

O Apoio Institucional e a educação permanente em saúde na formação do sanitarista: um relato de experiência

Institutional Support and Permanent Education in health in the graduation of Healthcare Professionals: an experience report

Júlia Monteiro Schenkel

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS), Especialista em Saúde Mental Coletiva (UFRGS).

E-mail: juliamonteiroschenkel@gmail.com

Cibele Dotto

Fisioterapeuta e Bacharela em Saúde Coletiva (UFRGS).

E-mail: cibeledotto@hotmail.com

Maura Carolina Belomé da Silva

Especialista em Saúde Pública, SES/UFRGS.

E-mail: maurabelome@gmail.com

Lisiane Boer Possa

Doutora em Sociologia (UFRGS). Professora Adjunta do Bacharelado em Saúde Coletiva (UFRGS).

E-mail: lisianepossa@gmail.com

Lisiane Gregis Poersch

Fonoaudióloga, Bacharel em Saúde Coletiva (UFRGS), Esp. Educação Popular ESP-RS.

E-mail: lisi_gregis@hotmail.com

Álison Leão Fernandes

Técnico de Enfermagem, Bacharel em Saúde Coletiva (UFRGS).

E-mail: aleaofernandes@gmail.com

Resumo

A partir de um relato de experiência de estágio curricular da Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, abordamos o desafio de formar sanitaristas atentos às singularidades dos processos de trabalho em saúde. Por meio da aproximação dos estudantes com a Atenção Básica do município de Esteio no ano de 2016, desenvolvemos práticas de apoio institucional e educação permanente, refletindo sobre os diferentes tempos envolvidos na gestão do Sistema Único de Saúde. Tais dispositivos foram apontados como estratégicos na formação de sanitaristas implicados com a co-gestão no Sistema Único de Saúde. O estágio curricular, como aprendizagem no trabalho, incorporou a educação permanente como prática pedagógica e desenvolveu-se como aprendizagem-intervenção, implementando também a ação universitária como atuação no sistema de saúde para a qualificação do trabalho no interior do sistema de saúde.

Palavras-chave: Formação do sanitarista; Apoio institucional; Educação permanente em saúde.

Abstract

Based on an experience report on the curricular internship of the Graduation in Collective Health of the Federal University of Rio Grande do Sul, we approach the challenge of educating health professionals attentive to the singularities of health work processes. Based on the students' approach to Primary Care in the city of Esteio, in 2016, we developed practices of institutional support and permanent education, reflecting on the different times involved in the management of the Unified

Health System. These devices were identified as strategic in the formation of sanitarians involved with co-management in the Unified Health System. The curricular internship, as learning at work, incorporated permanent education as a pedagogical practice and developed as intervention-learning, also implementing

university action as an action in the health system for the qualification of work inside the health system.

Key-words: Graduation of healthcare professionals; Institucional support and permanent education.

Introdução

Entendemos que o trabalho em saúde ocorre sempre no campo das singularidades e não se presta a homogeneizações, exceto em prejuízo do trabalho e do trabalhador. Da mesma forma ocorre no trabalho dos sanitaristas, já que atentar para as especificidades de cada cenário de atuação é critério fundamental para efetivarmos a potencialização dos processos de trabalho em saúde. Além disso, como a formação de sanitaristas desde a graduação é uma fato recente no Brasil e que as iniciativas de regulamentação e reconhecimento ainda estão em trâmite, a inserção no mundo do trabalho também é, em grande medida, invenção desse trabalho.

O reconhecimento dessa delicadeza no campo da Saúde Coletiva marca a inserção do estágio curricular da Graduação de Saúde Coletiva na Rede Governo Colaborativo em Saúde (RGCS) no ano de 2015. A RGCS surgiu em 2011, através de uma parceria interinstitucional entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e desenvolveu projetos ligados à pesquisa, avaliação e educação em saúde coletiva. A partir da necessidade de gerenciar projetos de âmbito

nacional, a RGCS surgiu como uma parceria integrada entre a universidade, setores governamentais e entidades ligadas à área da saúde, tendo como objetivo apoiar o desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio dessa iniciativa, foram implementadas no período até 2016 diversas iniciativas de cooperação com o Sistema Único de Saúde, como avaliações da atenção básica, de serviços de média e alta densidade tecnológica, de educação permanente, entre outros, com a gestão federal e com gestões estaduais e municipais, bem com serviços e redes de atenção. Constituiu-se em importante território de interfaces entre a Universidade e sistemas e redes de saúde.

