



Artigo Original

PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: PERSPECTIVA DOS FACILITADORES

THE FACILITATORS' POINT OF VIEW REGARDING THE PRIMARY HEALTH CARE PLANNING AS A CONTINUING EDUCATION PROGRAM

PLAN DIRECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PERMANENTE: PERSPECTIVA DE FACILITADORES

Kênia Lara Silva¹, Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro², Lizziane D'ávila Pereira³, Bárbara Ribeiro Martins⁴, Juliana Alves Viana⁵, Stephanie Marques Moura Franco Belga⁶

Trata-se de um estudo qualitativo cujo objetivo foi analisar o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde no processo da educação permanente, bem como a formação dos profissionais para atuação como multiplicadores nesse processo. Os dados empíricos foram obtidos de entrevista com 11 enfermeiros que atuaram como facilitadores do Plano Diretor em um município da região metropolitana de Belo Horizonte. Os resultados indicam que a vivência como facilitador permitiu reflexões sobre o processo de trabalho, contribuindo para a incorporação de novas ferramentas na atenção primária. Os participantes relataram as dificuldades enfrentadas na condução do trabalho, bem como lacunas na formação desses profissionais para atuarem na Atenção Primária à Saúde e implementarem processos de educação permanente no cotidiano dos serviços. O Plano Diretor representa importante estratégia de educação permanente com potencial para transformar processos e práticas na atenção primária à saúde.

Descritores: Educação Continuada; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Prática Profissional.

This is a qualitative study that aims at analyzing the Primary Health Care Strategic Planning in a continuing education process, as well as the professional's formation to work as facilitators in it. Data was obtained through interviews with 11 nurses that had acted as the plan's facilitators in a municipality within Belo Horizonte. The results indicate that the experience as facilitators allowed them to reflect on the work process and this practice contributed to the incorporation of new tools to the primary health care system. The participants reported the difficulties faced when conducting the experience and the gap in the professionals' formation to act in the PHC and to put into practice the processes of continuing education on a day to day basis. In conclusion, the Planning represents an important continuing education strategy and it is significance to transform processes and practices in the primary health care service.

Descriptors: Education, Continuing; Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Professional Practice.

Estudio cualitativo con objetivo de analizar el Plan Director de Atención Primaria de la Salud en el proceso de educación permanente y la formación de profesionales para actuar como multiplicadores en tal proceso. Los datos empíricos fueron obtenidos en entrevistas a 11 enfermeros que actuaron como facilitadores del Plan Director en un municipio de la región metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. Los resultados indican que la experiencia como facilitador permitió reflexionar sobre el proceso de trabajo y contribuir a la incorporación de nuevas herramientas en la atención básica. Los participantes señalaron las dificultades enfrentadas en la conducción del trabajo y los vacíos en la formación de profesionales para implementar procesos de educación permanente en el cotidiano de los servicios. El Plan Director representa importante estrategia de educación permanente, con potencial para cambiar procesos y prácticas en la atención primaria de la salud.

Descritores: Educación Continua; Atención Primaria de Salud; Atención Integral de Salud; Práctica Profesional.

*Resultado da Pesquisa Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em municípios da microrregião Belo Horizonte, Nova Lima e Caeté. Instituição financiadora: Universidade Federal de Minas Gerais – Pró reitoria de Pesquisa. Edital Professor Recém-contratado 08/2010.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG. Sub-coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Belo Horizonte - MG, Brasil. E-mail: kenialara@yahoo.com.br

²Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Referência Técnica em Gestão da Qualidade da Assessoria de Normalização de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG, Brasil. E-mail: helen.cristiny@saude.mg.gov.br

³Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde com ênfase em Saúde Pública. Diretora de Políticas de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG, Brasil. E-mail: lizziane.pereira@saude.mg.gov.br.

⁴Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Discente do curso de Gestão de Serviço de Saúde da UFMG. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem Belo Horizonte – MG, Brasil. E-mail: barbara.martins17@yahoo.com.br

⁵Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Bolsista apoio técnico/FAPEMIG. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Discente do curso de Gestão de Serviço de Saúde da UFMG. Belo Horizonte – MG, Brasil. E-mail: jualves.v@gmail.com.

