelmente.

No ano de 2019, das 173.662 solicitações que aguardaram em fila de espera, 74% foram solucionadas em até 24h, 10% aguardaram entre 24h e 48h, 5% aguardaram entre 48h e 72h e 11% permaneceram em fila de espera por mais de 72h.

Em 2020 já foi possível observar uma melhora no tempo de espera. Das 165.330 solicitações que aguardaram, 77% foram solucionadas em até 24h, 9% aguardaram entre 24h e 48h, 4% aguardaram entre 48h e 72h e 9% permaneceram em fila de espera por mais de 72h.

Já no ano de 2021, considerando os valores reais dos meses janeiro a junho somados à projeção para os meses de julho a dezembro, observamos um total de 219.462 solicitações em fila de espera. Destas, 88% com solução dentro das primeiras 24h, 6% aguardaram entre 24h e 48h, 2% aguardaram entre 48h e 72h e apenas 3% permaneceram em fila de espera por mais de 72h.

Hoje mais profissionais acessam o MV Regulação de forma qualificada e conhecem os fluxos e rotinas do Núcleo Especial de Regulação do Estado, beneficiando assim o usuário do Sistema Único de Saúde do Espírito Santo que necessita de um leito de internação hospitalar.

## CONCLUSÃO

Na Educação a Distância o recurso tecnológico é a ferramenta de apoio para o aprendizado, sendo fundamental na função de mediador do conhecimento, ao possibilitar a troca de informações. Por meio desse recurso é possível disponibilizar materiais de comunicação e cooperação com a finalidade de auxiliar o processo de conhecimento.

A Educação a Distância permite atingir um grande número de pessoas e, a partir daí, proporcionar ao profissional a aquisição de conhecimento que o permita utilizar o sistema MV Regulação de forma adequada, minimizando a ocorrência de erros de regulação vinculados à dificuldade de manipulação da ferramenta.

Hoje não há mais educação sem tecnologia, assim como não há mais vida sem ela pois vivemos seu apogeu. Posto isso, o Programa de Educação Permanente do NERI no formato EaD, além de econômico e flexível, é ainda bastante versátil, uma vez que é possível aplicá-lo fugindo do modelo tradicional da educação e possibilitando a muitos a oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Embora a forma EaD esteja consolidada como ensino, ainda há rejeição por parte de alguns usuários que apresentam resistência à incorporação da tecnologia nos processos de trabalho, mesmo diante das inúmeras possibilidades que ela vem mostrando à sociedade e às instituições. A mudança no processo de capacitação trouxe inquietações e incertezas, mas foi possível fazer adaptações de forma que se tornasse aplicável no contexto da SESA. Foi preciso paciência e resiliência para vencer os obstáculos à medida que foram surgindo como, por exemplo, encontrar uma plataforma on-line que todos tivessem facilidade de acessar, sem gerar custos adicionais ao Estado.

Não há interesse de voltar atrás em nossa caminhada. Temos a intenção de ampliar nosso catálogo de cursos de forma a abranger também os demais profissionais do NERI (médicos, telefonistas e administrativos), além de incluir novos cursos de

curta duração voltados para a atualização de conteúdo de profissionais das unidades solicitantes e executantes que já foram previamente capacitados. A tecnologia é parte integrante de nosso cotidiano e a experiência com o Programa de Educação Permanente do NERI nos mostrou que podemos sempre ir além. Mesmo com todo o avanço que já alcançamos, estamos em constante processo de aprimoramento pois temos a intenção de cada vez mais com o avanço do SUS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS nº 1.559, de 01 de agosto de 2008**. Brasília. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação do NIR: Núcleo interno de regulação para hospitais gerais e especializados**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 24 ago. 2021.

COSTA, K. S.; FARIA, G. G. **EAD – Sua Origem Histórica, Evolução e Atualidade Brasileira Face ao Paradigma da Educação Presencial**. Trabalho de Disciplina (Estratégias e Políticas) - Universidade Federal De Minas Gerais, 2008. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2008/tc/552008104927AM.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. Gabinete do Governador. **Lei Complementar nº 909, de 26 de abril de 2019**. Espírito Santo. 2019.

ESPÍRITO SANTO. Núcleo Especial de Regulação de Internação. Unidade Executora de Controle Interno. **Norma de Procedimento SSP 012, de 21 de dezembro de 2018**. Espírito Santo. 2018a.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário de Saúde. **Portaria nº 358-S, de 25 de setembro de 2014**. Espírito Santo. 2014.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário de Saúde. **Portaria nº 120-R, de 20 de dezembro de 2018**. Espírito Santo. 2018b.

GARRISON, D.; ANDERSON, T. *El e-learning en el siglo XXI*. Investigación e práctica. Barcelona: Octaedro, 2005.

LOUBACK, A. L. O que é Moodle? Conheça a plataforma de ensino à distância. **Techtudo**. 2019. Disponível em: <https://www.techtudo.com.br/noticias/2019/10/o-que-e-moodle-conheca-a-plataforma-de-ensino-a-distancia.ghtml>. Acesso em: 23 jun. 2021.

OLIVEIRA, A. F. P. de; QUEIROZ, A. S.; SOUZA JÚNIOR, F. A. de; SILVA, M. C. T. da; MELO, M. L. V. de; OLIVEIRA, P. R. F. de. Educação a Distância no mundo e no Brasil. **Revista Educação Pública**, v. 19, n. 17, 20 ago. 2019. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/19/17/ead->

educacao-a-distancia-no-mundo-e-no-brasil. Acesso em: 24 jul. 2021.

PINHO, B. LMS ou AVA: Entenda o que é e quando você precisa investir em um. Elore Academy: tecnologia em educação. **Elore Academy**. Fortaleza, 2021. Disponível em: <https://blog.elore.com.br/o-que-e-lms-ava/>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SOUZA, L. M. de. **A utilização de ambientes virtuais de ensino e aprendizagem como ambientes colaborativos em uma empresa**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnólogo em Gestão da Tecnologia da Informação) - Instituto Federal De Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Santa Catarina, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ifsc.edu.br/bitstream/handle/123456789/1013/Trabalho\\_de\\_Conclusao\\_de\\_Curso\\_CST\\_GTI.pdf?sequence=1](https://repositorio.ifsc.edu.br/bitstream/handle/123456789/1013/Trabalho_de_Conclusao_de_Curso_CST_GTI.pdf?sequence=1). Acesso em: 23 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da saúde. **Plano Diretor de Regionalização. Vitória, 2011**. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/GrupodeArquivos/pdr-plano-diretor-de-regionaizacao>. Acesso em: 19 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 102 R, de 20 de Maio de 2021**. Estabelece a Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Espírito Santo. Vitória, ES. 2021b.

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 4-8, jan-mar, 2020.

FLAUZINO, V. H. B. *et al.* As dificuldades da educação digital durante a pandemia de COVID-19. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 11, p. 05-32, mar 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/educacao-digital>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde debate**. v. 43, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 14 jul. 2021.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25(Supl.2), p. 4185-4195, 2020.

TOLOMEU, J. S. O. *et al.* Ações de educação em saúde para agentes comunitários de saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 40-49, jan./jul. 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2013.111.4049>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, e2020166, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 08 jul. 2021.

ZINGRA, K. N. *et al.* Educação permanente para profissionais da área da saúde como estratégia de combate ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 na região norte: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, e574. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5745.2020>. Acesso em: 08 jul. 2021.

# AS COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES) NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: POTENTES ESPAÇOS DE COGESTÃO EM SAÚDE

Ana Frechiani Herzog  
Douglas Gonçalves Jacob  
Eliza Barreto dos Santos Daroz  
Luiz Claudio Oliveira da Silva  
Noelita da Silva Almeida  
Rachel Eleanor Carneiro Gomes e Gama  
Ricardo da Silva

## INTRODUÇÃO

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias colegiadas intersetoriais e interinstitucionais de natureza permanente, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, e são regulamentadas pelo art. 14 da Lei Federal nº 8.080, de 1990, bem como a Portaria MS 02/2017 - Anexo XL - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). As CIES constituem-se em importantes espaços de planejamento, monitoramento e avaliação da EPS nos estados e regiões de saúde (FRANÇA *et al.*, 2017).

A partir da publicação da PNEPS em 2007 foi iniciado o processo de implementação das CIES no Espírito Santo (ES), com intensa participação das instâncias regionais de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais atores envolvidos com a temática de Educação em Saúde no estado. O presente relato de experiência tem o objetivo geral de resgatar os principais marcos institucionais, projetos e ações desenvolvidos pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) no Estado do Espírito Santo. Tendo como objetivos específicos:

1. Relatar o processo de estruturação e principais ações das CIES a nível Regional e Estadual;

## 2. Apresentar os principais desafios e potencialidades das CIES no ES.

Para alcançar esses objetivos, será feito o relato da constituição das CIES Regionais, primeiras instâncias a serem organizadas durante o ano de 2009, por meio da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SUS-ES) nº 956/2009, apresentando seus principais desafios e projetos desenvolvidos, com a posterior implementação da CIES a nível estadual em 2012 - Resolução CIB/SUS-ES nº 228/2011 (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 2009; 2011). Apesar da Resolução 956/2009 já prever a organização da CIES Estadual vinculada à CIB, sua implementação só foi possível a partir de 2012.

Será relatado o processo de construção coletiva dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS/ES) cujo prazo de vigência compreende o período 2018 a 2021, sendo esse um dos principais projetos desenvolvidos pelas CIES no ES durante seus mais de 11 anos de caminhada.

Outro tema importante a ser debatido será o impacto no processo de trabalho das CIES a partir do advento do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do ES (SESA-ES), instância responsável pelas políticas de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde no estado.

Pretende-se que o relato dessa experiência fomente o debate acerca dos espaços de cogestão no SUS, em especial os relacionados à Educação em Saúde, e também auxilie outros estados e regiões de saúde pelo país a construir sua história a partir da narrativa daqueles que vivenciaram na pele essa aventura.

## CIES REGIONAIS

As CIES Regionais são responsáveis pelo planejamento, monitoramento e avaliação da Educação Permanente em Saúde (EPS), objetivando formular, conduzir e desenvolver regionalmente as pautas relacionadas com a Educação em Saúde, tendo como foco as necessidades regionais, considerando as políticas de saúde instituídas no âmbito Estadual e Federal. A seguir, cada CIES Regional fará um breve relato de sua experiência única na articulação deste colegiado.

É importante destacar que no ES há quatro Superintendências Regionais de Saúde que são as estruturas descentralizadas de gestão da SESA-ES vinculadas às Regiões de Saúde do estado, às quais estão vinculadas as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e suas respectivas CIES.

## CIES NORTE

A Comissão de Integração Ensino-Serviço da Região Norte (CIES Norte), constituída em 19 de maio de 2010, teve suas decisões tomadas em conformidade com a Resolução CIB/SUS-ES N° 956 e com as diretrizes da Portaria GM/MS N° 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007). A CIES segue a mesma delimitação preconizada pelos princípios da Regionalização, perpassando a reconfiguração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), a princípio com 32 municípios, sob o modelo de Macrorregião de Saúde; atualmente, conta com 29 municípios e conforma-se em Região Central Norte.

De forma prática, a Comissão se reúne periodicamente, a fim de apoiar, junto à CIR Norte, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, promovendo aproximação entre Ensino e Serviço. Neste sentido, o Plano Regional de Educação Permanente (PAREPS) surge como instrumento essencial, dimensionando quais seriam os projetos prioritários de planejamento, qualificação e ação da Educação Permanente em Saúde na Região Norte. A sua construção foi fundamentada em documentos como o Plano Operativo das Redes de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (2008), o Plano de Intervenção Regional (2015), o Diagnóstico Situacional da Educação Permanente em Saúde (2016), a *Planificação da Atenção à Saúde – Atenção Primária à Saúde integrada à Atenção Ambulatorial Especializada* (2016) e os Planos Regionais das Redes de Atenção à Saúde.

Atualmente, os encontros da Comissão acontecem dentro do espaço da Superintendência Regional de Saúde de São Mateus (SRSSM), em local específico a este fim, evidenciando ganho simbólico relevante, já que as reuniões iniciais ocorriam de forma itinerante e sem muito amparo institucional. Importante destacar a paralisação da Comissão no segundo semestre de 2014, retomando suas atividades em julho de 2015, com a indicação de nova Secretária Executiva e a validação dos segmentos que a compõem.

De maneira geral, a CIES Norte, ao longo de sua trajetória, contribuiu com a elaboração de propostas e diretrizes, empenhando seus recursos à formação e capacitação profissional de seus colaboradores, à produção de conhecimento, à formação de redes de ação, debates e melhoramento dos fluxos e processos de trabalho. Corroborando a este ponto, é possível citar seu envolvimento no Debate sobre a Portaria MS nº 3.241 de 7 de dezembro de 2020 que instituiu o Programa Saúde com Agente (BRASIL, 2020), ou mesmo a Negociação e Pactuação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para o município de São Mateus — construções práticas da integração ensino-serviço-comunidade.

Há muitos desafios a superar, a exemplo da Capacitação Acolhimento e Classificação de Risco nas UBS, proposta elaborada e estruturada em conjunto com a Atenção Primária à Saúde e Rede de Urgência e Emergência (RUE), porém não teve sua execução possível devido à dificuldade de utilização do recurso financeiro. Aguardamos os desdobramentos pelo Consórcio Público da Região Norte do Espírito Santo (CIM NORTE/ES), visando a sua concretização.

Em seguimento, a CIES Norte esteve envolvida nas seguintes ações:

1. Elaboração da proposta de Atualização dos profissionais da Atenção Primária à Saúde nas diretrizes Clínicas para o manejo das condições crônicas, realocando os recursos disponíveis para a formação dos profissionais de saúde da região;
2. Organização de eventos científicos, fóruns e atividades de Educação Permanente (EP) na Região, buscando ampla publicidade e divulgação de resultados — este instrumento tem se configurado como espaço importante de troca de experiências e articulação de decisões. A título de exemplo, a organização do I Seminário da Planificação da Atenção à Saúde com a inscrição de 27 trabalhos para a I Mostra de Boas Práticas no âmbito da APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), resultando em melhorias como maior comunicação dos serviços em rede, organização dos processos de trabalho para a atenção aos eventos agudos e as condições crônicas e o monitoramento e avaliação na APS;
3. Participação nos Grupos de Trabalho (GT) da CIES Estadual para estruturação do ICEPi no ano de 2019, com o objetivo geral de atuar nas

áreas de interesse do SUS na formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em saúde. Foram constituídos três importantes GTs, a saber: GT Residências na Área da Saúde (Médicas e Multiprofissionais), GT Integração Ensino-Serviço e GT Núcleos de Educação Permanente em Saúde (EPS) nos Serviços de Saúde, com destaque para esse último, considerando o grande impulso que sua implantação representaria para organização das ações educativas, sobretudo na superintendência, estabelecendo processos de trabalho, fluxos e instrumentos contratuais pactuados com as Instituições de Ensino.

Para mais, no que diz respeito ao papel da CIES como um instrumento de desenvolvimento da Governança tanto no SUS, quanto na própria Região, incansáveis foram os esforços na valorização do caráter interdisciplinar e complexo de seu espaço consultivo, entendendo que os múltiplos atores que os compõem podem interagir num modelo articulado, sensibilizando a cooperação entre diferentes níveis de atuação, produzindo importantes mudanças entre problemas de saúde e o eixo Ensino-Serviço.

Ressalta-se ainda que, em consequência da pandemia do novo coronavírus, foi necessário adaptar os formatos das reuniões da CIES Norte para a modalidade a distância, constituindo, sem dúvida, um desafio. Porém, realizamos quatro reuniões durante o ano 2020, visando implicação de cada segmento no contexto da covid-19 e, nesse sentido, o desempenho da Comissão trouxe bons frutos e significativa expansão da participação institucional. A exemplo da Apresentação do Projeto Prioritário Regional — Agenda de Resposta Rápida em Atenção Primária à Saúde para enfrentamento à COVID-19; Guia Orientador para enfrentamento da pandemia nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a proposta de I Mostra de Experiências em atendimento à Covid-19 e o Relato dos Representantes das Instituições de Ensino.

A cada ano, a cada gestão, desafios têm sido superados e expectativas renovadas. Há a preocupação incessante em proporcionar uma efetiva participação de seus atores, a fazer com que se sintam devidamente institucionalizados, que entendam seu papel como protagonista, como instrumentos transformadores, resultando, por fim, em ganhos expressivos na conformação do espaço, da política regional.

## CIES CENTRAL

Para fazer este relato, realizamos um resgate de documentos (atas e resoluções) da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço da Região Central (CIES CENTRAL) que foi constituída em 16/08/2012 como instância colegiada intersetorial e interinstitucional, não paritária, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso. A CIES Central foi instituída em conformidade com a alteração do desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo (PDR-2011). Sendo que, no PDR anterior (PDR-2003), em seu desenho o estado possuía três macrorregionais, enquanto o então vigente passou a ter quatro Regiões de Saúde.

As primeiras reuniões aconteceram no ano de 2012 com objetivo de definir a composição e elaboração do Regimento Interno, constando as devidas atribuições dos membros, organização e funcionamento. O Regimento Interno foi atualizado em setembro de 2016, e novamente em março de 2019, sendo as principais alterações: a redefinição dos segmentos representados e a criação da vaga de suplentes para todos os representantes.

A partir de sua criação em 2012 a CIES Central foi atuante em várias ações de Educação Permanente na região, principalmente contribuindo para o debate da formação em serviço dos profissionais de saúde; podemos destacar as reuniões periódicas da comissão, participação ativa de sua secretaria nas reuniões de Câmara Técnica e da Comissão Intergestores Regional (CIR), organização e realização do Curso de Atualização na Assistência Humanizada À Mulher no Pré-Natal e Puerpério e do projeto de Formação-ação Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da Rede Atenção às Urgências (GEPPRAU) em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz objetivando a criação de núcleos municipais de Educação Permanente e do Núcleo Regional de Educação Permanente; constituição da Comissão de Estágio Obrigatório da Superintendência Regional de Saúde de Colatina (SRSC) com objetivo específico de acompanhar o desenvolvimento e definir as rotinas do estágio, divulgação e monitoramento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde, contribuição no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS ES 2018/2021), elaboração do Plano de Ação Regional de Educação

Permanente em Saúde (PAREPS 2018/2021) a partir das contribuições retiradas nos fóruns e comitês consultivos da região central.

Apesar de muito ter sido produzido, não foram poucas as dificuldades encontradas no nosso esforço para desenvolver e promover as ações de EPS. Neste período, pudemos perceber que a EPS é prevista na Constituição Federal (Art. 200, inciso III) (BRASIL, 1988), como uma opção dos entes federativos, para a formação e o aperfeiçoamento de recursos humanos próprios para atuar no SUS (Lei nº 8.080/1990 - Art.6, inciso III) (BRASIL, 1990). Contudo, existe uma dificuldade: a realidade da formação acadêmica em saúde é distante da realidade encontrada nas práticas diárias das unidades básicas, unidades especializadas ou de unidades de alta complexidade do SUS. Em outras palavras, são estes, os entes federativos, os responsáveis por criar os meios que garantam essa transmissão de conhecimento. Importante reforçar, então, a necessidade de (in)formar os gestores de saúde, que é indispensável à formação de sua força de trabalho em saúde.

A maioria dos municípios da região não tem um profissional referência de EPS, quanto mais um setor dedicado a essa atividade; o mais comum é que a referência de EPS seja o coordenador (a) da APS, acumulando mais essa função. Apesar das referências das CIES regionais terem feito esforços para incluir referências municipais em suas reuniões, a alta rotatividade destas atrapalhava o processo de divulgação de cursos e eventos, capacitações e oficinas para os servidores. A mudança periódica de gestão geralmente leva à mudança dos contatos e descontinuidade das ações de EPS. Algo semelhante também acontece em relação às representações dos seguimentos da CIES, vivenciamos as consequências da troca da composição a cada dois anos, obedecendo ao regimento interno, que ocasiona o esvaziamento das reuniões plenárias comprometendo decisões por falta de quórum. Logo, temos que novamente enviar ofício, solicitando às Instituições representadas a indicação de novo membro. Não é raro que estas respostas demorem ou mesmo não aconteçam. Esse problema contribuiu para o crescimento do absenteísmo nas reuniões, enfraquecendo a CIES como espaço de discussão e levando à dispersão de seus componentes.

Com a pandemia da covid-19, as reuniões presenciais foram suspensas, o que contribuiu ainda mais para o afastamento dos componentes, pois as reuniões tornaram-se mais esporádicas. Mas foram realizadas séries de capacitações e

matriciamento das equipes municipais de APS e Vigilância em Saúde, sempre com objetivo de subsidiar e orientar na elaboração dos planos de contingência da covid-19, vacinação e planejamento para retomada das atividades pós-pandemia.

Através das estratégias organizadas para enfrentamento da covid-19, foi realizado um estudo de fluxo para assistência da população, no qual o Estado do Espírito Santo verificou a necessidade de um novo PDR para melhorar a assistência aos usuários do SUS nas Regiões de Saúde Central e Norte, aumentando a capacidade instalada e incrementando o atendimento à população com a habilitação de serviços de alta complexidade. Foi assim definida a criação da Região Central/Norte, mantendo as duas superintendências como reuniões administrativas totalizando 29 municípios - Resolução CIB ES nº 153/2020 (ESPÍRITO SANTO, 2020). Como consequência, tivemos a necessidade de criar um novo espaço de apoio institucional à CIR Central/Norte. Dessa forma, a CIES dessa região foi aprovada e homologada em CIB no ano de 2021. Agora, o grande desafio da nova CIES é a escrita do novo regimento e a definição de sua nova composição.

## CIES METROPOLITANA

Após o desenvolvimento de Capacitações por meio de projetos desenvolvidos pelo Polos de Educação Permanente em Saúde (Polo EP) foi formalizada uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004). Em 2007, a Portaria GM/MS nº 1996 estabeleceu diretrizes para implantação da PNEPS, instituindo a Comissão Permanente de Integração Ensino- Serviço (CIES) indicada na Lei Federal nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990). Assim, no ES, a Resolução CIB nº 956/2009 definiu o modelo de três (03) Comissões de Integração Ensino-Serviço sendo uma para cada Macrorregião de Saúde e 08 Colegiados de Gestão Microrregional.

Neste contexto a CIES Macrorregião Central foi constituída em julho de 2010 vinculada ao Colegiado de Gestão Regional (CGR), para dar apoio técnico e metodológico à estratégia de condução e operacionalização da Política de Estadual de Educação Permanente nesta Região subdividida em três (3) Microrregiões, com total de 23 municípios.

Ainda em fase de estruturação e mobilização dos Segmentos, a Comissão assumiu a construção do primeiro PAREPS, visto recurso financeiro liberado pela Portaria GM/MS nº 4.033, de 17/12/2010, destinado à formação de profissionais de saúde de nível técnico para atendimento às necessidades prioritárias estabelecidas no Pacto pela Saúde. Embora o enorme desafio, devido à exiguidade do tempo, foi ponto de partida para a conquista de espaço de discussão no Colegiado Regional. Já em setembro de 2011 a Portaria GM/MS nº 2.200, destinou outro aporte de recursos financeiros distribuídos para ações de educação profissional – técnico, e para nível superior, dando origem a outro PAREPS que considerou os dados do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e o Plano Diretor de Regionalização, já vigente. A Região, agora com nova conformação (20 municípios) tornou-se Região Metropolitana (PDR-2011).

Visando trabalhar nesta lógica, os PAREPS buscaram identificar e estabelecer relação entre os problemas de saúde e as necessidades de formação dos trabalhadores do SUS, considerando as prioridades regionais, estabelecendo metodologias de execução. Nesse sentido, convém destacar a Capacitação em gestão dos processos Educativos, parceria com a Escola Técnica do SUS de Vitória/ES (ETSUS Vitória), que objetivou qualificar os representantes da CIES e fomentar a discussão da Política de Educação Permanente.

Além das atribuições inerentes da CIES e das questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, do seu papel de articular instituições de ensino para promover aproximação do ensino-serviço e conseqüentemente produzir mudanças no perfil do profissional de saúde, outros marcos temos a destacar:

1. Participação na pesquisa da PNEPS (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde) intitulada Análise da Política de Educação Permanente para o SUS no Espírito Santo, desenvolvida pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (2015), para subsidiar a Pesquisa Nacional “Avaliação das Políticas de Educação Permanente do SUS”.
2. Constituiu Campo de Prática do PET-SAÚDE GRADUA SUS -2016/2017 para alunos do Curso de Psicologia da Universidade Vila Velha com duração de 24 meses. O Projeto apresentado e elaborado

pela Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha e Secretaria Estadual de Saúde do ES, em parceria com a Instituição de Ensino Superior (IES), além de apoiar e promover a integração ensino-serviço e o processo de ensino-aprendizagem teve por objetivo compreender os processos de gestão da educação na saúde visando construir linhas macrorregionais que serviriam de base para o COAPES. Foram preceptores os técnicos da SESA e apoiadores das CIES, e as secretarias executivas da CIR Metropolitana e da CIB. Com a função de Preceptor exercemos o papel de educadores no serviço; já para os discentes, o campo da EP foi diferente do habitual posto, em que o foco sempre foi a “assistência”, sendo que as próprias diretrizes curriculares requerem preparação dos alunos para gestão. Muitas foram as atividades desempenhadas, a saber: visitas a espaços de Gestão (reuniões na SESA, CIB, CIR Metropolitana, Conselho Estadual de Saúde) encontros periódicos com tutores, visitas à Unidade de Saúde (campo de prática de outros Cursos), Rodas com os Grupos de PET, publicações no Portal Comunidade de Práticas etc. Além de terem contribuído na construção do PAREPS 2018-2021: consolidação dos dados da Pesquisa com os municípios (Diagnóstico Situacional da EPS na Região) para subsidiar a elaboração do Plano, bem como na descrição do tópico Rede de Atenção Psicossocial na Região Metropolitana (estruturação, fluxos, pontos de atenção etc.).

3. Participação na Oficina Regional de Atualização das Políticas de Educação Permanente do SUS realizada em Belo Horizonte - MG (novembro de 2017), com os três estados do sudeste (RJ, ES e MG) ação desencadeada pelo MS /DEGES/SGTES em parceria com CONASS, CNS. Na oportunidade, a CIES do ES demonstrou suas ações, levantou as fragilidades e foi a única dentre as Comissões Estaduais presentes a ter o PEEPS concluído.
4. Realização de Rodas de Conversa e Reuniões com as coordenações municipais da APS para Implementação da Portaria MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017 (Pro EPS-SUS), que cria incentivos financeiros de custeio destinados às ações de qualificação dos trabalhadores do SUS.

5. Participação na Agenda de Oficinas para estruturação do ICEPI – primeiro semestre de 2019 - com ênfase nos seguintes eixos: Estágio Curricular Obrigatório; e Implantação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde nos Serviços. Neste último foram empreendidos muitos esforços para os escritos, com trabalho incansável das secretarias executivas das CIES por se verem implicadas e entenderem o papel do Núcleo de Educação na Superintendência, e do que este representa para ordenamento das demandas de qualificação necessárias ao SUS.
6. Inserção da EPS (CIES) na Comissão de Estágio Supervisionado Obrigatório da Superintendência Regional de Saúde de Vitória (SRSV) desde 2019.

Apontamos abaixo os principais desafios observados no processo de organização da CIES Metropolitana:

1. Há questões de ordem interna, pois a Gestão precisa conceber a importância da **EPS** e sua contribuição nos processos de trabalho. Chamo a isso de questões intramuros. A secretaria executiva se constitui como parte dessa instância que, pela experiência na função, acaba assumindo para além do papel administrativo; contudo, não basta para garantir a condução regional da PNEPS (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde) “*A constituição da Comissão deverá se dar num movimento inclusivo de todas as representações institucionais elencadas, articulado e coordenado pela CIR*”.
2. Outro aspecto está em garantir a pluralidade e efetiva participação dos membros. Por outro lado, a própria localização física da CIES Metropolitana gera confusão de papéis com o da CIES Estadual, já que ambas se situam na mesma área geográfica e por vezes, o representante de um do Segmento da CIES Metropolitana também responde pelo mesmo na CIES Estadual, resultando em esvaziamento e enfraquecimento da sua composição.
3. De caráter mais abrangente, não menos desafiador, destacamos a inexistência de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde formalizada.

4. Considera-se ainda a baixa presença da EP nos espaços de gestão (CIR e CIB), pautas estas dominadas pela discussão assistencial. Raramente os gestores alocam recursos para ações de EP, pois não é considerada uma pauta prioritária.
5. Identificamos também dificuldades burocráticas e jurídicas na execução dos recursos e restrições legais para sua utilização, além dos questionamentos do Tribunal de Contas.
6. Observamos também o distanciamento das Instituições de Ensino e da pasta da Educação (Secretaria Estadual de Educação) para fortalecer o trabalho da CIES na região.

Por fim, destacamos a nova conformação regional a partir do PDR-2020 (homologado pela Resolução CIB/SUS-ES N°150/2020), onde a Região Metropolitana passou a se constituir de 23 municípios, com a inclusão de mais três, a saber: Aracruz, João Neiva e Ibiracu.

## CIES SUL

A CIES Sul está vinculada à CIR da Região Sul, que compreende 26 municípios do sul do estado, sendo regulamentada pela resolução CIB/SUS-ES nº 956/2009, desempenhando papel importante no desenvolvimento da EPS desde o início de suas atividades no ano de 2009. Serão apresentados abaixo alguns marcos importantes na trajetória desse colegiado desde a sua implementação.

A CIES-SUL começou a ser idealizada no ano de 2008 quando técnicos da SESA e da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim (SRSCI) se reuniram em novembro daquele ano e debateram a necessidade da implantação da CIES na Região Sul, como preconizado pela legislação do SUS (PNEPS). No mês seguinte, dando continuidade aos trabalhos, uma comissão de implantação da CIES Sul se reuniu no dia 03 de dezembro de 2008, na SRSCI, onde estavam presentes membros da Câmara Técnica da CIR Sul, técnicos das secretarias municipais de saúde, bem como representantes de Instituições de Ensino, do Conselho Municipal de Saúde e dos secretários municipais de saúde da região, que receberam dos Municípios de Jerônimo Monteiro, Apiacá, Vargem

Alta, Castelo, Cachoeiro de Itapemirim e Presidente Kennedy diversas demandas que subsidiaram a elaboração do plano de ação de EPS da então Microrregião de Cachoeiro de Itapemirim para o ano de 2009.

Apesar do planejamento realizado em 2008, no ano de 2009 não foi possível avançar muito nas atividades de EPS da Região. Contudo, em 2010 a CIES Macrorregião Sul foi devidamente criada e no dia 08/06/2010 aconteceu no auditório da SRSCI a sua primeira reunião ordinária, na qual foi debatido o papel da CIES, a partir da PNEPS e das necessidades regionais. Foi criado também um grupo de trabalho (GT) para elaboração do regimento interno e indicados os nomes de representantes da região para a CIES Estadual. Durante os primeiros encontros os participantes demonstraram muito interesse na organização desse colegiado e nos debates sobre a EPS Regional, apesar das dificuldades inerentes ao processo, tais como baixa participação de representantes municipais (gerada principalmente pela dificuldade de transporte e logística para o deslocamento de profissionais), pouco conhecimento sobre a legislação de EPS no SUS e prazos curtos para entrega dos primeiros produtos da CIES Sul (regimento interno e plano de ação).

Foi no final do ano de 2010 que surgiu um dos maiores desafios da CIES Sul em seu início de caminhada: a elaboração de seus primeiros PAREPS. Nesse período, o MS sinalizou a possibilidade de repasse de recursos aos estados e regiões de saúde para implementação de seus PAREPS, por isso, a partir de outubro de 2010, a CIES Sul se empoderou da necessidade de elaborar seu PAREPS, que compôs o Plano Estadual de Educação Permanente de Educação em Saúde do Espírito Santo 2010-2011. O PAREPS da Região Sul trouxe a proposta das seguintes ações educativas: Curso em Saúde Mental, Curso Básico de Vigilância Epidemiológica, Curso de TABWIN, Curso de Assistência ao Pré-Natal, Curso de Acolhimento com Classificação de Risco e Curso de assistência em Saúde Bucal. Esses cursos compuseram o rol de ações educativas previstas na Portaria GM/MS N. 4.033, de 17 de dezembro de 2010, que estabelece um recurso de R\$ 669.269,15 (Educação Profissional/médio), e Portaria GM/MS N. 2.200, de 14 de setembro de 2011, que estabelece o recurso de R\$ 1.104.785,46 (Educação Profissional) e R\$ 773.349,82 (Educação Permanente) que foi repassado para o Estado do Espírito Santo executar junto às Regiões de Saúde.

Também em 2011 foi aprovado o novo Plano Diretor de Regionalização dividindo o Estado do Espírito Santo em 04 Regiões de Saúde, com isso no dia 14/08/2011 foi criada a CIES-SUL composta por 26 municípios e, na época, 623.396 habitantes.

Em agosto de 2012 foram definidos os Processos de Educação Permanente para a Região Sul, a partir dos PAREPS 2010/2011, cuja execução estava planejada para os anos seguintes. As ações educativas previstas foram: Capacitação em Gestão de Processos Educativos em Saúde, Atualização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, Capacitação em Acolhimento com classificação de risco - Protocolo de Manchester e Atualização Assistência Humanizada à Mulher no Pré-Natal e Puerpério. Ainda em novembro de 2012 foi aprovado o Regimento Interno da CIES SUL. No ano de 2013 destacou-se a participação de representantes da CIES Sul no curso Capacitação em Gestão de Processos Educativos em Saúde, ofertado pela ETSUS Vitória, cujo objetivo era possibilitar a reflexão sobre os processos de educação e formação em saúde no que se refere a sua pertinência, planejamento, avaliação e desenvolvimento.

No ano seguinte, o principal projeto desenvolvido na região foi o curso Caminhos do Cuidado. A proposta do Caminhos do Cuidado estava relacionada a uma formação em saúde mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATENf). A organização inicial para a execução foi realizada por meio de duas instituições de ensino, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Com a capacitação de 1230 ACS, 172 Aux./tec. de Enfermagem da ESF, com um total de 1402 profissionais capacitados na Região Sul.

Destacamos a elaboração do PAREPS 2018-2021, realizada em conjunto com o movimento das demais CIES Regionais durante o ano de 2017. A elaboração deste Plano se deu através de contribuições provenientes de diversos atores: dos municípios da Região Sul (via questionário encaminhado por e-mail); das oficinas da PGASS realizadas em 2017; dos próprios membros da CIES Sul; de Referências Técnicas Regionais e da Câmara Técnica da CIR. Assim, em 19/10/2017 foi aprovado pela Resolução CIR-SUL N° 054/2017 o PAREPS da Região Sul (2018-2021). Logo em seguida,

já no mês de novembro foi aprovada a relação das prioridades de execução das capacitações demandadas no PAREPS para o ano de 2018 (Resolução CIR-SUL N° 059/2017). A partir de então as ações de EPS regionais foram baseadas no PAREPS 2018-2021, sendo realizado a cada ano a priorização das ações identificadas pelos atores regionais.

A partir das experiências narradas acima, percebemos que a responsabilidade pela cogestão da EPS a nível regional é um desafio que envolve articulação intersetorial, planejamento, avaliação e grande investimento de tempo e energia de todos os atores responsáveis por implementar as CIES nas Regiões de Saúde.

## CIES ESTADUAL

A CIES Estadual (ou CIES ES) é responsável pelo apoio técnico e metodológico à estratégia de condução e operacionalização da Política de Educação Permanente em Saúde a nível estadual, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SUS-ES), participando da formulação, condução e desenvolvimento desta Política. No ES, a CIES Estadual veio em momento posterior às CIES Regionais, o que denota um movimento ascendente de construção dessa instância de governança da educação no SUS capixaba. Ela foi instituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES n° 228/2011, tendo sua primeira reunião ordinária realizada em 31 de maio de 2012. Ainda em 2012 foi realizada a alteração da composição das CIES no ES a partir do novo PDR-2011 (Resolução CIB/SUS-ES n° 266/2012) e construído o seu regimento interno (Resolução CIB/SUS-ES n° 301/2012). A secretaria executiva da CIES foi vinculada ao Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH - setor da SESA-ES responsável pela operacionalização da política de EPS no ES até a criação do ICEPi), sendo ocupada por servidores indicados por esse setor, o que garantiu certa estabilidade na condução desse processo de trabalho.

Desde o início do seu funcionamento a CIES ES vem desempenhando o papel de espaço de articulação, planejamento e avaliação das ações e projetos de EPS no estado, subsidiando as decisões da CIB relacionadas a essa instância.

## **PLANOS DE AÇÃO REGIONAIS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PAREPS) E PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEEPS/ES) 2018-2021**

O PEEPS/ES começou a ser concebido em dezembro de 2015 na 35ª reunião da CIES Estadual, ocasião em que foi discutida a necessidade de mapeamento da Educação Permanente nos municípios do estado do Espírito Santo. No período de 2016 a 2017 foram executadas várias etapas que culminaram com a finalização e homologação dos Planos Regionais e Estadual de Educação Permanente nas CIRs e CIB, a saber: construção e aplicação de instrumento para diagnóstico regional da Educação Permanente em Saúde nas 04 (quatro) Regiões de Saúde; cronograma, confecção, pactuação e homologação dos respectivos planos nas referidas comissões. O PEEPS 2018-2021 foi homologado na CIB por meio da Resolução CIB/ES nº 237/2017 em 23 de novembro de 2017 e em abril de 2018 aprovado no Conselho Estadual de Saúde, por meio da Resolução nº 1.038 de 20/04/18, com vigência para quatro anos, seguindo orientação da CIB (ESPIRITO SANTO, 2018).

A construção dos Planos Regionais e Estadual de Educação Permanente mobilizou mais de trezentas pessoas que participaram de oficinas nas quatro regiões de saúde, na ocasião da confecção dos Planos de Intervenções Regionais (PIRs) sob assessoria do Hospital do Coração (HCOR)/programa PROADI-SUS; durante as oficinas de trabalho da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) coordenada pela Secretaria de Estado da Saúde, bem como nas reuniões ordinárias das CIES Regionais e Estadual. Além da participação do corpo de técnicos e gestores regionais nas oficinas mencionadas, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde incorporou, também, a programação do Plano Plurianual de Saúde do período de 2016 a 2019.

## **AS COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO (CIES) E O INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE (ICEPI)**

A primeira reunião da CIES na nova gestão 2019-2021 (53ª reunião) ocorreu com a presença do Secretário de Estado da Saúde, Nésio Fernandes, e

da Deputada Estadual Iriny Lopes, em 21 de fevereiro de 2019. Foi uma reunião marcante, pois contou, além da participação ilustre do Secretário de Estado e da deputada estadual, com a participação dos alunos do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que estava sob a coordenação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, cujo tema dizia respeito ao módulo de estudo dos referido estudantes. Esse fato demonstra e mostra em ato, aos estudantes, que o estudo adquire significado a partir da prática cotidiana de funcionamento das instâncias de discussão da educação permanente no âmbito dos serviços. Os estudantes puderam conhecer como se dá a discussão, bem como conhecer a pauta de discussão e a forma como se pactuam decisões por consenso. Foi a segunda vez na história da CIES que um secretário se faz presente, mostrando a importância dessa instância colegiada de discussão da Educação Permanente em Saúde no SUS Capixaba.

Durante todo ano de 2019 as pautas das CIES trataram de assuntos relacionados ao monitoramento dos PAREPS, ao Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS do Ministério da Saúde — PRO-EPS-SUS (cuja adesão no estado se deu em dezembro de 2017), intercalados com apresentações dos projetos e programas do recém-criado ICEPI.

Foi destaque na CIES a formação de GTs que se debruçaram em três eixos temáticos para discutirem os processos de trabalho que auxiliaram o ICEPI a consolidar alguns de seus projetos, a saber: GT de residências na área da saúde (médicas e multiprofissionais); GT integração Ensino-Serviço, que discutiu os campos de estágio curricular nos serviços; e GT dos Núcleos de Educação Permanente nos serviços de saúde, que discutiu e lançou as bases de como deveríamos induzir a capilarização da EP nas regiões de saúde.

Durante o mês de dezembro de 2019 iniciou-se a apresentação dos projetos do ICEPI, como o Programa Qualifica-APS, que inaugurou um novo ciclo da educação permanente no estado do Espírito Santo.

Devido à situação da pandemia da covid-19, foi realizada apenas uma reunião da CIES ES em 2020, no mês de fevereiro. Nela, o principal ponto de pauta foi a eleição de representantes das Instituições de Ensino Pública e Privada no Colegiado INOVA-Saúde do ICEPI. Esse colegiado constitui-se como espaço regional de articulação e integração dos sistemas nacionais de educação e de

ciência e tecnologia e inovação com o SUS, previsto na Lei complementar de criação do ICEPi - Lei Complementar Estadual nº 909 (ESPÍRITO SANTO, 2019). Foram eleitas ao final da reunião a Universidade Federal do Espírito Santo e a Universidade de Vila Velha. Essa eleição foi momento marcante, uma vez que a proposta levada para discussão e consenso previa apenas a representação de uma instituição de ensino, o que não foi aceito como consenso na discussão daquele momento na CIES, o que levou a Gestão do ICEPi a reconhecer a necessidade de se ter dois representantes de Instituição de Ensino, sendo uma pública e uma representação privada, conforme reivindicação dos atores presentes naquele dia. Em 2021 foram retomados os debates estaduais a respeito da EPS.