A inserção do trabalho do *sanitarista em formação* juntamente aos projetos da RGCS, além de fortalecer suas iniciativas, principalmente proporcionou aos estudantes um novo cenário de vivências. O trabalho vivenciado, experimentado, nesse caso estava no espaço da interprofissionalidade e da interinstitucionalidade, aproximando-se, em certa medida, de um trabalho de matriciamento e apoio. No ano de 2015, o

trabalho foi desenvolvido principalmente junto à Secretaria Municipal de Saúde de Esteio/Rio Grande do Sul.

Relataremos a experiência do Grupo de Apoio que se constituiu a partir do estágio curricular da graduação em saúde coletiva na RGCS. Ao debater a formação do sanitarista nos cenários do SUS, abordaremos o Apoio Institucional (AI) e a (EP) em saúde como potentes dispositivos nesse percurso de formação.

Busca-se, desta forma, uma formação que aposta na gestão como exercício cotidiano do trabalhador e que intenciona formar gestores sensíveis aos processos, que possam contribuir para a superação de modos de gestão verticais e para o fortalecimento da cogestão no SUS. Nessa experiência de aproximação com uma rede municipal de Atenção Básica (AB), foi possível entrar em contato com dilemas reais e cotidianos da gestão e das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Colocamos entre demandas da gestão e demandas da atenção, vivenciamos e acolhemos tensões de ambos os lados. Aprendemos a mudar os planos para nos adequar ao tempo dos processos, puxar o freio de nosso desejo de disparar mudanças para respeitar o tempo de uma equipe. Afinal, em territórios movediços, experimentamos lidar com o inusitado.

O encontro com um campo de estágio que se fez junto com o caminho que o grupo foi traçando, trouxe desafios. Assim como tudo aquilo que é novo e está ganhando corpo, o titubear exige

criatividade de quem se lança a construir novos caminhos. O desacomodar dos corpos que não encontraram uma tarefa pronta a se engatar convocou a uma postura ativa de protagonismo na construção do próprio campo de estágio.

Contribuiremos para o esclarecimento e visualização da função do sanitarista a partir das narrativas de nossas experimentações em contato com o campo de estágio. É possível afirmar que a identidade do bacharel em saúde coletiva ainda está em um processo de construção, sem haver uma delimitação precisa a respeito da sua atuação. Nossa profissão é frequentemente confundida com demais categorias profissionais e ainda é pouco conhecida. Faremos uma análise dos pontos mais significativos e desafiadores de nossas experiências: o que de fato nos marcou, como nossos erros/acertos foram conduzidos e o que aprendemos com isso. Dividimos este artigo da seguinte forma: a formação do sanitarista, como entendemos os conceitos de AI e de EP, e por fim, trazemos o relato de duas experiências que nos proporcionaram uma nova reflexão sobre o ato do trabalho.

Da formação do sanitarista

O sanitarista busca a construção da *integralidade* e da intersectorialidade nas atividades de coordenação institucional de ações, serviços, sistemas e redes de saúde e de participação na promoção e proteção da saúde das pessoas e coletividades. O trabalho se desenvolve com o levantamento de

necessidades, operando com técnicas de planejamento, gestão, epidemiologia, vigilância, promoção e educação em saúde. Do sanitarista espera-se o desenvolvimento de senso ético e de competências pertinentes aos princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde.

Existe a necessidade de profissionais com informações qualificadas para pensar sobre as atividades que são importantes para a gestão e para a articulação dos serviços de atenção, o planejamento, a avaliação, o monitoramento e a compreensão do sistema de saúde como um todo. Nesse sentido, o Sanitarista vai se integrar ao conjunto das profissões de saúde, ocupando espaços estratégicos para a consolidação do SUS, somando na superação de desafios crônicos da organização dos processos de trabalho em saúde.¹

Os desafios do mundo do trabalho, para o sanitarista e demais profissões, precisam se conectar com o desenvolvimento das capacidades profissionais no ensino da graduação. Essa aposta, mais do que política (mesmo considerando as iniciativas de aproximação ensino/trabalho desencadeadas pelas políticas de educação e de saúde principalmente desde os anos 2000), é também aposta no encurtamento da distância que se percebe nas análises sobre a formação profissional em relação ao trabalho em sistemas e serviços de saúde. Não há encontro mágico entre a formação profissional e o exercício do trabalho, no momento da diplomação. Há construção intencional, por

meio de práticas pedagógicas voltadas para essa conexão, durante a formação e no cotidiano do trabalho, uma vez que o trabalho em saúde é sempre mais complexo do que o conhecimento acumulado sobre o mesmo pelas profissões e disciplinas.