⁶Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde da UFMG. Bolsista de iniciação científica do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Belo Horizonte – MG, Brasil. E-mail: tetimarques@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde que orientam e investem prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam melhores resultados na provisão de recursos, na equidade e em eficiência dos serviços de saúde⁽¹⁾. Revelam ainda a importância da APS na organização de redes de atenção que garante continuidade do cuidado, integralidade e satisfação dos usuários⁽¹⁾. Nesse sentido, a saúde comunitária e os modelos dela decorrentes (medicina preventiva, atenção primária ou básica em saúde) representam uma estratégia substitutiva do modelo de atenção biomédico, com inversão do enfoque da doença para a promoção da saúde⁽²⁾.

No Brasil, como eixo estruturador da APS, enfatiza-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF deve ordenar-se de acordo com os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso universal a serviços resolutivos e de qualidade, integralidade das ações, relações de vínculo e responsabilização entre equipes de saúde e população adscrita, educação permanente, planejamento, programação, avaliação de resultados, estimulação da participação popular e do controle social⁽³⁾.

Contudo, a ausência de recursos humanos em saúde, com capacitação técnica adequada, com salários e condições de trabalho atrativos constitui-se um desafio para avançar na qualificação da atenção primária na maioria dos municípios brasileiros⁽⁴⁾.

O Estado de Minas Gerais enfrenta desafios para ampliar a cobertura da APS, condição fundamental para reestruturar seu sistema de saúde. O diagnóstico situacional da APS, realizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), revelou graves problemas. Tais problemas encontravam-se relacionados com a concepção ideológica atrasada, fragmentação do sistema de saúde, modelo de atenção privilegiando as condições agudas, ausência de diretrizes clínicas, infraestrutura inadequada, processo de capacitação dos

profissionais fragmentado e sem consistência educacional e precarização dos vínculos profissionais⁽⁵⁾.

Nesse sentido, o governo do Estado de Minas Gerais vem desenvolvendo desde 2008 o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), estratégia de implantação do projeto estruturante do governo do estado, o Saúde em Casa. O PDAPS estende-se desde o aspecto físicoestrutural ao desenvolvimento de habilidades específicas para atuação nos pontos de atenção à saúde e tem como eixos prioritários a construção e a ampliação de Unidades de Atenção Primária à Saúde; a aquisição de equipamentos e insumos básicos; a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação da APS; a implantação de diretrizes clínicas na APS⁽⁵⁾.

Destacam-se, também, como propósito do PDAPS, a produção e a democratização do conhecimento por meio da educação permanente em saúde, objeto deste estudo. Nesse sentido, o Plano está organizado num conjunto de dez oficinas de capacitação dos profissionais das equipes de saúde, com implantação de diretrizes clínicas de atenção à saúde e de instrumentos de diagnóstico da situação de saúde, programação e monitoramento de ações, além de outros instrumentos de gestão⁽⁵⁾.

As Oficinas educacionais, elaboradas com base nos princípios da educação de adultos, contam com a parceria de instituições de ensino de graduação e de pós-graduação, num processo de educação permanente em saúde. Abordam as temáticas As Redes de Atenção à Saúde, Análise da Atenção Primária à Saúde no Município, Diagnóstico Local, Programação Local e Municipal, Contrato de Gestão, Acolhimento e Organização da Atenção à Demanda Espontânea, O Prontuário da Família e Abordagem Familiar, Assistência Farmacêutica e Laboratorial, Monitoramento e Avaliação⁽⁵⁾.

Na estruturação das Oficinas do PDAPS há três atores fundamentais: o tutor, o facilitador e os

participantes locais. Os tutores são profissionais das universidades ou de instituições de saúde que assumem a condução da Oficina com os facilitadores e a supervisão da implantação do PDAPS nas microrregiões. Os facilitadores são profissionais vinculados à APS nos municípios e que assumem a função de replicar as Oficinas para os participantes no nível local. Os participantes são os demais profissionais da APS nos municípios que, depois da participação nas Oficinas, apresentam os produtos para os facilitadores.

Entende-se que o facilitador é um ator estratégico no processo de educação permanente em saúde, uma vez que articula os conhecimentos propostos pelos tutores e os replica para os profissionais que atuam nos serviços. O facilitador deve estimular os processos de aprendizado dos participantes com enfoque nos problemas cotidianos dos serviços de saúde e nos processos de trabalho, promovendo o desenvolvimento institucional e individual⁽⁶⁾.