## CONCLUSÃO

O relato da experiência do desenvolvimento das CIES no ES mostra o quão importantes são os espaços de cogestão no SUS, principalmente para implementação e avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde ao longo do tempo. Mostra, ainda, que o envolvimento de atores estratégicos nas regiões de saúde faz muita diferença na consolidação de movimentos e realização de ações programadas e pactuadas nos colegiados de gestão estadual e regionais, dando visibilidade à Educação Permanente enquanto política e aposta na transformação das práticas que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde. Observa-se também que os problemas elencados nos planos regionais tornam-se significativos, uma vez que estes foram constatados a partir das necessidades específicas apontadas por cada região de saúde.

O grande desafio que se coloca no contexto atual é a manutenção desse espaço de cogestão onde possamos identificar novos atores, novos movimentos sociais ligados às políticas públicas, trabalhadores com motivação renovada nos serviços, gestores comprometidos com a causa da Educação Permanente em Saúde e com a causa do SUS Capixaba, e que o ICEPi possa se constituir enquanto centro de excelência na educação de trabalhadores e gestores do SUS, modelo de respostas aos desafios e necessidades das regiões de saúde de forma eficiente, inovadora e resolutiva e que seja ainda motivo de orgulho para a população espírito-santense. Pretendemos, por fim, que nossa experiência auxilie outros

estados e regiões de saúde pelo país a construir a história do desenvolvimento da EPS em seus territórios.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.033/GM, de 17 de dezembro de 2010. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.200/GM, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 03 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194/GM, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 nov. 2017.

BRASIL. **Resolução nº 228, de 21 de dezembro de 2011**. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202011/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20228-2011.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 266, de 20 de setembro de 2012**. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202012/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20266-2012.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 301, de 20 de dezembro de 2012**. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202012/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20301-2012.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 237, de 23 de novembro de 2017**. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/>

Media/sesa/CIB/RES%202017/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20237-2017.PDF. Acesso em: 24 ago. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução nº 1.038, de 20 de abril de 2018**. Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, Vitória, 04 mai. 2018.

ESPÍRITO SANTO. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 956, de 30 de outubro de 2009**. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202009/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20956-2009.PDF>. Acesso em: 24 ago. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Lei nº 909, de 26 de abril de 2019. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo**, Vitória, 30 abr. 2019.

FRANÇA, T.; MEDEIROS, K. R.; BELISARIO, S. A.; GARCIA, A. C.; PINTO, I. C. M.; CASTRO, J. L.; PIERANTONI, C. R. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22 n.6, p. 1817-1828, 2017.



# O PORTFÓLIO REFLEXIVO DA UNIDADE EDUCACIONAL DE CUIDADOS À SAÚDE DOS INDIVÍDUOS: CAMINHO, ESTRADA, PONTE, DEGRAU OU ESCADA

Priscilla Rocha Araujo Nader  
Célia Márcia Birchler  
Margareth Pandolfi  
Sarah Cosme Foletto  
Vivian Marli Barros de Souza Siqueira

*Só há uma saída: reinventar o futuro, abrir um novo horizonte de possibilidades, cartografado por alternativas radicais às que deixaram de ser*  
(SANTOS, 1997, p. 322).

A educação é um fenômeno social e universal. Trata-se de uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, portanto, a educação precisa cuidar da formação de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais e preparando-os para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social. O conhecimento gerado a partir da educação tem sido modificado rapidamente ao longo do tempo, sendo necessária, a contínua atualização e interação desses saberes (MORIN, 2002).

Ressalta-se que no Brasil, o direito dos estudantes é resultado de uma condição democrática garantida pela Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), de 1988, na qual consta que a educação é dever do Estado e da Família, e isso inclui a qualificação do trabalhador (BRASIL, 1988):

Art.205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988).

Na CFB também consta que o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela formação dos trabalhadores da saúde (Art. 200, III), entretanto a complexidade e a velocidade das mudanças exigem a atualização, capacitação e qualificação permanente dos profissionais. Torna-se, portanto, crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos, no qual eles mesmos são objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005). A formação de profissionais abertos às mudanças e motivados a aprender no ambiente de trabalho ao longo de sua trajetória profissional torna-se, assim, imprescindível.

Ocorre que, no Brasil, a saúde é o setor que vem sendo submetido ao mais significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas como no campo da formação profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Assim sendo, o SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), de Incentivo às Mudanças curriculares, de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores, de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, bem como as Residências Multiprofissionais, caminharam nessa direção e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e serviços (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse contexto, a educação deve ser pensada como um exercício coletivo de valorização das experiências e da criatividade individual, buscando-se novos instrumentos para o trabalho. Como consequência, educar torna-se o (re)inventar e o (re)construir do conhecimento de forma personalizada, transpondo-se o mero preparo de mão de obra para o mundo globalizado e buscando-se a capacitação do profissional para que se torne um transformador da realidade e um (re)avaliador crítico. Nessa perspectiva, a busca de novos instrumentos para o trabalho favorece a (re)descoberta

do indivíduo, das suas potencialidades, dos seus limites e, de alguma maneira, subsidia o desenvolvimento de suas capacidades (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

No processo de educação, o aprender e o ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, necessitando ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Desenvolver competências e habilidades (saber, saber fazer e saber ser) é fundamental, e isso inclui o processo avaliativo.

Há que se ressaltar que a avaliação, no campo da educação, deve ser vista como um processo dinâmico que acontece ao longo do ensino e da aprendizagem. A avaliação não deve ser pontual, estanque ou isolada do contexto e desenvolvimento do aluno. Deve contribuir para a formação ao identificar e pontuar avanços, dificuldades, desafios, refletindo a trajetória do aluno.

Nesse contexto por si só, a avaliação é um grande desafio posto no enfrentamento da complexidade e diversidade das situações para o processo de ensino e aprendizagem, que têm demonstrado a não suficiência dos métodos didáticos tradicionais. Buscam-se assim novos desenhos educativos que tenham em sua centralidade a aprendizagem significativa baseada no desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), com vistas a uma formação em saúde capacitada para as diferentes demandas reais da atuação profissional.

Operacionalmente, a avaliação formativa, entendida como uma ferramenta de acompanhamento de todo o processo de ensino aprendizagem, tem como princípio a sua realização de forma sistemática, contínua e interativa entre docentes e discentes objetivando proporcionar regulação contínua do desempenho estudantil e do processo educacional (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008).

Para a consolidação de tal perspectiva de avaliação faz-se fundamental estimular o residente em formação, a capacidade de perceber de forma integrada, os objetivos, as finalidades, as pessoas e as suas motivações, os acontecimentos e as relações que entre todos se estabelecem. Dessa forma então, garanta condições de desenvolvimento progressivo dos níveis de consciência e, por conseguinte, da emancipação e identidade do estudante (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008).

Assim sendo, a avaliação formativa tem se mostrado uma alternativa. Sua principal função é controlar e identificar a evolução de aprendizado dos alunos.

Ela é realizada várias vezes ao longo de todo processo de ensino e aprendizagem, analisando se os alunos estão atingindo as metas e os objetivos propostos.

Neste texto iremos abordar também o processo de avaliação utilizado pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) na Unidade Educacional do Cuidado à Saúde dos Indivíduos (UECSI). Ressalta-se que essa unidade educacional é conduzida em encontros de tutoria, no formato de pequenos grupos, utilizando como metodologia central a Aprendizagem Baseada em Problema. Os residentes são separados por turmas R1 e R2. Ressalta-se que o PRMSF abrange dez categorias profissionais sendo: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, sendo ofertadas 60 vagas por edital de seleção de residentes. O programa está implantado em quatro municípios do estado do Espírito Santo, Aracruz, Cariacica, Colatina, Vitória, tendo por cenário de prática as Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde funciona a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A UECSI é trabalhada tendo um formato que possibilita a discussão do campo do saber, onde os residentes de R1 e R2 estão separados de acordo com os cenários de prática, contemplando todas as categorias profissionais, cujo foco de aprendizagem é o processo de trabalho da ESF, e inserindo também momentos de discussão por categoria profissional, denominado núcleo do saber.

Sobre a conformação de campo e núcleo, dentro de um pensamento dialético, a saúde coletiva seria um pedaço do campo da saúde. Valendo-se de imagens, talvez possamos projetar o campo da saúde como uma matriz em distintos planos de inserção, sendo a saúde coletiva um desses planos. Dentre esses, pelo menos pode ser abordado nesse contexto: a saúde coletiva como movimento intelectual e moral; e a saúde coletiva como um núcleo, uma concentração nuclear de saberes e práticas. Um núcleo coproduzido por miríades de inter-relações com o campo e, ao mesmo tempo, um núcleo coprodutor desse mesmo campo” (CAMPOS, 2000). Ainda, para a definição de núcleo de atuação específico demarca “a identidade de uma área de saber e de prática profissional [...]”; e campo como “um espaço com limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão busca apoio para responder às demandas que se apresentam no seu cotidiano profissional” (CAMPOS, 2000, p. 220).

Sendo para os momentos de núcleo ou campo do saber, a UE CSI adota o modelo de avaliação formativa. As avaliações formativas são realizadas via aplicação dos instrumentos de “Avaliação do Desempenho no Processo de Ensino-Aprendizagem” tanto do residente como do tutor. O Portfólio reflexivo é o instrumento utilizado para o acompanhamento do desempenho cognitivo. Os tutores também são incentivados a realizar avaliação durante e ao final de todas as atividades de ensino aprendizagem, garantindo o reconhecimento de conquistas e oferecendo oportunidades de melhorias, de construção de novos significados e de renegociação do contrato de convivência, sempre que for necessário (ICEPi, 2021, p. 17). Visando atender a proposta de avaliação da unidade, adotamos alguns instrumentos e estratégias destacam-se:

- **Avaliação por Objetivos:** se baseia no cumprimento dos objetivos definidos. É preciso considerar o empenho e os resultados, mas também as circunstâncias externas que podem ter interferido nas tarefas.
- **Avaliação por escala gráfica:** é um dos modelos mais tradicionais de avaliação de desempenho. Nele, é utilizado um documento dividido em colunas horizontais e verticais, contendo os critérios que serão analisados (assiduidade e trabalho em equipe, por exemplo) e escalas de valores (como ruim, médio e bom). Na residência usa-se a escala de Satisfação - Satisfatório (S), Precisa Melhorar (PM) e insatisfatório (I). Trata-se de um método fácil e muito objetivo, cujos resultados devem levar a outras análises mais profundas. É muito importante aliar essa ferramenta a outros modelos, para evitar avaliações muito rasas. No entanto, é uma ótima técnica complementar. É preconizada pelo ICEPi e utiliza um roteiro específico (Quadro 1).
- **Autoavaliação:** é uma boa prática para promover a reflexão em suas equipes; os próprios colaboradores devem analisar seu desempenho, identificando pontos fortes e pontos para melhorar. A avaliação é feita de acordo com critérios pré-definidos, como atividades do cotidiano, metas estabelecidas, entre outros.
- **Avaliação 180º ou Avaliação conjunta:** realizada em conjunto entre avaliador e avaliado, ou seja, a ferramenta de avaliação é analisada

ao mesmo tempo e discutida pelos dois. Trata-se de uma rica possibilidade de troca, com transparência, clareza e objetividade.

- **Avaliação 360º ou Avaliação multivisão:** adotada ao final de cada encontro, na qual o residente se autoavalia, avalia o grupo e avalia o tutor, e ao final da rodada de avaliações, o tutor também avalia o momento por meio da autoavaliação e da avaliação do grupo, ocasião essa de extrema importância, pois estimula o grupo/tutor ao exercício de fazer e receber críticas, sendo que o feedback se dá de maneira oportuna e vem de diversas fontes.

## O PORTFÓLIO REFLEXIVO COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Dentre as atividades dos residentes conduzidas na UE CSI, destacam-se diversas estratégias pedagógicas que subsidiam o processo de ensino aprendizagem e estimulam os residentes em sua capacidade de reflexão e participação coletiva. Destacam-se as oficinas de trabalho (OTs), os seminários e o processamento de situações, problemas, narrativas e histórias clínicas enquanto disparadores da Aprendizagem Baseada em Problema (ABP), onde utilizamos a ideia de uma espiral como representação do processo ensino aprendizagem.

A espiral construtivista é uma metodologia problematizadora adotada em currículos que utilizam tecnologias educacionais ativas. A partir do processamento de problemas, as questões de aprendizagem são elaboradas pelos estudantes de forma a atender maior articulação entre teoria e prática. Esse formato dispara o aprendizado por associação de significados em discursos completos, ao invés do conhecimento separado por disciplinas. A partir da concepção construtivista da educação e do princípio da globalização a autora agregou elementos da dialogia da aprendizagem significativa e da metodologia científica para compor os fundamentos teóricos dessa metodologia (LIMA, 2017).

A espiral construtivista é trabalhada em dois momentos, sendo: momento 1 - síntese provisória que inclui as etapas de problematização a partir de um disparador, elaboração de hipóteses e construção das questões de aprendizagem. Um momento de atividade autodirigida, os residentes realizam as buscas para responder às questões levantadas, momento individual. E, na sequência dos

encontros, os resultados das buscas científicas são compartilhados com o grupo: este momento é denominado nova síntese, como um espaço de socialização e compartilhamento de novos saberes. Toda produção, individual e/ou coletiva, deve compor a síntese reflexiva do conteúdo e ser inserida no Portfólio reflexivo.

O Portfólio é um instrumento que deve contemplar fundamentação científica (evidências científicas e suas fontes) e os deslocamentos cognitivos e atitudinais alcançados do ponto de vista do residente, explicitando as conquistas e desafios postos, sendo um instrumento que potencializa o exercício da autoavaliação.

Deve estar adequado às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), entretanto, deve preservar a identidade, a subjetividade e a criatividade do residente. Deve conter capa, apresentação do residente, sumário, registro de expectativas e da trajetória profissional realizados no início do curso e as impressões deixadas pelas atividades desenvolvidas; deve explicitar o que foi significativo no processo de aprendizagem. Ao final de cada encontro o residente será estimulado a relatar como tem vivido e se sentido em relação à sua aprendizagem e às experiências vivenciadas nas diferentes atividades desenvolvidas, bem como o significado delas para sua transformação pessoal e profissional (Quadro 2).

Destaca-se, ainda, que o Portfólio propicia o desenvolvimento das capacidades de síntese e de sistematização dos conhecimentos produzidos individual e coletivamente, deve ser considerado um recurso de autoria e criatividade que expresse os aspectos mais relevantes da trajetória da aprendizagem.

Além da dimensão reflexiva do processo ensino-aprendizagem, é utilizado com um dos instrumentos de avaliação de desempenho do(a) profissional residente, constituindo-se como referência para avaliação semestral para a Unidade Educacional do Cuidado à Saúde dos Indivíduos dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família, Saúde Mental e Cuidados Paliativos e, para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, para a avaliação da Unidade Educacional de Saúde Coletiva.

No entanto, por se tratar de um instrumento que deve demonstrar toda a trajetória do profissional residente durante a residência, é importante que tenha elementos das demais unidades educacionais, como reflexões, imagens, fotos, figuras e descrições de atividades práticas e teóricas, mesmo não sendo utilizado

como critério de avaliação. De forma a ser possível que o próprio residente acompanhe seu deslocamento no processo de aprendizagem de forma ampla, contemplando todas as dimensões, atitudinais, cognitivas e psicomotoras, como o desenvolvimento dos desempenhos descritos no perfil de competência.

O Portfólio é um instrumento de avaliação do processo ensino aprendizagem que pode ser de três tipos: narrativo, demonstrativo e reflexivo. O Portfólio orientado pelo ICEPi é norteado por Competências: Conhecimento (o saber), Habilidades (o fazer) e a Atitude (o ser), e pela dimensão reflexiva. A opção pelo Portfólio como instrumento de avaliação vem do consenso de que ele promove o desenvolvimento de competências tanto cognitivas quanto metacognitivas e, de modelo especial das relativas ao trabalho em equipe, considerando indispensável à prática interdisciplinar na área da saúde (CESARIO *et al.*, 2016, p. 358).

Este tipo de portfólio resulta de registros em diários de campo ou de classe, retrata uma leitura mais profunda e pessoal dos acontecimentos relacionados à vida acadêmica e profissional dos educandos. Trata-se, portanto, de um recurso de reflexão sobre a própria prática, um mecanismo para o desenvolvimento pessoal e profissional, onde são registradas sensações, imagens e experiências, aprendizagens, dúvidas e questões para reflexão por meio de narrativas. No caso da UECSI, as narrativas devem refletir sobre as atividades e sobre o fazer do residente.

Na UECSI, há que se ressaltar que os residentes ainda apresentam resquícios da avaliação tradicional da avaliação escolar do ensino fundamental, médio e do vestibular, que sempre foi vista como um momento de grande estresse, porque sua finalidade era apenas classificar os alunos, atribuindo-lhes notas ou conceitos.

Na avaliação do Portfólio realizada entre julho e agosto de 2021, algumas situações de tensão tiveram que ser administradas pelos tutores e pela coordenação. A princípio os residentes ficaram bastante reticentes, entretanto após a avaliação eles realizaram o exercício de importar e exportar pontos positivos dos portfólios, bem como promoveram a autoavaliação com muita maturidade e senso crítico. Nos encontros semanais também são usados os dois tipos, bem como a autoavaliação, e o ambiente é bastante favorável entre todos.

O *feedback* também é uma rotina nos encontros, e alguns métodos e estratégias são explorados:

- **Feedback sanduíche:** é uma técnica de Programação Neurolinguística (PNL) usada em inúmeras organizações. Consiste em dar primeiro um ou mais elogios, depois apresentar os aspectos a melhorar (críticas) e por fim dar um encorajamento (reforço positivo). No geral os tutores o aplicam com frequência.
- **Feedback positivo e negativo:** quando e como dar um retorno bom e ruim são aspectos que demandam coerência lógica e objetividade.
- **Feedback em escada ou degrau:** oferece uma estrutura de auxílio à reflexão do estudante em quatro etapas: a. esclarecer, b. valorizar, c. questionar, d. sugerir.

Outra questão relevante no processo de elaboração do *feedback* e que deve ser levada em conta pelo tutor diz respeito ao ritmo e à constância com os quais o *feedback* é dado. O ideal é que o *feedback* ocorra de maneira oportuna, e que ele seja recebido logo após o acompanhamento da atividade em questão. Os tutores da unidade zelam para que isso aconteça, pois dar retorno no momento exato é uma técnica interessante e que deve ser usada em diversas ocasiões. Reforçar comportamentos ou “aparar arestas” no instante em que ocorrem as ações pode ser a melhor maneira de agir pro ativamente. Devido ao número de residentes o Portfólio não é avaliado de imediato, entretanto a avaliação é feita em grupos e individualmente no menor tempo possível.

É fato que a unidade utiliza e valoriza o Portfólio crítico reflexivo como instrumento de aprendizado e avaliação, no qual o residente é estimulado a escrever sobre a trajetória do seu conhecimento tanto a nível cognitivo, quanto em relação às habilidades sócio emocionais. Importante citar que o modelo avaliativo proposto se baseia em conceitos: satisfatório, pode melhorar e insatisfatório, sendo critério referenciado e tendo alicerce no perfil de competências definido pela Residência. Busca-se, por meio de reflexões teórico-práticas, formar um residente com uma postura reflexiva e crítica diante dos problemas do cotidiano, conduzindo-o para as mudanças e para a tomada de decisão.

A utilização da estratégia Portfólio reflexivo responde a essa perspectiva que Nunes e Moreira (2005), indicam que a utilização do Portfólio no processo de ensino-aprendizagem está em harmonia com o pensamento pedagógico

reflexivo. O portfólio reflexivo faculta ao aprendiz oportunidades para refletir, diagnosticar as suas dificuldades, autoavaliar seu desempenho e autorregular sua aprendizagem, assumindo uma dimensão metacognitiva no seu desenvolvimento (SÁ-CHAVES, 2000, p.15).

Segundo Mena e Bierhalz (2019), o Portfólio proporciona o envolvimento dos aprendizes/supervisionados nos próprios processos de aprendizagem, por meio de orientações, diálogos e indicações de possibilidades, indicando que há diferentes formas de demonstrar o aprendizado. Para tanto, além das sínteses realizadas para as questões de aprendizagem (QAs) produzidas nos encontros que utilizam a estratégia da Aprendizagem Baseadas em Problemas (PBL) e dos produtos das Oficinas de Trabalho (OTs), os aprendizes/supervisionados devem elaborar textos reflexivos, que serão periodicamente indicados pelos docentes, sobre o seu próprio processo de aprendizagem ao longo da capacitação. Dessa forma, para o processo de ensino aprendizagem reflexivo, o professor deve acompanhar a evolução do aprendiz/supervisionados por meio desses textos reflexivos no que se refere ao enfoque reflexivo que, segundo Sá-Chaves (2000), pode apresentar diferentes níveis: técnico-prático, crítico e metacrítico:

O **nível técnico-prático** corresponde à descrição correta e detalhada de episódios de prática vivenciados pelo formando. O aprendiz pode, no entanto, ser estimulado no seu questionamento, permitindo fazer uma análise de **tipo crítico**, ou seja, introduzir na narrativa outros elementos para além da mera descrição dos fatos. Nesse nível, o aprendiz identifica as múltiplas e possíveis causas, consequências e os significados dos fenômenos em estudo; reflete sobre o papel dos contextos na determinação dos fatos, sobre as funções e papéis desempenhados, sobre as concepções que sustentam as decisões e sobre novas possibilidades e funções que poderão vir a ser desempenhadas à luz de novas percepções dos problemas. É nesse quadro que o aprendiz pode vir a desenvolver a reflexão sobre si próprio, de **nível metacrítico**, questionando-se quanto a seus desempenhos, funções e concepções subjacentes, tornando-se, concomitantemente, o sujeito da sua própria reflexão.

Dessa forma, a relação formativa que se estabelece no coletivo permite ao aprendiz a (re)estruturação e fundamentação da construção do próprio conhecimento, na medida em que, ao agir, refletir e narrar os fatos e o seu papel no decurso dos mesmos, elabora e (re)elabora o seu conhecimento prévio.

Quanto à dimensão da avaliação formativa do Portfólio se dá pelo *feedback* realizado de forma contínua pelo docente, por meio de um acompanhamento quase que individualizado que proporciona informações acerca do desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem e ainda, favorece à reflexão e autocorreção do aprendiz/supervisionados, que toma consciência de seu processo de aprendizagem, identificando lacunas e buscando o que ainda lhe falta de forma autônoma e crítica.

O tutor deve englobar habilidades como a identificação de necessidades de aprendizagens, o desenvolvimento de ações educacionais, a facilitação do ensino e da aprendizagem e a avaliação de processos educacionais, sendo a etapa da avaliação uma das mais desafiadoras (LIMA *et al.*, 2016). Na UECSI da Residência Multiprofissional do ICEPi a avaliação é um processo criterioso e participativo, e tem sido mais um desafio para os residentes, bem como para os tutores.

## **AValiação e Competência Intelectual, Afetiva e Gerencial do Portfólio**

Dentre as competências e os requisitos avaliados no Portfólio as que envolvem a atitude frente ao conhecimento (Quadro 1), talvez sejam as que impõem maior responsabilidade ao tutor. A subjetividade e a individualidade são por vezes difíceis até de se identificar no residente. Elas refletem desenvolvimento e valorização de atitude(s) e comportamento(s) do(a) profissional residente [...] (BIRCHLER *et al.*, 2020).

Até os anos 70, predominavam na literatura sobre avaliação os enfoques econométricos num esforço de adaptação de métodos originários das ciências econômicas, que buscam controlar ou eliminar o efeito de variáveis situacionais de ambientes complexos, de modo a tornar possível isolar o impacto de um programa na transformação da realidade de seus beneficiários. O rigor desses métodos passou a ser questionado a partir da incorporação de uma perspectiva multidisciplinar no campo avaliativo por influência da Sociologia, Ciência Política e Antropologia. Os métodos de abordagem predominantemente quantitativa deixavam descobertas dimensões sociopolíticas e culturais relevantes para a compreensão da dinâmica social. Mais recentemente a psicologia e a pedagogia têm dado sua grande contribuição para a avaliação.

No processo de educação, o aprender e o ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, necessitando serem estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Desenvolver competências e habilidades (saber, saber fazer e saber ser) é fundamental, e as duas especialidades têm papel fundamental nesse processo.

Para trabalhar a matriz curricular proposta para cada programa de residência são utilizadas estratégias pedagógicas capazes de promover o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e a formação integral e interdisciplinar. Além da integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista as necessidades de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde.

Fez-se a opção por trabalhar com a abordagem do currículo orientado por competência, adotando a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, reunidos, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional. Assim, é na ação, no desempenho perante as situações da prática que o estudante pode utilizar conhecimentos e habilidades ressignificados por meio do conjunto de seus valores pessoais (LIMA, 2005).

Outro aspecto a ser destacado, na perspectiva do processo avaliativo é que o tutor deve ter competência intelectual, afetiva e gerencial; importante que tenha inteligência emocional e relacional para que consiga gerenciar o ensino e o aprendizado do aluno, lidando com situações imprevistas (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015; MORAN, 2015). Principalmente, ao mediar pequenos grupos, é natural comparecer, com certa frequência, situações de tensão que precisam ser gerenciadas de maneira oportuna.

Nesse contexto, destaca-se a importância da avaliação formativa com valorização de um modelo educacional que se dá em processo. Observa-se que as metas da avaliação formativa são valorizar a reflexão dos estudantes quanto aos processos vividos e indicar aos educadores além da avaliação dos processos de aprendizagem dos discentes, elementos para análises, visando à transformação da

prática docente. Sendo assim, a avaliação formativa deve ser contínua no sentido de proporcionar a avaliação e o redirecionamento do ensino e da aprendizagem de maneira cotidiana e dinâmica (MENDES, 2006).

Pensando na avaliação em processo adotada pela Residência Multiprofissional do ICEPi, destaca-se a importância do Portfólio crítico reflexivo, instrumento que permite aproximação do tutor com a trajetória de aprendizagem do residente, trazendo elementos avaliativos singulares, uma vez que possibilita, na maior parte dos casos, conhecimento sobre como o processo de residência tem se dado, inclusive ressaltando reflexões emocionais e evidenciando o deslocamento de aprendizagem deste residente, com enfoque no aprendizado significativo.

De acordo com Henriques, Gaspar e Silva (2012) enquanto a avaliação somativa está centrada em resultados quantitativos, a avaliação formativa tem enfoque no desenvolvimento do processo educacional, identificando fragilidades e potencialidades para tomada de decisões qualitativas. Daí a importância de que os estudantes participem ativamente do processo avaliativo, sendo fundamental o trabalho do tutor em conjunto com os seus educandos.

Camargo e Mendes (2013) elencam os princípios que norteiam a avaliação formativa, como sendo: colaboração, parceria, autoavaliação, regulação, autonomia, intervenção, *feedback* e o tratamento dos resultados, dentre outros aspectos. Ramani (2016) reforça a importância da autoavaliação quando indica que o tutor deve solicitar ao aluno que reflita sobre seu desempenho.

De acordo com a experiência avaliativa dos Portfólios na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, observa-se ser esse um espaço rico para a autoavaliação, uma vez que os residentes, na maioria das vezes, se sentem mais à vontade para se colocar, entendendo que o espaço do Portfólio é um espaço protegido, onde podem falar das suas angústias, desafios e conquistas, desvelando o Portfólio como um diário da trajetória de sua formação.

Pensando na lógica do espaço protegido, Bok *et al.* (2015) citam que bons ambientes de aprendizagem, permeados por relações de respeito e confiança, são fatores fundamentais para a avaliação formativa.

Cesário *et al.* (2016) ressalta como desafio para a construção de um Portfólio com a premissa crítica reflexiva, a falta de costume dos discentes em realizar autoavaliação e em escrever sobre sentimentos e emoções; ressaltamos

que tal dificuldade comparece também na avaliação dos portfólios dos residentes do ICEPi. Entretanto, observa-se que com o amadurecimento dos residentes, apoiado pelos *feedbacks* construtivos ofertados pelos tutores, há um entendimento de que a avaliação do Portfólio pode ser um momento protegido e rico, de diálogos e trocas, fazendo assim com que os residentes se sintam mais confiantes para desenvolver o processo de autoavaliação trazendo as emoções e os sentimentos da trajetória da aprendizagem.

Conclui-se com a fala de Moraes (2014) que discute a importância do aprimoramento dos processos avaliativos, com destaque para a valorização da avaliação formativa, para que se possa propiciar uma educação inclusiva, participativa e emancipatória na área da saúde, com o objetivo de formar profissionais autônomos, críticos e reflexivos.

No fazer saúde, a aprendizagem reflexiva é essencial para o profissional, pois permite que consiga lidar com a complexidade do cuidar em saúde, no seu cotidiano de trabalho. A partir da observação das práticas profissionais, as conversas reflexivas que ocorrem durante a ação tornam-se o centro da reflexão sobre a prática, e essas reflexões colaboram e contribuem com a tomada de decisões, a compreensão e a troca de conhecimento e experiências (DORIGON; ROMANOWSKI, 2008).

Portanto, os programas de residência do ICEPi têm por objetivo formar profissionais de saúde especialistas com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para o exercício na especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual, pautados em princípios éticos, com ênfase no desenvolvimento de práticas interprofissionais (BIRCHLER *et al.*, 2020); e o processo de avaliação, bem como o Portfólio Reflexivo tem papel importante neste processo.

Ter o Portfólio reflexivo como instrumento de avaliação do núcleo do saber nos impôs aos tutores muita responsabilidade. Por vezes os Portfólios são apenas narrativos e/ou descritivos, superficiais, e por vezes chegam a ser muito econômico etc., e assim sendo não reflete o desenvolvimento real do residente. Dessa forma cabe ao tutor reconhecer tais características, bem como as dificuldades dos residentes no sentido de desenvolver junto a ele e ao grupo a competência para a reflexão e capacidade de síntese.

O fato é que graças a esta experiência, foi possível identificar que o Portfólio tem sido um instrumento facilitador para a construção do aprendizado

do estudante e do grupo, permitindo o registro crítico e reflexivo do caminho percorrido na perspectiva problematizadora e da aprendizagem significativa e reflexiva. Além disso, possibilita e estimula a comunicação, a integração e as relações estabelecidas no grupo, trazendo à tona não apenas o que foi visto da realidade, mas também as sensações e emoções do que foi vivenciado.

Assim sendo, nos remetemos ao título do manuscrito: O Portfólio [...] como **Caminho, Estrada, Ponte, Degrau ou Escada**. O fato é que todo o processo é carregado de experiências, vivências, significados, percepções, sentimentos e construções vividas por vezes com muita intensidade, e assim sendo por vezes o Portfólio é Caminho, é como um diário de bordo a retratar o desconhecido e a descoberta que se evidencia para o residente; por vezes ele é a **Estrada** planejada, sedimentada; por vezes é uma **Ponte** entre as lacunas do conhecimento e por vezes ele representa **Degraus** de uma imensa e ampla **Escada** ao retratar reflexão pós-reflexão, as quais favorecem a construção do conhecimento com bases sólidas e consequente amadurecimento do Residente. Mesmo contrariando Piaget ao retratar que aprendizagem e desenvolvimento não ocorrem subindo degrau por degrau de uma escada, nossa percepção é que a metáfora “subida de uma escada” citada por Alarcão (2018, p. 18) pode também retratar o processo de vivência do tutor e do Residente.

O fato é que o desenvolvimento de um Portfólio reflexivo implica e exige uma abordagem do tipo biográfico, o que facilita a compreensão dos momentos de aprendizagem e dos sentidos atribuídos ao vivido e ao, ainda, por viver (ALARCÃO, 2003). O Portfólio é uma ferramenta de desenvolvimento profissional e pessoal do Residente, e isso por si só já justifica sua aplicação. O percurso adotado representa uma tentativa de contribuir para a articulação e integração entre teoria e prática e cooperar para a construção de um perfil de profissionais críticos, pois valoriza a construção não só do conhecimento, mas também de competência, habilidades e atitudes que permitam aos estudantes atuar no contexto e realidade em que se inserem de forma a intervir individual e/ou coletivamente numa abordagem integradora.

## REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. **Professores Reflexivos em uma Escola Reflexiva**. Questões da Nossa Época 104. Brasil: Cortez Editora, 8ª ed. 2018. 112 p.

BIRCHLER, C. M.; STANGE, D.; ALMADA, G. L.; LIBARDI, M. C. **Caderno do Residente**. Vitória. ICEPi/SESA. 2020.

BOK, H. *et al.* Feedback-giving behaviour in performance evaluations during clinical clerkships. **Medical Teacher**, n. 38, p. 88-95, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Presidência da República. Brasília, 1988. 498 p.

CAMARGO, C. C. O.; MENDES, O. M. A. Avaliação Formativa como uma Política Incluyente para a Educação Escolar. **Revista Educação e Políticas em Debate**, v. 2, n. 2, p. 372-390, jul./dez., 2013.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet], Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123200000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200002&lng=en). Acesso em: 25 jul. 2021.

CECCIM, R. B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic. Saúde e Educ.**, v. 9, n. 16: p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CESÁRIO, J. B. *et al.* Portfólio Reflexivo como estratégia de avaliação formativa. **Revista Baiana de Enfermagem, Salvador**, v. 30, n. 1, p. 356-364, jan./mar. 2016.

DORIGON, T. C.; ROMANOWSKI, J. P. A reflexão em Dewey e Schön. **Revista Intersaberes**, Curitiba: ano 3, nº. 5, p. 8-22, jan./jul. 2008.

HENRIQUES, L.; GASPAR, M. F.; SILVA, J. A. P. Avaliação Formativa de Professores: Um Passo no Caminho da Melhoria do Desempenho Docente. **Revista portuguesa de pedagogia**, p. 57-72, 2012.

INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO (ICEPI). SESA/ES. Programa de Residência em Saúde da Família **Unidade Educacional do Cuidado à saúde dos Indivíduos**. Caderno do residente. Vitória, 2021.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 431-434, 2017.

LIMA, V. V. *et al.* **Processos educacionais na saúde: ênfase em avaliação de competências: caderno do curso 2016/2017**. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

LIMA, V. V. *et al.* Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais da Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

MENA, L. P; BIERHALZ, C. D. K. Concepções Avaliativas na Construção de Portfólios. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 303-320, maio/ago. 2019.

MENDES, O. M. **Formação de professores e avaliação educacional: o que aprendem os estudantes das licenciaturas durante sua formação**. 2006, 214 f. Tese (doutorado em Didática, Teorias de Ensino e Práticas Escolares) Universidade de São Paulo, São Paulo.

MORAES, D. A. F. A. Prova Formativa na Educação Superior: Possibilidade de Regulação e

Autorregulação. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 25, n. 58, p. 272-294, maio/ago. 2014.

MORAN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. In: SOUZA, C. A D.; Morales, O. E. T. (orgs.). **Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**. PG: Foca Foto-PROEX/UEPG, v. 2, p. 15-33. 2015.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; 2002.

NUNES, A.; MOREIRA, A. O “**portfólio**” na aula de língua estrangeira: uma forma de aprender e a ser (para alunos e professores). In: SÁ-CHAVES, I. (Org.). Os “portfólios” reflexivos (também) trazem gente dentro: reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos formativos. Porto: Porto Editora, p. 51-66. 2005.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. **Cienc. Enferm.** v. 16, n. 2: p. 25-33, 2010.

RAMANI, S. Reflections on feedback: Closing the loop. **Medical Teacher**, n. 39, v. 2, p. 206-207, 2016.

SÁ-CHAVES, I. **Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000 (Cadernos didáticos, Série Sup. 1).

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez; p. 322. 1997.

SILVA R. F.; SÁ-CHAVES, I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 27, p. 721-734, 2008.

VIEIRA, M. N. C. M.; PANÚNCIO-PINTO, M. P. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde de Medicina. **Revistafmrpusp.br**. Ribeirão Preto; v. 48, n. 3, p. 241-248, 2015.

## ANEXOS

**Quadro 1.** Critérios para avaliação do Portfólio, Residências Multiprofissionais, ICEPi, 2021

SINALIZAÇÕES QUE DEMONSTREM COMO O PROCESSO DE APRENDIZAGEM REFLEXIVA SE DESENVOLVEU COM A CONSTRUÇÃO DO PORTFÓLIO			
CONCEITO	S	PM	I
<b>1. Apresentação/formato do Portfólio</b>			
O Portfólio possibilita ao(a) Tutor(a) acompanhar o percurso do processo de aprendizagem do(a) profissional residente, incluindo fragilidades e avanços.			
O Portfólio consegue representar o percurso de aprendizagem de forma sistematizada, está organizado de forma coerente com as atividades desenvolvidas, contém todos os produtos e evidência do processo ensino-aprendizagem, mantém um padrão na formatação do produto apresentado.			

<b>2. Atitude frente à construção do conhecimento</b>			
Há sinalização, no Portfólio, de que o residente está conseguindo assumir a responsabilidade por sua aprendizagem, estabelecendo uma relação comprometida com a busca de conhecimentos.			
O Portfólio reflete o desenvolvimento e valorização de atitude (s) e comportamento(s) do(a) profissional residente com destaque ao interesse/protagonismo / empenho/corresponsabilização com seu processo comportamento(s) do(a) profissional residente com destaque ao formativo bem como com o do seu grupo.			
<b>3. Construção do conhecimento</b>			
Evidencia a construção de novos conhecimentos para refletir sobre as vivências apreendidas no programa (conteúdo desenvolvido). Apresenta a sistematização de cada ciclo de PBL trabalhado, com citações e referências trazidas no compartilhamento da busca pelo residente e referências trazidas no compartilhamento da busca pelo residente e pelos colegas do grupo.			
Sinaliza o desenvolvimento do pensamento reflexivo, como forma de pensar criticamente o processo de formação, demonstrando evolução na elaboração dos textos nos níveis descritivo, analítico e metacognitivo. (Na metacognição, consegue refletir seu próprio processo de aprendizagem com criatividade).			
Permite identificar os pontos fortes e fracos do processo de aprendizagem em relação aos objetivos da Residência e tendo sempre em vista o perfil de competência.			
<b>RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES</b>			
<b>CONSIDERAÇÕES DO RESIDENTE</b>			

Fonte: Caderno do ICEPi

**Quadro 2.** Apresentação do Portfólio, Residência Multiprofissional, ICEPi, SESA-ES, 2021

MODO DE APRESENTAÇÃO DO PORTFÓLIO	
CAPA	Com identificação
	Deverá conter o título do programa de residência, o nome do residente, município e cenário de prática.
SUMÁRIO	Sugestão é que seja dividido por capítulos identificados por Unidade Educacional. E, dentro do capítulo as subdivisões que podem ser por encontros, por mês, por atividades...
Trajatória profissional	Resumida para conferir certa identidade.
Expectativas	Quais são as expectativas do residente com relação ao programa, atividade realizada no primeiro encontro de tutoria.
Capítulo 1. Unidade Educacional da Prática Profissional	Registrar os momentos do cenário de prática, atividades e reflexões que considera significativas para seu processo de formação.
Capítulo 2. Unidade Educacional de Gestão e Cuidados Coletivos	Registrar como se dá o desenvolvimento das etapas da construção do PA.
	Descrever os conteúdos trabalhados na tutoria e as reflexões sobre o processo de construção, envolvendo o grupo, o preceptor, o cenário de prática e o tutor.
Capítulo 3. Unidade Educacional de Investigação em Saúde	Registrar os conteúdos e reflexões apresentados nos encontros de tutoria.
	Esses três capítulos são de acompanhamento educacional para o profissional
	residente, não há necessidade de envio dos mesmos para tutores e preceptores, uma vez que essas unidades possuem outros instrumentos de acompanhamento e avaliação.
Capítulo 4. Unidade Educacional do Cuidado à Saúde dos Indivíduos – CAMPO DO SABER	Descrito na nesta narrativa



# CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO PARA UMA ASSISTÊNCIA SEGURA E DE QUALIDADE: UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO

Lílian de Oliveira Lana

## INTRODUÇÃO

Segurança do Paciente é um conceito definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionado à mitigação dos riscos de danos não intencionais causados pela assistência insegura à pessoa em tratamento de doenças (WHO, 2009). Essa temática está em alta nas pesquisas e discussões em saúde, desde a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, pela OMS. O objetivo da aliança é adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde (WHO, 2008).

O Ministério da Saúde, no Brasil, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013, como forma de firmar seu compromisso com os propósitos da OMS (BRASIL, 2013).

Dessa forma, ações têm sido realizadas para a promoção de qualidade e segurança em saúde. Todavia, é preciso ainda compreender melhor, obter evidências e conhecimentos de maneira coletiva sobre esse tema. A educação para a segurança do paciente é uma recomendação da OMS, que sugere a inclusão deste assunto nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde (WEGNER *et al.*, 2016).

O Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES), instituição de saúde na qual atuo como enfermeira assistencial, ofertou por meio do Projeto de Apoio e Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em conjunto com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL), quatro vagas para participação no curso de especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente (QSCP). Por ter interesse em montar um Núcleo de

Segurança do Paciente no meu trabalho e consciente da importância do tema, realizei minha inscrição nessa especialização.

As iniciativas educacionais do IEP/HSL são voltadas para desenvolver os perfis de competência dos profissionais de saúde com ênfase em qualidade e segurança no cuidado ao paciente. O perfil de competência inclui a excelência técnica e os valores na produção das ações de saúde, considerando o respeito e a ética nas relações de trabalho e com pacientes, familiares, profissionais e estudantes. O perfil do especialista em qualidade e segurança no cuidado ao paciente está representado pela articulação de três áreas de competência que delimitam o escopo de trabalho da atuação profissional: Gestão em saúde, atenção à saúde e educação na saúde (SCHIESARI *et al.*, 2017).