No período do estágio, observamos necessidades existentes na rede de saúde de Esteio, ensaiando formas de atuação do sanitarista, mostrando, assim, a dimensão que pode haver na atuação desse profissional. Ou seja, ao mesmo tempo em que se constituía estratégias pedagógicas de formação, se tomava o trabalho como base para a análise sobre o fazer do sanitarista.

O apoio institucional e a educação permanente em saúde como estratégias na formação

Para a construção do nosso trabalho entendemos o apoio como um referencial teórico da cogestão e dos sistemas públicos, como um conjunto de metodologias desenvolvidas para viabilizar a gestão participativa *capilarizada*. Uma metodologia para uma mudança não autoritária, que valoriza a experiência e o conhecimento dos usuários, dos trabalhadores. Parte da ideia que ninguém é dono da verdade nem tem toda experiência do mundo, e que sempre há muita coisa interessante fora da nossa experiência existencial e institucional. Traz o tema da subjetividade, do afeto, das emoções, pois o SUS não muda sem as mudanças dos trabalhadores e dos usuários.² Também traz a

concepção, própria da educação permanente em saúde, de que o percurso do trabalho não é totalmente capturável pela intencionalidade de algum dos seus atores: nem os trabalhadores, nem os gestores e nem os usuários. Há arranjos tecnológicos que, a cada momento, configuram o fazer e seus atributos.

O apoio busca ampliar a capacidade de reflexão e de intervenção das pessoas, trazendo o tema de como é que nós somos afetados. Propõe trazer para a gestão a discussão de boas práticas, de diretrizes, de linhas de cuidado e, também, trazer o tema da subjetividade, das relações de afeto, além da cultura da política. No SUS, a ideia de controle social e a inclusão dos usuários e dos trabalhadores de saúde na gestão representa uma importante novidade em relação a outros sistemas de saúde. Por isso há um ambiente favorável para desenvolver estes processos de apoio e de radicalização da democracia.¹

Ao refletirmos sobre o que se fazia nos serviços e o que poderia ser feito na formação de sanitaristas para qualificar o trabalho, um novo campo de pensamento pedia passagem, potencializado pelo lugar no intervalo entre a formação e o trabalho. Nossas ações também tiveram o objetivo de provocar as equipes para repensar seu processo de trabalho, com a finalidade de melhorar a rotina dos profissionais e o acesso dos usuários ao sistema de saúde. Buscamos inspiração no conceito de EP trazido por Ceccim, que pudesse, ao mesmo tempo, orientar o fazer pedagógico (da formação de sanitaristas) e o

fazer da gestão (da ação no interior do sistema municipal de saúde):

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.³

Constituir um grupo de trabalho na RGCS que pudesse 'estranhar' os modos de produzir saúde e criar estratégias de intervenção, mostrou-se como uma possibilidade de formação para os futuros sanitaristas. A aposta pedagógica foi de um grupo de apoio-aprendizagem, para potencializar a capacidade de análise e desenvolver a capacidade de ações oportunas para o trabalho, aprendendo também os tempos e os mecanismos de viabilização de iniciativas e de mobilização para o trabalho.

A Experiência junto a uma ESF: da aprendizagem sobre os tempos

O primeiro semestre de estágio envolveu a construção de uma análise de cenário que incluiu a produção de informações em saúde, a partir do banco de dados do 1º e do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)ⁱ; dos resultados de uma pesquisa de satisfação dos usuários; e de visitas a duas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As sínteses dessas informações foram compartilhadas com a gestão da AB. As análises de cenário apontaram para a necessidade de identificar a demanda de usuários que não acessa o serviço, ressaltando a importância de um olhar para o acesso e o acolhimento também na perspectiva dos usuários.

Uma das demandas solicitadas pela gestão foi a análise dos dados levantados na pesquisa de satisfação dos usuários realizada pela gestão e aplicada em duas unidades de saúde. Após analisar e apresentar os resultados da pesquisa para a gestão, percebeu-se a necessidade de discuti-los com as equipes. Desta forma, ocorreu nossa aproximação com uma unidade de saúde que há dois anos vem transformando-se em ESF, atualmente composta por quatro equipes de ESF. Ao apresentarmos e analisarmos os dados junto às equipes, surgiu o pedido de que voltássemos para continuarmos as reflexões. Pareceu-nos que fazer da reunião dessas equipes um momento de planejamento, parada e reflexão sobre o processo de trabalho, não era algo trivial e simples de se fazer em um grupo de cerca de 40 pessoas, e concluímos que nossa inserção poderia contribuir nesse sentido.