Contudo, surge o desafio para os facilitadores de se envolverem com as propostas e de se qualificarem e, sobretudo, de se tornarem multiplicadores para os demais profissionais. Em parte, considera-se que esse desafio decorre da deficiência no processo de educação permanente em saúde além dos aspectos pessoais e estruturais relacionados ao serviço onde atuam.

Diante dessa problemática, o estudo tem como objetivo analisar o Plano Diretor de Atenção Primária no processo da educação permanente, bem como a formação dos profissionais para atuação como multiplicadores nesse processo.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa sustentada no referencial teórico-metodológico da dialética, concebida como uma forma de pensar as contradições da realidade e sua permanente transformação. Esses atributos constituem a própria essência da dialética, a partir da qual, parte-se

do pressuposto fundamental que toda formação social é contraditória e, portanto, historicamente superável.

O cenário deste estudo foi um município da região metropolitana de Belo Horizonte que desenvolveu as Oficinas do PDAPS no período de março de 2009 a dezembro de 2010. Nesse município estiveram envolvidos nas Oficinas dois tutores ligados a uma Universidade pública que qualificaram 18 facilitadores. Esses facilitadores, por sua vez, foram responsáveis por replicar o conteúdo das Oficinas para 281 profissionais que atuam nas unidades de APS do município.

Foram sujeitos do estudo onze enfermeiros da APS, identificados pelos códigos E1 a E11, do total de 18 facilitadores que participaram na implantação do PDAPS no município- cenário. A inclusão dos sujeitos foi aleatória considerando o convite e o aceite voluntário para participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado com questões que versavam sobre a experiência de ser um facilitador das Oficinas do Plano Diretor, bem como os aspectos da formação acadêmica que contribuíram para esse processo. Cada enfermeiro foi entrevistado individualmente por dois pesquisadores em um local que garantisse a privacidade e o anonimato como participante do estudo. As entrevistas foram realizadas em maio de 2011, aproximadamente cinco meses após a conclusão das Oficinas de implantação do PDAPS no município-cenário.

Os dados oriundos das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática⁽⁷⁾. A análise foi orientada por duas categorias: O PDAPS como oportunidade de qualificar a Atenção Primária e Ser facilitador do PDAPS: atuando como ator na educação permanente em saúde.

Em relação aos aspectos éticos, todas as etapas da pesquisa estão em concordância com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Sua aprovação se deu pelo Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de Minas Gerais, número ETIC 0361.0.203.000-10. A coleta de dados foi precedida da solicitação e aceite do entrevistado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PDAPS como oportunidade de qualificar a atenção primária

Esta categoria foi revelada a partir dos eixos temáticos O trabalho na APS antes do PDAPS; Organizando o processo de trabalho e Continuidade do Processo.

O trabalho na APS antes do PDAPS

Os resultados do estudo permitiram identificar o PDAPS como estratégia potente para melhorar a atenção primária no município-cenário. Essa qualificação foi apresentada pelos participantes por meio do reconhecimento do trabalho na APS antes das Oficinas do PDAPS e de como vislumbram as mudanças após a participação nas oficinas.

Os sujeitos da pesquisa relataram ao longo das entrevistas que, antes das Oficinas do PDAPS, apesar de atuarem na atenção primária, desconheciam as ferramentas de trabalho desse nível de atenção. As falas evidenciaram as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cotidiano e a ausência de protocolos para normatizar as ações e condutas, orientar e oferecer subsídios para a reorganização do processo de trabalho: *era uma atuação pouco coordenada e pouco direcionada ... a gente não tinha uma organização... a atenção primária ela apaga muito incêndio (E8). Antes das Oficinas a gente ficava meio perdido, em relação a conhecer a área, não sabia os idosos, os hipertensos, gestantes. A gente tinha uma noção, mas não palpável, não tinha esses números, esses valores e até o próprio diagnóstico situacional. Não tinha como teorizar os casos que você atenderia, saía apagando incêndios (E7). Antes de começar a participar como facilitadora do PDAPS, eu vi que as coisas eram muito soltas porque no município não tem um protocolo, as coisas não funcionavam, não tinha uma linha a*

seguir, um protocolo a seguir, uma conduta certa a seguir. Cada um age de uma forma diferente (E5).