No meu percurso pela especialização observei que meu maior deslocamento foi em relação ao desenvolvimento de habilidades na área de competência em educação na saúde. A utilização de metodologias ativas nesse curso visa fazer com que o aluno seja o protagonista do processo de ensino-aprendizagem (LIMA, 2016), e as ferramentas utilizadas dentro dessa metodologia despertaram em mim grande curiosidade em aprender a aplicá-las na minha prática profissional, principalmente, por atuar na área assistencial.

Dessa maneira, este trabalho tem como objetivo fazer uma análise crítico-reflexiva sobre minha trajetória no curso de especialização com foco no método de ensino e aprendizagem para o desenvolvimento de habilidades e competências em qualidade e segurança no cuidado ao paciente.

## O CURSO DE QSCP E MEUS DESLOCAMENTOS

O curso de especialização em QSCP, ofertado pelo IEP/HSL em parceria com o SUS, constituiu-se de dez encontros presenciais, sendo cada encontro mensal com duração de três dias e o restante da carga horária distribuída na modalidade à distância. O primeiro encontro, ocorrido no dia 22 de março de 2017, foi um momento de abertura e acolhimento dos especializandos. Esse foi meu primeiro contato com o conceito de metodologia ativa, espiral construtivista e ondas de capacitação e esse foi também o meu maior deslocamento em relação a essa especialização. Todos esses conceitos

se desenvolvem como estratégias de ensino-aprendizagem voltadas para a educação na saúde.

Vale lembrar que existe uma linha tênue entre as definições de educação em saúde, educação na saúde, educação permanente e educação continuada, que acabam por confundir essas práticas de aquisição de conhecimento. No curso de QSCP foi desenvolvida e aprimorada a competência na área de Educação na Saúde.

Entende-se como educação na saúde a produção e a sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009). Portanto, é uma modalidade de educação no trabalho em saúde, que inclui a educação permanente e a educação continuada.

Conceitos de educação permanente e educação continuada podem ser encontrados no glossário da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde (MS) como:

- Educação permanente consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde;
- Educação continuada é o processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele (BRASIL, 2009).

Minha intenção em participar do curso de especialização vai ao encontro da proposta da educação permanente, visto que esta visa o desenvolvimento da consciência profissional no seu ambiente de trabalho. Falkenberg *et al.* (2014) fala que “o desafio da educação permanente é estimular o desenvolvimento dessa consciência nos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação” e que “a educação permanente

tem como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar” (RICARDONI; SENA, 2006 apud FALKENBERG *et al.* 2014).

O curso de QSCP em questão utiliza-se de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A metodologia ativa (MA) é uma concepção educativa na qual os educandos se comprometem e estão engajados no processo de aprendizagem. Nesse processo, espera-se que os alunos utilizem seus conhecimentos prévios, bem como compartilhem suas experiências, promovendo uma integração de saberes, além de provocar questionamentos que visam desenvolver uma análise crítica-reflexiva sobre o processo de trabalho (LIMA, 2016). O método propõe o ensino ligado à prática, à elaboração de situações de ensino que levem à vivência de experiências e a uma aproximação crítica com a realidade (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Em concomitância com esta especialização, atuava e continuo trabalhando atualmente (julho 2021) como enfermeira assistencial no Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES). Após o curso e diante da constatação de que não havia ações voltadas para a segurança do paciente e ações que mensurassem a qualidade do serviço, passei a propô-las. Assim sendo, o ensino ligado à prática me proporcionou iniciar atividades para inserir ações de segurança do paciente no meu trabalho.

A RDC36, de 25 de julho de 2013 institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013), dentre elas a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), e baseada nessa resolução fiz o requerimento para a direção nomear os componentes para formarmos um núcleo na nossa Instituição. De acordo com Oliveira *et al.* (2014), as iniciativas para o desenvolvimento da segurança do paciente e melhoria da qualidade do cuidado vêm aumentando, e o envolvimento dos colaboradores, desde a assistência direta até a alta direção das Instituições deve ser priorizado como esforço para se alcançarem os resultados nessas duas vertentes, de qualidade e de segurança.

Práticas pedagógicas mais inovadoras como as metodologias ativas têm sido estratégias de ensino que buscam aproximar a prática assistencial da educacional. Ressalta-se que, para o sucesso dessas metodologias não basta apenas os esforços do educador, mas também a participação dos educandos de forma independente e responsável (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

O curso de QSCP de que tratamos aqui trabalha com docentes que atuam como facilitadores do processo de ensino aprendizagem, ou seja, que conduzem atividades realizadas pelos especializandos, sem, no entanto, interferir no produto do conhecimento. Essa também é uma prerrogativa da metodologia ativa.

São vários os tipos de metodologias ativas desenvolvidas nos últimos anos, dentre elas: aprendizagem baseada em problemas - ABP, a problematização, aprendizagem baseada em projetos, aprendizagem baseada em equipes, ensino utilizando jogos e simulações (LIMA, 2016).

Dentre as várias ações educacionais de metodologia ativa propostas pelo curso destacaram se, para mim, as seguintes: o aprendizado baseado em equipe (TBL), viagem educacional (VE), portfólio e o espiral construtivista. Vale ressaltar que o curso trabalha em pequenos grupos. Dessa forma, cada educando foi alocado em um grupo diversidade, um grupo afinidade e em uma equipe diversidade. Cada grupo trabalha com ações educacionais diferentes, como por exemplo, a espiral construtivista sempre era trabalhada nos grupos diversidades.

Conforme Manuel João Costa (2014) cita em seu artigo intitulado Trabalho em pequenos grupos: dos mitos à realidade, o ensino em pequenos grupos tem um enorme potencial de favorecer a participação ativa dos estudantes, visto que a interação entre os próprios integrantes do grupo e também destes com os facilitadores potencializa a aprendizagem. O pequeno grupo contribui de maneira significativa para o desenvolvimento de alguns atributos na formação do aluno, entre eles: habilidades de comunicação, trabalho em equipe, solução de problemas, respeito aos colegas e desenvolvimento de postura crítica (BORGES *et al.* 2014). Em certo momento percebi que melhorei bastante minha forma de apresentar trabalhos, pois foi me exigido bastante participação dentro dos grupos. Todos os participantes dos grupos eram convidados a apresentar suas opiniões, dividir suas experiências e compartilhar seus conhecimentos em determinado assunto. Nesse contexto, observei que além de desenvolver a oratória, eu tive o aumento da confiança em expor as minhas colocações, e conseqüentemente redução da timidez para falar em público.

Uma das ações educacionais para o ensino participativo utilizada neste curso foi a espiral construtivista que segue a concepção de educação problematizadora explicitada por Freire (KRÜGER; ENSSLIN, 2013). A citada

concepção baseia-se na interação entre o professor/facilitador e o aluno, na qual o educador não é apenas o sujeito que fala, mas ao mesmo tempo em que ele transmite o seu conhecimento para o aluno, ele também aprende com este (FREIRE, 1978). O construtivismo é uma teoria na qual se considera que o conhecimento não é apenas ofertado como algo já pronto, mas ele deve ser construído à medida que há diálogo entre o educador e os educandos, e interação destes com o meio, considerando as trocas de experiências e as ações para se chegar ao saber (MATTOS, 2018).

A forma que a espiral construtivista foi trabalhada no curso QSCP foi mais próxima à Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem Based Learning - PBL) do que da Problematização. São duas propostas diferentes que apresentam semelhanças. Ambas se utilizam de algum problema como ponto de partida para disparar o conhecimento sobre certo assunto, porém na Problematização, os problemas escolhidos para serem trabalhados são problemas reais, extraídos pelos alunos na sua vivência através da sua observação no ambiente de trabalho, por exemplo. Já no PBL, os problemas elencados são desenvolvidos por uma equipe de especialistas que consideram os conhecimentos que devem ser inseridos no currículo do aluno (BERBEL, 1998).

Como destaca Ballarin *et al.* (2013) em seu estudo, “a metodologia Problematizadora é um caminho complexo que demanda esforços para que se alcancem os resultados esperados”. Como forma de esquematizar os passos para o desenvolvimento dessa metodologia segue-se um esquema denominado Arco de Maguerez que descreve as seguintes etapas:

- Observação da realidade – momento de se olhar atentamente a realidade;
- Definição do problema – momento de se definir a questão a ser estudada, dos pontos-chave da problemática;
- Teorização – momento do estudo propriamente dito e da ampliação dos referenciais teóricos;
- Hipóteses de solução – momento de construir novos saberes e ações;
- Aplicação à realidade – momento de voltar ao cenário onde emergiu a problemática, objetivando transformá-la (MAGUEREZ, 1970 apud BALLARIN *et al.* 2013).

Já a espiral trabalhada nesse curso se inicia com a formação de um grupo, onde o facilitador apresenta aos alunos um problema pré-elaborado por uma comissão de especialistas do IEP/HSL (situação problema), que se identificam com problemas possíveis de se encontrar no cenário real. Os problemas contêm os temas essenciais para que os alunos cumpram o currículo e estejam aptos para o exercício profissional. Após identificação do problema, os alunos formulam hipóteses para a resolução do problema (esta etapa é chamada de síntese provisória) e a partir daí, formulam perguntas (questões de aprendizagem) para servirem de material de buscas científicas qualificadas. Os alunos estudam o problema de forma individual. Posteriormente, o grupo se reúne novamente para discutir seus achados científicos, elaborando assim a “nova síntese”. As atividades da espiral construtivista eram muito ricas de discussões e várias vezes tínhamos que ser freados pela facilitadora no sentido de otimizar o tempo e não divagar demais apenas sobre uma ideia ou um problema apresentado. Além disso, a espiral me estimulou várias vezes a realizar pesquisas mais substanciais, por serem assuntos de nossos interesses, já que nós mesmos elaborávamos as perguntas que deveríamos pesquisar para responder.

É de fato uma metodologia trabalhosa para o estudante, porém a meu ver, era muito prazerosa no sentido que me sentia motivada a estudar, pois eram assuntos que faziam parte da nossa realidade.

Na Espiral Construtivista, a resignificação dos saberes é produto do confronto entre os conhecimentos prévios e as novas informações trazidas pelos educandos. Para Lima (2016), é importante que cada aluno apresente na “nova síntese” o resultado de suas pesquisas científicas para que haja consenso entre as respostas obtidas, além de proporcionar o compartilhamento de fontes diferentes de pesquisas, fortalecendo assim o saber significativo. Destaca também que é possível construir novos conhecimentos na “síntese provisória” visto que há interação entre os participantes que contribuem com seus saberes e experiências pregressas (LIMA, 2016).

Outra estratégia utilizada pelo IEP/HSL como disparador do processo de ensino é a “Viagem educacional”, no qual são ofertados filmes, documentários, vídeos para que o aluno assista, reflita e explicita em grupo os sentimentos que afloraram com a atividade, principalmente no tocante às práticas cotidianas de trabalho, no nosso caso, de saúde.

De acordo com Mattos (2018) “a viagem educacional (VE) trata-se de uma ferramenta que permite a integração emoção-razão a partir de sentimentos disparados no contato com a produção artística.” Através de filmes, recortes de séries, dentre outras estratégias lúdicas de ensino que possam aproximar o aluno da realidade, é possível atrair o interesse dos alunos em sala de aula e estimular a reflexão para o aprendizado e aplicação dos ensinamentos extramuros. O contato com a cultura amplia a capacidade de reconhecer os sentimentos/emoções gerados pelos conhecimentos adquiridos pela metodologia ativa (MATTOS, 2018).

Nesse contexto, as viagens educacionais eram espaços que permitiam maior conhecimento das pessoas do grupo e consequentemente fortalecimento do vínculo afetivo. Eram os momentos em que eu mais gostava de participar, pois se criava um ambiente amigável, em que era possível detectar as subjetividades de cada pessoa que estava participando. A meu ver é uma excelente estratégia para desenvolver o relacionamento em equipe.

Destaco que todas as estratégias de ensino utilizadas neste curso correlacionam as realidades em saúde com o perfil de competência para a qualidade e segurança no cuidado ao paciente.

A competência é vista pelo Hospital Sírio Libanês (LIMA *et al.*, 2014) como sendo a capacidade do profissional solucionar problemas com êxito, utilizando-se de diferentes recursos. Logo, o perfil de competência são características que o profissional tem, que refletem na qualidade da sua prática, seja ela assistencial, educativa ou de gestão (SCHIESIARI *et al.*, 2017).

O modelo de competências para a segurança proposto pelo Canadian Patient Safety Institute (2008) consiste em seis domínios básicos: (1) contribuir para a Cultura de Segurança do Paciente, (2) trabalhar em equipes para a segurança do paciente, (3) comunicar-se efetivamente para a segurança do paciente, (4) gerenciar riscos à segurança, (5) otimizar fatores humanos e ambientais, (6) reconhecer, responder e revelar eventos adversos. Para o IEP/HSL o perfil do especialista em qualidade e segurança no cuidado ao paciente deve contemplar as seguintes ações nas respectivas áreas de competência: (1) área de competência Atenção à Saúde — identificar necessidades para o cuidado seguro; construir planos para o cuidado seguro; avaliar, monitorar e atualizar as ações para o cuidado seguro. (2) área de competência Gestão — identificar problemas e

desafios para o cuidado seguro; organizar o processo de trabalho para o cuidado seguro; articular o cuidado de forma integral; avaliar e monitorar o processo de trabalho; (3) área de competência Educação na Saúde — identificar necessidades de aprendizagem em qualidade e segurança no cuidado; desenvolver e avaliar ações educacionais para o cuidado seguro; promover o pensamento científico e apoiar a produção de novos conhecimentos (SCHIESARI *et al.*, 2017).

Outra iniciativa educacional que me despertou bastante interesse foram os TBLs (Team Based Learning), ou aprendizagem baseada em equipe. O TBL é um tipo de metodologia ativa realizada em pequenos grupos, formados por 5 a 8 participantes com características mais diversas possíveis (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015). Os TBLs foram trabalhados na equipe diversidade 1.

De acordo com Farias, Martin e Cristo (2015), durante o curso a composição das equipes dos TBLs deve ser inalterada, e os membros dessa equipe podem avaliar uns aos outros. A cada encontro do grupo, pode-se fazer a leitura de um artigo novo sobre o tema a ser abordado, o que valoriza o conhecimento prévio dos participantes, ou ainda pode-se revisar algum assunto já discutido anteriormente em outras aulas ou outras disciplinas (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

As leituras propostas pelo curso para serem trabalhadas no TBL eram muito interessantes, principalmente os assuntos inéditos para mim, como, por exemplo, o PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), uma ferramenta de gestão utilizada para controle e melhoria de processos de trabalho. No entanto, achei que o aprendizado nos TBLs foi prejudicado pela estratégia que o curso optou por oferecer. As devolutivas do especialista das nossas atividades eram tardias e apresentadas em vídeos que deveriam ser apresentados ao vivo, porém houve vários problemas técnicos e o *feedback* era dado no encontro seguinte. Essa demora foi bastante ruim, pois muitas vezes nem nos lembrávamos do que havíamos discutido nos grupos. Além disso, sempre ficava a sensação de que estávamos aprendendo de forma errada e que não tinha ninguém para me corrigir, ou vice-versa. Acredito que os estudos seriam mais bem aproveitados se as devolutivas fossem imediatas e presenciais.

Destaco, em relação às devolutivas, a oficina de trabalho (OT) Como fazer e receber críticas, que me causou um deslocamento importante sobre esse assunto. Gostei muito dessa atividade, pois acredito que as críticas construtivas ajudam no

crescimento, no amadurecimento e na evolução em nível pessoa e profissional. E os critérios para oferecer e receber críticas que nos foram apresentados na OT me fizeram refletir e aprender para melhor aplicação no meu trabalho como enfermeira, refletindo-se assim no perfil de competência na área de gestão de pessoas.

As oficinas de trabalho são uma das formas de ação educativa proposta pelo IEP/HSL que buscam aperfeiçoar os procedimentos operacionais, ou seja, apresentam atividades em grupos voltadas para desenvolver habilidades de caráter instrumental, ligadas à experiência prática (SCHIESARI *et al.*, 2017). Também oportunizam a associação da teoria com a prática, visto que é uma metodologia ativa de ensino pautada na construção do conhecimento a partir da ação e da reflexão.

Uma oficina é, portanto, uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseada no tripé: sentir-pensar-agir com objetivos pedagógicos. Nesse sentido, a metodologia da oficina muda o foco tradicional da aprendizagem (cognição), passando a incorporar a prática à análise da prática. Pode-se dizer então, que em uma oficina ocorre apropriação, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva (PAVIANI; FONTANA, 2009).

Neste tema da OT citada, discutimos sobre a importância do *feedback*, que está intimamente ligada, conforme dito por Pricinote e Pereira (2016), à avaliação da aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos dos aprendizes. Ainda em seu artigo, as autoras definem *feedback* da seguinte forma: *feedback* é uma informação sobre a comparação do desempenho da tarefa e a realização desejada dessa mesma tarefa, com a intenção de aprimoramento da mesma.

“Define-se *feedback* efetivo como aquele capaz de gerar resultados por meio de uma informação oferecida sobre performance ou conhecimento prévio” (PRICINOTE; PEREIRA, 2016). Realizamos essa atividade várias vezes durante o curso, dando nossas devolutivas sobre nossa própria participação nos grupos, a participação dos colegas e da facilitadora. Essa atividade força-nos a refletir sobre nossas atitudes e comportamentos. Um momento importante do curso para mim, foi quando recebi o *feedback* de uma das facilitadoras, por meio da avaliação de desempenho e que no final da recomendação e sugestões que ela ofertava, havia a seguinte mensagem: “Alguns homens veem as coisas como são, e dizem ‘por quê?’”

Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo por que não?” (George Bernard Shaw). Essa mensagem mostrou que a facilitadora realmente conseguiu fazer uma leitura fidedigna sobre mim e meu jeito de ser, pois me identifiquei bem com a frase, e isso me motivou no sentido de saber que tínhamos um vínculo e que poderia, assim, confiar no seu *feedback*.

Os exercícios de *feedback* sobre os grupos eram muito válidos no tocante em que o grupo amadurecia sua forma de trabalhar em equipe. A separação do primeiro grupo diversidade (GD), denominado “A diferença faz a força”, foi muito difícil, visto que havíamos construído um vínculo e trabalhávamos com grande potencialidade de sucesso, como equipe. A experiência de constituir outro grupo diversidade, nos fez quebrar barreiras de relacionamento e refletir sobre integração entre equipes e desenvolver capacidades de articulação e diálogo.

Quanto ao grupo afinidade, chamado de GAF Harmonia, o trabalho em equipe foi muito mais difícil, pois não conseguíamos construir vínculo, porém os *feedbacks* no grupo, ajudaram a melhorar o relacionamento, e conseqüentemente fortalecer o trabalho em equipe para elaboração do Projeto Aplicativo (PA).

O projeto aplicativo foi uma atividade curricular baseada no Planejamento Estratégico Situacional, na qual tínhamos que propor um plano de ação para ser trabalhado nas nossas instituições empregatícias. Acredito que o PA seria mais bem elaborado se trabalhado no nosso grupo diversidade, devido à melhor afinidade e ao respeito criados no GD A diferença faz a força. Apesar disso, saliento que o GAF Afinidade fez um trabalho de grande impacto nas nossas realidades. Nosso PA tratava-se de um plano de ação para fortalecer a cultura de segurança do paciente nas Instituições dos participantes do grupo.

Foi proposto também, como atividade educacional, a elaboração do portfólio reflexivo, que me permitiu analisar toda minha trajetória pela especialização, contribuindo assim, para aprimorar minha escrita e capacidade de autoanálise sobre meu processo de aprendizagem.

Em seu trabalho, Maia e Struchiner (2016) citam o seguinte conceito exposto por Grant e Donan (2001) que colocam o portfólio como uma coleção de trabalhos do aluno que pode ser usada como proposta de avaliação. Ao oferecer a possibilidade de o aluno refletir sobre seu desenvolvimento, relatando seu processo de aprendizagem, o portfólio assume uma característica essencialmente reflexiva.

O portfólio serviu de base para elaboração do meu trabalho de conclusão de curso (TCC), bem como desse manuscrito. Não posso deixar de mencionar que é com grande satisfação que relato aqui minha trajetória pelo curso de especialização em Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente de forma resumida e reflexiva.

## CONCLUSÃO

A especialização em QSCP provocou em mim, alguns deslocamentos importantes principalmente no que tange a educação na saúde com fins de obter a segurança do paciente e qualidade do serviço. Acredito que, com o curso, desenvolvi algumas habilidades de escrita, de oratória, de didática e também de escuta qualificada.

Acredito que a educação permanente deva ser estimulada pelos serviços de saúde, visto que é importante direcionar o conhecimento para o aperfeiçoamento das práticas já utilizadas, desenvolver habilidades e competências que supram as possíveis lacunas no processo de trabalho, além de capacitar o profissional para um olhar mais apurado sobre as necessidades reais dos serviços. Acrescento a isso também, que o empoderamento do profissional pode contribuir para a melhoria da qualidade do serviço, e conseqüentemente da qualidade do cuidado em saúde, bem como pode ser capaz de gerar um aumento na satisfação pessoal do trabalhador.

Ressalto que as metodologias de ensino escolhidas para apoiar o processo de educação na saúde devam envolver o aprendiz a fim de contribuir para seu melhor desempenho e para a aprendizagem significativa.

Concordo com Lima (2016) quando ela conclui que, independentemente da utilização da espiral construtivista ou de outras metodologias ativas de ensino-aprendizagem, deve-se considerar que a força da inércia representa um forte obstáculo enfrentado, quando se buscam mudanças na prática educacional, seja ela na saúde ou em outra instância.

Ao final do curso de QSCP me senti apta a coordenar um Núcleo de Segurança do Paciente no meu serviço, e emiti o pedido à Direção da Instituição para constituição do elenco que faria parte desse núcleo. Ainda no final de

2017, fomos nomeados através do Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, e iniciamos nossas atividades em 2018 com encerramento da nossa participação em 2020, por ser o prazo estabelecido pela Secretaria de Saúde. Nesse intervalo de tempo, muitas ações foram realizadas em prol da segurança do paciente nessa Instituição, mas muito ainda pode ser feito.

No atual contexto de trabalho as metodologias ativas de ensino e aprendizagem me auxiliam no processo de educação na saúde e vão sempre me servir de ancoragem nas atividades que pretendo aplicar para desenvolver, ainda mais, a cultura de segurança do paciente, assim, extrapolando para as outras competências propostas para o curso, como a da saúde e a da gestão.

Destaco que a construção do conhecimento através de métodos ativos de ensino-aprendizagem são muitas vezes, incertos, desconfortáveis e desafiadores, porém muito gratificantes e significativos.

## REFERÊNCIAS

BALLARIN, M. *et al.*, Metodologia da problematização no contexto das disciplinas práticas terapêuticas supervisionadas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 609-616, 2013. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.063>. Acesso em: 17 maio 2017.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BBqnRMcdxXyvNSY3YfztH9J/?lang=pt#> Acesso em: 18 maio 2017.

BORGES, M. de C.; CHACHÁ, S. G. F.; QUINTANA, S. M.; FREITAS, L. C. C. de; RODRIGUES, M. de L. V. Aprendizado baseado em problemas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 47, n. 3, p. 301-307, 2014. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v47i3p301-307. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86619>. Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC no 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, 26 jul. 2013. Acesso em: 17 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 529, de 10 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP). **Diário [da] República Federativa do Brasil**, 02 abr. 2013. Acesso em: 17 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

COSTA, M. J. Trabalho em pequenos grupos: dos mitos à realidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 47, n. 3, p. 308-313, 2014. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v47i3p308-313. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86620>. Acesso em: 20 maio 2017.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n3/847-852/pt>. Acesso em: 21 abr. 2021.

FARIAS, A. M. F.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 143-150, Mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00602014>. Acesso em: 17 maio 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

KRÜGER, L. M.; ENSSLIN, S. R. Método tradicional e método construtivista de ensino no processo de aprendizagem: uma investigação com os acadêmicos da disciplina Contabilidade III do curso de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Santa Catarina. **Revista Organizações em Contexto**, v. 9, n. 18, p. 219-270, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107294>. Acesso em: 10 out. 2017.

LIMA, V. V. *et al.* **Processo de Construção de Perfil de competência de Profissionais**. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/nota-tecnica-competencia-profissionais.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LIMA, W. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MAIA, M. V.; STRUCHINER, M. **Aprendizagem Significativa e o Portfólio Reflexivo Eletrônico na Educação Médica**. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 720-730, Dec. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e0272014>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MATTOS, M. P. Viagem educacional e oficinas temáticas como ferramentas de formação construtivista em psicofarmacologia clínica. **RECIIS (Online)**, Universidade Federal do Oeste da Bahia, Bahia, v.12, n.4, p.478-488, out.-dez 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i4.1448>. Acesso em: 06 jul. 2021.

OLIVEIRA, R. M. *et al.*, **Estratégias para promover segurança do paciente**: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery*; Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Acesso em: 20 out. 2018.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. *Conjectura, Caxias do Sul*, v. 14, n. 2, p. 77-88, maio/ago. 2009

PRICINOTE, S. C. M. N.; PEREIRA, E. R. S. Percepção de Discentes de Medicina sobre o Feedback no Ambiente de Aprendizagem. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 470-480, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e00422014>. Acesso em: 20 jun. 2017

SCHIESARI, L. *et al.* **Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente**: caderno do curso. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, São Paulo, 2017.

SOBRAL, E.; CAMPOS, C. **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, p. 208-218, fev. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100028>. Acesso em: 07 jul. 2021.

WEGNER, W. *et al.* **Educação para cultura da segurança do paciente**: Implicações para a formação profissional. Esc. Anna Nery; Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>. Acesso em: 20 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**, v. 1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf). Acesso em: 07 jul. 2021.



# CAPACITAÇÕES EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Grazielle Massariol Mori Nascimento  
Lilian Christo de Oliveira Soares  
Marcel Pereira Fernandes  
Natalia Brostel de Magalhães Correa

## INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública no Estado brasileiro, propiciou a formulação política e organizacional para as ações de saúde de caráter público no Brasil. Esse sistema promoveu a reordenação dos serviços de saúde, a partir de atividades que abrangem ações como a prevenção de doenças, vigilância sanitária e epidemiológica, proteção e recuperação de agravos, promoção da saúde, dentro outros (BRASIL, 2006).

A Constituição Federal em 1988 manifesta como garantia o surgimento do SUS (BRASIL, 1988), por meio da Lei nº 8080, de 1990, na qual ficou estabelecido a execução de algumas ações dentre elas a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica (AF) pode ser assim definida:

[...] Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumo, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Dentro dessa perspectiva, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) retrata que deve ocorrer uma interação direta do farmacêutico com o usuário do serviço de saúde, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

Essa interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde, sendo que uma de suas estratégias é a promoção do uso racional de medicamentos (URM), por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo dos mesmos (BRASIL, 2004).

O SUS foi o primeiro modelo de sistema de saúde a adotar a AF e a Política Nacional de Medicamentos como instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde, possibilitando ao farmacêutico não só participar de maneira mais efetiva da saúde pública, mas também desenvolver formas específicas de tecnologias envolvendo os medicamentos e a prestação de serviços de saúde (MARIN *et al.*, 2003).

A AF é composta por um amplo e diverso número de atividades:

estas são atividades multiprofissionais em várias etapas, voltadas, em seu conjunto, a integrar as ações de saúde. Tem ocorrido forte consenso em tratar como componentes da assistência farmacêutica os processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, e dispensação/utilização de medicamentos (EMMERICK, 2006).

“Assim, a ausência ou precariedade na qualidade de um dos componentes comprometerá a qualidade de todo o processo” (EMMERICK, 2006).

A possibilidade de garantir o

acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), que se caracteriza como porta de entrada no SUS e é parte integrante do processo de promoção, recuperação e prevenção de algumas das doenças mais prevalentes na população (ÁLVARES *et al.*, 2017).

Estima-se que em 2015 “o Brasil contava com mais de 40 mil unidades básicas de saúde (UBS) em funcionamento com uma potencial cobertura de aproximadamente

70% da população brasileira”, configurando assim as UBS como importante porta de entrada para o acesso aos medicamentos (ÁLVARES *et al.*, 2017).

A integração da Assistência Farmacêutica às Redes de Atenção à Saúde (RAS) não só como sistema de apoio (serviços de abastecimento: seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição), mas também como ponto de atenção (serviços de cuidado farmacêutico) torna-se imprescindível pela perspectiva da organização do sistema de saúde do Brasil em RAS, coordenadas e orientadas pela APS. Essa integração tem por objetivo propiciar o uso racional e o acesso aos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva para o indivíduo, a família e a comunidade, com foco no alcance de resultados terapêuticos concretos e tornando o sistema de saúde mais eficiente (BRASIL, 2014; MENDES, 2011).

Assim, os serviços farmacêuticos na APS abordam, sob o ponto de vista do cuidado farmacêutico, os serviços de clínica farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas — que constituem ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde — centrada no usuário (OPAS, 2013).

## USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

A existência de um arcabouço legal acerca do Uso Racional de Medicamentos (URM), respalda todo trabalho que possa abordar este assunto como, por exemplo, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) que apresenta como uma de suas diretrizes a promoção do URM. Além disso, a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo apresenta como propósito maior a garantia à população capixaba de acesso equânime a medicamentos, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando de promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado a seus usuários, também apresentando como uma de suas diretrizes a promoção do URM, por meio de ações educativas, regulatórias e gerenciais (BRASIL, 1998; ESPIRITO SANTO, 2007).

No ano de 1985, durante a Conferência Mundial sobre URM sediada no Quênia, iniciou-se a discussão sobre URM, onde se estabeleceu que há o uso racional quando os pacientes recebem medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses adequadas às particularidades individuais, por

período de tempo adequado e com baixo custo para eles e para a comunidade (WANNMACHER, 2004; BONFIM; BERGMANN, 2001).

Os atores envolvidos em erros nos processos terapêuticos são múltiplos, inclusive o próprio paciente, que deve ser adequadamente informado a respeito do uso correto dos medicamentos principalmente através do farmacêutico, que é profissional com habilidade para manejo da terapia, responsável por educar o paciente quanto ao uso correto de medicamentos (WANNMACHER, 2005).

Segundo Wannmacher (2010), no Brasil, o uso incorreto de medicamentos deve-se comumente a: polifarmácia, uso indiscriminado de antibióticos, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e desmedido armamentário terapêutico disponibilizado comercialmente. O uso abusivo, insuficiente ou inadequado de medicamentos lesa a população e gera o desperdício de recursos públicos.

O uso racional de medicamentos diante desse quadro torna-se uma preocupação e, portanto, é proeminente entre os cuidados de saúde profissionais. Esforços para ajustar ações e práticas visando ao uso racional de medicamentos são essenciais na sociedade em que os medicamentos são o recurso terapêutico mais utilizado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com o intuito de auxiliar a avaliação da AF, elaborou indicadores para avaliar as condições dos serviços oferecidos à população em relação à medicação, dentre estes, os indicadores de prescrição (LIMA *et al.*, 2017; VOOS; DIEFENTHAELER, 2011).

Os indicadores de prescrição permitem avaliar as necessidades de medicação da população e determinar os medicamentos mais utilizados em um determinado local. Além disso, esses indicadores permitem a identificação do perfil de prescrição e qualidade dos serviços oferecidos à população (LIMA *et al.*, 2017; VOOS; DIEFENTHAELER, 2011).

Uma revisão sistemática envolvendo 900 estudos realizados em 194 países indicou que a análise de indicadores relativos ao URM tem extrema importância, visto que o uso inapropriado dos medicamentos permanece um problema de saúde pública (LIMA *et al.*, 2017).

Em relação à identificação dos prescritores, diversos estudos retratam que os principais são os clínicos gerais, fato este que merece atenção, pois traz a necessidade

do acompanhamento desses pacientes pelo médico especialista para obtenção de uma assistência mais eficiente e qualificada. Diante desse cenário, ressalta-se ainda importância da atuação do profissional farmacêutico de forma proativa junto às equipes multiprofissionais de saúde no sentido de fortalecer as ações de cuidado integral do paciente (LIMA; SILVA, 2017; REIS; MATOS; MELO, 2017).

Sendo assim, a adequada integração entre os serviços de AF e os demais serviços de saúde deve assumir caráter contínuo e progressivo. Com isso, estratégias reguladoras, gerenciais ou educativas que visem o estabelecimento do URM, ocupam lugar de destaque e que poderão contribuir para uma melhoria na qualidade de vida da população, bem como serão responsáveis por uma maior efetividade e eficiência com os gastos públicos (MARIN *et al.*, 2003).

## **ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ACESSO E FINANCIAMENTO DOS COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A identidade de uma política pública, segundo Procopiuck (2013), é garantida a partir de um conjunto de decisões que definem e instituem normas e regras gerais abstratas como as leis, decretos e acordos que irão ajustar comportamentos e ações de atores individuais e coletivos.

De acordo com Paim (2003), o termo “política de saúde” é a resposta social (ação ou omissão) do Estado aos problemas e necessidades de saúde da população, contemplando, portanto, a intervenção sobre a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde, inclusive o ambiente. A OMS elaborou em 2008 um relatório no qual define que as políticas públicas no setor da saúde estão diretamente associadas a outros setores. E, portanto, uma das estratégias para promover a melhoria na qualidade de vida consiste na promoção do inter-relacionamento das instituições públicas de saúde com diferentes instituições governamentais.

No contexto de organização das políticas públicas de saúde se faz necessário que ocorra uma articulação entre as esferas de governo. No que tange à política de medicamentos em nível estadual, a Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF) do ES coordena e organiza as ações relacionadas à Política de AF para os três níveis de atenção à saúde (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Em relação à oferta de medicamentos no SUS, esta é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), sendo que os medicamentos incluídos no CBAF e CESAF são dispensados nas farmácias básicas dos municípios. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma relação que identifica a disponibilidade de medicamentos em cada componente da AF (BRASIL, 2007).

A RENAME é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, isto é, a universalidade, a equidade e a integralidade, configurando-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicados para os tratamentos das doenças e agravos que acometem a população brasileira. Seus fundamentos estão estabelecidos em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2020).

Nesse sentido,

a concepção, a sistematização e a harmonização da RENAME devem sempre ser realizadas de forma democrática e articulada. A lista deve ser construída a partir de uma avaliação que considere as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros aspectos, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2020).

Além disso, a RENAME deve ser norteadora da prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, bem como ser referência para padronização de elencos de medicamentos estaduais e municipais, definidos conforme perfil epidemiológico local e evidências clínicas que propiciem uma melhor relação custo-benefício (BRASIL, 1998, 2001, 2011, 2014).

## **UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS NO CBAF**

Um processo de mudanças na organização da AF foi exigido devido à ampliação do acesso da população ao SUS, principalmente por meio da APS, “de

maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos, bem como minimizar custos e construir um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações” (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010 *apud* BRASIL 2018).

A reorientação da AF estabelecida desde a implantação da PNM foi direcionada para o seu intensivo processo de descentralização. Estabeleceu assim a “responsabilidade dos três níveis de gestão no que se refere ao financiamento e estabelecimento de políticas em prol da promoção do acesso e do uso racional de medicamentos (URM)” (BRASIL, 1998 *apud* BRASIL 2018).

O CBAF tem recebido aumento nos investimentos ao longo dos anos, haja vista o desenvolvimento de ações para ampliação do acesso a medicamentos na Atenção Básica, ações específicas para a qualificação da AF e de apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS (BRASIL, 2018).

A aquisição centralizada de alguns medicamentos essenciais à atenção básica é uma das estratégias desenvolvidas visando à garantia de um acesso adequado ao tratamento medicamentoso, a exemplo das insulinas para o controle do diabetes e dos contraceptivos para as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e planejamento familiar. Além disso, o CBAF destacou-se pela condução de uma série de ações para fortalecimento da atenção básica, exemplificadas a seguir:

- Repasse de recursos para a organização da Assistência Farmacêutica da saúde de pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.
- Envio de medicamentos e insumos para atendimento dos locais atingidos por desastres de origem natural.
- Investimento no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- Capacitação para Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus).
- Capacitação Farmacêuticos na APS: construindo uma relação integral e Farmacêuticos na APS/ABS: trabalhando em rede.
- Criação do Curso de Fitoterapia para médicos do SUS.
- Elaboração de Diretrizes para Estruturação das Farmácias no Âmbito do SUS.
- Realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM).

- Implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS).
- Proposta de Diretrizes da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.
- Intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde das Regiões selecionadas no Projeto QualiSUS-Rede (BRASIL, 2018).

## EQUIDADE NO SUS X CESAF

### O CESAF

destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças, agravos ou condições de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS (BRASIL 2018).

A aquisição dos medicamentos do CESAF é realizada de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, que os distribui às SES, onde ficam armazenados até serem distribuídos aos municípios de seus territórios, conforme demanda epidemiológica.

Os municípios, por sua vez, assumem as responsabilidades pelo acesso adequado à população.

Para a realização dessas ações, o CESAF utiliza quatro estratégias principais:

1. Monitoramento do acesso a medicamentos para doenças negligenciadas ou com pouco interesse comercial: o DAF/SCTIE/MS monitora o abastecimento regular dos medicamentos para essas doenças no Brasil. É comum a identificação de dificuldades na aquisição por parte dos municípios e estados e/ou descontinuidade na produção por parte dos laboratórios. Nesses casos, o Ministério da Saúde pode adotar medidas para regularizar o abastecimento, como ocorreu com a penicilina para tratamento da sífilis e o esquema de tratamento para toxoplasmose.
2. Centralização da aquisição: nos casos em que a centralização da aquisição é identificada como uma opção para solucionar o problema do desabastecimento e/ou dificuldade de acesso ao medicamento, o

Ministério da Saúde leva a proposta de centralização para discussão na CIT. Caso haja pactuação no âmbito tripartite, a compra e a distribuição dos produtos aos estados e aos municípios passam a ser realizada pelo governo federal.

3. Produção por Laboratórios Públicos Oficiais: a capacidade instalada dos Laboratórios Públicos Oficiais é utilizada, preferencialmente, para atender às necessidades de medicamentos do CESAF, conforme orienta a PNAF. O intuito é garantir a sustentabilidade do acesso, especialmente para doenças com tendência à eliminação.
4. Aquisições Internacionais: na indisponibilidade do medicamento no mercado nacional, mas estando este disponível em outros países, o CESAF realiza a aquisição por meio de cooperação com Organismos Multilaterais Internacionais, com dispensa de registro pela ANVISA, conforme Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (BRASIL, 2018).

Considerando que a dispensação dos medicamentos incluídos no CBAF e CESAF ocorre nas farmácias básicas dos municípios, e entendendo os desafios colocados para gestão da Assistência Farmacêutica através da consolidação desse serviço no sentido da garantia de acesso e uso racional de medicamentos, e tendo a gestão municipal da AF e o profissional farmacêutico papel preponderante nesse processo, esse relato tem por objetivo compartilhar a experiência de aprendizagem em AF por meio da realização de capacitações em formato virtual desenvolvida pela GEAF-ES.

## **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO SUS**

O conceito de educação na saúde é frequentemente utilizado como sinônimo de outras variantes, como educação em saúde e educação para a saúde. A Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio de seu glossário conceitua a educação na saúde como a “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2012).

A educação continuada relaciona-se ainda às atividades educacionais que visam promover a “aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador por meio de práticas de escolarização de caráter mais

formal”, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele (BRASIL, 2012).

A definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) para Educação Permanente em Saúde (EPS)

se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a EPS se configura

como uma vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2007).

Sendo assim, se coloca como instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local, que precisa ser pensada e adaptada, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde (BRASIL, 2018).

Dessa forma, a EPS alinhada ao conceito do URM e as diversas possibilidades de atuação do farmacêutico no sistema de saúde propiciam o norteamento para novas práticas reflexivas que possibilitarão qualificar as ações profissionais do farmacêutico no SUS e, por conseguinte, trazer melhores resultados e eficiência nas ações e serviços em saúde.

## OBJETIVO GERAL

Promover apoio e fortalecimento da Assistência Farmacêutica Básica na APS por meio da realização de capacitações técnicas em formato virtual.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estreitar e alinhar os laços de relação profissional entre as Assistências Farmacêuticas estaduais e municipais;
- Promover alinhamento de ações entre a Assistência Farmacêutica e Vigilância em saúde.
- Sensibilizar os gestores locais quanto à importância do profissional farmacêutico e da Assistência Farmacêutica para os municípios;
- Estimular os profissionais farmacêuticos a serem protagonistas nos processos de trabalho das Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

## METODOLOGIA

A Capacitação em Assistência Farmacêutica realizada pela GEAF/SESA é direcionada aos profissionais atuantes na Atenção Primária em Saúde tendo como foco temático o CBAF e o CESAF. Em virtude da pandemia de covid-19, a capacitação vem sendo realizada em formato virtual por meio da plataforma Zoom®, ocorrendo de forma mensal.

Os temas abordados englobam atividades direcionadas à gestão da Assistência Farmacêutica e ao cuidado farmacêutico e sua inter-relação com as ações de vigilância, sendo os mesmos divididos em 10 módulos. A divulgação do evento ocorre pelos meios de comunicação oficiais da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo.

São abordados nas apresentações aspectos técnicos relacionados ao tema proposto, bem como experiências exitosas desempenhadas por profissionais farmacêuticos na APS. Nesses encontros são abertos espaços de discussão acerca do tema proposto, onde os próprios participantes podem enviar suas dúvidas, sugestões ou elogios através das ferramentas de mensagens da plataforma. Ao final de todas as capacitações os profissionais receberão um certificado de participação no evento, emitido pelo Instituto Capixaba de Pesquisa, Ensino e Inovação em Saúde (ICEPI) da SESA-ES.