A equipe apontou alguns desafios, como: a construção do vínculo com os usuários devido à rotatividade dos profissionais; a relação da população com o serviço, ainda muito mediada pela solicitação de consulta médica; a ausência de preparação tanto da equipe como da população para a transição de modelo de atenção para ESF; e a necessidade de

integração entre as quatro equipes. Também percebemos que a comunicação entre equipe-usuários-ouvidoria-gestão gerava muitos ruídos. A questão se um caso demandaria realmente uma consulta médica parecia se perder nos emaranhados desse fluxo, em que a população demandava por mais consultas, a equipe corria para atender, e a gestão pressionava por mais atendimentos.

Falamos aqui, de três tempos: o da gestão, o da equipe, e o dos usuários. Para complexificar ainda mais tal composição, agregamos nessa análise o tempo da universidade. Se a gestão opera a partir do limite de um mandato, também a universidade tem seus tempos delimitados para o cumprimento de uma série de ritos acadêmicos, no nosso caso, o tempo de um contrato de estágio. Os usuários apresentam sua urgência em solucionar seus problemas de saúde, e por outro lado, equipes, em seu tempo, procuram responder às demandas dos usuários. Deixemos em suspenso, por hora, a análise do cruzamento desses tempos distintos para adentrarmos na narrativa sobre como fomos desenvolvendo uma entrada com essa equipe.

Intercalamos nossas atividades entre a participação nas reuniões de equipe e a observação do cotidiano. Fomos ampliando a análise de cenário e apostamos no fluxograma analisador⁴ como uma forma de discutir com a equipe o seu próprio processo de trabalho, identificando os diversos caminhos de acesso dentro da unidade e, também, indicando os

“nós críticos” existentes. Criamos um cartaz para a equipe escrever as suas potencialidades, para identificarmos os “nós críticos” e utilizarmos as potencialidades para buscar alguma solução. Apesar da equipe não ter conseguido se ocupar desse cartaz, quando retornamos e retomamos o mesmo em uma reunião de equipe, os espaços coletivos, bem como as próprias reuniões de equipe foram ressaltados como potencialidades. Além disso, uma grande capacidade de acolher os usuários foi apontada.

Porém, se o acolhimento era apontado como potencialidade pela equipe, a gestão por outro lado, solicitava auxílio para construir mudanças: ampliar o acesso, acabar com filas de espera, e qualificar a capacidade de acolhimento, até então centrado na figura do enfermeiro.

A mesma unidade a qual vínhamos nos aproximando, foi apontada pela gestão como a equipe mais aberta e com mais condições de construir mudanças significativas no modo de organização do cuidado. Dessa forma, retornamos para a equipe, junto com a gestão, fazendo um convite para a mesma elaborar um plano de ação guiado, para construção de diretrizes para o acolhimento, nos propondo a construir oficinas para auxiliar nessa construção.

Deste modo, no dia em que fomos com a gestão apresentar à equipe a ideia de trabalhar o acolhimento houve um desconforto da equipe e ouvimos em alto e bom som: “Nós não precisamos trabalhar o acolhimento, temos

outros problemas, o problema é a média e alta complexidade!”. Ao mesmo tempo, escutamos falas que reconheciam a necessidade de reorganização do processo de trabalho, incluindo o acolhimento, o que nos lembrou que não existe algo como uma homogênea equipe, mas sim muitas vozes distintas na mesma. A diversidade de vozes e pontos de vista dos atores envolvidos no trabalho é uma questão relevante para o trabalho, em particular para a gestão do trabalho na saúde. Aprender com o corpo, como aprendizagem significativa, essa característica ajuda o pensamento e o planejamento de iniciativas, descoladas dos modelos ideais tão ao gosto da formação acadêmica disciplinar.