Os profissionais expressaram que havia um desconhecimento da população da área de abrangência, o que contribuía para a ineficiência das atividades desenvolvidas na atenção primária: *A gente não tinha um conhecimento real até da população que a gente trabalhava (E2). A gente não conhecia todos os hipertensos, diabéticos, situação de risco mesmo. E foi muito interessante que, antes de realizar o PDAPS, antes de ter esse conhecimento da própria população que a gente trabalhava há muito tempo, a gente viu que realmente não conhecia a população (E10). Nós não tínhamos norte... quantidade de população, a gente não conseguia ter ao certo, não tinha padronizado ações, a gente não tinha uma organização centrada, específica para a atenção primária (E8).*

É importante destacar o contexto anterior ao PDAPS no município que se mostrava contraditório ao preconizado para a APS como estratégia de garantia do acesso da população aos serviços de saúde, constituindo-se como porta de entrada e lócus de responsabilidade pela atenção ao indivíduo no decorrer do tempo. A APS, na busca de fazer cumprir as funções de responsabilização, organização e resolução, e também os princípios – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar, enfoque comunitário – deve adotar ferramentas de organização do processo de trabalho⁽¹⁾.

Contudo, os resultados apresentados demonstraram as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na condução do trabalho na atenção primária, como o desconhecimento da população da área de abrangência, falta de informações sistematizadas, ausência de protocolos, e, além disso, uma prática baseada no modelo curativista e na demanda espontânea.

Tais achados contrastam com a proposta da Política Nacional de Atenção Básica, a qual preconiza que esse nível de atenção tenha como características: territórios de atuação definidos, programação das ações com priorização dos problemas mais frequentes e grupos de riscos, ações educativas direcionadas para o

processo saúde-doença, integralidade das ações, garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, humanização, planejamento e avaliação das ações, intersetorialidade, estimulação da participação popular e do controle social⁽³⁾.

Os facilitadores também apontaram um modelo de atenção focado nas ações curativistas e na demanda espontânea, em detrimento das práticas de promoção à saúde e prevenção de agravos: *não se trabalhava prevenção, porque todo mundo era voltado naquele modelo médico-centrado. Pessoas acordando na fila, sempre aquele médico e o enfermeiro muito atarefado, tendo só que trabalhar com o modelo curativo* (E11). *A atenção primária ela apaga muito incêndio, ela toma ações do dia a dia daquela comunidade, que são imediatas, ações emergenciais ou ações de demanda espontânea ... O programa que a gente trabalha não é para isso, ele atende esse tipo de público, mas ele é direcionado para ações eletivas, ações de promoção e prevenção e não curativa igual a gente faz* (E8).

Em relação ao acesso dos usuários às unidades básicas de saúde, os sujeitos da pesquisa relataram sobre as longas filas que se arrastavam para conseguir consultas médicas e de como era a recepção desses usuários na unidade: *Todo mundo vinha pra fila de madrugada marcava a consulta, não trabalhava acolhimento, não trabalhava nada disto. Então todo mundo que vinha, era atendido, ou pedia pra voltar no dia seguinte, mas a gente não tinha aquela questão de acolher, até mesmos capacitar os próprios profissionais da unidade... de como receber bem o paciente, relação entre a equipe era bem complicado* (E3).

Outros estudos corroboram com a realidade vivenciada pelos profissionais no município-cenário, os quais reforçam as dificuldades encontradas pelas equipes de atenção primária na organização de seu trabalho, decorrentes da escassez de métodos de planejamento das ações e serviços de saúde, dificuldades no estabelecimento de vínculo e organização da demanda, além da predominância do atendimento ambulatorial e desenvolvimento de poucas ações de promoção e prevenção⁽⁸⁻⁹⁾.

Organizando o processo de trabalho

Os resultados indicam que a implantação do PDAPS permitiu a organização do processo de trabalho na APS. Os facilitadores revelaram que a participação nas Oficinas do PDAPS oportunizou conhecer diferentes ferramentas que orientam a prática na APS, impactando na organização dos processos de trabalho e qualificação dos profissionais: *A gente conseguiu realmente estar estruturando a unidade... era uma unidade totalmente desorganizada... Então, a partir do momento que começou a criar uma agenda, criar o mapa, divulgar isso pra população, como que seria a questão do acolhimento, de consultar com o médico. Então pra gente acabou tendo resultados rápidos e positivos* (E2). *Eu mudei totalmente minha forma de atuar, minha abordagem ao usuário, minha forma de entendimento da problemática do que é uma área de abrangência, núcleo familiar, prontuário* (E8).