Na maioria das apresentações os profissionais farmacêuticos que apresentam as temáticas possuem vínculo com a Assistência Farmacêutica Estadual e/ou municipal. Além disso, a capacitação conta com o apoio de profissionais de

vigilância em saúde. Ao final de cada apresentação é aberto espaço para discussão entre os palestrantes e participantes com o objetivo de sanar quaisquer dúvidas que ainda persistirem nesse processo de ensino-aprendizagem.

As temáticas foram elencadas em consonância com os Componentes Básico e Estratégico a AF, sendo as mesmas organizadas de forma mensal e descritas no quadro 1.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A capacitação em AF na APS até o presente momento atingiu cerca 664 participações de profissionais inseridos na APS, entre os módulos já realizados. Ressaltamos que foi possível notar durante as capacitações a presença constante dos profissionais no transcurso da capacitação.

Algumas temáticas abordadas nessa Jornada mostram-se como inéditas ao serem direcionadas a profissionais farmacêuticos atuantes na APS, e assim é notável, durante todas as apresentações, verificar o interesse, a participação e o empenho dos profissionais envolvidos nessa experiência. Nota-se também a importância no compartilhamento das vivências dos farmacêuticos inseridos na APS que atuam como palestrantes para estimular e engajar os demais profissionais que acompanham a capacitação.

No que tange ao CBAF, as temáticas envolvidas abordam temas relevantes ao planejamento, organização e execução da assistência farmacêutica nos municípios do Estado do Espírito Santo. Nota-se que os profissionais farmacêuticos possuem interesse pelo aprendizado desses temas, demonstrados pela participação e envolvimento dos mesmos durante as apresentações.

A temática de agravos inseridos no CEAF caracteriza-se pela garantia do acesso a medicamentos, imunobiológicos e demais insumos em saúde para tratamento de doenças de perfil endêmico, com impacto socioeconômico e outras consideradas como de caráter estratégico pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS. Em relação a essa temática, foi possível perceber que nem todos os municípios possuem profissionais farmacêuticos atuando diretamente na dispensação desses medicamentos.

A atuação nesse aspecto propiciou a sensibilização dos gestores e profissionais atuantes no município a respeito da importância não só dos aspectos

farmacológicos, mas também da importância do conhecimento epidemiológico envolvidos nos agravos do CESAF. Ademais reforçou a importância de interação da AF e Vigilância em Saúde.

## CONCLUSÃO

A realização de atividades educativas direcionadas aos profissionais envolvidos na APS é de fundamental relevância na consolidação do processo de execução das ações em saúde. O profissional farmacêutico possui papel extremamente importante no planejamento e execução das ações em saúde nos municípios, porém o que observamos é que essa participação deve ser cada vez mais estimulada. Isso se deve ao fato de que o farmacêutico erroneamente acaba sendo reconhecido apenas nas atividades que envolvem abastecimento de medicamentos quando deveria ser atuante em todas as fases que envolvem prevenção e cuidado ao paciente.

Nesse sentido, dotar o profissional farmacêutico de conhecimento técnico e empoderamento de seu processo de trabalho deve ser uma premissa no SUS, ao passo que é um dos profissionais mais próximos e acessíveis à população. Dessa maneira a realização de capacitações como um processo de educação permanente em saúde também na área farmacêutica é extremamente importante, visto que estimula os profissionais na busca pelo conhecimento técnico, e favorece a interação da AF junto às demais áreas técnicas da saúde.

## REFERÊNCIAS

ÁLVARES, J. *et al.* Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 20s, 2017.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Seção II.

BONFIM, J. R. A.; BERGMANN, J. C. **O que é Uso Racional de Medicamentos**. São Paulo: Sobravime, 2001.

BRASIL. Decreto nº 7508. 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. **República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 28 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 8080. 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**: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada** [recurso eletrônico]. 2018. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_farmacutica\\_sus\\_relatorio\\_recomendacoes.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmacutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf). Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28. set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 julho. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1897, de 26 de julho de 2017. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 01 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 01 out. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

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. **Portaria Nº 1.996 GM/MS**, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e 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 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 52, 20 maio 2004.

BRASIL. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1; Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CORRER, C. J. *et al.* Assistência Farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão

clínica do medicamento. **Ver Pan-Amaz Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41-4, 2011.

EMMERICK, I. C. M. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**: um pensar

sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores. 2006. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de

Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: s.n., 2006. 105 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5435/2/917.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 1956-R de 07 de novembro de 2007. Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Vitória, ES, 07 nov. 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria do Estado de Saúde. **Plano estadual de saúde**

**2016-2019**. Vitória, ES, 2016. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20-%20Plano%20Estadual%20de%20Saude\\_2016-2019-1.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20-%20Plano%20Estadual%20de%20Saude_2016-2019-1.pdf). Acesso em: 10 set. 2021.

LIMA, C. G. A; SILVA, D. G. A utilização do medicamento clonazepam no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 2, p. 17-25, 2017.

LIMA, M. G. *et al.* **Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors**. Revista de Saúde Pública [online], v. 51, suppl 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007137>. Acesso em: 10 set. 2021.

MARIN, N. *et al.* **Uso Racional de Medicamentos (URM)**. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde 2011. 549.p

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, nov. 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud**: documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC: OPAS, 2013. 106 p.

PAIM, J. S. **Políticas de Saúde no Brasil**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Medsi: Rio de Janeiro, 2003, p. 587-603.

PROCOPIUCK, M. **Políticas Públicas e Fundamentos da Administração Pública**: Análise e Avaliação, Governança e Redes de Políticas, Administração Judiciária. São Paulo: Atlas, 2013.

REIS, A. G.; MATOS, M. F.; MELO, O. F. Perfil das prescrições de psicotrópicos em farmácia comunitária. **SANARE**, Sobral, 2017.

VOOSS, A. T.; DIEFENTHAELER, H. S. Evaluation of prescription indicators established by the WHO in Getúlio Vargas - RS. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 385-390, 2011.

WANNMACHER, L. **Uso Racional de Medicamentos**: Medida Facilitadora do Acesso. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, Á. Acceso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

WANNMACHER, L. **Erros**: Evitar o evitável, Brasília, v. 2, n. 7, p. 1, 2005.

WANNMACHER, L. **Condutas baseadas em evidências sobre Medicamentos Utilizados em Atenção Primária a saúde**, Brasília, v. 1, 2010.

## ANEXO

**Quadro 1.** Cronograma e conteúdo programático da I Jornada de Capacitação Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde

<b>Fevereiro/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO I: Componentes da Assistência farmacêutica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente Básico - origem dos recursos financeiros e como aplicá-los.</li> <li>• Componente Estratégico – apresentação dos programas, logística e distribuição dos medicamentos aos municípios.</li> <li>• Componente Especializado – acesso aos medicamentos especializados no Estado do Espírito Santo.</li> </ul>
<b>Março/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO II: HIV/AIDS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição da doença e tratamentos disponíveis no SUS;</li> <li>• Situação epidemiológica da doença no ES;</li> <li>• Funcionamento de uma UDM/Maternidade (acesso do usuário e seu acompanhamento)</li> <li>• Logística de distribuição dos medicamentos</li> </ul>
<b>Abril/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO III: Seleção e programação de medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importância da padronização de medicamentos</li> <li>• Comissão de Farmácia e Terapêutica</li> <li>• Critérios para seleção</li> <li>• Elaboração e atualização da Relação Municipal de medicamentos</li> <li>• Padronização de fitoterápicos no SUS.</li> <li>• Aspectos Fundamentais para a realização do processo de Programação de medicamentos.</li> </ul>
<b>Maio/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO IV: Tuberculose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição da doença e tratamentos disponíveis no SUS;</li> <li>• Situação epidemiológica da doença no ES;</li> <li>• Fluxo de atendimento e acompanhamento do usuário no município</li> <li>• Logística de distribuição dos medicamentos</li> </ul>
<b>Junho/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO V: Aquisição de medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamentos da Licitação;</li> <li>• Elaboração do Termo de referência de medicamentos;</li> <li>• Cotação de preços e Tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED);</li> <li>• Habilitação técnica;</li> <li>• Aquisição para atendimento de demanda judicial.</li> </ul>

<b>Julho/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO VI: Hanseníase</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição da doença e tratamentos disponíveis no SUS;</li> <li>• Situação epidemiológica da doença no ES;</li> <li>• Fluxo de atendimento e acompanhamento do usuário no município</li> <li>• Logística de distribuição dos medicamentos</li> </ul>
<b>Agosto/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO VII: Dispensação de medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boas práticas de dispensação de medicamentos;</li> <li>• Relato de experiência de ampliação de Unidades dispensadores de medicamentos;</li> <li>• Prática do cuidado farmacêutico na Unidade Básica de Saúde.</li> </ul>
<b>Setembro/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO VIII: Dispensação de talidomida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boas práticas para dispensação do medicamento Talidomida</li> <li>• Mecanismos de controle do medicamento</li> <li>• Credenciamento e fiscalização das Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida</li> </ul>
<b>Outubro/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO IX: Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerenciamento eficiente da assistência farmacêutica no município em todas as etapas do ciclo.</li> <li>• A importância do papel do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica.</li> <li>• Liderança e motivação da equipe.</li> </ul>
<b>Novembro/2021</b>	<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO X: Toxoplasmose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição da doença e tratamentos disponíveis no SUS;</li> <li>• Situação epidemiológica da doença no ES;</li> <li>• Fluxo de atendimento e acompanhamento do usuário no município</li> <li>• Logística de distribuição dos medicamentos</li> </ul>



# CICLO DE CAPACITAÇÕES PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESPÍRITO SANTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Larissa Almeida Rodrigues  
Carolina Fonseca Dadalto  
Franciele Luck  
Edleusa Gomes Ferreira Cupertino  
Andressa Poloni Anholeti  
Betsaida Moulin Malheiros

## INTRODUÇÃO

A Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A referida legislação traz em seu escopo que a pessoa com transtorno mental tem o direito, dentre outros, de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Em 23 de dezembro de 2011 foi publicada a Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo por finalidade “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011). A Portaria Ministerial nº 3.088 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017c). Em 21 de dezembro de 2017 foi publicada a Portaria nº 3.588, que altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências (BRASIL, 2017b).

Conforme a Portaria de Consolidação nº 3 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é considerada uma das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e tem como diretrizes para o seu funcionamento, dentre outras, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; e a promoção de estratégias de educação permanente. A referida legislação traz em seu artigo 3º que um dos objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Aborda ainda, no artigo 4º que um dos objetivos específicos é promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde (BRASIL, 2017c).

A RAPS consiste numa rede integrada de serviços voltados aos cuidados de saúde mental da população. É formada por componentes e pontos de atenção em diferentes níveis de complexidade, que abrangem o cuidado em saúde mental desde a promoção e prevenção até o tratamento intensivo de casos mais severos, assegurando assim o cuidado integral. A Portaria de Consolidação nº 3 e a Portaria nº 3.588 discorrem os componentes e Pontos de Atenção da RAPS, reafirmando que a assistência em saúde mental não se limita a estabelecimentos de caráter fechado para internação dos usuários, mas diz respeito a todos os componentes da RAPS existentes no território, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros. Seu foco está no desenvolvimento de ações no âmbito dos territórios, os locais onde as pessoas vivem e onde estabelecem suas relações sócio familiares, os lugares onde adoecem e também onde podem produzir saúde. Uma RAPS bem estruturada possui diversidade de ações e tem seus pontos de atenção atuando de maneira integrada, de forma a garantir o acesso e a qualidade do cuidado (BRASIL, 2017b, 2017c).

Conforme apresentado nas Diretrizes Clínicas em Saúde Mental (ESPÍRITO SANTO, 2018), muitas condições de saúde mental são crônicas e demandam acompanhamento continuado e seguimento em longo prazo. Seu curso, entretanto, pode encontrar momentos de agudização, tornando necessárias abordagens mais intensivas. É importante notar que quanto melhor estruturado

for o acompanhamento continuado, menores as chances de agudização e de piora dos quadros de saúde mental.

“O ciclo de capacitações para a rede de atenção psicossocial” foi pensado em momento singular da história da Saúde. Um momento em que o medo, o isolamento e as incertezas estavam latentes devido à pandemia de covid-19.

## OBJETIVOS

Em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2018) o objetivo da capacitação foi desenvolver estratégias de educação permanente junto às equipes da RAPS, com vistas a possibilitar aprendizagem significativa e reflexiva, favorecer a troca de saberes e de práticas, a partir da leitura crítica da realidade vivenciada pelos profissionais no SUS, bem como, identificar e apoiar intervenções interprofissionais, sobretudo, em temas transversais como a violência.

Falava-se muito no aumento do sofrimento mental da população e profissionais da saúde. Por isso, o momento de capacitação coletiva foi pensada para dar voz aos profissionais que, tão isolados, não deixaram de lutar.

Outro objetivo foi o desenvolvimento de estratégias de educação permanente junto às equipes para responderem de forma efetiva os impactos na saúde mental da população, inclusive os gerados pela Pandemia de covid-19, atendendo as legislações específicas da RAPS e também a Política Nacional de Educação Permanente, onde descreve que

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2018, p. 13).

## METODOLOGIA

A capacitação ocorreu em diferentes nichos dos servidores estaduais e municipais e que em algum momento atuam na saúde mental, ainda que de forma transversal.

Assim, foram quatro os públicos convidados:

1. equipes da atenção primária
2. equipes dos centros de atenção psicossocial
3. equipes de saúde mental dos serviços de urgência e emergência
4. equipes dos leitos de saúde mental em hospital geral.

A temática central era atenção em saúde mental respeitando o lugar de fala e de atuação de cada serviço, assim como o território de localização e suas limitações e possibilidades, de forma a compor uma rede de contínuo cuidado para os usuários do SUS.

As atividades propostas foram realizadas via webconferência por meio da plataforma digital Google Meet®, sendo divididas em módulos e compreendem as seguintes estratégias metodológicas: exposição de conteúdo acerca da temática e áreas afins, disponibilização de material educativo, inclusive recursos multimídia, webconferências, atividades de dispersão. Utilizaram-se metodologias ativas, com ênfase na aprendizagem baseada em problemas locais que gerassem aprendizagem significativa a partir da troca de saberes e de práticas. A partir da leitura crítica da realidade vivenciada pelos próprios profissionais no SUS, buscava-se identificar e apoiar intervenções interprofissionais. Com as atividades de dispersão foi trazida, para o plano concreto, a discussão dos aspectos teóricos e legais a serem trabalhados com as equipes.

## RESULTADOS

### ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A capacitação para a Atenção Primária à Saúde (APS) ocorreu com o seguinte tema: “atualização e capacitação para equipes da atenção primária em saúde mental, álcool e outras drogas”. Considerando que os serviços da Atenção

Primária têm por atribuições desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência em saúde, justifica-se o desenvolvimento de espaços de treinamento para discutir e trabalhar as questões de saúde mental no contexto da atenção primária, inclusive para as pessoas em situação de violência.

A justificativa para a referida proposta baseou-se na necessidade constante de atualização dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, conferindo qualidade, atualidade e regularidade na estruturação da oferta educativa, fortalecendo as políticas de saúde e respeitando a diversidade, partindo da perspectiva do território como espaço das intervenções em acordo às realidades locais. O campo de atenção e as demandas do território se modificam de modo constante, bem como observa-se uma rotatividade relevante dos profissionais que atuam no referido nível de atenção à saúde, devido à abertura de novos processos seletivos visando contratualizações temporárias.

Outro fator que foi levado em consideração para a capacitação, inclusive na modalidade virtual, é o contexto da pandemia de covid-19, a referida situação ocasionou a orientação de distanciamento social e uma mudança significativa de rotina e de modos de vida da população. Tais mudanças estão sendo indicadas pelos órgãos nacionais e internacionais de saúde como produtores de sofrimento psíquico a curto, médio e longo prazo.

A capacitação foi construída a partir de diretrizes do trabalho interprofissional, visando à prática colaborativa, aos valores éticos, com foco no cuidado ao paciente, a sua família e à comunidade para proporcionar a mais alta qualidade de atendimento.

Esta foi a organização dos módulos:

MÓDULO I – De louco, lunático, desarrazoado à pessoa com transtorno mental e à Reforma Psiquiátrica: Aspectos Históricos da loucura e dos modos de lidar com ela ao longo dos séculos e na atualidade. O módulo consistiu na apresentação das mudanças históricas que ocorreram no trato com a loucura até o contexto da Reforma Psiquiátrica, bem como apresentou o funcionamento atual da Rede de Atenção Psicossocial.

MÓDULO II – Caixa de Ferramentas a ser utilizada pelas Equipes da Atenção Primária no atendimento às demandas de saúde mental, uso de álcool, crack

e outras drogas. Apresentou ferramentas teóricas e práticas que as equipes da Atenção Primária podem utilizar para o cuidado e assistência às demandas em saúde mental, uso de álcool, crack e outras drogas. Dentre essas ferramentas estão: acolhimento, vínculo, escuta qualificada, diagnóstico diferencial, matriciamento, rede intersetorial, redução de danos, projeto terapêutico singular. Outro ponto a ser trabalhado nesse módulo foram as possíveis estratégias de promoção e de prevenção de agravos em saúde mental, dentre eles podem ser citados trabalhos de grupo com adolescentes, gestantes, grupo de artesanato, sala de espera. Foi proposta a seguinte atividade: elaborar um projeto a ser desenvolvido na unidade de atuação para trabalhar as questões de saúde mental, uso de álcool, crack e outras drogas.

### MÓDULO III – Protocolo de Classificação de Risco e Encaminhamentos.

Neste módulo foi apresentado o Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental do Espírito Santo, bem como orientação acerca das necessidades de encaminhamentos para os demais serviços, seja da Rede de Atenção à Saúde (RAS), seja da rede intersetorial. O protocolo foi estudado por meio de estudos de casos. Foi proposta a seguinte atividade: realizar um levantamento de quantos usuários atendidos em sua unidade apresentam demandas em saúde mental, uso de álcool, crack e outras drogas.

MÓDULO IV – Panorama da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS/ES, Regulação do acesso e Linha de Cuidados às pessoas em situação de violência no ES. Foi apresentado o panorama da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no Espírito Santo e a organização do Núcleo Especial de Regulação de Leitos - NERI; a função da regulação de leitos em saúde mental e seu processo de trabalho; Fluxo de Regulação de Internação em Saúde Mental e legislações. Apresentação dos serviços credenciados e contratualizados pela SESA da rede própria, filantrópica e privada que atuam na modalidade de internação em saúde mental; foi possível ainda dialogar sobre sinais e sintomas de violência, fluxos de encaminhamentos na rede de proteção e cuidados, dentro e fora do SUS e conhecer a linha de cuidado integral às pessoas em situação de violência: acolhimento, atendimento, notificação e monitoramento pela atenção primária em saúde. Destaque para as violências sexuais e lesões autoprovocadas como notificação compulsória imediata (urgência).

O evento certificou carga horária de 20 horas e ocorreu em quatro encontros (módulos) com carga horária de cinco horas cada um. Esperava-se que os participantes fossem mais bem instrumentalizados para conduzir as demandas de saúde mental e de uso de álcool, crack e outras drogas, inclusive para as pessoas em situação de violência, resultando assim na ampliação dos serviços da APS e qualificação do atendimento ofertado.

O módulo da APS foi o único módulo em que um profissional da RAPS municipal participou. Foi escolhido o município de Iconha para compartilhar o processo de trabalho da Equipe de Saúde Mental. O município de Iconha tem se mostrado muito potente no desenvolvimento das ações de saúde mental e intersetorial. A profissional assistente social da equipe compartilhou experiências exitosas, mostrando a aproximação e envolvimento dos participantes na discussão. Segue o olhar da assistente social do município de Iconha:

Participar deste momento de troca de experiências foi um grande prazer e perceber que coisas simples que fizemos ao longo dos últimos 12 anos resultaram na implantação de uma equipe mínima de referência em saúde mental potente, organizada, articulada com outros setores da saúde e também da assistência social com o objetivo de atender às inúmeras demandas dos nossos pacientes e poder possibilitar melhorias na vida de cada um. O estabelecimento de vínculos, com afeto e respeito a cada pessoa e suas histórias de vida nos fizeram compreender que cuidar é um caminho viável quando temos parceiros e profissionais que se importem, se comprometam e se sintam parte na melhoria de vida de quem atendemos. Quebrar as barreiras do preconceito, não raramente partindo dos nossos próprios familiares, colegas de trabalho e tantos outros que possuem um olhar marginalizado sobre a saúde mental, nos fortaleceu e nos deu direção para cuidar, cuidar e cuidar...mesmo que seja um passo à frente e cinco para trás, não podemos desistir de oferecer ao outro a possibilidade de uma vida plena, mesmo em meio às limitações, necessidades e conflitos existentes.

Espero que mais capacitações como essa se tornem uma rotina, pois elas nos enchem de fôlego, energia boa, vontade de aplicar as experiências exitosas nos nossos locais de trabalho e, sem dúvida, nos ajudam a repensar nossa prática profissional e nossos processos de trabalho.

A capacitação para a Atenção Primária à Saúde foi ministrada pela Assistente Social da secretaria de saúde do município de Iconha/ES; pela Psicóloga da Superintendência Regional de Saúde da Região Norte / SESA; pela Assistente Social do Núcleo Especial de Regulação da Internação / SESA; pela área técnica de vigilância epidemiológica de acidentes e violência/ SESA; pela Assistente Social da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas / SESA.

## EQUIPES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Capacitação para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foi realizada com o seguinte tema: “atualização e capacitação para equipes de centro de atenção psicossocial”.

O CAPS é o dispositivo da atenção especializada em saúde mental, com a finalidade de assistir aos usuários, seus familiares e as comunidades dos territórios onde vivem e/ou trabalham, organizar e articular com os demais pontos de atenção psicossocial que integram a RAPS. Possui valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Diante do exposto, torna-se necessário oferecer uma formação para as equipes de CAPS do Estado do Espírito Santo, considerando que o ponto de atenção é de grande relevância pois promove a manejo de crises em saúde mental e fortalece a RAPS, iniciativas que durante e pós-pandemia devem estar ativas para conter os impactos da situação atual na saúde mental da população.

Inicialmente, a proposta consistia em quatro encontros divididos em quatro módulos. Foram emitidos certificados de participação após a finalização do mesmo com carga horária de 20 (vinte) horas.

Esta foi a organização dos módulos:

**MÓDULO I – Conceitos Fundamentais em Saúde Mental.** A proposta foi trabalhar os conceitos fundamentais em Saúde Mental, tais como: Atenção Psicossocial; Rede; Território e a Intersetorialidade; Acolhimento; Classificação e Estratificação de Risco; Projeto Terapêutico Singular; Redução de Danos; Abordagens Psicossociais e Familiares; Matriciamento.

MÓDULO II – Avaliação Integral em Saúde Mental e Diagnóstico Diferenciado; Manejo de Crises em Saúde Mental; Abordagens Farmacológicas no CAPS. Foram trabalhadas questões referentes a: Avaliação Integral em Saúde Mental e Diagnóstico Diferenciado; Manejo de Crises em Saúde Mental; e Abordagens Farmacológicas no CAPS.

MÓDULO III – Organização e Articulação de Rede em Saúde e Intersetorial; Vigilâncias em Saúde, Registros e Sistemas de Informação; Ações de Reabilitação Psicossocial. Foi possibilitado trabalhar questões referentes a: organização e articulação de Rede em Saúde e Intersetorial; Vigilâncias em Saúde, Registros e Sistemas de Informação; e Ações de Reabilitação Psicossocial. Foi proposto que os profissionais possam reconhecer a rede de serviços do seu território.

MÓDULO IV – Panorama da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS/ES, Regulação do acesso e Linha de Cuidados às pessoas em situação de violência no ES. Foi apresentado o panorama da RAPS no Espírito Santo e a organização do Núcleo Especial de Regulação de Leitos - NERI; a função da regulação de leitos em saúde mental e seu processo de trabalho; Fluxo de Regulação de Internação em Saúde Mental e legislações. Apresentação dos serviços credenciados e contratualizados pela SESA da rede própria, filantrópica e privada que atua na modalidade de internação em saúde mental.

Foi possível ainda dialogar sobre sinais e sintomas de violência, fluxos de encaminhamentos na rede de proteção e cuidados dentro e fora do SUS, e conhecer a linha de cuidado integral às pessoas em situação de violência: acolhimento, atendimento, notificação e monitoramento pela atenção primária em saúde. Destaque para as violências sexuais e lesões autoprovocadas como notificação compulsória imediata (urgência). Foi possibilitada a troca de experiências na atuação do CAPS, tais como experiências exitosas e projetos realizados no âmbito do CAPS.

A Capacitação para os CAPS foi ministrada pelos profissionais: Enfermeiro e Coordenador de CAPS / SESA; Assistente Social do Núcleo Especial de Regulação da Internação / SESA; área técnica de vigilância epidemiológica de acidentes e violência/ SESA; Assistente Social da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas / SESA.

## EQUIPES DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL

A Capacitação para as Equipes dos Leitos de Saúde Mental ocorreu com o seguinte tema: “atualização e capacitação para equipes dos leitos de saúde mental em hospital geral”.

Os leitos de saúde mental em hospital geral constituem um componente da RAPS e visam ofertar o cuidado e assistência na crise em saúde mental de forma articulada e em rede. A fim de qualificar a assistência prestada pelas equipes destes serviços, propôs-se essa capacitação.

A justificativa para a referida proposta baseia-se tanto na necessidade de atualização conceitual e legal das equipes assistenciais para operacionalizar a internação, como na internação psiquiátrica e a primazia da assistência em saúde mental no âmbito territorial e comunitário.

Além dos fatores acima descritos, a proposta de capacitação visa contemplar as necessidades de reorganização da RAPS para enfrentamento dos impactos psicossociais decorrentes da Pandemia do covid-19. As demandas prementes desta situação têm impulsionado a rede a pensar ações de promoção, prevenção e assistência em saúde, dentre elas o manejo de situações de crise decorrentes de intenso e grave sofrimento psíquico. Justifica-se assim o desenvolvimento de espaços de capacitação da rede para discutir e trabalhar as questões de saúde mental no contexto acima descrito.

Esses espaços tiveram como objetivo desenvolver estratégias de capacitação junto às equipes dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais, visando o manejo da crise em saúde mental e a operacionalização da internação.

Esta foi a organização dos módulos:

**MÓDULO I – Crise em Saúde Mental: Conceitos e Manejo.** A proposta do módulo foi discutir sobre Crise em Saúde Mental, explanando os conceitos e manejos ancorados na Atenção Psicossocial.

**MÓDULO II - O lugar da Internação Psiquiátrica:** partindo da instituição total para os leitos em saúde mental. Foi possível discutir as especificidades da internação em leitos em saúde mental, como um contraponto à internação de longa permanência e o asilamento.

### MÓDULO III – Operacionalizando a Internação em Leitos de Saúde Mental

A discussão girou em torno das especificidades da operacionalização da internação em leitos de Saúde Mental.

MÓDULO IV – Panorama da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS/ES, Regulação do acesso e Linha de Cuidados às pessoas em situação de violência no ES. Foi apresentado o panorama da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no Espírito Santo e a organização do Núcleo Especial de Regulação de Leitos - NERI; a função da regulação de leitos em saúde mental e seu processo de trabalho; Fluxo de Regulação de Internação em Saúde Mental e legislações. Apresentação dos serviços credenciados e contratualizados pela SESA da rede própria, filantrópica e privada que atuam na modalidade de internação em saúde mental. Também foi possível dialogar sobre sinais e sintomas de violência, fluxos de encaminhamentos na rede de proteção e cuidados, dentro e fora do SUS e conhecer a Linha de cuidado integral às pessoas em situação de violência: acolhimento, atendimento, notificação e monitoramento pela atenção primária em saúde. Destaque para as violências sexuais e lesões autoprovocadas como notificação compulsória imediata (urgência).

A Capacitação para as Equipes dos Leitos de Saúde Mental foi ministrado pela Psicóloga HEAC / SESA; pela Assistente Social do Núcleo Especial de Regulação da Internação / SESA; pela área técnica de vigilância epidemiológica de acidentes e violência/ SESA; e pela Assistente Social da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas / SESA.

### **ATENDIMENTO DOS PACIENTES DE SAÚDE MENTAL NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

A Capacitação para os serviços de Urgência e Emergência ocorreu com o seguinte tema: “atualização e capacitação para atendimento dos pacientes de saúde mental nos serviços de urgência e emergência”.

Conforme Jairnilson Paim, 1994, apud Espírito Santo, 2018,

o termo emergência se refere a um processo com risco iminente de vida e que deve receber tratamento imediato após sua constatação, dada a necessidade de manter as funções vitais e evitar incapacidades ou complicações graves. Já urgência diz respeito a processos agudos sem risco de vida iminente, mas nos quais comparece o risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais; aqui, o risco de vida pode existir, mas não é iminente.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução nº 1.451/95, define urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. E por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato. Uma diferença, portanto, entre as duas ocorrências é que a emergência apresenta maior grau de gravidade e necessita de intervenção mais rápida do que a urgência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

De acordo com as Diretrizes Clínicas em Saúde Mental (ESPÍRITO SANTO, 2018), a noção de crise relaciona-se com a de urgência psiquiátrica a partir do reconhecimento de que em ambos os casos o denominador comum é o sofrimento psíquico grave, complicado ou não por comorbidades clínicas. As crises em saúde mental, além do sofrimento psíquico daquele que a apresenta, podem interferir sobremaneira também na rotina familiar, da comunidade em que se vive, do meio social ou mesmo dos serviços de saúde que o cercam. Todos esses atores acabam por participar da definição de uma vivência subjetiva enquanto crise e também podem atuar no sentido de agravá-la ou de acolhê-la, de modo que a crise nunca é individual, ela é também familiar, social e da rede de proteção e cuidados.

A Atenção de Urgência e Emergência constitui um componente da RAPS e visa ofertar o cuidado e assistência na crise em saúde mental de forma articulada e em rede. A fim de qualificar a assistência prestada pelas equipes destes serviços, propôs-se a referida proposta de capacitação.

A justificativa para a referida proposta baseia-se tanto na necessidade de atualização conceitual e legal das equipes assistenciais para o atendimento da urgência e emergência em saúde mental. A capacitação teve como objetivo

desenvolver estratégias de capacitação junto às equipes dos serviços de Urgência e Emergência, visando o manejo da crise em saúde mental.

Esta foi a organização dos módulos:

MÓDULO I - Centro de Atendimento Psiquiátrico “Dr. Aristides Alexandre Campos (CAPAAC)”. O módulo teve como objetivo abordar a história, os princípios, os objetivos e serviços ofertados no Centro de Atendimento Psiquiátrico “Dr. Aristides Alexandre Campos”.

MÓDULO II - Acolhimento com Classificação de Risco em Urgência e Emergência Psiquiátrica: “Pronto Socorro do CAPAAC”. Discutir as especificidades do Acolhimento com Classificação de Risco em Urgência e Emergência Psiquiátrica com base na experiência do CAPAAC.

MÓDULO III - Comportamento psíquico do paciente/intercorrências psiquiátricas. Discutir as especificidades da operacionalização das ações referentes ao comportamento psíquico do paciente/intercorrências psiquiátricas.

MÓDULO IV – Panorama da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS/ES, Regulação do acesso e Linha de Cuidados às pessoas em situação de violência no ES. Foi apresentado o panorama da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no Espírito Santo e a organização do Núcleo Especial de Regulação de Leitos - NERI; a função da regulação de leitos em saúde mental e seu processo de trabalho; Fluxo de Regulação de Internação em Saúde Mental e legislações. Apresentação dos serviços credenciados e contratualizados pela SESA da rede própria, filantrópica e privada que atuam na modalidade de internação em saúde mental; foi possível também dialogar sobre sinais e sintomas de violência, fluxos de encaminhamentos na rede de proteção e cuidados dentro e fora do SUS, e conhecer a linha de cuidado integral às pessoas em situação de violência: acolhimento, atendimento, notificação e monitoramento pela atenção primária em saúde. Destaque para as violências sexuais e lesões autoprovocadas como notificação compulsória imediata (urgência).

O módulo foi ministrado pelos profissionais: Assistente Social CAPAAC/ SESA; Assistente Social do Núcleo Especial de Regulação da Internação/ SESA; área técnica de vigilância epidemiológica de acidentes e violência/ SESA; Assistente Social da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas / SESA.

## DISCUSSÃO

Durante e após a capacitação observamos que os profissionais da Atenção Primária à Saúde gostariam de saber mais sobre a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e alguns pareciam não compreender sobre a dimensão da saúde mental, sobre as possibilidades de manejo, sobre conceitos básicos da saúde mental, bem como os protocolos existentes. Foi um espaço de bastante troca de saberes, considerando-se inclusive os rumores de que aumentaria a demanda para o setor de saúde mental devido à situação da pandemia de covid-19, já instalada no Espírito Santo. Possibilitaram-se discussões acerca dos processos de internação em saúde mental, levantando a discussão sobre essa não ser a única ou a primeira opção no cuidado em saúde mental.

Como utilizamos a plataforma Google Meet®, muitos profissionais queixaram-se pelo fato de termos aberto no máximo 100 vagas. Considerando que o Estado do Espírito Santo conta com 78 municípios, compreendemos a queixa, mas não tínhamos a dimensão de que a capacitação seria tão positiva e teria tanta procura no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A procura por inscrição e a avaliação final nos incentivou a pensar em novas capacitações. Observamos que as equipes de APS necessitam de mais capacitações sobre a saúde mental.

Quanto aos Centros de Atenção psicossocial- CAPS, considerando que no Estado do Espírito Santo temos 34 CAPS, os profissionais desses serviços se organizaram para participar da capacitação e multiplicar o conhecimento para os demais colegas de serviço. A capacitação foi produtiva e observamos que os profissionais questionaram muito a rotatividade dos profissionais que atuam na assistência à saúde mental, apontando a necessidade de capacitações sistemáticas.

Ainda quanto aos profissionais dos CAPS, observamos a angústia de alguns profissionais que, embora extremamente comprometidos com a prática de trabalho, estavam receosos quanto às atividades grupais realizadas no âmbito dos

serviços e, ao mesmo tempo, o que a ausência da assistência, em sua totalidade, poderia impactar na vida dos usuários dos serviços.

Já em relação aos leitos de internação na área de saúde mental e à Rede de Urgência e Emergência, não foi identificada uma alta procura pelo curso de capacitação. Chegamos a nos indagar: será que as equipes de saúde mental em leitos de internação em Saúde Mental têm conhecimento e noção da importância da atuação em rede? Será que a Rede de Urgência e Emergência implica no cuidado integral dos pacientes? Será que a demanda por saúde mental tem sido atendida nos diversos pontos de atenção ou ainda nos deparamos com a lógica da referência e contra referência? Todos esses questionamentos foram alvos de reuniões para discussão com outros colegas de trabalho no âmbito da SESA.

Em relação aos serviços de internação em saúde mental, observamos muitos questionamentos em relação ao trabalho de rede que deve ser realizado enquanto o usuário está em serviço de internação. Questionou-se muito quanto ao momento em que a rede deve ser acessada e que questões das legislações de saúde mental foram fortemente abordadas. Ainda durante a capacitação, os participantes solicitaram que fossem disponibilizados materiais de contenção para que eles tivessem acesso, e foi realizada explicação da importância de se realizar a contenção no momento correto e também de forma correta para não prejudicar o paciente. Observamos muita curiosidade dos participantes quanto às técnicas de contenção e aos locais para internação, necessitando ampliar a compreensão dos profissionais em relação à dimensão da reforma psiquiátrica e os preceitos do SUS.

Quanto aos serviços de Urgência e Emergência, identificou-se o quão importante é a capacitação para esse ponto de atenção. Alguns profissionais abordaram a necessidade de capacitar mais profissionais da Rede de Urgência e Emergência. Observamos ainda que foi um tema que atraiu poucos profissionais que trabalham na RUE. Após a capacitação avaliamos que os participantes tiveram muitas dúvidas quanto ao manejo, articulação de rede e a função dos pontos de atenção na RUE no que tange o cuidado em saúde mental. Não está claro o motivo real dessa capacitação não ter atraído muitos profissionais da RUE, mas no estado do Espírito Santo, o diálogo entre a saúde mental e a Rede de Urgência e Emergência ainda é bem incipiente. Acreditamos que esse é um ponto que precisa ser abordado nas reuniões entre as equipes técnicas estadual e municipais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O evento se mostrou bastante produtivo, econômico e abrangente, não obstante a limitação de participantes no sítio disponível para a capacitação. Também apontou potentes profissionais docentes nos vários serviços do SUS que podem e serão vistos como âncoras para a disseminação do conhecimento no território e no desenvolvimento de práticas interprofissionais. Da mesma forma, o evento abriu espaço de diálogo entre vigilância em saúde, mais especificamente na vigilância de violências e saúde mental também nos municípios, buscando a necessária intersetorialidade. Observamos uma significativa aproximação entre estado e municípios.

A capacitação nos levou a importantes reflexões e apontou caminhos para fortalecer o cuidado em saúde mental em todos os níveis de atenção, ressaltando ainda a importância destes espaços para discussões para a promoção e a qualificação dos serviços no estado do Espírito Santo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm). Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017: Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf). Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1ª ed. rev. – Brasília: 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 03, de 03 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 de maio de 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737\\_16\\_05\\_2001.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html). Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 936 de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936\\_19\\_05\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html). Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2004.pdf). Acesso em: 24 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CRM). Resolução Nº 1.451. **Diário Oficial da União**: Seção I, Brasília, DF, p. 3666, 17 de março de 1995. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451\\_1995.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf). Acesso em: 24 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. Vitória, ES, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde (SESA), **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Vitória, ES, 2011. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR\\_PlanodiretordeRegionalizacao\\_ES\\_2011.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf). Acesso em: 24 jul. 2021.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 58-63. 1993.

# PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE FIXAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA APS CAPIXABA

Agleildes Arichele Leal de Queirós  
Ana Carolina Menezes da Silva Braga  
Clarice Sampaio Cunha  
Fabiano Ribeiro dos Santos  
Juliana da Silva Mariano  
Juliana Ramos Bruno  
Maria Fernanda Moratori Alves

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem enfrentado muitos desafios e problemas relacionados à formação, qualificação e organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, ora pela inadequação do perfil profissional e técnico às demandas e necessidades do sistema de saúde, ora pela dificuldade de prover e fixação em áreas mais afastadas dos grandes centros urbanos, mas também em regiões de maior vulnerabilidade nas próprias capitais. Nesse contexto, é importante ressaltar que o “ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde” foi previsto no artigo 200, da Constituição Federal, como uma competência do SUS, e também compete ao SUS promover estratégias de fixação dos mesmos (BRASIL, 1988).

Uma questão importante a ser enfrentada é pensar como a atenção básica se torna gestora do cuidado. Para Feuerwerker (2005)

A ideia da hierarquização e a definição de uma porta de entrada que deveria ser capaz de “resolver 80% dos problemas de saúde” correspondem a um esforço de racionalização, que esbarra exatamente na baixa capacidade das equipes de efetivamente resolver problemas.

A autora aponta que essa baixa resolubilidade pode ser explicada de várias maneiras, e duas das mais importantes delas são o perfil e a formação

dos profissionais de saúde, em especial os médicos, que “enfrentam profundas dificuldades para dar conta dos problemas de saúde mais frequentes - tanto em seus aspectos estritamente clínicos, como em sua relação com as questões sociais como as condições de vida e a violência, por exemplo” (FEUERWERKER, 2005).

Recentemente houve no Brasil uma experiência que uniu provimento do profissional médico com qualificação, e contava com a cooperação internacional da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do governo Cubano para garantir a maioria dos seus profissionais no eixo emergencial do programa:

Mais Médicos conseguiu implantar e colocar em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2015).

Diante da crise política agravada em 2016, o projeto teve um primeiro impacto e perdeu centralidade na mudança de governo federal de 2019. Somou-se a essa questão uma mudança na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017, seguida de uma reestruturação no modelo de financiamento, que demarca uma nova estrutura para Rede de Atenção Primária à Saúde (MELO *et al.*, 2018; BRASIL, 2019).

Sendo assim, medidas como a revisão da PNAB e o Previne Brasil impactam na capacidade desses serviços autorizar o gestor a escolher livremente onde cortar e reduzir o SUS, seja em termos de qualidade, acesso, integralidade e universalidade. As questões principais da revisão são: enxugamento da força de trabalho; flexibilização dos arranjos/modalidades das equipes; desregulamentação da oferta, potencializada principalmente pelo possível desinvestimento na ESF e seus desdobramentos. E o Previne acompanha essa formulação e condiciona o repasse financeiro ao cadastramento das pessoas.

O impacto da EC95 (BRASIL, 2016b) que diminuiu recursos para o setor, além de agravar os determinantes e condicionantes de saúde, bem como a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 que, mesmo preservando a base conceitual da Atenção Básica, implementou alterações

significativas na dimensão organizativa e funcional que indicam flexibilização da modalidade de organização - Estratégia Saúde da Família (ESF) e AB tradicional e mudanças na composição das equipes e no quantitativo e atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (MELO *et al.*, 2018). Essas políticas têm se apresentado de forma setorizada e fragmentada e precisam ser observadas a partir da abrangência, universalização, financiamento, cobertura, etc. (SOARES, 2000, p. 32).

Sem dúvida, expandir a cobertura é universalizar, mas a expansão só atenderá à universalidade e à equidade se levar em conta as necessidades sociais observadas. A priorização de ações de saúde para grupos ditos vulneráveis promove uma intervenção que associa pobreza e saúde, fenômenos indissociáveis, mas de naturezas distintas. Dissolve, ainda, numa única intervenção racionalizadora, ações estigmatizadoras e focalizadas, que não consubstanciam um projeto unificado de proteção social para satisfazer exigências mínimas de renda, trabalho, acesso à saúde, educação e saneamento qualificados em sua diversidade regional e local (MENDONÇA, 2004, p. 354-355).