O fato era que, se eles precisavam ou não debater o acesso e o acolhimento não importava mais; o que importava era que não tivemos o *tempo* necessário para construir a visão desse problema com eles e, conseqüentemente, não houve identificação da equipe com essa demanda, trazida por agentes externos ao grupo (nós e a gestão). Após esse episódio, surgiram outros problemas da equipe com usuários devido à indisponibilidade de acesso na unidade, o que resultou em um desânimo coletivo na equipe. Nesse contexto, entendemos que deveríamos respeitar o tempo da mesma. Portanto, finalizamos a nossa atividade conversando com a equipe sobre essa percepção e provocando os trabalhadores a refletir e a discutir sobre o SUS que queremos como trabalhador e como usuário.

Com essa experiência aprendemos que para realizar apoio é necessário entender os diferentes tempos envolvidos. Somente assim poderemos articular o trabalho em saúde respeitando processos em vez de nos pautarmos pelos resultados. No caso apresentado havia o tempo da gestão, que já identificava falhas e potencialidades da equipe e tinha pressa na melhora dos fluxos de atendimento; o tempo da unidade, que ainda não havia construído um comum a partir do qual se poderia disparar processos de mudança; o tempo do apoiador, que tinha o limite do estágio para finalizar as tarefas; e o tempo do usuário, que tem urgência em ter seu problema de saúde acolhido. Tempos distintos que se entrelaçam, se misturam, gerando interferências, às vezes atropelos, às vezes produzindo deslocamentos importantes! (FIGURA 1 -Representação da relação entre os tempos).

Como o apoio ocorreu tanto voltado à gestão da AB como voltado a essa unidade de saúde, ao mesmo tempo em que tivemos que recuar no trabalho realizado com equipe, conseguimos um grande avanço com a gestão. Ao analisarmos todo esse processo de saberes e fazeres que se constituem e se desfazem constantemente, aprendemos juntos que é necessário envolver a todos para tornar qualquer mudança possível, respeitando os momentos de cada um. Não significa desistir do que deve ser implementado, mas utilizar essa análise de “cenário x pessoas x tempo” para obter resultados positivos e duradouros, ampliando a participação de todos envolvidos.

Não há um tempo soberano e ao trabalho, mais do que a intensão de prescrição, cabe o desenvolvimento da capacidade de geri-lo, de fazer acordos, de estabelecer pactos e de torná-lo sempre mais permeável à perspectiva dos diferentes atores. O trabalho em saúde é resistente à prescrição, seja pelas melhores evidências da ciência, seja pelas melhores intensões das políticas.

A aproximação com os Agentes Comunitários de Saúde

A proposta de trabalho a ser desenvolvida juntos aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) surgiu a partir de uma demanda da gestão. Nosso terreno foi o da reunião mensal do núcleo de ACS, que se baseava em pautas pré-definidas pelo gestor. Foi possível participarmos de duas reuniões, devido ao período do estágio em que estávamos.

Propusemos a construção coletiva sobre o que seria Educação Permanente em Saúde. Desse encontro, emergiram diversas pistas que indicaram que esse espaço poderia ser bastante potente para o processo de produção de conhecimento a partir do cotidiano dos trabalhadores.

Ao chegarmos no primeiro encontro, nos deparamos com os agentes sentados nas cadeiras do auditório, aguardando o início da atividade. Foi com surpresa que muitos reagiram ao nosso pedido de buscarmos cadeiras para que pudessem sair da plateia e

formar uma grande roda no palco. Tal movimento de deslocamento da plateia para entrar na roda, em cima do palco, foi sentido como significativo pelo grupo de apoiadoras, o trabalho estava começando: afinal, apoiar não seria justamente disparar movimentos e instigar a participação do trabalhador? Uma questão importante suscitada nesse encontro foi a diferenciação entre os conceitos de Educação Continuada e EP. Entre os trabalhadores, a diferença entre esses dois processos educativos não era clara.

O enfoque da Educação Continuada está na continuidade do modelo escolar, centralizado na atualização dos conhecimentos e técnicas para sua transmissão, assim como, em ser uma estratégia descontínua sem uma sequência constante. Já a EP apresenta-se como uma relevante mudança na concepção e prática dos trabalhadores, supondo inverter a lógica do processo, associando ensino e aprendizado ao cotidiano dos serviços, produzindo o conhecimento a partir da prática e ampliando os espaços educativos.³

Na segunda e última reunião, nossa intervenção buscou refletir coletivamente sobre possíveis demandas de educação em saúde, realizando um mapeamento para possíveis intervenções futuras. Os trabalhadores reuniram-se em grupos, cada grupo representando a equipe de ESF a qual pertence, e foi feita a distribuição de um instrumento para cada equipe, contendo três questões. A primeira apontava para a descrição de uma situação do cotidiano do

trabalho e a necessidade da equipe buscar outras formas de conhecimento para a intervenção, não usualmente utilizados pelas equipes. A segunda questão referia-se a sugestões de conceitos mais técnicos a serem trabalhados nas reuniões de núcleo e a terceira referia-se a sugestões relativas ao processo de trabalho nas suas equipes. Assim, foram descritas, pelos trabalhadores, diversas situações que nos ajudaram a pensar o processo de trabalho dessas equipes e a perceber a ausência de espaços para a realização das discussões de casos.