Os participantes do estudo apontaram que as Oficinas possibilitaram organizar a demanda por meio da estratégia do acolhimento tanto como uma forma de sistematizar as ações do serviço quanto na abordagem humanizada aos usuários. O acolhimento e as mudanças decorridas de sua implantação emergiram da análise dos dados como um tema que sofreu grande impacto a partir do PDAPS, alterando a atuação dos profissionais e a atenção ao usuário: *A questão do acolhimento bem feito, de saber tratar, lidar com o paciente. Então isto modificou bastante a nossa vida aqui dentro* (E3). *Com a vinda do PDAPS a gente passou a fazer o acolhimento. Então o primeiro impacto foram as consultas que passaram a ser feitas de manhã e todas através de um acolhimento. Em uma unidade que tem um movimento muito grande eu e uma outra enfermeira acolhíamos os pacientes e víamos a necessidade de quem tinha necessidade de priorizar as consultas do dia, a parte da tarde que é agenda a gente ia organizando de acordo com o fluxo* (E6).

Sabe-se que construir a imagem-objetivo esperada para a APS exige definição política, investimento na qualificação profissional e transformação das práticas cotidianas nos serviços de saúde. Pode-se afirmar que o PDAPS, na perspectiva dos facilitadores, possibilitou mudanças no processo de

trabalho na APS. Uma importante modificação se deu na organização do serviço de uma forma geral, criando uma agenda de atuação dos profissionais, elaborando e divulgando o mapa da área de abrangência da unidade e principalmente na forma de acolher os usuários.

O acolhimento pode ser compreendido como uma estratégia para ampliação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, bem como um novo modo de operar os processos de trabalho em saúde. Essa estratégia enfatiza a importância de os profissionais desenvolverem uma postura capaz de acolher, de realizar uma escuta qualificada, identificando necessidades, riscos e vulnerabilidades apresentadas pelo sujeito, de oferecer respostas mais adequadas e de realizar, quando necessário, o encaminhamento do usuário, permitindo a continuidade da assistência⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Ficou também evidente na fala dos entrevistados o quanto as Oficinas possibilitaram valorizar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), como ator importante na ESF. *Minha equipe, as minhas agentes iam, procuravam saber, traziam as coisas... Só falavam de PDAPS. Falavam assim: "vamos fazer o mapa?", "Ó eu preciso de tal informação", corriam atrás para poder levantar os dados. Às vezes quando eu não estava nem lembrando elas "X, aqui aquele dado que você pediu da gestante". Foi ótimo essa habilidade interpessoal, com a própria equipe (E7). Acho que a peça fundamental pra gente no PDAPS foram os ACS, foi a gente conseguir colocar os ACS dentro da equipe... até os ACS que sempre reclamavam e talvez ajudavam a população a reclamar, eles começaram a ter uma visão diferente da unidade de saúde (E2). Foi satisfatório para a gente organizar nossa agenda, o atendimento e ter tempo para fazer reunião com os ACS, coisas que a gente não tinha tempo. Às vezes era aquela reunião rápida e a gente não passava tudo que precisava (E2).*

A análise dos dados permitiu compreender que o PDAPS exerceu um importante papel na Educação Permanente em Saúde ao provocar reflexões sobre o trabalho na APS, tomando como referência a prática das equipes e a discussão dos elementos do processo de trabalho, por meio de um conjunto de ferramentas de reorganização do serviço. Essa premissa estava posta quando da elaboração do Plano que objetivava assessorar os municípios na reorganização de seu

sistema de saúde, promovendo a integração dos serviços, o fortalecimento da APS e a consequente implantação das redes de atenção à saúde⁽⁵⁾.

Também foi possível vislumbrar, nas falas dos sujeitos, a importância dos ACS na ESF e como esses atores se envolveram na proposta do PDAPS. O Agente Comunitário de Saúde foi edificando sua função junto com a equipe, no decorrer dos anos, sendo articulador entre a população e a equipe de saúde, contribuindo para a qualificação da assistência⁽¹²⁾.