A partir de 2019, somam-se várias iniciativas por parte do Ministério da Saúde que impactaram de forma negativa na APS, e para as quais chama a atenção a forma de financiamento no programa “Previne Brasil” (BRASIL, 2019). Esse novo modelo, composto por três componentes: a capitação ponderada; o pagamento por desempenho; e o incentivo para ações estratégicas. A revisão do financiamento tem como justificativa, nas palavras do ex-secretário de Atenção Primária à Saúde, Erno Harzheim “aumentar a cobertura real da APS, principalmente entre as populações mais vulneráveis” (HARZHEIM *et al.*, 2020). Salta aos olhos a centralidade de conceitos como “cobertura” e não “universalização” do acesso a ações e serviços de saúde que é um dos princípios do SUS ou então em “qualidade”.

Apesar das dificuldades do contexto nacional para a consolidação do SUS, o estado do Espírito Santo assume uma agenda positiva e apresenta um projeto de retomada da construção do SUS com base na inovação, e dentre as diversas estratégias de melhoria da Rede e apoio aos municípios implanta o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. O programa nasce para responder ao vazio assistencial causado pela descontinuidade do Projeto Mais Médicos, mas

também para responder ao desafio de qualificar os profissionais de saúde que atuam ou queiram atuar na Atenção Primária à Saúde no estado do Espírito Santo.

Criou-se no estado um programa de provimento da força de trabalho, que abarca além do profissional médico, a enfermagem e a odontologia, que são as três categorias de nível superior que compõem a equipe mínima na Atenção Básica. Nesse sentido “a prática de saúde” e o seu “praticante” carecem de processos formativos que aproximem a educação do trabalho; para tanto são necessárias políticas de regulamentação, de regulação, de apoio e de fomento à educação no âmbito do ensino, da pesquisa, da extensão educativa, da cooperação técnica interinstitucional e da ação educativa em ambientes de gestão e prestação de serviços de saúde.

O Qualifica-APS consiste num conjunto de iniciativas que visam à integração sistêmica de ações e serviços de saúde por meio da provisão de atenção preventiva, contínua, integral e humanizada, que favoreçam o acesso, a equidade, a eficácia clínica e sanitária, bem como a eficiência econômica e social (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Durante o primeiro ano de implantação, o programa de provimento passa a ser um dos cinco componentes do Qualifica APS, que ainda responde pela: Formação em saúde - Programas de Residências de Medicina e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; Informação em saúde; Apoio Institucional; e Infraestrutura tecnológica. E ganha um cenário ainda mais complexo por conta da pandemia de covid-19.

O desafio assumido pela gestão estadual e pactuado por 86% dos gestores municipais é fazer com que o programa impulse a qualificação da Atenção Primária no estado utilizando como referência a Educação Permanente em Saúde. Para tanto, optou-se por seguir, enquanto orientador metodológico, um método crítico reflexivo e, no projeto político pedagógico, o modelo baseado em competências. Segundo Feuerwerker:

[...] é na prática que se constrói a experiência clínica e é na aprendizagem em serviço que o futuro profissional constrói, pelo menos em parte, também a ética de suas relações com os pacientes, baseada no exemplo e na experimentação (1998, p. 36-38).

Esse pensamento acredita que a educação permanente pode ser entendida como um processo no qual o cotidiano do trabalho ou da formação é tido como local de constante aprendizagem das pessoas e das organizações que, através da problematização do dia-dia, constroem novos saberes a partir dos problemas enfrentados na realidade e de seus conhecimentos e experiências prévias.

A qualificação dos trabalhadores deve ter como eixo norteador essa concepção de educação permanente, onde se pauta o exercício cotidiano de reflexão sobre e no processo de trabalho, problematizando o contexto em que as ações de saúde se realizam. É nessa lógica que se pensa na construção dos processos de qualificação das equipes, com o intuito de integrar diversas áreas do saber, atendendo ao princípio constitucional da integralidade.

Os processos educacionais aqui defendidos terão como propósito construir saberes e práticas que possam fortalecer e qualificar o SUS. Para isso, deve-se pensar em como transformar esse espaço de abertura e aproximação dos profissionais em formação com o sistema de saúde em um espaço de transformações do próprio sistema. Tornar o espaço do serviço um espaço pedagógico, um cenário de aprendizado, gerador de sentidos, sentimentos, atos e fatos, valores.

Nesse sentido, a centralidade do trabalho assumido como princípio educativo, visando à construção de competências profissionais, estratégias de ensino e aprendizagem em serviço no ato do trabalho. O desenvolvimento da investigação, adotando a pesquisa como princípio pedagógico, compreendendo que o mundo do trabalho está em constante transformação, impulsionado por novas práticas educativas e profissionais.

Assim, segundo Paulo Freire (1997), quanto mais criticamente se exerça a capacidade de aprender tanto mais se constrói e desenvolve o que venho chamando de curiosidade epistemológica. A proposta pretende ofertar uma formação integrada, em equipe, que ressignifique o trabalho da saúde da família e qualifique tanto o cuidado prestado às pessoas e populações quanto à gestão necessária para apoiar, desenvolver e acompanhar essa mudança. O programa busca construir uma estratégia estruturante da organização do processo de trabalho não só para os problemas definidos como prioritários, mas também no conjunto de Linhas de Cuidado singulares necessárias para uma Atenção Integral à Saúde.

Prezar pela organização dos serviços de saúde de forma usuário-centrada, garantida por uma equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, e

orientada por atos de acolhimento, escuta, vínculo e responsabilização. Elevar a resolutividade das práticas de cuidado, dos serviços e do sistema de saúde é um desafio para a consolidação do SUS Capixaba.

A estruturação de redes de cuidados progressivas de saúde, alicerçadas através de Linhas de Cuidado e da Autorregulação Formativa Territorial, se apresentam como um dispositivo estruturante para cuidar melhor das pessoas, otimizar a oferta de serviços, e ampliar o acesso, garantindo qualidade e uma atenção integral. Com isso, faz-se fundamental agregar saber e prática aos cuidados desenvolvidos nos diversos cenários do SUS, dentre eles a Atenção Primária à Saúde. Para tanto, faz-se fundamental compreender a geração de tensões e distensões que ocorrem nos serviços de saúde, e que, segundo Mehry:

O terreno dado pelos próprios arranjos organizacionais que os modelos adquirem, enquanto certas maneiras de organizar aquelas lógicas de enfrentar a produção do cuidado, e que se expressam em certos modos de governar os vários projetos de saúde e, inclusive, as tensões/ paradoxos colocadas, anteriormente. A estas tensões, o campo da gestão das organizações acrescentam algumas novas, como por exemplo a expressa pela relação entre controle e autonomia dos vários participantes da organização, que disputam os modos de governar estes arranjos. Há, portanto, de modo constitutivo, uma tensão entre o governo normatizado, instituído, e o autogoverno dos trabalhadores, na organização. Esta tensão está presente em todas as dimensões dos processos institucionais, seja na dimensão política, organizacional ou produtiva, isto é, a tensão/ paradoxo está no fato de que todos governam nas organizações, que, por sua vez, estão centradas nos ordenamentos dos processos diretivos e decisórios (2002, p.67).

Qualquer tipo de serviço de saúde está assentado em território formado por terrenos e que sendo lugares de produção, existe pela conformação de sujeitos sociais em ação, que dão vida às tensões, ou mesmo são constituídos e constitutivos dela. Esse problema pode ser descrito assim: o território das produções de ações de saúde está sobre a tensão dos trabalhadores centrados no procedimento e no usuário; e mais, o território do governo da produção das ações de saúde também está tensionado pelo autogoverno dos trabalhadores e pelas ordens da gestão, que seguem uma orientação política-ideológica que a ordena de maneira hierarquizada.

Gerir e produzir ações na dinâmica da micropolítica do trabalho em rede deve ter uma dimensão mais articulada à prática produtiva dos serviços, bem como o olhar cuidadoso sobre as relações entre as pessoas e as instituições. É fundamental colocar em foco os distintos modos instituintes das disputas nos processos de gestão institucional do trabalho, as distintas forças sociais, e a configuração de singulares modelos.

Os serviços de saúde não poderão ignorar que a população demandará os espaços de diversas maneiras, seja pela busca do atendimento individual e/ou coletivo; programado e/ou espontâneo para que suas necessidades sejam atendidas. Diante disso, não podemos eliminar o atendimento à demanda espontânea, e segundo Merhy e Franco (1999):

[...] a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, como usualmente acontece. Este é um erro estratégico na implantação do PSE, o que enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem às suas necessidades imediatas.

Sendo assim, pensar na qualificação dos trabalhadores na condição de aperfeiçoamento e/ou especialização para o nível universitário é optar pelo redirecionamento do desenho organizacional centrado no cuidado e no usuário. E, nesse momento, optamos por iniciar o processo pela qualificação dos trabalhadores da atenção primária à saúde. Ao assumir tal estratégia, a SESA busca colocar a Educação Permanente em Saúde como estratégia de gestão com o objetivo de implementar projetos de mudança no processo de trabalho e na educação dos profissionais, colocando o cotidiano e sua qualificação como trabalho vivo em ato.

O debate sobre a formação e o desenvolvimento na área da saúde como ação estratégica para a condução da agenda de inovação e reforma no setor da saúde parte, portanto, do entendimento de que uma profunda reforma setorial, como a profunda transformação das organizações de saúde, não se faz sem uma política

de educação para o setor. Sendo assim, destaca-se a relevância de uma política de educação em saúde que seja capaz de influenciar nas práticas e provocar mudanças.

Na área da saúde, a educação em serviço é uma das formas de desenvolver o aperfeiçoamento profissional tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações como pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional. A formação em saúde tem um papel importante na construção do sistema de saúde, por isso, transformar essa formação tem um impacto determinado e importante na construção de uma maneira de pensar e de agir dos trabalhadores de saúde, potencial para refletir nos processos de trabalho em saúde e, conseqüentemente, no dia a dia da construção do SUS.

Nesse sentido, no último ano foram implantadas duas residências, a Residência de Medicina da Família e Comunidade e a Multiprofissional em Saúde da Família; além das Residências em Saúde Mental, Psiquiatria, Cuidados Paliativos, Acupuntura e em Saúde Coletiva, que tem a atenção primária como um dos cenários de prática.

Sendo assim, ao assumir essa agenda de formação de trabalhadores para o SUS, a instância estadual assume em articulação com os gestores municipais o desafio de repensar as práticas em saúde e de repensar a organização delas para propiciar ambientes de ensino e serviço. Assim, estruturar a atenção à saúde, guiada por princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social, é um desafio assumido constitucionalmente. Colocar em prática tais princípios é constituir serviços e práticas que possam considerar os indivíduos enquanto sujeitos influenciados pelos meios sociais, políticos, econômicos e culturais, e que tenham como objeto a produção do cuidado, sendo os trabalhadores de saúde sujeitos ativos nesse processo de produção. Nesse sentido, é imperativo que se defina uma política de educação permanente para a formação em saúde, desenhada como política de estado, o que faz necessária a participação da sociedade nessa construção.

Ressalta-se ainda que a rotina tem sido desgastante tanto para o usuário quanto para os profissionais e para as instituições de saúde, que vêm investindo recursos cada vez maiores, sem com isso modificar a sua lógica de funcionamento e a qualidade da assistência à população.

No artigo O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde, Merhy (1999) já apontava que os “processos de produção da saúde vivem tensões

básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, e que estão presentes no interior de qualquer modelo predominante”, e na perspectiva de superá-lo, será fundamental escutar o que pensa o usuário, acolher em suas necessidades, oferta respostas, e tratá-lo com dignidade e autonomia, tornando esta a rotina da equipe, e da rede SUS.

Corroboramos com as reflexões produzidas por Cecílio (1997); Merhy (2002); Silva Júnior e Alves (2007), na medida em que estes autores propõem uma racionalidade para organização do sistema de saúde que considere as necessidades e demandas dos usuários, pois assim construiremos um SUS que impactante no que se refere às reais condições de saúde da população. Nosso grande desafio é pensar e experimentar novos arranjos assistenciais, produzir localmente fluxos e itinerários terapêuticos que sejam capazes de garantir o acesso universal e promover qualidade de vida à população.

## MARCO LEGAL

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) foi criado em abril de 2019 através Lei Complementar nº 909, que instituiu o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (PEPSUS) (ESPÍRITO SANTO, 2019a).

O ICEPi tem como competência atuar nas áreas de interesse do SUS sobre:

1. formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
2. educação permanente;
3. integração entre ensino, serviço e comunidade;
4. pesquisa científica e inovação tecnológica;
5. dimensionamento, provimento e fixação de profissionais da saúde;
6. tecnologia da informação e comunicação para a saúde; e
7. formação e qualificação dos trabalhadores da saúde de nível médio.

O instituto tem como finalidade propor e formular políticas nas suas áreas de atuação, assim como o fortalecimento da capacidade operacional, tecnológica e gerencial da SESA e das Secretarias Municipais de Saúde. Desenvolvendo a formação profissional dos trabalhadores do SUS no âmbito do aperfeiçoamento,

da residência e de pós-graduação, com o estímulo à incorporação de práticas em saúde referenciadas nas necessidades sociais, ambientais, epidemiológicas, clínicas e de gestão do SUS (ESPÍRITO SANTO, 2019a).

Cabe ao ICEPi a promoção, o incremento e a difusão da inovação científica e tecnológica em saúde por meio de programas de concessão de Desenvolvimento Tecnológico e Estímulo à Inovação, Pesquisa científica e tecnológica e de Formação. Com a criação de soluções em tecnologias da informação e comunicação para dar suporte no cuidado, na atenção à saúde e na gestão do SUS. O instituto ainda é responsável pela realização de acordos de cooperação e intercâmbio com outras instituições municipais, estaduais, nacionais e internacionais, públicas ou privadas (ESPÍRITO SANTO, 2019a).

Nesse sentido, com espírito inovador e com o objetivo de qualificar a Atenção Primária Capixaba por meio da Portaria nº 059-R, de 06 de agosto de 2019, a Secretaria de Estado da Saúde institui o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, também chamado de Qualifica-APS (ESPÍRITO SANTO, 2019b). O mesmo engloba:

Um conjunto de iniciativas que visam à integração sistêmica de ações e serviços de saúde por meio da provisão de atenção preventiva, contínua, integral e humanizada, que favoreçam o acesso, a equidade, a eficácia clínica e sanitária, bem como a eficiência econômica e social (ESPÍRITO SANTO, 2019b).

O programa tem como objetivo ampliar a cobertura e a resolutividade da APS, com foco no modelo da ESF. Promover a política de educação permanente por meio da integração ensino-serviço, proporcionando a formação de profissionais. Cooperar com os municípios através de provimento e fixação de profissionais de saúde. Integrar a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, fortalecendo o planejamento em saúde. Promover o uso de tecnologia da informação e a colaboração de infraestrutura tecnológica, assistência técnica, suporte, treinamento e serviços de tecnologia da informação, e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (ESPÍRITO SANTO, 2019b).

O Qualifica APS possui como componentes:

1. Formação em saúde: a oferta de Programas de Residências de Medicina e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, de atividades docente-assistenciais, de desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento para profissionais de saúde, na modalidade de formação em serviço;
2. Provimento e Fixação de Profissionais: a cooperação entre o Estado e os Municípios por meio do desenvolvimento de mecanismos recrutamento, formação, remuneração e supervisão;
3. Informação em saúde: a disponibilização, implantação, treinamento e uso do prontuário eletrônico, e de aplicações nas áreas de Vigilância em Saúde e Regulação Ambulatorial, dentre outras que possam vir a ser desenvolvidas;
4. Apoio Institucional: a qualificação da gestão municipal por meio de apoio institucional para organização dos serviços locais e sua integração em Rede de Atenção e Vigilância à Saúde;
5. Infraestrutura tecnológica: o desenvolvimento de política e programa de informatização das Unidades Básicas de Saúde do Estado do Espírito Santo, envolvendo inclusive a aquisição e manutenção de equipamento computacional, com os seus acessórios e dispositivos complementares, em quantidade suficiente para todos os ambientes de cuidado e acolhimento (ESPÍRITO SANTO, 2019).

O programa tem investido na formação dos profissionais em serviço como estratégia para ampliar o escopo de atuação dos trabalhadores de nível superior que atuam na APS (ESPÍRITO SANTO, 2019b). Estratégia norteadas pela Educação Permanente e tendo como base a lei da inovação e a resolução CNE 001/2021, que busca o trabalho como princípio educativo e a pesquisa como princípio pedagógico, o que justifica este estudo (BRASIL, 2021).

## **DA FORMAÇÃO EM SAÚDE**

### **A RESIDÊNCIA MÉDICA - MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Os Sistemas de Saúde baseados em uma Atenção Primária à Saúde resolutiva, com atribuição de porta de entrada e coordenação do cuidado,

dependem da formação de especialistas específicos para essa atuação. Atualmente, apenas 5% dos Serviços Primários de Saúde contam com médicos titulados em Medicina de Família e Comunidade (MFC). De acordo com López-Valcárcel, Pérez e Vega (2011), o número de especialistas em MFC no Brasil era de 1,3 por 100 mil habitantes em 2010, e havia a perspectiva de aumento para 1,6 por 100 mil habitantes em 2020. Entretanto, a necessidade deste tipo de especialista foi calculada em 67,8 médicos por 100 mil habitantes, o que significaria um total de 143.570 especialistas para atender à população brasileira. Atualmente, o Brasil conta com 5.976 Médicos de Família ativos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina, configurando a razão de 2,8 MFCs por 100 mil habitantes. Isso supera a previsão dos autores, porém ainda indica um déficit grave na oferta desse tipo de especialista (CFM; USP, 2020).

Foi realizado cálculo para estabelecer a necessidade de MFC para o Estado do Espírito Santo, com a estimativa da necessidade de 2.806 médicos titulados para o ano de 2020. No entanto, em julho de 2021, o Estado contava apenas com 162 MFCs inscritos no Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES), o que indica pouco mais de 4 especialistas por 100 mil habitantes. Destes, 69% (112) encontram-se em 6 municípios da Grande Vitória (Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Viana e Guarapari). Enquanto 31% restante estão distribuídos pelos demais 72 municípios (CFM; USP, 2020).

No Brasil, o médico especialista é aquele que concluiu o Programa de Residência Médica (PRM) ou obteve título emitido por uma Sociedade de Especialidade Médica. Nesse caso, o especialista em MFC deve ter concluído o Programa de Residência (com duração de 2 anos) ou ter sido aprovado em prova de título organizada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos. Funciona sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) regulamenta, credencia e fiscaliza todos os Programas de Residência Médica. Essa comissão encontra-se vinculada ao Ministério da Educação e conta com representantes das entidades médicas, da área da saúde, da educação

e residentes. A duração dos programas é variável, de acordo com a especialidade, podendo durar de dois a cinco anos (BRASIL, 1977).

Cada residente faz jus ao recebimento de uma bolsa no valor de R\$ 3.330,43 (julho de 2021) num esquema de treinamento em serviço de 60 horas semanais. A carga horária é subdividida em atividades práticas (80-90%) e teóricas (10-20%). A Residência Médica é caracterizada pela formação em serviço e pela educação pelo trabalho. Ou seja, o médico em formação desenvolve atividades de assistência/atividades práticas para adquirir competências necessárias a um especialista na área. Essas atividades são realizadas sob a supervisão atenta de um médico preceptor, que deve ser corresponsável no processo de aprendizagem do residente, atuando na inserção nas equipes de atenção, no cenário de prática, na apresentação dos serviços, nas retiradas de dúvida e na avaliação criteriosa (BRASIL, 1981, 2016).

Diversos são os incentivos relacionados à vinculação de um médico a um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC): Pontuação adicional de 10% em processo seletivo para outros Programas de Residência, após a conclusão do Programa; Curso de Formação para Preceptores com bolsa complementar; complementação de bolsa de residência, com aumento da remuneração mensal; aumento na oferta de PRMMFC, inclusive em cidades antes não contempladas, com maior possibilidade de proximidade com local de moradia inicial.

Apesar dos benefícios, a ocupação de vagas para os Programas de MFC continua muito baixa, podendo chegar a 72% das vagas sem ocupação, enquanto para algumas especialidades as vagas não ocupadas são apenas 10%, podendo chegar a 24% quando somadas as especialidades. Os motivos para essa diferença entre o número de vagas credenciadas e as vagas efetivamente preenchidas são diversos: demanda historicamente menor do que a oferta; questões relacionadas às mudanças de planos das instituições proponentes; inadequação de campos ou preceptores; ou problemas relacionados à bolsa de residência.

Sabe-se que, além da problemática relacionada à não ocupação de vagas, existe a questão da concentração de residentes em capitais, regiões metropolitanas e cenários urbanos. Nesse sentido, a demografia médica descreve que 63,7% de todos os residentes encontram-se nas capitais e 97,5% deles estão em áreas urbanas

(que aqui foi caracterizada como municípios com população superior a 100 mil habitantes). Um exemplo claro dessa situação é o ES: das nove instituições que ofertam Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC), seis estão na Região Metropolitana (CFM; USP, 2020).

Foi nesse cenário que o ICEPi iniciou a construção e pactuação do PRMMFC, dentro de uma lógica de alocação de recursos em áreas de formação prioritárias (Saúde da Família e MFC), dentro de regiões/municípios prioritários. O PRMMFC do ICEPi foi, então, planejado de modo a diminuir a desigualdade de distribuição de especialistas nos municípios do interior do Espírito Santo ao se constituir de modo descentralizado, uma vez que a presença de programas de residência é um fator de atração e fixação de profissionais (STRALEN *et al.*, 2017). Sendo assim, além do objetivo de formar especialistas para a região, o objetivo é atrair especialistas formados em outras regiões para atuação no programa.

Foi realizada avaliação da viabilidade de implantação do programa junto a diversos municípios a partir de indicadores como número de habitantes, rede de atenção à saúde, capacidade instalada de Unidades de saúde, presença de profissionais para preceptoria e garantia de pagamento de complementação à bolsa de residência (R\$ 4.500,00). Foram incluídos no projeto final os municípios de Aracruz, Colatina, Linhares e São Mateus. Todos são municípios do interior do estado do Espírito Santo. Aracruz, Colatina e Linhares pertenciam à Região Central e São Mateus à Região Norte, porém, após redefinição da Regionalização em 2021, Aracruz foi agregado à Região Metropolitana, enquanto Colatina, Linhares e São Mateus passam a pertencer à Região Norte (ou Centro-Norte). Apesar de estarem no interior, todos os municípios apresentam características predominantemente urbanas, com população estimada em mais de 100 mil habitantes, rede de atenção à saúde bem estabelecida, com capacidade instalada para recebimento de residentes e disponibilidade para o pagamento da complementação de bolsa. Nesses municípios há reduzido número de especialistas em MFC, quando comparados aos inseridos na Grande Vitória. Os números representam os especialistas inscritos no Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo, encontrando-se distribuídos conforme o esquema: Aracruz - 3 MFC, Colatina - 8 MFC, Linhares - 5 MFC, São Mateus - 1 MFC, Grande Vitória (Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra) - 112 MFC.

Em 27 de janeiro de 2020, foi lançado o primeiro edital para seleção de residentes, com 24 vagas: Aracruz - 9 vagas, Colatina - 5 vagas, Linhares - 9 vagas e São Mateus - 1 vaga. Das 24 vagas, 10 foram ocupadas, no ato da matrícula, para início do Programa em 01 de março de 2020: Aracruz - 6 vagas, Colatina - 3 vagas e São Mateus - 1 vaga. No ano de 2021, realizou-se novo processo seletivo para o PRMMFC, apresentando a mesma disponibilização de vagas do ano anterior. A ocupação no ato da matrícula foi menor do que no ano anterior (5 vagas), porém todos os residentes matriculados iniciaram o programa e permanecem vinculados a ele. Permanecem ocupadas 9 vagas: Aracruz - 5 residentes, Colatina - 3 residentes e São Mateus - 1 Residente.

A implantação do programa foi realizada com grandes dificuldades, principalmente quanto à pactuação de preceptoria. Apesar dos acertos iniciais, que demonstravam a presença de profissionais qualificados para essa atuação, muitos não confirmaram a intenção de permanecer vinculados ao projeto. Sendo assim, a preceptoria e os campos de prática precisaram ser repactuados diversas vezes. Essa é uma das maiores dificuldades relacionadas ao programa descentralizado, já que fora das capitais a presença de especialistas é baixa, o que torna limitada a oferta de preceptores. Além disso, as unidades de saúde inicialmente acordadas como campo de prática não apresentaram as condições para a formação de MFCs, de modo que foi necessário realizar o remanejamento de residentes dentro dos municípios.

Progressivamente observa-se que a gestão municipal não tinha clareza sobre as condições para implantação de programas de residência em geral e de PRMMFC. Não tinham compreensão do que é um programa de residência e de como deveria ser seu funcionamento, o processo de preceptoria e necessidades relacionadas ao campo. Enfim, muitas das pactuações iniciais tornaram-se problemáticas ao longo do tempo.

A exceção a essa regra foi o município de Colatina, pois este conta com PRMMFC cujo proponente é o Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC, que forma MFCs desde 2012. Nesse município os preceptores encontram-se vinculados ao Programa desde seu início e os médicos residentes mantêm-se na mesma unidade de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 80.281**, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências, 1997.

BRASIL. Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011. Dá nova redação ao art. 4º da Lei Nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1981.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CP nº 01, de 05 de janeiro de 2021. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 3, de 16 de março de 2016. Altera o valor da Bolsa assegurada aos profissionais residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 01, n. 52, 2016a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 2016b.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde: da Pirâmide ao Círculo, uma Possibilidade a ser Explorada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, p.1-13, jul./set., 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Demografia Médica no Brasil 2020** [internet] Coordenação de Mário Scheffer. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020. Disponível em: [https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf). Acesso em: 28 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES). Portaria SESA

Nº 014 – R de 30 de janeiro de 2020. Institui o Regimento Interno do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, para o componente de Provimento e Fixação de profissionais, do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória/ ES, 30 jan. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES). Lei Complementar nº 909/2019. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (PEPSUS). **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória/ES, 2019. Disponível em: [www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br). Acesso em: 16 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES). Portaria 059-R/2019. Fica instituído o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória/ES, 2019b. Disponível em: [www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br). Acesso em: 20 jul. 2021.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez, 2005.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface com saúde educação**, v. 2 n.3, p. 51-71, 1998.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZfGcPt8PsdmfnrGpkzsk3C/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

HARZHEIM, E.; D'ÁVILA, O. P.; RIBEIRO, D. C.; RAMOS, L. G.; SILVA, L. E.; SANTOS, C. M. J.; COSTA, L. G. M.; CUNHA, C. R. H.; PEDEBOS, L. A. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça Cidades e Estados do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

LOPEZ-VALCÁRCEL, B. G.; PÉREZ, P. B.; VEGA, R. S. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil. Projeções para 2020**. Equipo Economía de la salud, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Espanha, 2011.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate** [online], v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Acesso em: 01 out. 2021.

MENDONÇA, M. H. M de. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 2, n. 2, p. 353-366, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200009>. Acesso em: 01 out. 2021.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. **PSF: Contradições e novos desafios**. Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

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

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F.; GUSSO, G. D. F. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-5, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1744](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744). Acesso em: 28 ago. 2021.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SIMAS, K. B. F.; GOMES, A. P.; SIMÕES, P. P.; AUGUSTO, D. K.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-13, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1687). Acesso em: 28 ago. 2021.

STRALEN, A. C. S. V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 01, p. 147-172, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100008>. Acesso em: 28 ago. 2021.



# PROGRAMA PROSA PALIATIVA COMO PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Aparecida de Amorim  
Danila de Sousa Silva  
Gleicy Kelley Santos de Araujo  
Lilium Mulinari da Cunha Pinto  
Luciana Machado Duarte  
Skarlath Ohana das Neves Patrocínio

## INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos é um programa inovador de pós-graduação no Estado do Espírito Santo. Tem por objetivo formar profissionais especialistas para o exercício em cuidados paliativos (CP), com base no rigor científico, visão humanista e raciocínio crítico-reflexivo, pautados em princípios éticos e com ênfase no desenvolvimento de práticas interprofissionais.

O projeto busca a estruturação de respostas a problemas identificados junto aos municípios e regiões do estado do Espírito Santo como a grande desigualdade regional na distribuição de especialistas; a baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS); o provimento irregular, sem política clara; os altos custos dos serviços de saúde sem a resolutividade necessária ao cidadão; a fragmentação dos cuidados; a dificuldade de integração à oferta de atenção ambulatorial dos hospitais a um sistema integrado e regionalizado de atenção ambulatorial e o sistema de regulação de serviços ambulatoriais com alto absenteísmo e alta demanda reprimida.

Os Programas de Residência no Espírito Santo pretendem apoiar a mudança de modelo de atenção em saúde, visando à construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) organizado pelas necessidades dos usuários, com qualidade e resolutividade. Porém, para que ocorra efetivamente o

avanço do sistema de saúde capixaba, é fundamental uma forte pactuação entre as diferentes instituições, órgãos administrativos e sociedade civil, já que a mudança está pautada na inovação, o que ocorre apenas a partir da relação entre os diferentes sujeitos sociais.

Para a implantação dos Programas de Residência, o Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação (ICEPi) atende ao que preconizam as Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e os princípios do SUS. A finalidade do PNEPS é transformar as práticas do trabalho através do encontro entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços, baseado em reflexões críticas. A prática deve perpassar ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, reafirmando o compromisso com a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS. A educação permanente em saúde (EPS), enquanto prática transformadora, tem o intuito de despertar nos profissionais de saúde uma construção de consciência crítica e raciocínio reflexivo para lidar com a realidade de seu local de atuação e transformá-la.

Nos Programas de Residência, o ICEPi propõe a utilização de estratégias pedagógicas capazes de promover o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, a formação integral e interdisciplinar, além da integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, formando especialistas para atuarem nas vertentes de assistência, pesquisa, educação e gestão na saúde do Espírito Santo. O objetivo desta narrativa é relatar a experiência da implantação e execução do programa de rádio Prosa Paliativa como uma proposta de EPS, pensada pela equipe de Residência em CP da Unidade Integrada Jerônimo Monteiro (UIJM).

## **CUIDADOS PALIATIVOS E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 58 milhões de pessoas morrem por ano em todo o mundo. Desses, quase 60%, ou seja, 34 milhões de óbitos, são devidos às doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. No Brasil, o número de óbitos por ano é de 1 milhão, dos quais 65%, ou seja, 650 mil deles, por doenças crônicas (OMS, 2012).

Segundo dados do IBGE (2019), a expectativa de vida no Brasil aumentou significativamente no período de 1940 a 2018. No entanto, o aumento do tempo de vida não implica necessariamente na melhoria da qualidade da mesma, seja na velhice ou após processos de adoecimento (GOMES; OTHERO, 2016).

A busca incansável pela cura das doenças e a sofisticação dos instrumentos da área da saúde, de acordo com Galriça Neto (2010), levaram a uma cultura de negação da morte, relegando a um segundo plano as intervenções de saúde que promovam um final de vida digno, quando não há garantia da cura. Embora a morte seja uma questão pertinente na formação e na rotina dos profissionais de saúde, Rego e Palácios (2006) afirmam que existe uma tendência entre estes profissionais de restringir a discussão sobre o tema aos aspectos técnicos, tanto na assistência, quanto nas ações de saúde pública. Os autores coadunam que a maioria das unidades hospitalares brasileiras não possui uma diretriz sobre como cuidar de seus pacientes em estágio terminal, assim como não há informações sistematizadas sobre como esses últimos momentos são vividos, seja pelos pacientes, seja por seus familiares.

Perante essa realidade complexa e desafiadora, os CPs surgem como uma ferramenta inovadora de assistência na saúde e vêm ganhando espaço no Brasil, na última década. Diferentemente da medicina curativa, visa ao cuidado integral através da prevenção e do controle de sintomas para todas as pessoas que enfrentam doenças graves ameaçadoras da vida (OMS, 2012). Não apenas à pessoa cuidada, de fato, mas a todos em seu entorno que compartilham seu sofrimento, como familiares, cuidadores e a própria equipe de saúde (MATSUMOTO, 2012).

Bifulco e Lochida (2009) e Fonseca e Geovanini (2013) concordam que, durante o curso de nível médio ou superior, os profissionais de saúde de maneira geral não têm disciplinas voltadas para o paciente portador de doenças crônico-degenerativas, fora de possibilidade de cura ou reversão da doença. Assim, as atividades de EPS favorecem tanto a disseminação e educação sobre o tema CP como o amadurecimento das relações interpessoais e o aprendizado.

A proposta da EPS surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da OMS para o desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde. No Brasil, foi lançada como política nacional em 2003,

constituindo papel importante na concepção de um SUS democrático, equitativo e eficiente (MEDEIROS, 2010).

A EPS vem a ser uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com o coletivo, cujos atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão para atender as necessidades da comunidade com elevada qualidade. No contexto da EPS, o cotidiano é o lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade das populações, reconhecendo a produção local de cotidianos de saúde e ativando práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes (BRASIL, 2014).

O SUS, pela dimensão e amplitude que possui, apresenta-se no contexto dos processos educacionais como lugar privilegiado para o ensino e a aprendizagem, especialmente nos lugares de assistência à saúde. Educar “no” e “para o” trabalho é o pressuposto da proposta da EPS. Os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram o encontro criativo entre trabalhadores e usuários (FRANCO, 2007).

Para Cézár *et al.* (2019), a EPS tem sido considerada fator potencial para a melhora do conhecimento profissional e a sua aplicação na prática, como uma das formas de se amenizar a deficiência na formação do profissional de saúde. O processo ensino/aprendizagem é desenvolvido, bem como as necessidades de saúde das pessoas e população, conforme preceitua a PNEPS (BRASIL, 2009).

## O PRECEPTOR E O PARADIGMA DA COMPLEXIDADE

Os preceptores são profissionais responsáveis pela orientação dos residentes nas atividades do campo de prática, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com as equipes de saúde, com a população e com os demais serviços com que se relacionam durante o desenvolvimento da residência (BARROS, 2010).

A preceptoria tem como objetivos a contribuição para a formação de profissionais para a execução e coordenação de práticas de saúde integrais, voltadas para compreender e intervir na realidade do território de atuação e desenvolver

o trabalho em equipe de forma cooperativa, interdisciplinar e ética, interagindo com as necessidades e aspectos socioculturais da comunidade e dos cenários de prática nos quais estão inseridos (BRASIL, 2006). Desse modo, o preceptor deve ser o orientador de referência para os residentes, durante suas atividades práticas e teórico-práticas diárias.

Para Grealish e Carroll (1997), o preceptor tem o papel de desenvolver e avaliar conhecimentos e habilidades dos residentes em seus próprios ambientes clínicos. Ele também deve estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolvendo habilidades e ensinando o profissional em início de carreira a priorizar seu tempo e suas atitudes. Assim sendo, a preceptoria é um componente essencial, que marca a boa qualidade do cuidado com a saúde, sendo importante para melhorar o serviço ofertado ao paciente (BRASIL, 2004).

O papel do preceptor vem se transformando com o tempo, acompanhando a evolução tecnológica, social e pedagógica. De acordo com Oliveira (2015), quando a ciência do momento já não é mais suficiente para explicar os fenômenos estudados, ocorre a mudança de paradigma, surgindo um novo para suprir a lacuna deixada pelo antigo.

Durante séculos, prevaleceu o paradigma cartesiano, com sua visão fragmentada do homem, mentalidade reducionista, separando-se mente e sentimentos. A educação, de acordo com esse paradigma é caracterizada pela transmissão de conhecimentos, pela ênfase na memorização em detrimento da reflexão crítica. Teve sua importância para os avanços alcançados pela revolução industrial, em que a experimentação e a ação pela razão priorizaram o intelecto em detrimento da emoção (CAPRA, 1996).

Conforme a sociedade evoluiu de uma sociedade industrial para a sociedade do conhecimento, o paradigma tradicional não mais deu conta das novas demandas e surge, no fim do século XX, o paradigma da complexidade. Esse novo paradigma tem como base a transdisciplinaridade, que é um olhar plural do conhecimento, onde não existe separação entre as disciplinas, pelo contrário, elas se unem para que seja possível um exercício mais amplo da cognição humana (SERVA; DIAS; ALPERSTEDT, 2010).

No contexto do paradigma da complexidade destacam-se as metodologias ativas no desenvolvimento de competências necessárias à formação do estudante-

profissional-cidadão, em quaisquer áreas do conhecimento. Essas metodologias inovadoras enfatizam o processo de ensino, aprendizagem e avaliação ao dar protagonismo aos estudantes, colocando-os como agentes proativos, estimulando que busquem respostas para problemas reais e complexos com liberdade e autonomia e tornando-os, assim, corresponsáveis pela tomada de decisão (COTTA *et al.*, 2011; MITRE, 2008).

No paradigma da complexidade, o papel do docente muda drasticamente, passando de detentor do conhecimento para o de facilitador e problematizador. O preceptor deve estimular o residente a estabelecer relações e conexões com o seu objeto de estudo, a partir da escolha das melhores estratégias didáticas e incentivá-lo a teorizar, a partir de sua experiência em cenários reais de prática. Teoria e prática estão vinculadas pelo próprio processo de geração de conhecimento. Da prática surgem novas reflexões e novos conhecimentos, ampliando a teoria, que resulta em nova alternativa para a prática (MAIA, 2012). Também é importante que o preceptor incentive o residente a aprimorar suas habilidades de comunicação, orientando os pacientes em prol da prevenção de doenças, da promoção da saúde e compartilhando tecnologias desenvolvidas no seu cotidiano.

## COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA ATRAVÉS DO RÁDIO

Os avanços tecnológicos e temas científicos nem sempre são divulgados no âmbito coletivo, ficando limitados aos ambientes acadêmicos ou de assistência em saúde, privando a comunidade leiga de ter acesso a esse conhecimento. A solução pode estar na tradução do discurso científico para a linguagem coloquial do dia-a-dia usada por pessoas comuns, na utilização de um meio de comunicação popular de massa, como o rádio (CAMPOS; SILVA, 2012).

De acordo com Mafra, Viana e Souza (2010), o rádio é um meio de comunicação social que apresenta as seguintes características: instantaneidade, agilidade, baixo custo, sonoridade e alto alcance. Preza por uma linguagem simples, sem exigir muito conhecimento dos ouvintes para que se alcance a compreensão do que é dito e conta com um fator determinante: a oralidade. Segundo McLuhan (2005, p.336), “o rádio é uma extensão tecnológica do homem, só igualada como ferramenta de comunicação pela voz humana”.

Para Campos e Silva (2012), a comunicação social, por meio dos programas radiofônicos sobre divulgação científica previamente planejada e voltada para a população, fornece informações e gera conhecimentos para se entender as novas tecnologias que afetam diretamente o cotidiano social. Além disso, o rádio é um veículo de comunicação que atinge um enorme número de pessoas, de diferentes classes sociais, que recebem informações de todos os níveis enquanto executam suas tarefas do dia-a-dia. Para os mesmos autores, os programas radiofônicos para a divulgação científica podem agir como um agente provocador de reflexões e questionamentos sendo esta prática um procedimento de crítica e conscientização social.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA PELO OLHAR DA PRECEPTORIA - PROGRAMA PROSA PALIATIVA**

O programa Prosa Paliativa surgiu como parte de uma proposta de educação permanente, produto de uma Atividade Auto Dirigida (AAD) das residentes de CP no cenário de prática da Unidade Integrada Jerônimo Monteiro (UIJM), em outubro de 2020, durante o primeiro ano de residência. Na proposta original, os programas seriam no formato podcast, gravados mensalmente em parceria com a rádio local de Jerônimo Monteiro, divulgados para seus ouvintes e compartilhados com os servidores da UIJM. Seriam feitos doze programas mensais de fevereiro de 2021 a janeiro de 2022.

No entanto, entendendo o programa não só como uma oportunidade de divulgar o tema CP e as ações realizadas no município pela residência, mas, sobretudo, como forma de interagir com a população, compartilhando conhecimento, informação e construindo saberes, a preceptoria propôs o desafio de realizar programas mensais ao vivo, com a possibilidade de participação popular, com adesão imediata das residentes.

A proposta foi levada por uma das preceptoras ao diretor da Rádio Vida FM 87.9, que a acolheu prontamente, reconhecendo a relevância do tema para a população. A partir de então, as residentes apresentaram ao diretor a programação anual dos temas (APÊNDICE A) e o texto da chamada a ser gravada pelo locutor, além de elaborar o folder para divulgação do programa nas redes sociais e na UIJM (FIGURA 1). O programa teria o nome de Prosa Paliativa, com duração de 30 minutos, com início às 9h30min, toda última sexta-feira do mês.

O programa Prosa Paliativa é apresentado por não mais que três ou quatro residentes e a preceptora (FIGURAS 2 e 3), devido à limitação física do local e também devido à limitação do tempo de duração. A preceptora inicia o programa, explicando o que é o ICEPi e apresentando o Programa de Residência em CP, para, em seguida, o locutor iniciar as perguntas às residentes. Apesar do formato definido, uma vez que o programa é *ao vivo*, sempre pode haver mudanças em seu transcorrer, pois o locutor lê as perguntas, comentários e elogios dos ouvintes e internautas no ar, promovendo um diálogo instantâneo. Dessa maneira a interação entre residentes e comunidade vai se construindo e se concretizando durante o programa.