Buscamos realizar uma prática de ensino-aprendizagem, produzir conhecimentos a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.

Através das respostas, fomos percebendo o quanto importante é escutar os trabalhadores e necessário que esses tenham mais espaços de EP. "A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma 'prática de ensino-aprendizagem' e como uma 'política de educação na saúde'. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho".⁵

Na fala de muitos ACS, pudemos perceber que, em algumas equipes o ACS não era escutado.

Nas respostas encontradas no instrumento, percebemos certa “comparação” entre o saber do ACS e o de outros profissionais, e alguns se queixaram de não serem ouvidos pelas equipes. Tal mapeamento das demandas de EP visou construir junto com os ACS as pautas dos seus encontros de núcleo, incentivando sua participação como gestores de sua educação em saúde, bem como reforçando sua contribuição para a almejada mudança nos modos de produzir saúde que a ESF busca promover.

Considerações

Após um ano de relação com a AB de Esteio, finalizamos o processo sabendo que gestores e trabalhadores com os quais tivemos contato, entenderam a que veio a figura do Sanitarista. A experiência vivenciada colocou em debate a formação do sanitarista e apontou o AI e a EP como potentes dispositivos nesse percurso de formação. Mais do que “constatar” o que pode um sanitarista, a gestão municipal, a gestão da atenção básica e um grande grupo de

trabalhadores foram artífices no “talhar” as capacidades profissionais dos bacharéis em Saúde Coletiva que tiveram contato com o território local.

Com essa experiência aprendemos a trabalhar com realidades distintas entre os atores envolvidos no trabalho e na gestão da saúde, refletindo sobre a importância de respeitar o tempo dos processos das equipes e usuários. Nesse campo de estágio, fomos aos poucos descobrindo novas formas de experimentar na prática o que aprendemos durante a formação em Saúde Coletiva, reformulando e criando estratégias de trabalho.

Passamos a pensar a EP como um movimento de apropriação do próprio processo de trabalho, construído principalmente pelos próprios trabalhadores e não como ofertado por alguém que vem de fora a partir de um lugar de suposto saber. Nesse sentido, EP e AI encontram aproximações, onde tanto apoio como educação permanente são dispositivos para efetivação da co-gestão no SUS.

Nota

¹ O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB.

Referências

¹Paim, JS, Pinto ICM. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus: Actas Saúde Col.* Brasília. 2013;7(3):13-35.

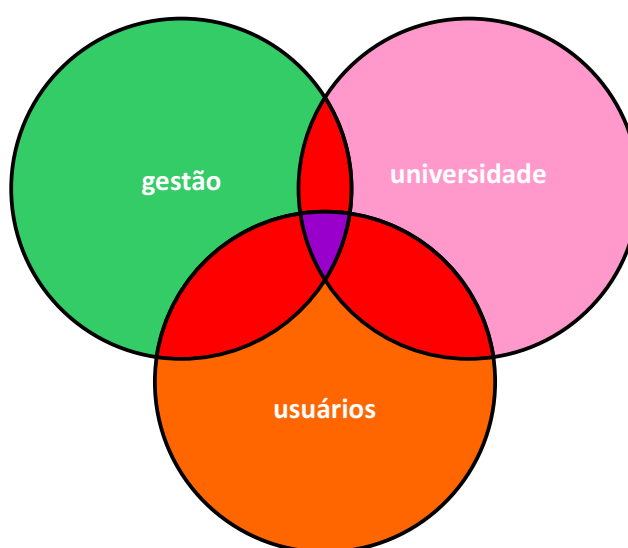
²Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Jr. N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 189suppl.1):983-995.

³ Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro. 2004;14(1):41-65.

⁴ Merhy, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E., Onoko, R. (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.

⁵ Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>.

Figura 1: Representação da relação entre os tempos



Fonte: elaboração dos autores

Submissão: 19/04/2018

Aceite: 04/08/2018