Continuidade do Processo

Os dados do estudo permitiram verificar que a qualificação dos profissionais que atuam na atenção primária é entendida pelos participantes na perspectiva de continuidade de um processo. Evidenciou-se que os temas trabalhados nas Oficinas do PDAPS exigem tempos diferenciados para aplicação e mudança na prática: *Eu acho que o PDAPS é um processo contínuo, que nunca acaba (E1). As mudanças são necessárias e elas não ocorrem de uma hora pra outra assim... É uma coisa gradativa, não é porque a gente vive, é uma realidade hoje que não se adequa àquilo que o PDAPS preconiza que a gente vai se manter com essa realidade (E5). Em longo prazo, se o município der suporte, eu acredito que a gente consiga alcançar níveis satisfatórios (E8). Rapidamente já tivemos vários impactos. De organização principalmente... Saber a classificação, fazer o mapa... Só que muitas coisas serão a longo prazo, por exemplo, a parte física da minha unidade, as ruas, o acesso também não eram ideais (E9).*

Diante desse contexto, fica premente a necessidade de qualificação permanente dos trabalhadores da atenção primária, levando-os a refletir sobre a prática, trocar ideias e experiências pessoais e profissionais e buscar soluções para as dificuldades do cotidiano.

Observou-se que, apesar das mudanças ocorridas após as Oficinas, os profissionais têm clareza da necessidade de constante atualização e que os resultados variaram entre as unidades de saúde, demonstrando a menor capacidade de incorporação de algumas ferramentas abordadas, pressupondo mudança

de cultura e compromisso com a gestão pública, o que precisa de tempo.

Dentre os principais desafios para a continuidade do processo, destaca-se a alta rotatividade dos profissionais na APS no município-cenário e a necessidade de investimento da gestão: *A rotatividade é muito grande sabe, todo dia vai gente embora... Dos profissionais, de seis eu tenho dois. Então muitos dados se perderam, hoje eu não tenho mais os dados iguais eu tinha* (E6). *Não consegui acolhimento, não consegui muita coisa, não dependia de mim, dependia até de uma gestão do município* (E11). *Acho que a resistência dos participantes em aceitar o PDAPS, acho que eles demoraram um pouco para entender a proposta. Eh a gestão, alguns da gestão também tiveram dificuldades* (E1).

Em relação às dificuldades, a precariedade do vínculo de trabalho no PSF aparece como uma das principais causas da alta rotatividade das equipes e nós críticos da ESF, uma vez que compromete toda a proposta, por impedir a vinculação profissional com a comunidade e o desenvolvimento de novas práticas que contribuam para a inversão do atual modelo de atenção à saúde⁽¹³⁾.

Já no segundo âmbito, o cerne da descontinuidade do processo se dá pelo desinteresse ou desconhecimento da liderança municipal sobre a importância e o impacto da atenção primária no sistema de saúde local, ou ainda pela dificuldade da gestão municipal em estruturar a rede de atendimento básico⁽⁴⁾. A falta de apoio da gestão municipal pode sinalizar para a incompreensão da gestão sobre a magnitude do processo de qualificação da APS, ainda que esta tenha sido assumida como objetivo estratégico da SES-MG. Assim, é fundamental que a gestão assuma sua responsabilidade no processo de educação permanente em saúde, contribuindo para o fortalecimento da atenção primária à saúde, como uma efetiva prioridade dos gestores do SUS⁽⁵⁾.

Revela-se que o PDAPS possibilitou mudanças significativas no processo de trabalho das equipes de APS no município estudado. Contudo, é necessária a continuidade dessa proposta para que os resultados

possam ser perceptíveis e passíveis de estudo a médio e longo prazos.

Ser facilitador do PDAPS: atuando como ator na educação permanente em saúde

Essa segunda categoria empírica foi revelada a partir dos eixos temáticos Oportunidade para se qualificar; Estratégias utilizadas na EPS e Desafios de ser facilitador.