A Rádio Vida FM 87.9 alcança toda a cidade de Jerônimo Monteiro, de pouco mais de 12 mil habitantes e arredores. Além das ondas do rádio, sua programação também pode ser acessada através da internet, no Facebook, que, atualmente é a maior rede social do mundo. Até o momento, os programas já tiveram mais de 1200 visualizações na página do Facebook (TABELA 1).

O projeto da rádio com interação popular está totalmente de acordo com o paradigma da complexidade, modelo atual de educação, pois se baseia na transdisciplinaridade, onde não existe separação entre as disciplinas, e onde não apenas os aspectos cognitivos são almejados, mantendo o foco o ser humano em toda a sua complexidade e subjetividade. Assim, através dos programas da rádio, as residentes informam, compartilham e promovem aprendizado. Embora as residentes estudem para dominar o tema sobre o qual vão falar, o verdadeiro aprendizado acontece quando esse saber deixa o campo cognitivo e entra na área social através do diálogo, do relato de experiências, da escuta, da interação entre os sujeitos.

Nesse processo, o estudante está no centro, é agente de sua aprendizagem, autônomo, com raciocínio crítico-reflexivo. O estudante ensina o que aprende, divide experiências, valida junto ao público o seu saber teórico e prático. Ao mesmo tempo, valorizando as relações sociais, dá voz à população, colocando também o indivíduo como protagonista, validando suas dúvidas, medos e angústias, garantindo seu acesso à informação e divulgação dos serviços públicos.

Assim, através dos programas da rádio, a EPS cumpre seu papel, já que carrega em si a definição pedagógica para o processo educativo no cotidiano do trabalho, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos

no cotidiano (CECCIM, 2005). O processo ensino/aprendizagem é desenvolvido, ao mesmo tempo em que são atendidas as necessidades de saúde das pessoas e população, na construção de um SUS organizado pelas necessidades do usuário.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA PELO OLHAR DAS RESIDENTES - PROGRAMA PROSA PALIATIVA**

O programa Prosa Paliativa surgiu como uma proposta de educação permanente para a população do município de Jerônimo Monteiro, cenário de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos. O programa surge a partir da nossa percepção enquanto residentes inseridas no campo de prática, a respeito da necessidade de desmistificar os CP e levar o conhecimento para além dos muros da unidade de saúde na qual estamos inseridas, considerando se tratar de um assunto de relevância social na área da saúde pública. Portanto, o objetivo principal do programa é levar aos ouvintes informações sobre os diversos aspectos que englobam o tema CP. Sendo assim, os temas foram escolhidos levando em consideração os principais assuntos relacionados aos CP que podem impactar a vida dos pacientes e seus familiares, bem como dos profissionais de saúde que atuam na assistência aos pacientes. Propomo-nos a falar dos principais aspectos que envolvem os CP, como qualidade de vida, conforto, doença ameaçadora da vida, alívio de dor e sofrimento.

A partir de tal proposta os seguintes temas foram programados: Introdução aos cuidados paliativos; O papel dos membros da equipe multiprofissional em CP; Alívio da dor e sofrimento; Mitos e verdades sobre o uso de opioides; Nutrição de conforto; Direitos do paciente; Desmistificando a morte; Luto; Conforto espiritual em CP; Assistência domiciliar nos CP; Lições e experiências em CP.

Para as discussões propostas, buscamos embasamento nas principais literaturas sobre CP, dentre as quais podemos citar: Manual de Cuidados Paliativos, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Manual de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio Libanês, Manual da Residência em Cuidados Paliativos e o livro Cuidados Paliativos – Aspectos jurídicos da autora Luciana Dadalto.

O programa é transmitido pela rádio Vida FM 87,9, toda última sexta-feira do mês, das 9h30min às 10h. Sobre o primeiro programa, podemos pontuar

que ocorreu no dia 26/02/2021, e contou com a participação de duas residentes juntamente com a preceptora. A ansiedade era visível. Até mesmo as que não iriam apresentar o programa naquele dia estavam nervosas e ansiosas. Quem não foi, ficou na torcida sintonizadas na rádio juntamente com outros profissionais da UIJM e da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuamos. Mas aos poucos o nervosismo foi dando lugar à satisfação e à alegria por ter dado certo.

Vale dizer que a programação foi dividida entre as residentes por temas afins. A escala de apresentação dos programas leva em conta a formação de cada residente e sua relação com o tema em questão, sendo pactuada a participação de três residentes além da preceptora. Dessa maneira, construímos uma integração de saberes, e unimos nossas competências para formarmos um conhecimento coletivo.

Antes de cada programa precisamos estudar a fundo cada tema, para que possamos apresentar o programa com mais propriedade, o que engrandece ainda mais o nosso aprendizado sobre os CP, tornando-nos assim protagonistas da nossa formação. Durante os programas, passamos aos ouvintes todo o conhecimento adquirido através de incansáveis buscas científicas e transmitimos também toda experiência vivenciada durante a nossa atuação nos campos de prática.

A rádio é considerada um meio de comunicação acessível para toda população local, sendo a programação da rádio transmitida também através das redes sociais, o que aumenta o alcance das informações transmitidas. A proposta de substituir o podcast por um programa de rádio ao vivo gerou inicialmente um misto de sentimentos e posicionamentos diferentes dentro da equipe. A ideia do programa era boa, mas com toda certeza seria um grande desafio e responsabilidade. No princípio houve o medo da interação com os ouvintes, porém esse medo não foi maior do que a vontade de fazer dar certo e então seguimos em frente.

A linguagem durante os programas é simples, para facilitar a compreensão dos ouvintes e permitir que todos os tipos de público estejam aptos a acompanhá-los. Os temas que escolhemos para cada programa levam em conta as principais abordagens que permeiam os CP e os principais anseios de pacientes e familiares atendidos por nossa equipe, que foram identificados ao longo da nossa atuação. O fato de o programa ficar gravado permite que o ouvinte que não puder assistir ao vivo o faça em outro momento que lhe seja propício.

Durante os programas há grande interação do público, via telefone e através das redes sociais da rádio, o que permite dar voz à população, de modo a esclarecer suas dúvidas e acolher suas angústias, fortalecendo o raciocínio crítico-reflexivo de cada ouvinte. A participação do público também é uma ferramenta importante para fortalecer nosso vínculo com o paciente e seus familiares que foi ou será atendido pela nossa equipe, sendo essa interação fundamental para divulgar nosso trabalho enquanto residentes em CP.

Desse modo, cada um dos nossos programas de rádio oferece infinitas possibilidades para divulgar e construir o conhecimento sobre as diversas abordagens que envolvem os CP, popularizando o tema e tornando-se instrumento importante na construção de uma saúde pública voltada para ações educativas em saúde, estimulando a população a aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivos no âmbito do SUS.

Os cinco programas que já foram apresentados nos trouxeram a certeza de que o propósito do projeto está sendo cumprido: promover conhecimento através de diálogo e interação com os ouvintes. Já vamos para o sexto programa e todas as residentes já participaram pelo menos uma vez. Medos e inseguranças foram vencidos e nem mesmo as mais tímidas e com dificuldades de falar em público deixaram de participar. Hoje já colhemos os frutos desse trabalho.

Percebemos que a cada programa há uma maior interação dos ouvintes e os feedbacks que recebemos deixam claro a importância do programa para avançarmos além dos “muros do hospital”. A seguir, algumas mensagens que já recebemos durante a apresentação dos programas: “uma idosa na Casa de Amparo me disse que elas (as residentes) são Deus visitando eles”; “para nosso município é muito engrandecedor ter essa equipe tão atuante, dando suporte aos nossos pacientes e familiares”; “elas são maravilhosas (as residentes), fazem a diferença”; “não sabia que no hospital tinha profissionais de tantas áreas, achava que eram só médicos e enfermeiras”; “minha mãe foi muito bem tratada, durante a internação, em seus últimos dias”; “um grande avanço para a população a inclusão dos cuidados paliativos em nosso hospital”; “equipe maravilhosa, deu todo apoio à família, durante a internação de nossa mãe”; “toda semana elas vêm na minha casa e atendem meu pai com muito carinho”; “por que uma pessoa continua sentindo dor na perna amputada?”; “é normal ter medo de morrer?”; “o programa podia ser

toda semana”, “como conseguir fisioterapia na prefeitura para alguém acamado?”. Os ouvintes também perguntam como ter acesso a determinados serviços e como obter mais informações sobre determinados temas. Além da participação popular, já recebemos mensagens de equipe da UIJM:

Estamos trabalhando com essa equipe maravilhosa no hospital de Jerônimo Monteiro, esse trabalho que considero de extrema importância que tem nos ajudado muito em nossa prática diária, com atendimento multiprofissional aos pacientes incluídos em cuidados de conforto e seus familiares. Estou notando, dia após dia, o quanto esse acompanhamento faz diferença na condução dos casos. Quero parabenizar a todos e agradecer muito pela parceria no nosso trabalho, que tanto benefício traz. Nem sempre podemos curar, mas, com certeza podemos aliviar o sofrimento dos pacientes e de seus familiares. Essa é a nossa missão!

(I.V., médica da rotina na UIJM).

É muito importante a população ter noção desses conceitos. Difundindo essas informações, teremos progressivamente mais preparo das famílias ao internarem pacientes em situação de doença crônica e em fim de vida. Parabéns pela brilhante iniciativa.

(D.J., médico da UIJM).

De acordo com a proposta inicial, o programa Prosa Paliativa encerra-se em fevereiro de 2022, com a conclusão do programa de residência pelas participantes. Porém, diante do êxito do programa, pretendemos dar continuidade no próximo ano com os residentes que estão agora no primeiro ano e assim sucessivamente. Para tanto, já iniciamos com a participação de um residente do primeiro ano por programa, como convidado.

Entendemos que a proposta do programa Prosa Paliativa, torna possível a promoção da educação popular em saúde, proposta pela PNEPS. O programa Prosa Paliativa enquanto uma proposta de EPS no âmbito da residência multiprofissional representa um avanço no processo de produção de conhecimento e na capacitação dos profissionais de saúde, além de contribuir para o desenvolvimento das habilidades e competências profissionais em conformidade com os princípios norteadores do SUS.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, M. C. N. Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência do serviço social. **Monografia para conclusão do curso de especialização em práticas pedagógicas para a educação em serviços de saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010, 43 p.
- BIFULCO, V. A.; IOCHILA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 33, v. 01, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kDV7gH4whY3zdFX8pTbFF5J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Agência IBGE Notícias. Editoria de Estatísticas Sociais. Tábuas Completas de Mortalidade: **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018** [Internet]. Publicado em: 28 de novembro de 2019 às 10h. Atualizados em: 28 de novembro de 2019 às 10h47min. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>. nov. 2019. Acesso em: 14 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). **Resolução CNRM 005 de 06 de junho de 2004**. Disponível em: [http://www.abramer.com.br/Pdf/cnrm\\_052004.pdf](http://www.abramer.com.br/Pdf/cnrm_052004.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume9.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF; 2014. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.
- CAMPOS, P. C.; SILVA, T. G. A divulgação da informação científica no rádio. *Revista Científica Eletrônica de Ciências Humanas*, v.8, n.31, 2012. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/campos-silva-a-divulgacao-da-informacao-cientifica-no-radio.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v.9, n.6, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdthC8RPLWSW3WG8Nr5k/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- CÉZAR, V. S. et al. Educação permanente em Cuidados Paliativos: uma proposta de pesquisa-ação. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, n. 11, v. 1, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969513>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- COTTA, R. M. M. et al. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Panamericana de Salud Publica**, n. 5, v. 30, p.415-21, 2011. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9447>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde.

**Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 37, v. 01, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DJvJFwxSSZ9CDBxkvMmHYfj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

FRANCO T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface Comun Saude Educ.**, n.11, v.23, p. 427-38, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Tc5BpVpJmWgWJDVPjJWcYVH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

GALRIÇA NETO, I. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p. 1-42.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados**, n. 88, v. 30, São Paulo, 2016.

GREALISH, L.; CARROLL, G. Beyond preceptorship and supervision: a third clinical teaching model emerges for Australian nursing education. **Aust J Adv Nurs**, n. 15, v. 2, p. 3-11, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9470647/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MAIA, L. F. S. O enfermeiro educador: conhecimento técnico na formação profissional docente. **Revista Recien**. v. 2, n. 5, p. 19-25, 2012. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/38>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MAFRA, E.; VIANA, M.; SOUZA, S. Linguagem Radiofônica: o sistema de comunicação aplicado na divulgação científica no rádio. In: **XXXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, 2010. Acesso em: 14 de agosto de 2021. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2010/resumos/R5-0706-1.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, RT, PARSONS, HA (org.). **Manual de Cuidados Paliativos - Ampliado e Atualizado**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p. 23-30.

MCLUHAN, M. **Os meios de comunicação como extensões do homem**. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2005.

MEDEIROS, A. C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZtmzbdKQJnYTZLBHsPtHXrr/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MITRE, S. M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 2, v. 13, p. 2133-2144, 2008. Acesso em: 14 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9M86Ktp3vpHgMxWTZXScRKS/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

OLIVEIRA, M. O paradigma da complexidade na prática pedagógica do professor universitário. IFPR Grupo de Trabalho - Educação, Complexidade e Transdisciplinaridade. **V Seminário Internacional sobre Profissionalização Docente**, out. 2015. Disponível em: [https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/17611\\_9673.pdf](https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/17611_9673.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Genève: OMS, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em: 14 ago. 2021.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22,

n. 8, p. 1755-60, 2006.

SERVA, M.; DIAS, T.; ALPERSTEDT, G. D. Paradigma da complexidade e teoria das organizações: uma reflexão epistemológica. **Rev. adm. empres.**, v. 50, n. 3, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902010000300004>. Acesso em: 14 ago. 2021.

## ANEXOS

Figura 1. Folder para a divulgação do programa “Prosa Paliativa”

**ICEPI** INSTITUTO CAPARENSE DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

**HOSPITAL ESTADUAL DE JERÔNIMO MONTEIRO**  
Residência Multidisciplinar em Cuidados Paliativos

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria de Saúde

**PROGRAMA  
PROSA PALIATIVA**

Toda última sexta-feira do mês.  
09:00 às 09:30 horas

COM: Residentes em  
cuidados paliativos da UIJM

**Vida**  
87.9 FM  
do seu jeito!!!

Vamos falar de qualidade de vida, conforto, doença que ameaça a vida, alívio de dor e sofrimento?

Sintonize na Rádio Vida FM e venha prosear!

Fonte: Acervo próprio.

**Figura 2.** Residentes Skarlath, Danila, Gleicy e a preceptora Luciana apresentando o “Prosa Paliativa”



Fonte: Acervo próprio.

**Figura 3.** Residentes Vanea, Liliam, Camila apresentando o “Prosa Paliativa”



Fonte: Acervo próprio.

**Tabela 1.** As visualizações no Facebook totalizavam 1.252 até o dia 22/07/2021

Mês de apresentação dos programas em 2021	Visualizações no Facebook
Fevereiro	443
Março	315
Abril	252
Maiο	145
Junho	107
Total	1.252

Fonte: [https://pt-br.facebook.com/pg/vidafmjeronomonteiro/videos/?Ref=page\\_internal](https://pt-br.facebook.com/pg/vidafmjeronomonteiro/videos/?Ref=page_internal)

## APÊNDICE A

### PROPOSTA DO PROGRAMA DE RÁDIO Prosa Paliativa

#### Objetivo

- Divulgar o tema “Cuidados Paliativos” para toda a população e para os servidores do Hospital Estadual de Jerônimo Monteiro.

#### Método

- Organizar e conduzir o programa Prosa Paliativa na rádio local de Jerônimo Monteiro - Rádio Vida FM, abordando temas sobre Cuidados Paliativos. Os programas serão divulgados para seus ouvintes via rádio e redes sociais, e compartilhados com os servidores do Hospital Estadual de Jerônimo Monteiro. Os temas discutidos serão apresentados pelas residentes e poderá contar com participação de convidados para gravação. A proposta dos programas de rádio terá início no mês de janeiro de 2021 e serão mantidas por 12 meses, podendo ser prorrogada e avaliada trimestralmente.

#### Formato dos programas

- Formato de entrevistas semidirigidas, “ao vivo”, realizados mensalmente, toda última sexta-feira do mês, no horário de 9:00 às 9:30 h.

- Serão realizadas chamadas durante toda a programação da rádio, informando sobre o programa e os detalhes do mesmo (horário, dia, tema a ser abordado).

## **Cronograma**

26/02/2021- INTRODUÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS – Luciana, Liliam, Skarlath

- **Apresentação da equipe** – Responsável: Luciana
- **O que são Cuidados Paliativos?** – Responsável: Liliam
- **Quem presta os Cuidados Paliativos?** – Responsável: Liliam
- **Quem pode receber?** – Responsável: Skarlath
- **Onde são realizados?** – Responsável: Skarlath

26/03/2021- O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS (PARTE I) – Danila, Gleicy, Skarlath

- **O papel da farmácia** – Responsável: Danila
- **O papel da nutrição** – Responsável: Gleicy
- **O papel da psicologia** – Responsável: Skarlath

30/04/2021- O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS (PARTE II) – Liliam, Vanea, Camila

- **O papel da fisioterapia** – Responsável: Liliam
- **O papel da enfermagem** – Responsável: Vanea
- **O papel do serviço social** – Responsável: Camila

28/05/2021- ALÍVIO DA DOR E SOFRIMENTO – Danila, Camila, Skarlath

- **O que é dor total?** – Responsável: Skarlath
- **Alívio da dor física**
  - **Medidas não farmacológicas** – Responsável: Danila
  - **Medidas farmacológicas** – Responsável: Danila
- **Alívio da dor espiritual** – Responsável: Camila

- **Alívio da dor social** – Responsável: Camila
- **Alívio da dor emocional** – Responsável: Skarlath

25/06/2021- MITOS E VERDADES SOBRE O USO DE OPIOIDES – Danila, Vanea, Liliam

- **O que são opioides?** – Responsável: Danila
- **Formas de administração dos opioides** – Responsável: Vanea
- **O que é sedação paliativa?** – Responsável: Liliam
- **Opioides causam dependência?** – Responsável: Danila
- **Opioides levam à morte?** – Responsável: Liliam

30/07/2021- NUTRIÇÃO DE CONFORTO – Gleicy, Vanea, Skarlath

- **Até que ponto a alimentação é necessária?** – Responsável: Gleicy
- **Relação afetiva e cultural com a alimentação** – Responsável: Skarlath
- **Você tem fome de quê?** – Responsável: Vanea

27/08/2021- DIREITOS DO PACIENTE – Camila, Skarlath, Liliam

- **Diretivas antecipadas de vontade** – Responsável: Camila
- **Testamento vital** – Responsável: Skarlath
- **Autonomia** – Responsável: Liliam
- **Direitos previdenciários** – Responsável: Camila

24/09/2021- DESMISTIFICANDO A MORTE – Skarlath, Gleicy, Danila

- **História da morte** – Responsável: Skarlath
- **Medo da morte e apego** – Responsável: Danila
- **Conspiração do silêncio** – Responsável: Skarlath
- **Penso sobre minha morte?** – Responsável: Gleicy

29/10/2021- LUTO – Skarlath, Gleicy, Camila

- **Luto complicado** – Responsável: Gleicy
- **Luto não reconhecido** – Responsável: Camila
- **Fases do luto** – Responsável: Skarlath
  - **Negação**

- **Raiva**
- **Barganha**
- **Depressão**
- **Aceitação**

26/11/2021- CONFORTO ESPIRITUAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

– Camila, Liliam, Skarlath

- **Religiosidade X Espiritualidade** – Responsável: Camila
- **Como é feita a abordagem espiritual?** – Responsável: Liliam
- **Influência da espiritualidade na qualidade de vida** – Responsável: Skarlath

31/12/2021- ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS – Vanea, Gleicy, Liliam

- **Qual a diferença entre assistência domiciliar e assistência hospitalar?** – Responsável: Gleicy
- **Importância da assistência domiciliar para a família do paciente** – Responsável: Liliam
- **Benefícios da convivência familiar e comunitária para o paciente** – Responsável: Vanea

28/01/2021- LIÇÕES E EXPERIÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

– Liliam, Vanea, Danila

Fonte: Próprias autoras

# A EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES NA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL ÀS FAMÍLIAS DE PACIENTES EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Barbara Frigini De Marchi  
Fábio Bremenkamp Cunha  
Júlia Ott Dutra  
Larissa De Lima Banhos

## INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem como propósito descrever e analisar a experiência de residentes (psicóloga e assistente social) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no que tange à abordagem às famílias de pacientes em internação psiquiátrica no contexto da atual pandemia de covid-19. O relato diz respeito ao cenário de práticas da Unidade de Curta Permanência (UCP), no âmbito do Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), antigo Hospital Colônia Aduato Botelho, localizado no município de Cariacica. Convém esclarecer que o relato de experiência tem caráter de síntese provisória, isto é, está aberto à análise como narrativa que descreve a experiência e os significados circunscritos em um tempo histórico, ao mesmo tempo em que faz interfaces com um arcabouço teórico que legitima a experiência enquanto elemento científico (DALTRO; FARIA, 2019).

Inaugurada em 1954, a instituição ocupava zona rural, pouco habitada, e mantinha caráter asilar, segregando, em verdade, a população dita “desviante” (PERINI, 2013). A terapia se baseava, sobretudo, nas atividades agrícolas (VENÂNCIO, 2011) e, segundo Carrion, Margotto e Aragão (2014), o tratamento sucumbia ao confinamento, assim como os demais hospitais psiquiátricos da época. Atualmente, contudo, o HEAC tenta romper com a lógica manicomial característica de décadas anteriores – de internações prolongadas, recorrentes e sem critérios claros – e não se limita ao atendimento em saúde mental, estando

em constante expansão de leitos clínicos de retaguarda, com foco em cuidados paliativos e cuidados prolongados.

A psiquiatria, porém, permanece sendo seu principal referencial, a partir da Urgência em Saúde Mental (USM) e da UCP, que vem a ser o foco deste trabalho. O cuidado ofertado nessa unidade tem como finalidade manejar a fase mais crítica da crise em saúde mental (de quadros agudos ou crônicos agudizados) no menor tempo possível, além de possibilitar a continuidade do acompanhamento em saúde mental em serviços de base comunitária, com apoio de familiares ou outras pessoas de referência e em conformidade com a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo de assistência.

Estruturalmente, a UCP está dividida em três enfermarias: duas masculinas (com 15 leitos cada) e uma feminina (com 20), totalizando 50 leitos para atendimento de pessoas com transtornos mentais graves em vivência de crises. Além disso, cada enfermaria conta com uma equipe de referência, composta por assistente social, enfermeiros, médico psiquiatra e médico clínico, nutricionista, psicólogo, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, além de residentes multiprofissionais do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

As residências multiprofissionais em saúde foram instituídas com a Lei nº 11.129 (BRASIL, 2005) como modalidade de treinamento em serviço. Referem-se, portanto, a um programa de cooperação entre os setores da educação e saúde que visa favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais no mercado de trabalho, em especial em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. Essas residências possibilitam a problematização da realidade no cotidiano em virtude da vivência prática, sendo uma via de mão dupla em que tanto os serviços contribuem para a formação dos profissionais como estes colaboram no aperfeiçoamento da assistência (STEINBACH, 2015). São justamente essas contribuições que se espera demonstrar neste texto, especialmente na vivência do período de exceção que é a pandemia de covid-19, que será brevemente discutida no próximo tópico.

## A PANDEMIA DE COVID-19 E OS IMPACTOS NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O primeiro contágio humano pelo SARS-CoV-2, vírus causador da covid-19, foi divulgado em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na província de Hubei (China). Cerca de um mês depois, em 30 de janeiro de 2020, a doença foi declarada como emergência de Saúde Pública de Interesse Global e, em 11 de março do mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a caracterizou como pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Em julho do referido ano, o número cumulativo de casos relatados globalmente já excedia 183 milhões e o total de mortes se aproximava da casa dos quatro milhões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Não há dúvida que a pandemia tem colocado profissionais da área da saúde e também pesquisadores em constante desafio (PEREIRA *et al.*, 2020). Isso porque, para além das altas estatísticas de óbitos, a covid-19 acarreta insegurança, mudanças radicais e inesperadas nas relações sociais, bem como ansiedade em relação ao futuro (MIYAZAKI; TEODORO, 2020), no que está sendo considerado uma espécie de “luto coletivo” (WEIR, 2020).

A fim de conter o avanço da transmissão da infecção respiratória, diferentes estratégias foram defendidas pelos gestores, abrindo debates acerca dos impactos econômicos, sociais e sanitários enfrentados pela população (SCHUCHMANN *et al.*, 2020). Visando coordenar ações de enfrentamento ao novo coronavírus, o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica nº 12/2020-CGMAD/DAPES/SAPS/MS (BRASIL, 2020a), atualizada posteriormente pela de nº 41/2020 (BRASIL, 2020b) com recomendações à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sobre possíveis formas de organização dos atendimentos, mantendo seu caráter de continuidade, com “suporte às pessoas em situação de crise, manejo das agudizações e exacerbações, riscos, além do seguimento terapêutico já em progresso” (p. 2). Busca-se, portanto, ajustar os atendimentos dos serviços às rotinas e aos protocolos assistenciais para o controle da pandemia sem comprometimento das atividades essenciais em saúde, como manejo e acompanhamento de pacientes.

No Espírito Santo, uma das primeiras medidas adotadas pelo Governo do Estado por meio da SESA foi a suspensão total das visitas hospitalares durante o

estado de emergência a partir da Portaria nº 038-R, publicada em 20 de março de 2020 (ESPÍRITO SANTO, 2020a) e, em consonância com orientações do Ministério da Saúde, a gestão estadual publicou sua própria nota técnica com recomendações aos pontos de atenção da RAPS do Espírito Santo quanto a estratégias de organização e procedimentos de funcionamento (ESPÍRITO SANTO, 2020b). Essa decisão impactou não apenas a organização e os processos de trabalho das equipes do HEAC, mas também a assistência aos pacientes em internação e seus familiares, como se verá logo mais. Antes, porém, é preciso considerar o papel do grupo familiar durante a hospitalização por motivos psiquiátricos, como segue.

## A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA HOSPITALAR

Com a Reforma Psiquiátrica, levada a cabo no Brasil a partir da década de 1970, o paradigma manicomial passou a ser questionado, culminando em significativos avanços em termos legais, terapêuticos e epistemológicos no campo da saúde mental. Dentre os objetivos do movimento, Amarante (2011) destaca a transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, visando a superação do estigma e da segregação. Para tal, investiu-se no tratamento em ambientes extra-hospitalares, que buscam resguardar a garantia dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Com a mudança de perspectiva, que aponta para um novo lugar social para a loucura, considera-se a potencialidade da família frente ao tratamento, o que diverge da lógica hospitalocêntrica que a via, muitas vezes, como responsável pelo transtorno mental e, portanto, como obstáculo ao cuidado e à reabilitação da pessoa em sofrimento (MIELKE *et al.*, 2010). Apesar da reorientação trazida pelo modelo psicossocial, Duarte *et al.* (2007) destacam que a visão da família como causadora da doença ainda exerce influência na relação entre os profissionais de saúde e familiares.

Coexistem, assim, duas visões em relação às famílias: culpabilizantes e normatizadoras. Enquanto a primeira as responsabiliza pelo adoecimento psíquico e pelo fracasso de práticas dos serviços de saúde, a segunda as compreende como

meras fornecedoras e receptoras de informações – alimentando os profissionais com dados do quadro do paciente e com o dever de seguirem as orientações que esses lhes passam, muitas vezes, de forma homogênea e protocolar (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Silva *et al.* (2017) apontam que os estudos têm mostrado a relação entre o curso dos transtornos mentais e questões familiares, de modo que a estabilidade e a qualidade dos vínculos no interior do grupo familiar tendem a interferir na saúde mental de seus membros. De forma semelhante, a participação da família no tratamento tende a gerar benefícios na evolução dos diferentes transtornos quando se dá um trabalho de parceria junto às equipes de saúde no processo de tratamento (ESPÍRITO SANTO, 2018).

É preciso destacar que, para muitas famílias, ter um parente com transtorno mental implica lidar com o desconhecido e experienciar dúvidas, medos e impotência. Além disso, o estigma socialmente compartilhado que se volta ao sujeito adoecido psicicamente pode afetar sobremaneira não apenas a este, mas, também, aos seus familiares, gerando sofrimento. Dessa forma, é importante que os parentes busquem orientações a fim de melhor compreender as dificuldades e as potencialidades da pessoa com transtorno mental, bem como reconstruir expectativas e trabalhar sentimentos de culpa que, porventura, venham a existir (ESPÍRITO SANTO, 2018; SILVA *et al.*, 2017).

Em revisão de literatura empreendida por Duarte *et al.* (2007), os autores citam estudos que abordam a desassistência sentida pelos familiares de pacientes psiquiátricos com relação aos serviços de saúde. Além disso, o despreparo familiar, a falta de conhecimento sobre o transtorno e a sobrecarga, especialmente, da figura feminina no cuidado, são apontados como alguns dos fatores que exigem uma nova postura dos profissionais, a fim de que a família possa assumir seu papel estratégico na consolidação das novas diretrizes assistenciais.

O apoio do profissional de saúde deve visar ao fortalecimento dos vínculos e à implicação dos familiares frente ao tratamento em saúde mental, evitando posturas paternalistas ou defensivas e distantes. Para tal, as intervenções envolvem mais do que a simples elaboração de anamneses com as características da família, incluindo: ajudá-la a compreender a situação do ente adoecido, tanto do ponto de vista objetivo quanto emocional; desfocar o problema de um único membro

da família, abrindo a possibilidade de pensar a interação familiar; melhorar a qualidade de escuta e comunicação entre os membros; ajudar na reorganização de papéis, visto que, em muitos casos, a confusão de funções gera dificuldades ao funcionamento do grupo; diferenciar cuidados adequados de superproteção, bem como distinguir imposição de limites de práticas violentas; construir alianças saudáveis no interior da família; e, por fim, favorecer o vínculo do paciente com a equipe e com o tratamento (SILVA *et al.*, 2017).

O suporte dos profissionais de saúde no cuidado para com as famílias de pacientes com transtornos psiquiátricos exige, além do que já foi abordado, uma postura despida de preconceitos e um olhar ampliado acerca do significado de família. Em conformidade com a Organização Mundial de Saúde, entende-se como tal todo e qualquer grupo cujas relações baseiam-se na confiança, no suporte mútuo e em um destino comum, não se limitando a laços sanguíneos, parceria sexual, casamento ou adoções (CAVALCANTE; SCHENKER, 2020). Isso posto, é preciso que cada profissional esteja atento à sua prática para não correr o risco de impor seu modo de conceber família àqueles que assiste (ESPÍRITO SANTO, 2018), homogeneizando e normatizando as experiências. Veja-se, a seguir, como esses e outros desafios se colocaram às residentes e demais profissionais nos atendimentos familiares, bem como as formas encontradas para minimizá-los.

## **POSSIBILIDADES E DESAFIOS NAS ABORDAGENS AOS FAMILIARES DE PACIENTES NO HEAC**

Com as medidas de contenção ao avanço da pandemia e as legislações citadas, o HEAC, naturalmente, precisou desenhar novos arranjos de trabalho e reorganizar o cotidiano do serviço, tanto no que tange à assistência direta aos pacientes, como também aos familiares destes, o que tem se colocado como um verdadeiro desafio aos profissionais de saúde (PEREIRA *et al.*, 2020). Desse modo, protocolos e fluxos de cuidado foram desenvolvidos por técnicos de diversos setores e formações que integraram uma comissão para enfrentamento à covid-19 na instituição, denominada Gabinete de Crise. Esse grupo, por meio da divulgação de notas técnicas internas e boletins, determinou – em conformidade com as portarias estaduais e federais – a suspensão imediata de atividades coletivas e visitas aos pacientes internados.

Nesse sentido, foi interrompido o “grupo de família” – estratégia adotada pela equipe com intuito de garantir o acolhimento aos familiares, o fornecimento de orientações a respeito do tratamento, o esclarecimento de eventuais dúvidas quanto ao diagnóstico e o fomento da troca de experiências em saúde mental-. A pausa do dispositivo grupal, que ocorria quinzenal ou mensalmente, impossibilitou, portanto, a manutenção e o fortalecimento de um espaço coletivo potente de apoio, compartilhamento e reflexão entre pessoas que atravessavam experiências semelhantes no que se refere à internação e ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

Já as chamadas “interconsultas”, meio pelo qual a família é atendida por mais de um profissional, sendo um deles o médico psiquiatra responsável pelo acompanhamento do paciente durante a internação, tiveram sua frequência reduzida. É possível notar que a interconsulta favorece a compreensão do sujeito como um ser biopsicossocial, visto que investe em diferentes olhares para o cuidado em saúde mental. Dessa maneira, observou-se que o enfraquecimento desses atendimentos compartilhados representou um maior distanciamento entre os familiares e os médicos, trazendo implicações para a atuação das residentes e demais profissionais da equipe multidisciplinar, como, por exemplo, quanto ao trabalho sobre o diagnóstico e compreensão da prescrição medicamentosa.

Com relação às “visitas hospitalares” que, em última instância, visam a resguardar a manutenção dos laços afetivos entre o paciente e seus familiares, reafirmando o caráter não mais asilar das internações psiquiátricas, foi possível observar diferentes movimentos frente à sua proibição. De um lado, as famílias cujos vínculos se mostravam fragilizados ou até mesmo ausentes tenderam a um afastamento ainda maior de seus parentes em internamento. De outro, aquelas mais participativas intensificaram os contatos telefônicos com a equipe, já que esta ficou incumbida de transmitir, para além das questões técnicas, aquilo que o familiar, por si só, não podia mais visualizar, como aspectos físicos e expressão das emoções, por exemplo. A essas preocupações somam-se a representação social que os hospitais psiquiátricos acionam, em virtude da história da saúde mental no Brasil, pelo menos até a década de 1970, quando enclausuravam as pessoas em sofrimento psíquico, fornecendo uma assistência psiquiátrica que se restringia ao tratamento disciplinar, laborterapia, eletrochoques, psicofármacos e, sobretudo, abandono (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Lançou-se assim à equipe da UCP e às residentes em saúde mental o desafio de manejar os sofrimentos provenientes desses distanciamentos; fortalecer o vínculo e a confiança dos familiares para com o serviço; e estreitar as relações entre pacientes e familiares. Além disso, na ausência do grupo de famílias e das interconsultas, que ampliavam o olhar e o suporte ao familiar, os profissionais da equipe multidisciplinar ficaram a cargo de orientar a respeito do tratamento e do diagnóstico, bem como de oferecerem-se como ponto de apoio aos parentes.

Para tal, na impossibilidade do encontro presencial, o contato telefônico se configurou como o principal meio de comunicação entre os profissionais e os familiares, bem como entre estes e os pacientes. Ainda que não seja possível substituir a qualidade da interação face a face, buscou-se, por meio do teleatendimento, oferecer um suporte efetivo às famílias, a fim de evitar que se sentissem desassistidas, como a literatura mostra ser comum (DUARTE *et al.*, 2021) em um momento tão delicado e permeado de receios, sensação de impotência e dúvidas (SILVA *et al.*, 2017). É necessário enfatizar que fala-se aqui não apenas do movimento de acolher pessoas cujos filhos, pais, mães, irmãos estão em internação. A verdade é que se lida com familiares que, além da experiência do internamento, estão atravessando os obstáculos impostos pelo contexto pandêmico, quer seja em termos de instabilidade financeira, medo da contaminação ou efeitos do isolamento social. Daí a importância de se atentar ainda mais ao acolhimento pensado enquanto tecnologia relacional indispensável de que trata a Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2008), ou seja, como diretriz ético-política do trabalho em saúde.

Além de investir numa postura mais acolhedora e empática, como mencionado, a experiência das residentes mostrou que a assistência da equipe multiprofissional às famílias dos pacientes em internamento durante a pandemia exigiu ainda mais a articulação com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Isso porque, diante da percepção da sobrecarga das figuras de cuidado, da existência de conflitos e desgastes no seio intrafamiliar, bem como das angústias suscitadas pelo quadro psicopatológico de um de seus entes, fez-se necessário acionar os Centros de Atenção Psicossocial e, sobretudo, a Atenção Básica no sentido de ofertarem o cuidado e o acompanhamento longitudinal dos familiares ainda durante a hospitalização dos pacientes, já que esses são serviços de base comunitária.

A residência multiprofissional em saúde mental também pode ser entendida, nesse contexto, como possibilidade que vem a favorecer não apenas a assistência direta aos pacientes, mas também aos seus familiares. A experiência até aqui desenvolvida tem mostrado que o trabalho conjunto com os residentes convida os profissionais das diferentes equipes, incluindo a multiprofissional, a [re]pensarem as práticas e o seu fazer cotidiano. Isso abarca provocar reflexões acerca do papel da família enquanto ator fundamental no processo de reabilitação social em saúde mental, entendimento que, por vezes, acaba preterido em virtude das dificuldades que atravessam essa relação. Dessa forma, convém enfatizar a potencialidade e a qualificação das instituições de saúde, especialmente da saúde mental, possibilitadas pelo investimento que se faz ao aproximar o ensino e os campos de prática. Para finalizar, tecem-se, agora, algumas considerações sobre os temas tratados neste capítulo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos contatos limitados com os familiares dos pacientes em tratamento no HEAC, em virtude das medidas de biossegurança à covid-19, as residentes puderam perceber a importância de pensar novas estratégias a serem adotadas para que os pacientes e familiares permaneçam assistidos em suas necessidades e singularidades, apesar das restrições de circulação social e, conseqüentemente, de acesso ao hospital. Foi possível verificar como o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar junto às famílias atua no sentido de fomentar e também facilitar a comunicação com os demais profissionais e com os próprios pacientes, especialmente nestes tempos em que o distanciamento social corre o risco de ocasionar também o afastamento afetivo.

Deste modo, a preocupação central das residentes, junto a seus preceptores e demais profissionais da equipe assistencial, consistiu em não isolar ainda mais os pacientes que, pela condição da hospitalização, mesmo que temporária, já se encontravam isolados de seus familiares e contextos de vida. Central também era o esforço diário de não permitir, como refere Souza *et al.* (2020), que os tantos atravessamentos impostos pelos protocolos “contaminassem” a oferta de um cuidado em saúde mental que se pretende integral, singularizado e pautado no

afeto. Com a necessidade de reformulação do cotidiano, os profissionais se viram obrigados a, simultaneamente, reinventarem-se, o que certamente foi facilitado pela inserção das residentes no corpo técnico, a partir de seus novos olhares, inquietações e questionamentos.

A complexidade dos atendimentos multiprofissionais a pacientes em internações por motivos psiquiátricos, sem dúvidas, não se encerra nesse texto, mas espera-se que, mesmo que timidamente, possa contribuir com reflexões sobre a gestão do cotidiano e do cuidado nestes tempos de exceção. É fato que a privação do contato regular e presencial com os familiares dos pacientes trouxe impactos negativos à assistência ofertada, no entanto, é inerente ao fazer em saúde mental a dimensão da improvisação com os poucos recursos de que geralmente se dispõe (sejam eles financeiros, de recursos humanos ou de equipamentos). Isto se intensificou na vivência da pandemia – uma crise no cenário próprio de crises que é a unidade de referência psiquiátrica – convocando em todos (que assim se fazem profissionais em constante formação) a capacidade de escutar e acolher de forma ainda mais humanizada aqueles que sofrem.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção Psicossocial**. 3. ed. rev. [S. l.]: Editora Fiocruz, 2011.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm). Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª. ed. 1ª reimpressão, Série B, Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf). Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGMAD. **Nota Técnica nº 12/2020-CGMAD/DAPES/SAPS/MS**. Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da Covid-19 causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Brasília, DF, 2020a. Disponível em: [https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/covid19\\_anexo\\_24.pdf](https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/covid19_anexo_24.pdf). Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGMAD. **Nota Técnica nº 41/2020-CGMAD/DAPES/SAPS/MS**. Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da Covid-19 causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-a-rede-de-atencao-psicossocial>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CARRION, C. T. P.; MARGOTTO, L. R.; ARAGÃO, E. M. A. As causas das internações no Hospital Adauto Botelho (Cariacica, ES) na segunda metade do século XX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos [online]**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 1323-1340, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000400009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vDYYbmq8FLxq5YdgbYmW4bP/?lang=pt#>. Acesso em: 24 jul. 2021.

CAVALCANTE, F. G.; SCHENKER, M. Violência, família e sociedade. In: NJAINE, K. *et al.* **Impactos da Violência na Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. cap. 3, p. 57-76.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. de. **Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 19, ed. 1, p. 223-237, jan-abr. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n1/v19n1a13.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.

DUARTE, M. de L. C. *et al.* Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, n. 1, 11. ed., p. 66-72, 2007. Disponível em: <http://www.reme.org.br/sumario/24>. Acesso em: 24 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. 2018. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**, Vitória, 1ª ed., 2018.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Portaria nº 038-R de 20 de Março de 2020**. Determinar as Referências Hospitalares ao tratamento do COVID-19 e reorganizar os fluxos, os atendimentos e os serviços de saúde em virtude da decretação do estado de emergência em Saúde Pública no Espírito Santo em razão do surto de Coronavírus (COVID-19), 2020a. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Portarias/PORTARIA%20038-R%20-DEFINIR%20AS%20REFER%20C%3%8ANCIAS%20HOSPITALARES.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Nota técnica COVID-19 nº 048/2020 - SESA/SSAS/GROSS/NEAE**. Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da Covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV2), orientando que os pontos de Atenção da RAPS, gestores e profissionais adotem procedimentos quanto ao funcionamento, 2020b. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/Media/Coronavirus/NotasTecnicas/NOTA%20T%C3%89CNICA%20COVID.19%20N.%2048.20%20Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20C%3%A0%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

MIELKE, F. B.; KOHLRAUSCH, E.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F. **A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 12, n. 4, p. 761–5, 2010. DOI: 10.5216/ree.v12i4.6812. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/6812>. Acesso em: 24 jul. 2021.

