



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 3 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p313-327

Narrativas de cuidadores do serviço de atenção domiciliar em Manaus sobre educação permanente na saúde

Narratives of home caregivers in Manaus about permanent health education

Davi Araújo da Cunha

Psicólogo. Mestre em Psicologia e doutor em Educação – Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Servidor efetivo da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e da UFAM.
E-mail: daraujocunha@hotmail.com

Resumo: O principal objetivo desse estudo foi descrever e analisar narrativas de cuidadores designados e atuantes no Serviço de Atenção Domiciliar, Programa Melhor em Casa em Manaus-Am, concernente a apropriação da política nacional de educação permanente em saúde, e sua aplicabilidade em contexto sociocultural específico. A pesquisa concentrou-se em analisar as narrativas desses cuidadores nos aspectos-chaves de: entendimento da política de educação permanente em saúde (EPS); das participações destes em atividades educativas direcionadas ao serviço estudado; suas participações no planejamento de atividades educativas; suas propostas de temas a serem trabalhados sob a lógica da EPS; e principais desafios para que processos de trabalho ocorram no serviço tendo a EPS como princípio orientador. As narrativas produzidas durante as entrevistas individuais foram analisadas através da metodologia do discurso do sujeito coletivo de Lefèvre e apontam para a inexistência por parte de cuidadores da apropriação conceitual e metodológica da política oficial de Educação Permanente em Saúde e questiona se o abismo para se chegar a uma das principais características dessa política – a capilaridade – pode ser ultrapassado no trabalho vivo em ato no contexto pesquisado.

Palavras-chave: Educação permanente. Política pública. Educação em saúde.

Abstract: The main objective of this study was to describe and analyze narratives of caregivers designated and active in the Home Care Service, Programa Melhor em Casa in Manaus-Am, concerning the appropriation of the national policy of permanent health education, and its applicability in a specific socio-cultural context. The research concentrated on analyzing the narratives of these caregivers in the key aspects of: understanding of the policy of continuing education in health (EPS); their participation in educational activities directed to the studied service; their participation in planning educational activities; its proposals for themes to be worked on under the logic of EPS and main challenges for work processes to occur in the service with EPS as the guiding principle. The narratives produced during individual interviews were analyzed using the Lefèvre collective subject discourse methodology and point to the lack of caregivers' conceptual and methodological appropriation of the official policy of Permanent Education in Health and questions whether the gap to reach one of the main characteristics of this policy - capillarity - can be overcome in live work in action in the researched context..

Keywords: Permanent education. Public policy. Health education

Introdução

As aceleradas mudanças no perfil epidemiológico e demográfico identificadas tanto no Brasil como no cenário mundial tem forçado a repensar o modelo de atenção em saúde que supervaloriza o hospital e os altos custos tecnológicos e a identificar na Atenção Domiciliar (AD) como potente estratégia para a produção de cuidados em saúde. Os principais interesses que despertam o olhar dos sistemas de saúde para a AD dizem respeito ao processo de desospitalização, redução de custos, racionalização do uso de leitos hospitalares e organização do cuidado centrado no usuário^{1,2} e em pessoas que lhes são próximas e frequentemente não habilitadas e surpreendidas pela necessidade de cuidar. Essa mudança de enfoque do cuidado e de seu ambiente ordinário, associado a maior autonomia do usuário e de sua família, exigem um processo educativo por parte daqueles que participam ativamente desse ato e em especial dos novos profissionais para quem só falta o diploma: os cuidadores familiares.

A atenção domiciliar em saúde apresenta desafios advindos das condições de saúde das pessoas atendidas por esse programa oferecido pela Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. Sua potencialidade em ofertar cuidados a usuários com doenças crônicas não transmissíveis tem impulsionado a discussão sobre novos meios de atender as necessidades decorrentes do processo de envelhecimento da população. A constatação da transição demográfica e epidemiológica que ocorre de forma acelerada no Brasil impõe à usuários, profissionais e gestores da saúde o importante desafio em avançar na busca pela integralidade e na efetivação de novos modos de produção de cuidado. Tais necessidades e desafios com que cotidianamente esses atores experienciam essa realidade reclamam uma política de educação permanente em saúde que seja consistente e atenda às necessidades territoriais.