Oportunidade para se qualificar

Os resultados indicam que, para os facilitadores, o PDAPS foi uma oportunidade para se qualificar. Nesse sentido, os participantes revelaram que as Oficinas possibilitaram a aquisição de conhecimento a respeito da atenção primária: *A experiência de eu ser facilitador me deu suporte técnico, conhecimento e vivência, porque a gente trabalhou com vários municípios e realidades muito distintas... Então, ser facilitador me causou uma experiência fantástica e me surpreendeu porque inicialmente eu estava resistente* (E8). *Acredito que o plano diretor foi um divisor de águas na minha profissão* (E9). *Acrescentou muito pro trabalho da unidade, pro trabalho da equipe, e pra mim como enfermeira foi fundamental... Trabalhava sem um conhecimento do trabalho em equipe, da população, da comunidade* (E2).

Os relatos permitem identificar que as Oficinas configuraram-se em momento de troca de experiências e conhecimentos sobre os instrumentos de organização do serviço, bem como sua utilidade e aplicabilidade.

A oportunidade de se qualificar foi apresentada pelos participantes como superação das lacunas deixadas pela formação no que diz respeito à atenção primária. Tais lacunas de formação estão expressas nos discursos dos sujeitos da pesquisa como sendo fruto da desarticulação entre teoria e prática: *Depois de você estar na ponta, de você vivenciar aquilo e gostar, é diferente, você tem outra visão. Acho que a Faculdade é muito superficial* (E6). *Todas as Oficinas já conhecíamos na teoria e algumas coisas na prática. Mas a Faculdade fez a formação teórica já que o PDAPS trouxe a prática, só ajudou ainda mais* (E1).

Mesmo quando relatavam já possuir conhecimentos teóricos sobre a atenção primária, é constante, na fala dos entrevistados, a dificuldade de

sua aplicação no cotidiano: *Eu me formei no X e lá eles abordam muito a atenção primária na minha graduação inteira, e isso abriu minha mente até pra eu sentir esta afinidade com o PSF. A proposta do PSF é muito boa. Eu acho que a teoria ela é muito boa pra você entender qual que é seu papel, o quê que você tá fazendo ali. Eu tenho assim base, sei como, o que fazer, mas eu não estou sabendo como fazer* (E11).

Os resultados indicam que o investimento em educação permanente representa uma possibilidade de valorizar o espaço de trabalho como cenário a partir do qual emergem as necessidades de qualificação contínua que extrapola as barreiras da formação acadêmica. Neste sentido, a implicação do processo de educação permanente é a reflexão crítica sobre o processo de trabalho em saúde, respeitando o conhecimento dos profissionais e ampliando os espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho⁽¹⁴⁾.

Desafios de ser facilitador

Os participantes do estudo apontaram como desafios na atuação como facilitadores a incompletude da formação acadêmica, tanto nos quesitos de conteúdos relativos à atenção primária como na questão da bagagem pedagógica: *Eu ainda estava um pouco crua na minha profissão, na minha prática e principalmente em saúde pública* (E9). *Então, a minha formação em si, foi muito mais hospitalocêntrica do que prevenção e promoção. Eu fui conhecer prevenção e promoção quando eu comecei a trabalhar, quando eu tinha um vínculo com a atenção primária... A minha formação, ela foi muito deficitária* (E8). *Eu acho que a formação pedagógica é um pouco difícil para todo mundo, nem todos tem essa habilidade, e na formação não teve muito isso* (E1). *Sinceramente, eu não vi assim nenhuma formação pra eu ser facilitadora. Eu nunca me imaginei ali na frente diante dos alunos, de certa forma que eram os funcionários, pra eu estar passando isto* (E3).

A discussão da docência e do ensino-aprendizagem direcionada para trabalhadores da saúde não se configura como uma constante⁽⁶⁾. Essa afirmação vai ao encontro dos achados do estudo quando os facilitadores apresentam o desconhecimento de ferramentas imprescindíveis para atuarem como

replicadores de processos de educação na atenção primária ou em outro nível de atenção. Reforça-se que aos trabalhadores da saúde devem ser oferecidos programas de aperfeiçoamento pessoal permanente, para que estejam sempre em consonância com essa perspectiva e se envolvam no processo de educação^(6,15).