MIYAZAKI, M. C. de O. S., TEODORO, M. **Luto. Enfrentamento COVID-19**. Sociedade Brasileira de Psicologia, n. 6, 2020. Disponível em: <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>. Acesso em: 05 jul. 2021.

PEREIRA, M. D.; OLIVEIRA, L. C. de; COSTA, C. F. T.; BEZERRA, C. M. de O.; PEREIRA, M. D. **A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa.** Research, Society and Development, v. 9, n. 7, p. 1-31, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4548. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4548/4043>. Acesso em: 24 jul. 2021.

PERINI, J. F. **Hospital Adauto Botelho: controle social e mulheres - Vitória-ES (Julho/1954-Dezembro/1956).** Orientadora: Maria Beatriz Nader. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/handle/10/3490>. Acesso em: 24 jul. 2021.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S. A Organização da Política de Saúde Mental. In: JORGE, M. A. S. *et al.* (Orgs.), **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p.41-58.

SCHUCHMANN, A. Z. *et al.* **Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19 / Vertical social isolation X Horizontal social isolation: health and social dilemmas in coping with the COVID-19 pandemic.** Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 2, p. 3556-3576, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9128>. Acesso em: 24 jul. 2021.

SILVA, M. C. F. *et al.* Atendimento psicológico à família. In: SERAFIM, Antonio de Pádua *et al.* **Psicologia hospitalar em psiquiatria.** 1. ed. São Paulo: Vetor, 2017. cap. 13, p. 285-307.

SOUZA, A. C. de *et al.* Pandemia instalada: a reinvenção do cotidiano dos dispositivos de atenção psicossocial. **Saúde em redes.** Rio de Janeiro: Rede Unida, v. 6, n. 2, p. 7-15, dez. 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3303>. Acesso em: 20 jul. 2021.

STEINBACH, M. **A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço.** 2015. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/157306>. Acesso em: 24 jul. 2021.

VENÂNCIO, A. T. A. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.18, n.1, p. 35-52, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D5gMkby7WBsxxYZr7MgwxZS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2021.

WEIR, K. **Grief and COVID-19: Mourning our bygone lives.** American Psychological Association, [Online], 1 abr. 2020. Disponível em: <https://www.apa.org/news/apa/2020/grief-covid-19>. Acesso em: 24 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** OPAS, [Online], 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 24 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **COVID-19 Weekly Epidemiological Update.** Emergency Situational Updates, [s. l.], 47. ed., 6 Jul. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---6-july-2021>. Acesso em: 24 jul. 2021.



# ATUAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Caroline Zeferino Botacin  
Jéssika de Oliveira Garcia  
Luísa Pedrada de Sousa

## INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem assistencial realizada por uma equipe multiprofissional, cujo objetivo principal é promover qualidade de vida a pacientes e familiares, que estão inseridos em um contexto onde há doenças ameaçadoras da vida. Esse cuidado é fornecido desde o diagnóstico até o luto, onde há um olhar holístico para a totalidade da vida do paciente e não somente sobre a cura da doença, respeitando a dignidade e controlando todos os sinais e sintomas, sejam eles físicos, sociais, emocionais ou espirituais (WHO, 2007; BRASIL, 2020).

A filosofia paliativista começou no período das Cruzadas durante a Idade Média, época em que foram construídas hospedarias em mosteiros para prestar cuidados às pessoas necessitadas de tratamento e cura de doenças. Ofertavam acolhimento, proteção e alívio do sofrimento. Porém, apenas em 1967 o Cuidado Paliativo foi instaurado por Cicely Saunders, que fundou o primeiro serviço de saúde a prestar cuidado integral ao paciente, sendo reconhecido mundialmente como um marco e inspiração na paliatividade (ANCP, 2017).

No Brasil, a trajetória dos Cuidados Paliativos iniciou em 1979, no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, com a implantação do “Serviço de dor”, seguido pela implantação do “Serviço de Cuidados Paliativos” em 1983. As primeiras iniciativas desse ensino na graduação foram realizadas na década de 90, sob a coordenação do Dr. Marcos Túlio Figueiredo. A inclusão desses cuidados como política do SUS ocorreu em 2002, e em 2009 o Código de Ética Médica

determinou que todo o médico deve oferecer cuidados paliativos ao paciente terminal. Em 2011 os CP foram definidos como área de atuação pela Associação Médica Brasileira (RODRIGUES, 2012).

Além disso, o atendimento integral aos pacientes em processo terminal é assegurado por meio das portarias do Ministério da Saúde de nº 19, de 03 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2012a), nº 1319, de 23 de julho de 2002 (BRASIL, 2002b), e nº 2439, de 08 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005). Há ainda a resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) (CONASS, 2018).

Embora praticado já por muitos anos, o cuidado paliativo ainda é pouco conhecido devido a um estigma relacionado principalmente a morte ou sua proximidade, o que pode ter relação com pensamentos de dependência e incapacidade humana de cura ou a ausência de esperança para os envolvidos com o processo de adoecimento. Estigma este que está presente no paciente, família e por vezes em profissionais da saúde, que pode ser alterado com informações e divulgações claras sobre cuidados paliativos demonstrando sua importância e o olhar voltado a humanização e dignidade (ALVES, 2020).

Há muitos benefícios na aplicação dos cuidados paliativos, que vão de encontro com o estigma relacionado a essa abordagem. Como benefícios é possível citar a melhora da qualidade de vida, alívio de sintomas, planejamento de cuidados pela equipe multiprofissional, dignidade humana e abordagem com família. Esses são alguns benefícios, tendo em vista que para cada paciente e família é traçado um plano de cuidados individualizado, respeitando as crenças e valores (BRASIL, 2020).

O manual de cuidados paliativos do Sírio Libanês recomenda que para avaliar a indicação de cuidados paliativos é necessário associar a impressão clínica com o uso de escalas de avaliação prognóstica validadas pela literatura. Essa abordagem de cuidado é recomendada para pacientes com doenças que ameacem a vida, mas não deve ser iniciada somente no estágio final da doença e idade não é um definidor de prognóstico (BRASIL, 2020).

As patologias mais comuns em cuidados paliativos são aquelas graves, progressivas que ameaçam a continuidade da vida, sendo elas: Insuficiência

Cardíaca Congestiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Câncer, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Demência, entre outras. Observa-se que a maioria são doenças incuráveis ou de difícil tratamento, que causam muito sofrimento para o paciente e família (ARANTES, 2012).

Os princípios e práticas de cuidados paliativos podem ser integrados em qualquer ambiente de saúde, prestado por toda a equipe e apoiado por especialistas em cuidados paliativos que fazem parte de uma equipe interdisciplinar com as qualificações profissionais, educação, treinamento e suporte necessários para fornecer atendimento ideal centrado no paciente e na família. Os cuidados paliativos começam com uma avaliação abrangente e enfatizam o envolvimento do paciente e da família, a comunicação, a coordenação dos cuidados e a continuidade dos cuidados nos ambientes de saúde (FERRELL *et al.*, 2018).

A fim de abarcar tal complexidade e proporcionar um atendimento integral ao sujeito e seus familiares o atendimento interdisciplinar mostra-se como uma estratégia eficaz e fundamental. De acordo com Hermes e Lamarca (2013) a ação de uma equipe interdisciplinar proporciona ao paciente um atendimento global em todos os aspectos, respeitando assim as diretrizes vigentes quanto ao tema. Além disso, possibilita a intervenção ampla e diversificada, com responsabilização e complementaridade dos saberes. A equipe deve, assim, ser composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, assistentes sociais e capelão.

A *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* estima que existem cerca de 20 milhões de pessoas em fase final da vida que necessitam de atendimento em cuidados paliativos, porém somente 14% deste contingente de pessoas recebe atendimento especializado. Diante disso, tem-se exigido cada vez mais profissionais qualificados para atuar no atendimento de pacientes submetidos a esse contexto (CONOR; GWYTHYER, 2018).

O Programa de Residência multiprofissional em Cuidados Paliativos se apresenta como uma estratégia de educação permanente para que haja a melhora na qualificação nessa área de atuação. Possui um regime de educação exclusiva constituída por modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado aos graduados em Instituição de Ensino Superior, com situação regular nos Conselhos Profissionais de classe, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por

ensino em serviço, duração mínima de dois anos. E tem como objetivo formar/ativar lideranças técnicas, científicas e políticas, embasada na colaboração interprofissional, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Diante do exposto, esse relato de experiência, com base nos estudos, se apresenta como uma estratégia de educação em CP como um espaço de prática hospitalar que nos instigou e proporcionou novas práticas de cuidado que nos levou à realização do presente relato, cujo objetivo é proporcionar uma discussão sobre a inserção dos residentes multiprofissionais no Serviço de Cuidados Paliativos de um hospital terciário no Estado do Espírito Santo, descrevendo as conformações das estratégias de intervenção profissional interdisciplinar em conjunto com a equipe de referência do serviço.

## OBJETIVO

Descrever a experiência dos residentes multiprofissionais em Cuidados Paliativos do Instituto Capixaba de Inovação e Pesquisa (ICEPi) na enfermaria de Cuidados Paliativos de um hospital terciário do estado do Espírito Santo oportunizando a reflexão sobre as práticas de assistência aos pacientes e o ensino dos Cuidados Paliativos neste serviço o ensino sobre Cuidados Paliativos e na assistência aos pacientes.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Compartilhar o conhecimento adquirido com as experiências vivenciadas no campo de prática de Cuidados Paliativos em um hospital terciário do Espírito Santo;
- Analisar a importância da residência no serviço de saúde em Cuidados Paliativos;
- Caracterizar a inserção do ensino de Cuidados Paliativos na Residência Multiprofissional;
- Descrever as atividades realizadas na enfermaria de Cuidados Paliativos;
- Apreender as percepções dos residentes, acerca das competências em Cuidados Paliativos, desenvolvidas no decorrer da residência multiprofissional do ICEPi.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, na modalidade de um relato de experiência, baseado nas vivências dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em cuidados paliativos do Instituto Capixaba de Pesquisa e Inovação (ICEPi) inseridos em um hospital terciário da Secretaria de Estado da Saúde Espírito Santo (SESA-ES).

Este relato foi desenvolvido em um Hospital terciário localizado no estado do Espírito Santo, sendo o único hospital público a possuir uma enfermaria exclusiva a receber pacientes em Cuidados Paliativos e possui o intuito de descrever a experiência de três residentes, sendo elas: enfermeira, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, inseridas em uma equipe multiprofissional durante o período de março a julho de 2021, etapa inicial da residência.

A equipe de referência em cuidados paliativos do hospital é composta por médico especialista em cuidados paliativos, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Dessa equipe cinco profissionais são preceptores e facilitadores no processo aprendizado durante a prática. Junto dessa equipe atua a equipe de residentes multiprofissionais, constituída por 18 profissionais dividida em oito categorias profissionais, sendo elas: enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos.

Os residentes junto com a equipe do setor atuam no cuidado integral aos pacientes em cuidados paliativos internados na enfermaria exclusiva de cuidados paliativos, proporcionando principalmente bem-estar, dignidade e humanização para com o paciente e seus familiares, durante todo o processo de internação até a alta ou óbito. Portanto, esse relato foi baseado em um conjunto de ações e vivências durante o primeiro contato dos residentes com a prática hospitalar dos cuidados paliativos em um hospital terciário.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista a complexidade de abrangência dos cuidados prestados, uma equipe multiprofissional é necessária para que haja uma avaliação mais ampla, desenvolvendo os planos de cuidados e respeitando a integralidade do indivíduo.

Essa equipe oferta suporte e assistência necessária, durante o diagnóstico, tratamento, terminalidade e luto, fazendo o acompanhamento necessário para controlar sintomas, realizar escuta ativa e fornecer orientações (BRASIL, 2020; CHERNY, 2014).

A residência multiprofissional em cuidados paliativos se apresenta como uma estratégia de educação permanente de maneira prática para formar/ativar lideranças técnicas e científicas embasadas na colaboração interprofissional, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. As experiências dos residentes do programa de cuidados paliativos em um hospital terciário do Espírito Santo iniciaram-se em março/2021, a turma de residentes multiprofissionais em cuidados paliativos foi a primeira inserida no hospital em questão.

Inicialmente, os residentes não foram inclusos ao serviço, visto que grande parte da equipe não foi sequer informada sobre a inserção do programa de residência no hospital, o que se entende como uma falha na comunicação entre o serviço e os servidores. O processo de aceitação e de recepção na enfermaria ainda está ocorrendo para que haja o entendimento dos profissionais em relação ao papel do residente e para, além disso, a valorização das práticas executadas.

Em relação à estrutura física do hospital, são perceptíveis algumas fragilidades em relação ao ambiente para a inclusão deste quantitativo de profissionais residentes, com ausência de infraestrutura ideal como sala de estudo, armários, rede de computadores com internet disponível para uso, sistema de prontuário eletrônico, indisponibilidade de redes móveis de dados e sabe-se que essa adequação ao espaço ainda está em processo. Entende-se que essa estruturação para a residência é fundamental para que haja um atendimento de qualidade e embasado cientificamente, além de ser uma estratégia para melhor implementar a pesquisa científica no espaço hospitalar.

A residência em si se mobiliza e se empenha na educação continuada para toda equipe de profissionais da saúde, assim como de gestão hospitalar, compreendam melhor sobre a importância da atuação dos residentes no setor, além demonstrar os motivos da necessária estrutura, sendo esse um ideal investimento a pesquisa científica resultando no aumento na qualidade dos atendimentos. No âmbito de trabalho e ensino, os residentes participam, quando possível e permitido, de reuniões em equipe, discussões beira leito, conferências

familiares, educação permanente, atendimento assistencial, projetos e outras ações, junto com a equipe de referência do serviço.

Entretanto, entende-se que os cuidados paliativos devem ser inseridos antes dos estágios finais da doença, ainda junto com tratamentos curativos em uma abordagem integral centrada no paciente. Estes cuidados devem ser planejados e prestados por uma equipe multiprofissional, com objetivo de prestar uma assistência completa ao paciente e família (ANCP, 2009). Para isso, a residência foi implantada nos serviços hospitalares oferecidos, na perspectiva de uma assistência integral e humanizada.

Os atendimentos são realizados de forma multiprofissional, após discussão e consentimento acerca dos casos clínicos de toda equipe, é traçado de forma individualizada, um plano de cuidados e tratamento, visando prevenir agravos, promover qualidade de vida e boa permanência durante a internação. Cada profissional contribui de acordo com a sua formação na elaboração do conjunto de ações que serão executadas, reconhecendo a natureza multidimensional do sofrimento vivenciado pelos pacientes.

Além do sofrimento do paciente, há o sofrimento familiar e, como tal, também os familiares devem ter acesso e apoio adequado por parte dos profissionais de saúde, devendo ter suas dúvidas e anseios acolhidos. Os princípios que regem a prática dos profissionais em cuidados paliativos são: promover o alívio da dor e demais sintomas desagradáveis; entender a morte como um processo natural da vida, enfatizando a vida a ser vivida; não acelerar ou adiar a morte; integrar aspectos espirituais e psicológicos no cuidado ao paciente; oferecer uma rede de suporte que possibilite o paciente viver ativamente, dentro das possibilidades até o momento de sua morte; fornecer suporte aos familiares durante o período da doença e do enfrentamento do luto; prover uma abordagem multiprofissional, focando nas necessidades do paciente e seus familiares; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; e por fim iniciar o mais precocemente possível (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013; MATSUMOTO, 2012).

As atividades realizadas pelos residentes no hospital terciário em que estão inseridos incluem como recurso terapêutico: música, contação de história; dia de beleza; jogos recreativos; programas de televisão; passeios em área externa do hospital; alimentação desejada; atividades de desenho e pintura; espiritualidade;

comemorações; entre outras atividades. Os objetivos de cada atividade variam de acordo com análise da atividade realizada por cada profissional.

As atividades executadas possuem o objetivo global de significar características e atitudes que são importantes para cada paciente, realizando um atendimento integral e individualizado. Quando há um interesse em comum por determinada atividade são realizados atendimentos em conjunto com mais de um paciente e com mais profissionais de diferentes áreas, para que haja interação e socialização, assim como já ocorre nos momentos de música, contação de histórias e jogos recreativos.

Sabe-se que longas internações alteram o cotidiano e o modo de vida dos indivíduos, rompe com a rotina, hábitos e lazer. Compreender as preferências do indivíduo é ampliar as possibilidades do fazer, mesmo que para isso seja necessário reestruturar as atividades significativas para esse novo cenário de vida. Propiciar atividades que sejam significativas para o paciente auxilia no enfrentamento das adversidades, além de amenizar as alterações decorrentes do adoecimento e hospitalização (ELMESCANY; BARROS, 2015; SANTOS *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Humanização relata o acolhimento como conceito norteador do trabalho e orienta sobre a visão do usuário em sua totalidade, respeitando seu protagonismo, autonomia como pessoa e compreendendo-o como ser humano e o reconhecendo como cidadão que possui direitos. Para isso o profissional de saúde deve realizar escuta qualificada e garantir o acesso às necessidades do usuário (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, mesmo durante a hospitalização, é realizada a comemoração de datas comemorativas e especiais para os pacientes, como dia do aniversário, festa junina etc., possibilitando um momento onde a família pode se reunir com o paciente e equipe para comemorar. É perceptível a felicidade da família ao participar desses eventos, mesmo em ambiente hospital, sendo um momento significativo e especial, mantendo a cultura que seria realizada em domicílio. Para o paciente é um momento memorável para que o mesmo possa rever a família, relembrar seus valores e crenças, e sentir acolhimento e valor.

Para realização das festas de comemorações é acordado com a família, anteriormente, que normalmente providenciam alimentos e decorações que seriam

de costume em domicílio, como bolo, torta, salgados, docinhos, refrigerante, balões, entre outros. A equipe em si, organiza um espaço oportuno para que haja uma participação efetiva do paciente no momento de comemoração. Quando não é possível a presença da família, a equipe se organiza para lembrar-se da data e fazer com que o paciente se sinta reconhecido.

Durante os atendimentos multiprofissionais é possível observar que a maioria dos pacientes busca através da espiritualidade trazer significado para a situação. A espiritualidade é manifestada pelos pacientes e famílias por meio de fé, esperança, religião e músicas que expressam seus valores, crenças, práticas, culturas e tradições. Cabe ao profissional de saúde respeitar e incentivar a prática da espiritualidade, tendo em vista que se trata de uma abordagem dos cuidados paliativos.

Espiritualidade se trata de um elemento intrínseco e multidimensional dos indivíduos, que está relacionada a uma força interior de motivação pela busca do sentido para a vida como um todo e situações, não está diretamente relacionada com religiosidade. Precisa estar integrada na assistência à saúde, devido o ao fato de pacientes e família desenvolver angústias espirituais, dessa forma as crenças e tradições auxiliam no enfrentamento da doença (BRASIL, 2020; ELMESCANY; BARROS, 2015).

Além disso, foram criados e implementados pelos residentes dois projetos na enfermaria de cuidados paliativos, um projeto de música chamado Música na Música e outro de contação de histórias denominado Viagem ouvida. Os projetos possuem os objetivos de melhorar a socialização e cognitivo dos pacientes e ocorrem semanalmente nas tardes de quinta-feira no jardim da enfermaria, alternando entre os projetos. Participam dos projetos, os pacientes elegíveis para estar na área externa da enfermaria, que podem ser transportados em cadeira de rodas ou em cama hospitalar sem nenhum risco aparente e que desejarem a participar dos projetos.

A contação de história é uma prática tem por finalidade transmitir uma mensagem e assim propagá-la aos que ali escutam, pode ser realizada de diversas maneiras: por meio da fala, ilustrações, músicas e com objetos concretos. Há apenas uma regra para que a contação de história realmente aconteça, são necessários um emissor e um ouvinte. Durante a história há estimulação cognitiva para o ouvinte, que é capaz de aquietar, prender a atenção, informar, socializar,

emocionar e educar (PATRINI, 2005; BUSATO, 2006; ABROMOVICH, 2004).

Por sua vez, a inclusão da música dentro de ambientes hospitalares também é relevante no tratamento e bem-estar dos pacientes, pois possui significativa contribuição na qualidade de vida sociocultural, na qualidade espiritual, na integridade mental, no estresse e na qualidade de vida global dos pacientes. O uso da música no campo da saúde não tem sido somente uma prática de musicoterapeutas, outros profissionais de saúde utilizam a música como mais um recurso em suas práticas profissionais (SILVA; PIOVESAN, 2018; WARTH *et al.*, 2021;).

Outro projeto relevante implementado com o objetivo de trazer humanização para a internação, é a execução dos prontuários afetivos, material produzido com informações que definem quem é a pessoa por trás do paciente. Esses detalhes são coletados pela equipe no momento do acolhimento e anamnese, são inclusas informações sobre a família, gosto musical, preferência de comida, esporte, trabalho, hobbies e outros dados que a família e o paciente consideram relevantes.

O prontuário afetivo é bem avaliado tanto pela equipe quanto pelo paciente e família, no qual consideram uma forma de cuidado e atenção ao indivíduo e que vai muito além da doença. A equipe relata, dessa forma, ser uma boa ferramenta para se aproximar do paciente, iniciar um diálogo, conhecer mais sobre o paciente e também para criar vínculos.

Diante de todas essas condutas e intervenções realizadas, houve diversas possibilidades para a intensificação sobre o conhecimento dos pacientes e seus familiares nesse hospital, criando dessa forma um excelente vínculo terapêutico para que as intervenções sejam realizadas de forma a obter resultados objetivados pela equipe de cuidados paliativos.

A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos cuidados paliativos um trabalho necessariamente de equipe, de caráter interprofissional. Considerando o envelhecimento populacional, em particular em um país com perfil demográfico como o Brasil e o consequente aumento da frequência de doenças crônicas, o tema dos cuidados paliativos deve ser mais bem aprofundado, a fim de desmistificar e quebrar paradigmas (FONSECA; MENDES JUNIOR; FONSECA, 2012).

## CONCLUSÃO

Em face do exposto, pode-se inferir, com base nas experiências descritas, que o trabalho realizado pelos residentes multiprofissionais em cuidados paliativos, que mesmo em um curto período de tempo, a residência tem sido de extrema importância para a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados e de seus familiares.

A partir da inserção da residência multidisciplinar em cuidados paliativos os pacientes passaram a ter uma atenção continuada das intervenções, visto que, os residentes somam-se à equipe de trabalho, realizando projetos e trazendo novas práticas assistenciais.

Com base nas dificuldades encontradas, percebe-se que é necessário um maior investimento e estudo para que os residentes sejam inseridos em um ambiente favorável para o aprendizado e preparado para formar novos profissionais dessa área.

Conclui-se que a sensibilidade da equipe multiprofissional e a humanização do processo de tratamento com a inserção dos cuidados paliativos, além das estratégias e atividades exercidas de benefício aos pacientes, são de extrema importância na integralidade do cuidado, e que a equipe de residentes multiprofissionais possui grande relevância para a melhor estruturação e execução dos cuidados paliativos, para os pacientes e familiares assim como para a equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABROMOVICH, F. **Literatura Infantil**: gostosuras e bobices. São Paulo: Scipione, 2004.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **História dos cuidados paliativos**. Texto disponibilizado em março de 2017. Disponível em: <http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Diagraphic, Rio de Janeiro, 2009. 320 p. Disponível em: [http://www.santacasasp.org.br/up\\$rv01/up\\_publicacoes/8011/10577\\_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf/](http://www.santacasasp.org.br/up$rv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf/). Acesso em: 25 jul. 2021.

ALVES, M. J. **Conhecimentos, crenças e atitudes dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos**. Dissertação de Mestrado (Enfermagem Médico Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, p. 180. 2020.

ANDRADE, C. G. de; COSTA, S. F. G. da; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 1818, n. 9,

p. 2523-2530, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tqWXjVYtStQDbm7BXGhc7cn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2021.

ARANTES, A. C. L. Q. Indicações de cuidados paliativos. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. **Manual de cuidados paliativos da ANCP**. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 56-74, 2012.

BRASIL. **Manual de Cuidados Paliativos** Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte, et al. São Paulo, Hospital Sírio Libanês, 175 p; Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília – DF, 2013.

BRASIL. **Portaria n.º 19/GM/MS, de 03 de janeiro de 2002**. Ministério da Saúde. 2002a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html). Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. **Portaria n.º 2439/GM/MS, de 08 de dezembro de 2005**. Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439\\_08\\_12\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html). Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. **Portaria n.º 1319/GM/MS, de 23 de julho de 2002**. Ministério da Saúde. 2002b. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=566](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=566). Acesso em: 06 set. 2021.

BUSATO, C. A. **A Arte de Contar Histórias no século XXI**. Petrópolis, RJ, 2006.

CHERNY, N. I. ESMO clinical practice guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. **Annals of Oncology**, v. 25, n. S1, p. 143 -152, 2014.

CONNOR, S. R; GWYTHYER, E. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 55, p. 112-116, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIAS DE SAÚDE (CONASS). **Resolução N.º 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-226-publicada-resolucao-cit-n-41-que-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-organizacao-dos-cuidados-paliativos-luz-dos-cuidados-continuados-integrados-no-ambito-sistema/>. Acesso em: 06 set. 2021.

ELMESCANY, E. N. M; BARROS, M. L. P. Espiritualidade e terapia ocupacional: reflexões em cuidados paliativos. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 7, n. 2, p. 1-24, dez. 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912015000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912015000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 jul. 2021.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **Regimento interno da residência integrada em saúde – ris-esp/CE**. Comissão de residência multiprofissional em saúde – COREMU RIS-ESP/CE. 40 p. 2013.

Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 26, n. esp, p. 1-49, 2015. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>. Acesso em: 27 ago. 2021.

FERRELL, B. R. et al. National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines. **Journal of palliative medicine**, v. 21, n. 12, p. 1684-1689, 2018.

FIGUEIREDO, M. T. A. Conceito, princípio e filosofia de cuidados paliativos. *In*: TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. (org.). **Dor**: Epidemiologia, Fisiopatologia, Avaliação. São Paulo, Grupo Editorial Moreira Jr, p. 400-403, 2001.

FONSECA, A. C.; MENDES JUNIOR, W. V.; FONSECA, M. J. Palliative care of elderly patients in intensive care units: a systematic review. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 24, n. 2, p.197-206. 2012.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

JÚNIOR, J. D. Música e saúde: a humanização hospitalar como objetivo da educação musical. Londrina, v. 20, n. 29, p. 171-183, 2012.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo, 2012.

PATRINI, M. L. **A renovação do conto: emergência de uma prática oral**. São Paulo, Cortez, 2005.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado, v. 2, p. 86-93, 2012.

SANTOS, F. S. Um sentido para a vida e para a morte. *In*: SANTOS, F. S. Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

SANTOS, L. P. *et al.* Terapia Ocupacional e a promoção da saúde no contexto hospitalar: cuidado e acolhimento. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 2, n. 3, p. 607-620, 2018.

SILVA, G. H; PIOVESAN, J. C. Música no ambiente hospitalar: uma possibilidade de proporcionar alegria e ludicidade na internação. **Vivências**, 2018.

WARTH, M. *et al.* "Song of Life": Results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care. **Palliative Medicine**, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Knowledge into Action Palliative Care. **Cancer Control**, 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345\\_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1). Acesso em: 25 jul. 2021.

## ANEXOS

**Figura 1.** Atendimento multiprofissional: Dia de beleza no jardim



**Figura 2.** Atendimento individual: Passeio no jardim



**Figura 3.** Momento de comemoração: Aniversário



**Figura 4.** Momento de comemoração: Festa Junina



**Figura 5.** Educação permanente: Oferta segura de alimentos



# CONTROLE DA DISPNEIA EM FIM DE VIDA: TECNOLOGIAS UTILIZADAS PELA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE INTEGRADA JERÔNIMO MONTEIRO

Luciana Machado Duarte  
Danila de Sousa Silva  
Lilium Mulinari da Cunha Pinto  
Skarlath Ohana das Neves Patrocínio

## INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) foram reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, que vem desde então trabalhando o tema em nível mundial, inclusive promovendo atualizações de seu conceito. A atual definição afirma que os CP são uma abordagem multidisciplinar que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes, familiares e cuidadores que enfrentam doenças ameaçadoras da vida, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais (HERMES; LAMARCA, 2013). Os princípios dos CP incluem: reafirmar a vida, considerando a morte como um processo natural; não acelerar e nem prolongar a morte com medidas desproporcionais; promover a atenuação da dor e de outros sintomas desagradáveis; integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado; oferecer um sistema de apoio à família no enfrentamento da doença e no período de luto (RODRIGUES, 2004).

Dentre os sintomas mais frequentes em pacientes com doença avançada e em fim de vida, a dispneia se destaca com prevalência em 65% nas semanas que precedem a morte, não se restringindo às patologias respiratórias, mas também se manifestando em um vasto número de outras doenças (SOLANO; GOMES; HIGGINSON, 2006). Por seu caráter complexo, subjetivo e caracterizado por sensações distintas e em graus diferentes de intensidade (PARSHALL *et al.*, 2012), a dispneia é um dos sintomas

que mais compromete a qualidade de vida, causando sofrimento não só ao paciente, como ao cuidador, aos familiares e à própria equipe de saúde. Nesse contexto, os CP visam fornecer alívio sintomático da dispneia em situações avançadas e irreversíveis, independentemente da patologia de base e do prognóstico.

A Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos (RMCP) na Unidade Integrada Jerônimo Monteiro (UIJM) tem alterado a realidade de nosso hospital à medida que aplica na assistência aquilo que aprende em seus estudos e pesquisas. A residência tem avançado no desenvolvimento de tecnologias no controle da dispneia, garantindo os princípios da dignidade humana ao paciente em fim de vida e promovendo um novo olhar sobre a terminalidade. A inclusão dos CP nos protocolos de fisioterapia institucional, terapias não farmacológicas, a psicoterapia breve e em grupo, a atuação da farmácia clínica e o trabalho transdisciplinar têm sido empregados em um esforço conjunto para alívio do sofrimento causado pela dispneia. O objetivo desse artigo foi descrever as tecnologias utilizadas para o controle da dispneia em pacientes em fim de vida atendidos pela RMCP, na UIJM.

## **CONTEXTO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO E NA UNIDADE INTEGRADA JERÔNIMO MONTEIRO**

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) foi criado em 26 de abril de 2019 pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Espírito Santo através da Lei Complementar nº 909/2019. O Instituto é responsável por um conjunto de políticas de inovação em saúde e tem como objetivo reestruturar a atenção em saúde no estado com fortalecimento das gestões municipais, atuando na resolução e na qualificação do cuidado em saúde para ampliar o acesso da população. Uma das ações estratégicas para o alcance desses objetivos foi a criação dos Programas de Residência em Saúde no Espírito Santo.

A RMCP é um desses programas, sendo o primeiro do Espírito Santo em sua área. Tem por objetivo formar profissionais da área da saúde, especialistas na área de concentração, para atuar no atendimento a pacientes em CP, desenvolvendo competências em cuidado, gestão, educação em saúde e investigação em saúde, com visão humanizada, crítica e reflexiva, em uma perspectiva interprofissional, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização (LIBARDI, 2020). A RMCP iniciou na UIJM em março de 2020.

A UIJM é um hospital estadual de pequeno porte, com 32 leitos, de baixa complexidade, localizado no município de Jerônimo Monteiro, no sul do estado, que recebe pacientes para autointernação através do pronto-socorro e via central de regulação de vagas (CRV).

Tradicionalmente um hospital referência em cirurgias ortopédicas de pequeno porte, a UIJM teve seu perfil modificado desde o início da pandemia por covid-19, quando foram suspensas as cirurgias eletivas. Passamos a desempenhar o papel de retaguarda de hospitais referências em covid-19, recebendo mais pacientes com doenças crônicas, de longa permanência e/ou em fim de vida.

## **TECNOLOGIAS UTILIZADAS PELA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO CONTROLE DA DISPNEIA EM FIM DE VIDA**

Como não possuíamos serviço estruturado em CP na UIJM, fomos percebendo através da observação em campo, de estudos e de pesquisas que as técnicas utilizadas em CP não diferem das utilizadas nos atendimentos aos demais pacientes. A escolha criteriosa da técnica, a intensidade, o momento e o objetivo de sua utilização é que na verdade vão ser diferentes, considerando que estamos falando de um paciente em fim de vida, cuja dispneia pode ter uma causa apenas parcialmente reversível ou que a conduta implique manejar esse sintoma da melhor forma possível para minimizar o sofrimento do paciente, visando sempre o seu conforto.

A residência em CP possui um caráter fundamentalmente multiprofissional, em que as disciplinas não podem se restringir a estarem justapostas, mas devem conversar entre si, garantindo a interdisciplinaridade e até extrapolar a questão disciplinar na busca da melhor assistência ao paciente, promovendo a transdisciplinaridade. Assim, não bastava que as técnicas fossem executadas por cada área profissional, mas havia a necessidade de sistematizá-las, transformando-as em tecnologias a serem utilizadas pelos residentes no controle da dispneia em pacientes em fim de vida, sempre norteados pela visão humanista que perpassa toda a assistência nos CP.

## **PROTOSCOLOS INSTITUCIONAIS DA FISIOTERAPIA**

A inclusão de seções dedicadas a pacientes em CP em fim de vida nos protocolos institucionais de fisioterapia foi um passo importante para a sistematização

do atendimento no controle da dispneia em fim de vida. Primeiramente, foi incluída uma seção intitulada Oxigenoterapia em Cuidados Paliativos (pacientes em fim de vida) no protocolo Oxigenoterapia no Adulto e no Idoso, em 2020. A seção foi elaborada pela fisioterapeuta residente, então em seu primeiro ano de residência. Em 2021, foi incluída a seção VNI x Cuidados Paliativos – pacientes em fase final de vida, no protocolo Ventilação Não Invasiva (VNI), elaborada pelas duas fisioterapeutas residentes do primeiro e segundo anos.

Importante ressaltar que não basta constar em protocolo; essas ações são efetivadas na prática diária através das condutas, evoluções, conversas informais, reuniões de equipe, entre equipes e transdisciplinares, sinalizações visuais e treinamentos. Assim, embora que nosso hospital se encontre em obras desde março de 2020 e não estamos dispendo de espaço físico adequado para ações de educação permanente em saúde (EPS), a equipe de fisioterapia conseguiu dar treinamento sobre administração de O<sub>2</sub> para toda a equipe de enfermagem, baseado no protocolo de Oxigenoterapia. O protocolo da VNI foi apresentado para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e discutido amplamente entre os fisioterapeutas, uma vez que a técnica em nossa unidade é de domínio exclusivo da Fisioterapia.

Ambos os protocolos foram revisados pelos demais fisioterapeutas da instituição, inclusive por uma das preceptoras da residência que também é fisioterapeuta, o que é de suma importância, à medida que são os mesmos que fazem os atendimentos aos pacientes em CP, em horários que os residentes não estão presentes. A intenção é que o cuidado dispensado ao paciente com doença avançada, em fim de vida, não seja descontinuado no caso da ausência da residência.

## PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA

Visando evitar efeitos deletérios ao paciente, bem como o gasto desnecessário de recursos — especialmente no momento de pandemia, em que o Oxigênio (O<sub>2</sub>) se tornou um bem escasso —, a oxigenoterapia no paciente em CP em fim de vida na UIJM é feita de maneira muito criteriosa. A fisioterapeuta da residência identifica junto ao médico assistente a saturação de oxigênio (SaO<sub>2</sub>) alvo do paciente, de acordo com sua patologia de base e clínica apresentada, conforme

literatura atual. Rotineiramente, monitora se a hipoxemia é parcialmente reversível, se está ou não associada à dispneia e se a dispneia melhora com a oferta de O<sub>2</sub>. Quando a oxigenoterapia é indicada, a fisioterapeuta titula a menor concentração de O<sub>2</sub> necessária para manter a SaO<sub>2</sub> dentro da faixa alvo. Em seguida, coloca nos fluxômetros tarjetas impressas e plastificadas para este fim, sinalizando para o restante da equipe a SaO<sub>2</sub> alvo de cada paciente e evolui em prontuário. Indicar a SaO<sub>2</sub> alvo de cada paciente em tarjetas e descrever todo o procedimento em prontuário são ações especialmente importantes para o turno da noite e nos fins de semana, períodos em que não há a presença da residência na Unidade.

Na seção “Oxigenoterapia em Cuidados Paliativos (pacientes em fim de vida)” do protocolo institucional sobre Oxigenoterapia, elaborada por uma das fisioterapeutas residente (na época, só havia uma), indica-se que sejam consideradas as seguintes questões, no manejo da dispneia em pacientes em fim de vida, baseadas nas diretrizes da *British Thoracic Society* (O’DRISCOLL *et al.*, 2017):

- Solicitar a avaliação da equipe de cuidados paliativos e fisioterapeutas;
- Avaliação abrangente dos fatores contribuintes (como ansiedade) deve ser realizada;
- Os opioides em baixas doses devem ser considerados porque são eficazes no alívio da dispneia em pacientes em cuidados paliativos;
- O uso de ventilador portátil para ajudar a aliviar dispneia antes da tentativa de O<sub>2</sub>;
- O uso de O<sub>2</sub> deve ser adaptado ao indivíduo e uma avaliação formal feita sobre sua eficácia para reduzir a falta de ar e melhorar a qualidade de vida do paciente;
- A oxigenoterapia não deve ser continuada na ausência de benefício para o paciente ou onde suas desvantagens (por exemplo, desconforto de máscaras ou cânulas nasais, ressecamento das membranas mucosas) superem qualquer benefício sintomático provável;
- Em geral, não há papel para o monitoramento da SaO<sub>2</sub> ou PaO<sub>2</sub> nos cuidados com foco no conforto nos últimos dias de vida. Se o paciente parecer confortável, os níveis de O<sub>2</sub> são irrelevantes e não devem influenciar o cuidado.

Existe um senso comum de que o O<sub>2</sub> suplementar pode aliviar a dispneia, mesmo que o paciente não esteja hipoxêmico. Muitas vezes, o acompanhante ou o próprio paciente solicita a administração de O<sub>2</sub> por queixa de dispneia. Realmente, até a própria equipe médica e multiprofissional tende a entender a administração de O<sub>2</sub> como uma forma de proporcionar conforto ao paciente dispneico. No entanto, há evidências crescentes de que o O<sub>2</sub> em CP pode ser não benéfico e desnecessário (MULARSKI *et al.*, 2013).

Uronis *et al.* (2008) conduziram uma revisão sistemática para determinar o efeito do O<sub>2</sub> suplementar no alívio da dispneia em indivíduos com câncer que apresentavam hipoxemia leve ou não hipoxemia. Os dados agrupados desta revisão indicaram que o O<sub>2</sub> não foi eficaz na redução da sensação de dispneia nesta população de pacientes. Medições repetidas foram feitas em cada sujeito com e sem O<sub>2</sub>. A aplicação de O<sub>2</sub> aos indivíduos que estavam perto da morte não foi apoiada em seus resultados.

De fato, O'Driscoll *et al.* (2017), na diretriz da *British Thoracic Society*, afirmam que a oxigenoterapia é um tratamento para a hipoxemia, não para a dispneia (não foi demonstrado que o O<sub>2</sub> tenha qualquer efeito sobre a sensação de falta de ar em pacientes não hipoxêmicos). Não se deve aumentar o O<sub>2</sub> de pacientes que se encontram dentro da faixa de saturação esperada para tentar corrigir falta de ar. Além disso, a concentração do O<sub>2</sub> em excesso é tóxica ao organismo, afetando o sistema cardiorrespiratório e o sistema nervoso central (SNC). Chu *et al.* (2018) demonstraram através de meta-análise que maiores níveis de SaO<sub>2</sub> estavam ligados a níveis elevados de mortalidade.

## PROTOCOLO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)

Na UIJM, o protocolo institucional Ventilação Não Invasiva (VNI), elaborado pelo Setor de Fisioterapia ganhou uma seção intitulada VNI x Cuidados Paliativos – pacientes em fase final de vida, elaborada pelas fisioterapeutas residentes, em 2021. De acordo com o protocolo, o fisioterapeuta que irá aplicar o recurso deve sempre considerar o balanço entre o benefício real da terapia e desconforto ocasionado pelo dispositivo que, em nossa Unidade é a máscara oronasal ou a máscara facial total, sendo essa última a de escolha no momento

atual, devido à pandemia por covid-19. Embora a máscara facial apresente vantagens como redução de vazamento de ar, possibilidade de uso de pressões maiores e melhor distribuição dos pontos de tensão na face, devem-se estar atentos às desvantagens de seu uso: risco aumentado de claustrofobia, asfixia, reinalação de CO<sub>2</sub> e de aspiração (SCHETTINO; ALTOBELLI; KACMAREC, 2007). Por isso é imprescindível que o fisioterapeuta permaneça atento à beira leito durante todo o tempo de realização da VNI.

Conforme o protocolo, o fisioterapeuta avalia as indicações e contraindicações da VNI, elege o aparelho de pressão positiva, verifica as condições ambientais para sua realização, escolhe e seleciona interface, filtros, conexões; coloca EPs; coloca placa sinalizadora de geração de aerossóis, se for o caso; escolhe o modo ventilatório; ajusta os parâmetros ventilatórios; orienta o paciente; administra a interface ao rosto do paciente; verifica possíveis escapes e pressão do fixador no rosto do paciente; monitora beira-leito; avalia melhora de variáveis ventilatórias ou do conforto relatado pelo paciente após 30 minutos do início da terapia; reavalia após 01 hora; reavalia após duas horas, quando for o caso. A VNI é realizada pelo período de uma a duas horas, uma ou duas vezes ao dia. Se o paciente não apresentar melhora nos primeiros 30 minutos, mesmo que seja melhora relatada, a terapia é descontinuada.