Ademais, os sujeitos da pesquisa relataram que alguns dos principais desafios foram a falta de interesse dos profissionais da equipe e a precarização das condições de trabalho da APS: *Falta de interesse, a dispersão mesmo de alguns profissionais. Que é difícil tentar chegar com uma proposta bacana, dinâmica e algumas pessoas não interessarem no processo* (E4). *A não aderência do profissional médico... 90%, deles não participavam, então isso foi um ponto negativo demais na replicação das Oficinas* (E8). *Eu estou ali na frente passando uma coisa muito interessante... Acredito no que aprendi e no que passei...para a pessoa me jogar um balde de água fria e falar assim: eu não acredito e acho que isto não vai dar certo. Até para isto a gente tem que saber contornar a situação, porque às vezes naquele meio um desanimava todo mundo* (E3). *Tinha aquelas que colocavam você numa situação meio chata, ah! você vem falar isso pra mim? Sabe que isso não se adéqua ao meu trabalho, que não se aplica ao meu trabalho, não tem nada a ver, a gente nunca vai conseguir alcançar.... Então às vezes aquilo me deixava um pouco chateada* (E5).

Os facilitadores trouxeram para os participantes das Oficinas novas maneiras de fazê-los compreender a dinâmica social, os procedimentos de trabalho, as políticas de saúde, bem como seu papel no contexto organizacional da saúde⁽¹⁶⁾. Com isso, os facilitadores cumpriram seu papel de mobilizar sujeitos para provocar mudanças no ambiente de trabalho⁽¹⁷⁾.

Contudo, esse processo foi permeado de dificuldades em especial no que se refere ao desafio posto para o facilitador de induzir uma nova perspectiva para o conceito de saúde vigente na atenção primária. Neste sentido, se expressa a contradição no exercício do papel de facilitador de educação permanente em saúde: mediar processos de análise de coletivos num lugar que não dispõe de receitas e respostas⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

A vivência do facilitador permitiu reflexões sobre o processo de trabalho, contribuindo para a incorporação de novas ferramentas na atenção primária. Por meio dos relatos dos facilitadores, identifica-se que esse processo foi acompanhado de superação das dificuldades enfrentadas no cotidiano da APS, a citar a deficiência de infraestrutura, a rotatividade de profissionais, os obstáculos da gestão dos serviços e ainda o modelo de atenção que culmina na lógica imediatista na procura pelos serviços de saúde.

Também, a atuação como facilitador foi apresentada cercada de limites e possibilidades. Entre os limites, os resultados indicaram a superação das lacunas na formação dos profissionais para atuarem na APS e para implementarem processos de educação permanente no cotidiano dos serviços, incluindo os métodos pedagógicos e as estratégias de multiplicação de saberes no interior das equipes de saúde.

Destaca-se, como possibilidade da atuação como facilitador, a oportunidade de se qualificar e refletir sobre o processo de trabalho incorporando novas ferramentas ao fazer da APS.

Diante dos resultados, conclui-se que o Plano Diretor de Atenção Primária representa importante estratégia de educação permanente com potencial para transformar processos e práticas na atenção primária à saúde. Desse modo, deve ser uma proposta contínua, possibilitando novos estudos em outros municípios para que as experiências sejam multiplicadas e que os profissionais de saúde da APS possam conhecer e utilizar os instrumentos de trabalho existentes para uma APS cada vez mais resolutiva.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

2. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6):1171-81.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

4. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):401-12.

5. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.

6. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005; 9(16):161-8.

7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.

8. Araújo MFS, Veras KFO. Processo e precarização do trabalho no programa de saúde da família. *Rev Eletr Ciênc Sociais*. 2009; 14:41-56.

9. Schimith MD, Lima MD. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1487-94.

10. Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio STK. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família. *Espaç Saúde*. 2006; 8(1):7-12.

11. Carneiro AO, Benevides MAS, Costa ICS. Construindo saberes e práticas: o projeto humanização em Petrolina, Pernambuco. *Divulg Saúde Debate*. 2007; 40:84-8.

12. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(6):1304-13.

13. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):490-8.

14. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação

permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. Saude Soc. 2009; 18(supl 1):48-51.

15. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. Rev Rene. 2007; 8(2):41-9.

16. Lanzoni GMM, Lino MM, Schweitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. Rev Rene. 2009; 10(4):145-54.

17. Mendonça FF, Nunes EFPA, Garanhani ML, González AD. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde no município de Londrina, Paraná. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(5):2593-602.

18. Fortuna CM, Franceschini TRC, Mishima SM, Matumoto S, Bistafa MJP. Movimentos de educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. Rev Latinoam Enferm. 2011; 19(2):411-20.

Recebido: 02/08/2011

Aceito: 29/05/2012