Sobre a escolha do equipamento gerador de pressão positiva, o protocolo da Instituição segue o que preceitua a SESA, em sua nota técnica 09/2021, de maio de 2021. Quando há ventilador mecânico disponível, utilizamos a máscara não ventilada (sem válvula exalatória acoplada a um circuito duplo, específico de VM, e conectado ao ventilador mecânico, utilizando o filtro barreira (HEPA) na saída expiratória). Quando não temos ventilador mecânico disponível, utilizamos compressor de ar *Bipap* através de máscara ventilada (com válvula exalatória) acoplada a um circuito com suporte de O<sub>2</sub>, utilizando o filtro barreira (HEPA) na saída expiratória dos aparelhos.

O objetivo principal da VNI será o de trazer alívio e conforto, sem a necessidade da intubação traqueal, diminuindo o sofrimento humano e preservando no final da vida o direito individual do paciente de manifestar e expressar suas vontades e anseios (KARVA, CHANDRA, MIRZA, 2007). Vale salientar que alguns pacientes com doenças terminais referem o desejo de não

serem intubados, mas aceitam o uso da VNI como forma de suporte ventilatório para o tratamento da insuficiência respiratória ou mesmo como medida paliativa para alívio da dispneia (SCHETTINO; ALTOBELLI; KACMAREC, 2007). Isso aumenta o tempo junto aos familiares e, muitas vezes, permite a realização de despedidas. Nos casos em que as diretrizes avançadas de suporte de vida não foram definidas previamente, a VNI pode proporcionar o tempo para o conhecimento do diagnóstico e a definição do prognóstico, prezando pelos cuidados proporcionais e evitando-se medidas invasivas que possam se configurar fúteis ou mesmo levar à distanásia (DAVIES, 2019).

Os possíveis benefícios do uso de VNI paliativa são a melhora da sobrevida e o alívio da dispneia. Os principais objetivos da técnica consistem em aumentar ventilação alveolar, melhorar trocas gasosas, diminuir o trabalho respiratório, diminuir a dispneia e garantir a manutenção dos volumes pulmonares. Objetivos específicos da terapia, entretanto, precisam ser bem estabelecidos e seus desfechos definitivos devem ser decididos pelo paciente, família e médicos, por exemplo: nenhum alívio da dispneia, o paciente não tolera a VNI, o estado do paciente piora (SARMENTO, 2007).

A VNI vem se mostrando eficaz quando utilizada para melhorar a troca gasosa, controlar a dispneia e minimizar o trabalho dos músculos respiratórios, proporcionando conforto no final da vida (ANDRADE *et al.*, 2019). Mais uma vez, ressaltamos que esse recurso deve ser usado de maneira criteriosa em pacientes em fim de vida. A VNI é indicada para alívio do desconforto respiratório, quando as causas da insuficiência respiratória são potencialmente reversíveis e para prover tempo hábil para despedidas e/ou outras manifestações do paciente. O objetivo estrito de prolongar a vida e quando o desconforto causado pelo dispositivo sobrepe os benefícios reais da terapia são contraindicações do uso da técnica.

## **TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLE DA DISPNEIA EM FIM DE VIDA**

Devido aos incômodos e desgastantes efeitos secundários dos fármacos e oxigênio, é útil e de primordial importância que tenhamos para oferecer ao paciente abordagens não farmacológicas de forma a controlar a dispneia. Alguns tratamentos não farmacológicos são: o uso de ventiladores; a alteração do padrão

respiratório, incluindo respirar com os lábios franzidos (respiração freno-labial) e respiração diafragmática; técnicas de relaxamento muscular; posicionamento; educação e abordagens cognitivo-comportamentais, como evitar os esforços que induzem a dispneia (GONÇALVES; NUNES; SAPETA, 2012).

Todas essas técnicas são amplamente utilizadas pela residência na UIJM, considerando que não estão sob o domínio de uma única área. Assim, a residência possui ventilador de mão e de mesa, que são utilizados para reduzir a sensação de falta de ar do paciente. Há evidências de que o mero movimento de ar através das passagens nasais resulta no alívio da dispneia. Estudos comprovaram que um ventilador portátil direcionado ao rosto foi eficaz para reduzir a sensação de falta de ar em indivíduos que ficavam sem fôlego em repouso. Os resultados indicaram que a estimulação física ou a exposição de receptores da mucosa nasal ou oral ao ar frio resulta em diminuição da falta de ar. Como o movimento do ar parece ser um fator operativo no alívio da falta de ar, um simples ventilador de mão ou de mesa pode ser um primeiro passo útil e barato (SIMON *et al.*, 1991).

Técnicas de respiração freno-labial, de respiração diafragmática e de relaxamento muscular são empregadas pela psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia. As técnicas respiratórias são usadas para controlar os tempos ventilatórios e incluem respirar com os lábios semifranzidos, respiração diafragmática, técnicas baseadas na ioga focada na expiração, entre outras e devem ser ensinadas precocemente no decurso da trajetória de uma doença crônica, pois permitem aumentar o controle da respiração e o sentido de autoeficácia (SEVERINO, 2020). Assim como as técnicas de respiração, as técnicas de relaxamento muscular também são utilizadas no controle da ansiedade, que pode ser um fator etiológico da dispneia.

Posicionamentos adequados têm uma boa indicação no controle da dispneia. Elevação da cabeceira a 30° ou 45°, decúbitos que favoreçam a perfusão no pulmão dependente ou a ventilação no não dependente, posição de sedestação em uma poltrona com encosto são alguns exemplos de posicionamento que podem melhorar a sensação de falta de ar. A retirada do paciente do leito em cadeira de rodas para passeio na área externa da Unidade é frequentemente realizada pela residência e parece ter um efeito benéfico sobre a ansiedade e depressão, podendo melhorar a dispneia associada a essas condições.

Educação e abordagens cognitivo-comportamentais também são feitos pela equipe multidisciplinar da residência. Quando se trata de dispneia que aumenta com o esforço físico, a fisioterapeuta pode ensinar, por exemplo, técnicas de deambular com dispositivos que ajudam a poupar energia. Aspectos psicossociais e emocionais que possam estar desencadeando a dispneia devem ser tratados de forma estruturada e merecem um capítulo a parte.

## DISPNEIA E ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Na UIJM as psicólogas da residência em CP realizam acolhimento inicial e escuta ativa e qualificada dos pacientes. Dessa forma, é possível colher dados e observar possíveis questões que possam acarretar uma provável ansiedade, como preocupação com o núcleo familiar, conflitos e resistência à internação. Quando constatado um desses fatores, as psicólogas da residência trabalham lançando mão de alguns instrumentos, como a psicoterapia breve e o atendimento em grupo.

A psicoterapia breve trata-se de uma abordagem que envolve criação de vínculo transitório entre terapeuta e paciente, a partir da determinação do objetivo a ser alcançado, buscando atingir equilíbrio existente antes da crise (FERREIRA-SANTOS, 2013). Dessa forma, um paciente internado com dispneia, submetido a tratamento médico, que ao ser avaliado apresenta preocupações e pendências em casa que causam angústia, poderá ser beneficiado no uso de técnicas de psicoterapia breve para controle rápido de sintomas como crise de ansiedade.

Quando em grupo, o atendimento tem a participação da equipe de residentes: enfermeira, fonoaudióloga, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos e psicólogas, o que possibilita trabalhar múltiplas demandas de um mesmo paciente, buscando suprir ao máximo suas necessidades. Durante o atendimento, procura-se compreender as angústias e desejos do paciente e, dessa forma, as ansiedades são acolhidas e o paciente sente-se pertencente ao próprio tratamento. Segundo Leupoldt e Dahme (2007), uma terapia de grupo contendo elementos de terapia cognitiva-comportamental pode reduzir sintomas de depressão e ansiedade, possuindo também uma parte

de educação do paciente com instruções sobre as habilidades de enfrentamento para ajudar no controle desses sintomas, como por exemplo, técnicas de relaxamento, interrupção do pensamento e exposição a situações geradoras de ansiedade que devem ser praticadas.

Como a respiração está sob o controle comportamental dos centros cerebrais corticais e subcorticais, qualquer estado emocional pode afetar a dispneia. As emoções desempenham um papel importante na percepção da falta de ar. Também chamada de emocionalidade negativa, ansiedade e depressão, contribui para níveis mais altos de queixas (LEUPOLDT; DAHME, 2007). Em pesquisa, Neuman *et al.* (2006) identificaram que a ansiedade e depressão são capazes de aumentar o risco de desenvolver dispneia, existindo uma relação causal entre o desenvolvimento de sintomas psicológicos e dispneia. O estado psicológico é um fator importante a ser considerado em contextos clínicos ao tratar pacientes com dispneia.

Estudos mostraram que níveis mais elevados de ansiedade estão associados à falta de ar mais intensa em pacientes com DPOC (MAHLER; O'DONNELL, 2005). Em comparação com doenças cardíacas e o câncer, pacientes com DPOC apresentam níveis maiores de ansiedade. A limitação causada pela dificuldade respiratória faz com que esses pacientes possam sentir frustração e depressão, tornando-os menos ativos. A dispneia pode ser um estímulo para o desenvolvimento da ansiedade, já que esses pacientes podem evitar situações sociais por medo das atividades agravarem a falta de ar (MAHLER, 2013).

Cada vez mais reconhecidas, as intervenções comportamentais e psicológicas são opções de tratamento eficazes, ao invés das intervenções puramente farmacológicas. Para melhorar a sensibilidade à percepção da dispneia, quando associada às comorbidades psicológicas, a psicoterapia é claramente necessária, além do tratamento médico (LEUPOLDT; DAHME, 2007). Brenes (2003), em uma revisão, mostrou que tratamento cognitivo-comportamental e psicofarmacológico conseguiram reduzir a ansiedade em pacientes com DPOC. Apesar de a intervenção psicológica ser uma opção de tratamento, nenhuma intervenção comportamental deve ser aplicada, isoladamente ao tratamento médico da dispneia.

## TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DISPNEIA OU ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DISPNEIA EM PACIENTES EM FIM DE VIDA

Na abordagem dos CP é indispensável a presença do farmacêutico clínico como integrante da equipe de saúde, na busca pelo alívio do sofrimento dos pacientes e familiares assistidos (QUEIROZ *et al.*, 2019). A abordagem do profissional farmacêutico voltada ao paciente em CP é diversificada e possui diferentes níveis de implantação, de acordo com a estrutura da equipe de saúde (BARBOSA, 2021). No RMCP da UIJM, temos dois farmacêuticos, um no primeiro e outro no segundo ano, que desenvolvem um importante trabalho junto da equipe multiprofissional e em conjunto com os médicos. Vale ressaltar que não havia farmácia clínica em nossa unidade antes da residência e ainda não há fora dela, sendo os residentes pioneiros nesse trabalho.

Caso após a implementação adequada de medidas não farmacológicas a dispneia persistir ao repouso e impossibilitar o paciente de realizar atividades de esforços mínimos, devem-se implementar as terapias farmacológicas específicas para seu controle, que são consideradas como o principal tratamento do sintoma, por serem capazes de melhorar a qualidade de vida e até mesmo retardar a progressão da doença (OLIVEIRA; JUNIOR, 2020). As intervenções para o alívio da dispneia devem ser iniciadas pelo controle da doença de base, mas também existe a necessidade de abordar o sintoma em si (ARCURI *et al.*, 2021). No manejo da dispneia, é de suma importância a compreensão da fisiopatologia e da história natural da enfermidade para definir a terapêutica farmacológica adequada, sendo que as principais terapias medicamentosas para o alívio da dispneia de pacientes em CP englobam o uso de opioides e benzodiazepínicos (CARVALHO *et al.*, 2018).

Dentre os opioides, a morfina é a principal droga de escolha, visto que não se sabe claramente qual o efeito de outros opioides como a oxicodona, o fentanil ou a hidromorfona

(OLIVEIRA; JUNIOR, 2020). O mecanismo de ação dos opioides no controle da dispneia envolve a redução da percepção de dispneia pelo sistema nervoso central e a diminuição da sensibilidade à hipercapnia e do consumo de oxigênio, reduzindo ainda aspectos como a ansiedade associada à dispneia

(CARVALHO *et al.*, 2018). A dose inicial de morfina é variável, podendo ser iniciada com 5 mg por via oral a cada quatro horas em pacientes sem insuficiência renal, sendo que, no caso de idosos, é indicado usar essa dose com cautela, reduzindo-a de acordo com o aparecimento de efeitos colaterais; de acordo com a progressão da doença ou com a tolerância do paciente à morfina, doses maiores podem ser utilizadas (ARCURI; ANAGUSKO; RAGAZZO, 2021).

Os benzodiazepínicos têm papel importante no controle da dispneia e são considerados como os principais fármacos da classe dos inibidores da recaptação de serotonina que poderão ser utilizados na terapêutica de pacientes que apresentam crises de dispneia associadas a crises de ansiedade ou de pânico (OLIVEIRA; JUNIOR, 2020). Sintomas de ansiedade devem ser sempre investigados e tratados em conjunto com a dispneia, sendo de grande importância o tratamento psicoterápico e medicamentoso da ansiedade quando for necessário (KAMAL *et al.*, 2012).

Quanto ao ajuste posológico da morfina e até mesmo dos benzodiazepínicos para o alívio da dispneia, o papel da Farmácia Clínica se torna muito relevante. Na UIJM, os farmacêuticos da residência, ao avaliar a farmacoterapia do paciente, buscam adequá-la a partir de aspectos como o ajuste posológico, visando adequado controle da dispneia, considerando o quadro clínico do paciente, a fim de garantir um alívio deste sintoma com maior eficácia e segurança.

O agravamento de sintomas como a dispneia é um dos indicativos do início do processo ativo de morte e o manejo deste e demais sintomas devem ser aplicados de forma racional, de modo a não utilizar medidas fúteis, considerando o contexto clínico da finitude do paciente e a comunicação empática com sua família (OLIVEIRA; JUNIOR, 2020). Na etapa final de vida do paciente, onde os sintomas podem ser exacerbados, a literatura relata a importância das intervenções farmacológicas para o controle dos mesmos, sendo indicado o uso de corticoides, principalmente em casos de dispneia causada por quadros de linfangites e compressões tumorais, além do uso de broncodilatadores (spray nasal) e o uso de opioides como a morfina, cuja posologia deve ser iniciada na dose de 2,5 mg por via oral de 4 em 4 horas, ou 2 mg por via subcutânea a cada quatro horas ou ainda por via endovenosa, na posologia de 10 mg em bomba de infusão contínua em 24 horas (CALICE; CANOSA; CHIBA, 2021).

Quando a dispneia se torna um sintoma refratário, a partir do momento em que se esgotam todas as medidas possíveis, disponíveis e cabíveis para o alívio deste sintoma desagradável e angustiante, a sedação paliativa se torna uma ferramenta importante (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019). A sedação paliativa é definida como o uso de medicamentos sedativos para aliviar sintomas intratáveis, próximo ao fim da vida, sendo a dispneia uma das principais razões para a realização da sedação no fim da vida. O midazolam é o benzodiazepínico de primeira escolha para esse tipo de tratamento (OLIVEIRA; JUNIOR, 2020), devido à facilidade de titulação e rápido início de ação; meia vida de eliminação curta; por ter antagonista específico e poder ser associado com outros medicamentos (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019).

Com relação à sedação paliativa, de acordo com Menezes e Figueiredo (2019), existem ainda muitas indefinições sobre esse procedimento com relação a aspectos como a seleção apropriada dos pacientes; o momento ideal de iniciar a sedação; quais os fármacos mais eficazes para esse procedimento; a real necessidade de monitorar sinais vitais e de manter hidratação e nutrição artificiais e o local mais adequado para a sedação. Devido à complexidade da questão, a sedação paliativa ainda não foi instituída em nosso Hospital, devendo ser tema de mais estudos, pesquisas e discussões na UIJM.

## TRABALHO TRANSDISCIPLINAR

Diariamente, de segunda a sexta-feira, no horário de 13 às 14 horas, acontecem na UIJM reuniões transdisciplinares com a participação de todos os residentes que se encontram no cenário de prática naquele dia e com a facilitação de uma das preceptoras, previamente escalada. Nessas reuniões, são elaborados ou revisitados os Planos de Cuidados de cada paciente incluído em CP e são identificados os “problemas ativos” de cada um, entendendo-se por problemas ativos condições que possam ser revertidas, mesmo que parcialmente, não se tratando de diagnóstico clínico.

Diferentemente do modelo biomédico tradicional, em que a patologia costuma ser o centro das investigações, para os CP, a assistência é centrada no paciente e nada mais centrado no paciente que controlar seus sintomas

angustiantes. Nesse processo, devem ser consideradas as particularidades de cada um de modo a respeitar sua individualidade, abordando não somente o sofrimento causado pela dor física, mas também toda angústia relacionada ao sofrimento psicossocial e espiritual.

A dispneia no paciente em CP, especialmente em fim de vida, não é analisada isoladamente e nem por área de atuação. Para a determinação da terapêutica, discute-se sobre o paciente, colhem-se as informações de todos os profissionais que o avaliaram, identificam-se os problemas ativos, discute-se sobre as melhores terapias, comunica-se com as equipes institucionais e com os médicos. Quando existem dúvidas, a residência se dirige à Comissão de CP da UIJM para que o caso seja mais amplamente discutido.

A Comissão de CP da UIJM apoia e trabalha junto com a residência, reunindo-se bimensalmente, com a participação sempre de pelo menos dois residentes que apresentam temas científicos para discussão. Seus membros pertencem à equipe multiprofissional da instituição, sua coordenadora é uma das médicas assistentes da rotina, as reuniões são abertas não só aos residentes como às preceptoras e aos convidados. A comissão auxilia na tomada de decisão, nas conferências familiares, aprova protocolos da residência e apoia iniciativas. A residência apresenta a parte teórica, dissemina informação, promove educação, influencia nas formulações e alterações das Diretrizes de CP da UIJM. Dessa maneira, as disciplinas vão perdendo seus limites e vão-se construindo ações que favorecem o desenvolvimento de tecnologias que possam dar conta do paciente em toda a sua subjetividade e complexidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dispneia é um dos sintomas mais prevalentes e mais angustiantes em pacientes com doenças avançadas e em fim de vida. Tratar a dispneia, se for o caso, ou controlar o sintoma, quando a causa não é reversível exige conhecimento de toda a equipe e ações interdisciplinares que promovam intervenções farmacológicas e não farmacológicas. E não estamos falando apenas em conhecimento teórico, mas também do paciente e daquilo que o cerca, de sua realidade, de seus medos, anseios, angústias e conflitos.

Não há uma só área na medicina capaz de dar conta sozinha de toda a complexidade do ser humano, principalmente em fim de vida. Por isso, sintomas multifatoriais como a dispneia precisam ser abordados por equipes multi e interprofissionais, visando à transdisciplinaridade no cuidado.

Em nossa unidade, estamos apenas no começo, com o Programa de Residência em CP tendo iniciado há pouco mais de um ano, trazendo pioneirismo na área dos CP. Não obstante, a residência vem avançando em conhecimento que se traduz no desenvolvimento de tecnologias para controle da dispneia. Ainda há muito a ser feito, mas temos certeza de que com o avanço do programa e a dedicação das equipes, outras tecnologias podem ser desenvolvidas e as existentes aperfeiçoadas.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. *et al.* Benefícios da ventilação mecânica não invasiva em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *In: SILVA NETO, B. R. da (org), Prevenção e promoção de saúde.* Ponta Grossa: Atena Editora, 2019, p. 14-20.

ARCURI, J. F.; ANAGUSKO, S. S.; RAGAZZO, A. P. S. Dispneia. *In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).* 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

BARBOSA, M. F. Farmácia. *In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).* 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 204-207.

BRENES, G. A. *Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. Psychosom Med*, v. 65, p. 963-970, 2003.

CALICE, G. B.; CANOSA, H. G.; CHIBA, T. Processo ativo de morte: Definição e Manejo de Sintomas. *In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).* 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 515-519.

CARVALHO, R. T. *et al. Manual da Residência de Cuidados Paliativos.* Barueri, SP: Manole, 2018.

CHU, D. K. *et al.* Mortalidade e morbidade em adultos com doenças agudas tratados com oxigenoterapia liberal versus conservadora (IOTA): uma revisão sistemática e meta-análise. *Revista Lancet*, v. 391, n. 10131, 2018.

DAVIES, J. Noninvasive Respiratory Support at the End of Life. *Respiratory Care*, v. 64, n. 6, p. 701-11, 2019.

FERREIRA-SANTOS, E. *Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situações de crise.* 5. ed. São Paulo: Ágora, 2013.

GONÇALVES, A.; NUNES, L.; SAPETA, P. Controle da dispneia: estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio num contexto de cuidados paliativos: revisão sistemática da

literatura. Dissertação de mestrado. **Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes**, Castelo Branco, 2012, 27p.

HERMES, R. H.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-87, set. 2013.

KAMAL, A. H.; MAGUIRE, J. M.; WHEELER, J. L.; CURROW, D. C.; ABERNETHY, A. P. Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. **Journal of Palliative Medicine**, v. 15, n. 1, p. 106-114, 2012.

KARVA, M.; CHANDRA, A.; MIRZA, A. Palliative Care and Chronic Obstructive Lung Disease. In: BLANK, A., O'MAHONY, S. Choices in Palliative Care: Issues in Health Care Delivery. **Springer Science & Business Media**, Nova York, 2007.

LEUPOLDT, A. V.; DAHME, B. *Psychological aspects in the perception of dyspnea in obstructive pulmonary diseases*. **Respiratory Medicine**, v. 101, Issue 3, p. 411-422, 2007.

LIBARDI, M. C. **Programa de residência multiprofissional em Cuidados Paliativos**. ICEPi, 2020, 51 p.

MAHLER, D. A. Opioids for refractory dyspnea. **Expert Review of Respiratory Medicine**, v. 7, n. 1, p. 123-135, 2013.

MAHLER, D. A.; O'DONNELL, D. E. Neurobiology of dyspnea: an overview. In: MAHLER, D. A.; O'DONNELL, D. E. **Dyspnea: mechanisms, measurement, and management**. 2. ed. 2005, cap. 1. p. 3-8.

MENEZES, M. S.; FIGUEIREDO, M. das G. M. da C. de A. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos. **Rev. bras. Anesthesiol** [online], v. 69, n. 1, p. 72-77, jan.-fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.03.002>. Acesso em: 20 set. 2021.

MULARSKI, R. A.; REINKE, L. F.; CARRIERI-KOHLMAN, V.; FISCHER, M. D.; CAMPBELL, M. L.; ROCKER, G. Comitê *Ad Hoc* da ATS sobre Gestão Paliativa da Crise de Dispneia. Um relatório oficial do workshop da American Thoracic Society: avaliação e tratamento paliativo da crise de dispneia. **Ann Am Thorac Soc**, v. 10, n. 5, p. S98 - S106, 2013.

NEUMAN, A.; GUNNBJORNSDOTTIR, M.; TUNSATER, A.; NYSTROM, L.; FRANKLIN, K. A.; NORRMAN, E.; JANSON, C. Dyspnea in relation to symptoms of anxiety and depression: a prospective population study. **Respiratory Medicine**. v. 100, Issue 10, p. 1843-1849, 2006.

O'DRISCOLL, B. R. *et al.* Diretriz BTS para uso de oxigênio em adultos em ambientes de saúde e emergência. **Revista Thorax**, v.78, n.1, 2017.

OLIVEIRA, E. P.; JUNIOR, P. M. Cuidados Paliativos em Pneumologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 3, p. 1-11, 2020.

PARSHALI, M. B. *et al.* An official American Thoracic Society statement: Update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 185, n. 435-52, 2012.

RODRIGUES, I. G. Cuidados paliativos: análise de conceito. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

QUEIROZ, J. V. M. *et al.* Atenção farmacêutica em pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica dos principais tratamentos paliativos. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**,

v. 27, n. 2, p. 100-104, 2019.

SARMENTO, G. J. V. **Fisioterapia respiratória no paciente crítico**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007, p. 90-97.

SCHETTINO, G. P. P.; ALTOBELLI, N.; KACMAREC, R. M. Noninvasive Positive pressure ventilation reverses acute respiratory failure in select “do not intubate” patients. **Crit Care Med**, v. 33, p.9, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (SESA). **Nota técnica n. 09/2021 Covid-19** - Recomendações sobre o uso de da ventilação não invasiva, oxigênio suplementar e capacete elmo no tratamento da insuficiência respiratória aguda na Covid. maio 2021.

SEVERINO, R. Gestão da dispneia em cuidados paliativos: intervenções farmacológicas e não farmacológicas. **Revista Investigação em Enfermagem**, n. 31, p. 9-23, 2020.

SIMON, P. M. *et al.* A estimulação da mucosa oral modula a intensidade da falta de ar induzida em indivíduos normais. **Am Revista Respir Dis**. v. 144, n. 2, p. 419-422, 1991.

SOLANO, J. P.; GOMES, B.; HIGGINSON, I. J. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, aids, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, and renal disease. **J Pain Symptom Manage**, v. 31, p. 58-69, 2006.

URONIS, H. E. *et al.* Oxigênio para o alívio da dispneia em pacientes leves ou não hipoxêmicos com câncer: uma revisão sistemática e meta-análise. **Br J Cancer**, v. 98, n. 2, p. 294-299, 2008.

## SOBRE OS AUTORES

**Andrey Luis Mozzer** - Psicólogo, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde / Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (ICEPI/SESA-ES). E-mail: andreymozzer@saude.es.gov.br.

**Agleildes Arichele Leal de Queirós** - Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva, Programa Qualifica APS/ICEPi. E-mail: liuleal.sgais@gmail.com

**Ana Carolina Menezes da Silva Braga** - Assistente Social, Sanitarista/Mestre em Saúde Coletiva, Provimto Formação/ICEPi. E-mail: anacmdasilvabraga@gmail.com

**Ana Caroline Zeferino Botacin** - Enfermeira graduada pela EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Residente Multiprofissional em Cuidados Paliativos pelo ICEPI - Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde no HEAC - Hospital Estadual de Atenção Clínica. E-mail: ana.caroline\_zb@hotmail.com

**Ana Frechiani Herzog** - Administradora, Especialista em Auditoria em Saúde, Superintendência Regional de Saúde de São Mateus (SRSSM). E-mail: anaherzog@saude.es.gov.br

**Ana Rosa Murad Szpilman** - Cirurgiã-dentista, Doutora em Educação (PPGE/UFES), Curso de Medicina, Universidade Vila Velha. E-mail: szpanarm@gmail.com

**Andressa Poloni Anholeti** - Assistente Social – Secretaria de Saúde de Iconha. E-mail: andressapoloni@hotmail.com

**Barbara Frigini De Marchi** - Psicóloga efetiva da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)/SESA, lotada na Unidade de Curta Permanência (UCP) do Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC). E-mail: barbara.psi.fdm@gmail.com

**Betsaida Moulin Malheiros** - Assistente Social SESA/ES. E-mail: betmoulin@yahoo.com.br

**Camila Aparecida de Amorim** - Assistente Social, especialista em Atenção ao Câncer, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do ICEPi, na Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro (UIJM). E-mail: camilaamorim.heci2018@outlook.com

**Camilla Verane Delboni Telles** - Assistente Social, Especialista em Epidemiologia, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS. E-mail: camilatelles@saude.es.gov.br

**Carolina Dutra Degli Esposti** - Cirurgiã-dentista, Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: carolinaesposti@gmail.com

**Carolina Fonseca Dadalto** - Psicóloga SESA/ES – Superintendência Regional de Saúde da Região Norte, Especialista em Atenção Primária a Saúde, Mestre em Psicologia Institucional – UFES. E-mail: carolinafdadalto@gmail.com

**Carolina Perez Campagnoli** - Fisioterapeuta, Mestre em Políticas Públicas de Saúde e Desenvolvimento Local, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS. E-mail: carolinacampagnoli@saude.es.gov.br

**Célia Márcia Birchler** - Célia Márcia Birchler, Assistente Social, Mestre em Saúde Coletiva UFES, ICEPI SESA-ES. E-mail: [celia.birchler@gmail.com](mailto:celia.birchler@gmail.com)

**Clarice Sampaio Cunha** - Fonoaudióloga, Especialista em Gestão em Saúde, Programas de Residência em Saúde/ICEPI. E-mail: [claricesampaio@gmail.com](mailto:claricesampaio@gmail.com)

**Clay Graziotti Assef** - Enfermeiro, Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde / Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (ICEPI/SESA-ES). E-mail: [clayassef@gmail.com](mailto:clayassef@gmail.com).

**Danila de Sousa Silva** - Farmacêutica, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do ICEPI, na UIJM. E-mail: [danila.sousa0@gmail.com](mailto:danila.sousa0@gmail.com)

**Douglas Gonçalves Jacob** - Psicólogo, Especialista em Gestão Pública em Saúde, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde / Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (ICEPI/SESA-ES). E-mail: [douglasjacob@saude.es.gov.br](mailto:douglasjacob@saude.es.gov.br).

**Edleusa Gomes Ferreira Cupertino** - Pedagoga, Especialista em Violência Contra a Criança e Adolescentes/USP, servidora da Fiocruz/Minas, cedida para a Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violência/SESA/ICEPI - ORCID0000-0001-9539-5997. E-mail: [edleusagfcupertino@gmail.com](mailto:edleusagfcupertino@gmail.com)

**Eliza Barreto dos Santos Daroz** - Enfermeira Obstétrica, Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde - Enfermagem, Secretária Municipal de Saúde de Itapemirim-ES. E-mail: [ebsdaroz@yahoo.com.br](mailto:ebsdaroz@yahoo.com.br)

**Elzimar Evangelista Peixoto Pinto** - Psicóloga, Mestre em Psicologia (PPGP/UFES), Secretária Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Vitória. E-mail: [elzimarpeixoto@gmail.com](mailto:elzimarpeixoto@gmail.com)

**Érika Saiter Garrocho** - Fonoaudióloga, Especialista em Saúde Coletiva, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS. E-mail: erikagarrocho@saude.es.gov.br

**Fabiano Ribeiro dos Santos** - Enfermeiro, Sanitarista, Especialista em Saúde Pública, Direção ICEPi. E-mail: fabianoribeiro.sus@gmail.com

**Fábio Bremenkamp Cunha** - Assistente Social efetivo da SESA, preceptor do PRMSM do ICEPi/SESA, UCP/HEAC. E-mail: fabiobremenkamp@saude.es.gov.br

**Franciele Luck** - Enfermeira SESA/ES, especialista em Atenção primária à Saúde e Especialista em Epidemiologia - Coordenadora do Projeto: ciclo de capacitações para a rede de atenção psicossocial do Espírito Santo. E-mail: francieleluck@saude.es.gov.br

**Francisco José Dias da Silva** - Médico, Especialista em Medicina Geral Comunitária, Saúde Coletiva e Auditoria em Saúde. Gerente de Planejamento Estratégico e Desenvolvimento Institucional (GPEDI/SSEPLANTS/SESA). E-mail: chiquinho.es@gmail.com

**Gleicy Kelley Santos de Araujo** - Nutricionista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do ICEPI, na UIJM. E-mail: gleicysaraujo@gmail.com

**Grazielle Massariol Mori Nascimento** - Farmacêutica especialista em gestão de programas de saúde da família – Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF/SESA). E-mail: graziellemassariol@saude.es.gov.br

**Jéssika de Oliveira Garcia** - Terapeuta Ocupacional graduada pela UFES - Universidade Federal do Espírito Santo. Residente Multiprofissional em Cuidados Paliativos pelo ICEPI - Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde no HEAC - Hospital Estadual de Atenção Clínica. E-mail: jessika.garciia@hotmail.com

**Júlia Ott Dutra** - Psicóloga graduada pela UFES, residente do PRMSM do ICEPi/ SESA. E-mail: juliaott\_dutra@hotmail.com

**Juliana da Silva Mariano** - Médica de Família e Comunidade, Programas de Residência em Saúde/ICEPi. E-mail: jullie.mariano28@gmail.com

**Juliana Ramos Bruno** - Nutricionista, Mestre em Nutrição e Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica. E-mail: julianabruno@msn.com

**Laís Melo Serafim** - Estudante de Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail:lais.m.s77@gmail.com

**Larissa Almeida Rodrigues** - Assistente Social SESA/ES, Especialista em Políticas Sociais, Coordenadora do Projeto: ciclo de capacitações para a rede de atenção psicossocial do Espírito Santo. E-mail: larissarodrigues.saude@gmail.com

**Larissa De Lima Banhos** - Assistente Social graduada pela UFES, residente do PRMSM do ICEPi/SESA. E-mail: larissabanhos@gmail.com

**Lêda Zorayde de Oliveira** - Enfermeira, Mestre em Avaliação (Cesgranrio), Fundação Oswaldo Cruz, E-mail: leda.zorayde@gmail.com

**Leoverlane da Cunha Miranda** - Enfermeira lotada no Núcleo Especial de Regulação de Internação – NERI. E-mail: leoverlanemiranda@saude.es.gov.br

**Liliam Mulinari da Cunha Pinto** - Fisioterapeuta, pós-graduada em Neurologia do Adulto, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do ICEPi, na UIJM.

**Lilian Christo de Oliveira Soares** - Farmacêutica mestre em Assistência Farmacêutica - Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF/ SESA). E-mail: geaf.serp@saude.es.gov.br

**Lílian de Oliveira Lana** - Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Segurança do Paciente e Enfermagem do Trabalho. Atua no Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo. E-mail: [lilian\\_lana@hotmail.com](mailto:lilian_lana@hotmail.com)

**Lorena Ferreira** - Cirurgiã-dentista, Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: [lorenaferreira9290@gmail.com](mailto:lorenaferreira9290@gmail.com)

**Luana Cruz Freire** - Psicóloga, Mestranda em Saúde Coletiva – UFES. Chefe do Núcleo de Apoio ao Planejamento Estratégico (NEAPE/GPEDI/SSEPLANTS/SESA). E-mail: [luanacruzfreire@gmail.com](mailto:luanacruzfreire@gmail.com)

**Luciana Machado Duarte** - Fisioterapeuta, Especialista em Docência do Ensino Superior. Responsável Técnica pelo Serviço de Fisioterapia e membro da Comissão de Educação Permanente da Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro (UIJM). E-mail: [lucianamachadoduarte@hotmail.com](mailto:lucianamachadoduarte@hotmail.com)

**Luísa Pedrada de Sousa** - Fisioterapeuta graduada pela EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Residente Multiprofissional em Cuidados Paliativos pelo ICEPI - Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde no HEAC - Hospital Estadual de Atenção Clínica. E-mail: [luisapedrada@gmail.com](mailto:luisapedrada@gmail.com)

**Luiz Claudio Oliveira da Silva** - Psicólogo, Especialista em Gestão em Saúde, Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação em Saúde/Secretaria de Estado da Saúde (ICEPI/SESA-ES). E-mail: [luizclaudiosilva@saude.es.gov.br](mailto:luizclaudiosilva@saude.es.gov.br)

**Manoela Cassa Libardi** - Nutricionista, Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos – UFES. Atua no Serviço de Nutrição e é membro da Comissão de Educação Permanente em Saúde da Unidade Integrada de Jerônimo (UIJM). E-mail: [manoelalibardi@gmail.com](mailto:manoelalibardi@gmail.com)

**Marcel Pereira Fernandes** - Farmacêutico-bioquímico especialista em Auditorias em sistema de saúde - Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF/SESA). E-mail: geaf.programa@saude.es.gov.br

**Marcello Dala Bernardina Dalla** - Médico de Família e Comunidade Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde / Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (ICEPI-SESA-ES), Mestre em Educação e Doutor em pediatria e Saúde da Criança. E-mail: marcellodalla@saude.es.gov.br ou marcellodalla@gmail.com.

**Margareth Pandolfi** - Cirurgiã dentista, Referência Técnica de Saúde bucal/SESA-ES, Doutora em Saúde Pública e tutora e pesquisadora do ICEPI. E-mail: margareth.pandolfi@hotmail.com

**Maria Fernanda Moratori Alves** - Nutricionista, Mestre em Políticas Públicas em Saúde, Núcleo Especial de Atenção Primária/SESA. E-mail: mariafernanda.moratori@gmail.com

**Marina Lima Daleprane Bernardi** - Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS. E-mail: marinabernardi@saude.es.gov.br

**Marly Marques da Cruz** - Sanitarista, Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP/ENSP), Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: marlycruz12@gmail.com

**Natalia Brostel de Magalhães Correa** - Farmacêutica - Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF/SESA). E-mail: geaf.programa@saude.es.gov.br

**Noelita da Silva Almeida** - Assistente Social, Especialista em Processos Educacionais em Saúde, Setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Linhares-ES. E-mail: noelita.salmeida@gmail.com

**Priscilla Rocha Araujo Nader** - Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Tutora do ICEPi. E-mail: priscillanader.sesa@gmail.com

**Rachel Eleanor Carneiro Gomes e Gama** - Economista, Especialista em Saúde Pública, Superintendência Regional de Saúde de Vitória (SRSV). E-mail: rachelcgama@gmail.com

**Raiany Boldrini Christe Jalles** - Nutricionista, Especialista em Saúde Pública, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS. E-mail: raianyjalles@saude.es.gov.br

**Raphaella Meirelles Paulo** - Estudante de Graduação em Odontologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Email: raphameirelles3@gmail.com

**Renata Abdalla Pires** - Enfermeira, Mestre em Ciências – Patologia das Doenças Infecciosas – NDI/UFES. Coordenadora assistencial de Enfermagem, coordenadora da Comissão de Segurança do Paciente e membro da Comissão de Educação Permanente em Saúde da Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro (UIJM). E-mail: renap29@gmail.com

**Renata Martins Fantin** - Enfermeira, Chefe do Núcleo Especial de Regulação de Internação – NERI. E-mail: renatafantin@saude.es.gov.br

**Ricardo da Silva** - Psicólogo, Especialista em Micropolíticas em Saúde, Superintendência Regional de Saúde de Colatina (SRSC). E-mail: ricardodasilva@saude.es.gov.br

**Sarah Cosme Foletto** - Enfermeira, Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Tutora do ICEPi. E-mail: sarah.cosme80@gmail.com

**Skarlath Ohana das Neves Patrocínio** - Psicóloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do ICEPi, na UIJM. E-mail: ska.ohana@gmail.com

**Vivian Marli Barros de Souza Siqueira** - Vivian Marli Barros de Souza Siqueira, Médica, Tutora do ICEPi. E-mail: vivianmarli@hotmail.com

**Wallace de Medeiros Cazelli** - Cirurgião-dentista, Mestre em Engenharia de Saúde Pública e Desenvolvimento Sustentável, Especialista em Auditoria em Saúde. Técnico da GPEDI/SSEPLANTS/SESA. E-mail: wcazelli@gmail.com

**Wellen Góbi Botacin** - Cirurgiã-dentista, Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente (UFES), Mestranda em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: wellen37@hotmail.com Não há uma só área na medicina capaz de dar conta sozinha de toda a complexidade do ser humano, principalmente em fim de vida. Por isso, sintomas multifatoriais como a dispneia precisam ser abordados por equipes multi e interprofissionais, visando à transdisciplinaridade no cuidado.

## A

Atenção primária à saúde 9, 65, 205

Atenção psicossocial 9, 184, 185, 189, 247, 248, 286, 287

## C

Cogestão em saúde 12, 111

Covid-19 8, 9, 53, 57, 58, 65, 72, 73, 74, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 97, 115, 117, 118, 127, 175, 184, 186, 191, 195, 202, 237, 238, 239, 242, 245, 248, 267, 271

Cuidados Paliativos 10, 31, 137, 206, 217, 225, 229, 230, 233, 234, 249, 251, 252, 253, 260, 261, 265, 266, 268, 269, 270, 280, 281, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 290

## E

Educação em Saúde 19, 84, 111, 112, 123, 163, 229

Educação Permanente 7, 8, 14, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 32, 33, 34, 35, 37, 47, 50, 51, 58, 70, 73, 74, 75, 80, 84, 91, 94, 97, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 147, 174, 178, 184, 198, 202, 205, 209, 218, 229, 288, 290

## I

internação psiquiátrica 10, 191, 237

## M

Metodologias ativas 8, 44, 59, 65, 147, 151, 153, 154, 161, 162, 185, 221

Metodologias participativas 8, 75, 81

**P**

Pandemia 8, 9, 10, 52, 53, 56, 57, 58, 65, 71, 72, 74, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 97, 98, 102, 110, 115, 117, 118, 127, 175, 184, 186, 189, 195, 202, 237, 238, 239, 242, 244, 246, 248, 267, 268, 271

Planos Municipais de Saúde 12, 52

Portfólio reflexivo 12, 131, 135, 136, 137, 139, 144, 145

Programa de Residência Multiprofissional 10, 134, 137, 225, 237, 253, 284, 285, 286, 287, 290

**R**

Rede de atenção à saúde 183, 212

## Publicações da Editora Rede UNIDA

### Séries:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes  
Ética em pesquisa  
Participação Social e Políticas Públicas  
Pensamento Negro Descolonial  
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde  
Educação Popular & Saúde  
Saúde Mental Coletiva  
Atenção Básica e Educação na Saúde  
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde  
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde  
Saúde & Amazônia  
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional  
Vivências em Educação na Saúde  
Clássicos da Saúde Coletiva  
Cadernos da Saúde Coletiva  
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade  
Conhecimento em movimento  
Arte Popular, Cultura e Poesia  
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico  
Branco Vivo  
Saúde em imagens  
Outros

### Periódicos:

Revista Saúde em Redes  
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



ISBN 978-65-5462-025-3



9 786554 1620253