O processo de formação dos profissionais de saúde é regulado no Brasil pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde³ (PNEPS). Nessa política o trabalho é visto como princípio educativo e como desenvolvimento de uma pedagogia em ato na incorporação do aprender e ensinar no cotidiano do trabalho. Reconstruída como estratégia específica para o SUS, a educação permanente em saúde pretende favorecer mudanças nas práticas de trabalho e na formação em saúde, incidindo tanto na gestão do trabalho no interior da rede de serviços e sistemas, como também na gestão da educação junto às instituições formadoras. No entanto, a distância entre o prescrito e o executado, tanto entre instituições formadoras e instituições de práticas em saúde, como entre a diretriz política da educação permanente em saúde e o contexto de atuação dos

profissionais indicam a importância do trabalho em compreender as narrativas dos profissionais de saúde da atenção domiciliar sobre a temática..

Se a lógica da EPS é descentralizadora, capilar, ascendente e transdisciplinar, então ela deve ser capaz de favorecer a democratização institucional. Sua permeabilidade deve contribuir para o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, fortalecimento e inovação da docência e para o enfrentamento criativo das situações cotidianas de saúde. Ainda mais, deve participar dos processos de transformações de práticas profissionais, sejam elas as mais antigas ou as mais recentes impostas por novas formas de organizar a atenção à saúde.

Diante dos desafios apresentados, é preciso avançar nos procedimentos de reflexão e de qualificação dos processos de trabalho na atenção domiciliar, sob a perspectiva da educação permanente – no trabalho, a partir do trabalho e para o trabalho. Nesse sentido, este artigo tem por objetivo descrever e analisar o processo de educação permanente em saúde no serviço de atenção domiciliar (SAD Manaus), na perspectiva dos cuidadores que atuam nele. A pesquisa concentrou-se em analisar as narrativas desses atores nos aspectos chaves de *a*) entendimento da política de EPS; *b*) das participações destes em atividades educativas direcionadas ao serviço estudado; *c*) suas participações no planejamento de atividades educativas; *d*) suas propostas de temas para ser trabalhado sob a lógica da EPS; e, *e*) sobre seus principais desafios para que processos de trabalho ocorram no serviço tendo a EPS como princípio orientador. Para orientar essa compreensão, buscou-se nos conceitos que sustentam a Política de Educação Permanente em Saúde, sob uma perspectiva crítica, elementos para a construção do referencial teórico.

Referencial teórico

Neotti⁴ e Lemos⁵, afirmam que a primeira vez que se tem notícia de algum tipo de menção à educação permanente ocorreu em um informe do Comitê de Educação de Adultos do Reino Unido, em 1919. No Relatório preparado pela Comissão Governamental Britânica de Estudos Pedagógicos, a educação surge como uma necessidade permanente, ou um aspecto imprescindível da cidadania; descreviam a educação para adultos como uma necessidade. No entanto, não exerceu maior influência exceto entre especialistas da educação de adultos em alguns poucos países. Na França de 1955 o termo educação permanente aparece possivelmente pela primeira vez, sendo oficializado no ano seguinte em um documento do Ministro Educacional sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. Surge o que parece ser a primeira definição de Educação Permanente (EP) por Pierre Arents: conjunto de instrumentos postos à disposição dos

homens, sem distinção de idade, sexo, de posição social e profissional, a fim de que não cessem, caso o desejem, de formar-se e informar-se tendo em vista o pleno desenvolvimento das próprias capacidades e, ao mesmo tempo, a mais eficaz participação no processo da sociedade.

Com sua evolução, surgiram uma diversidade de definições do termo educação permanente, fazendo com que esse tema fosse pauta do 1º Seminário Nacional sobre Educação Permanente, realizado em Buenos Aires nos dias 20 a 26 de junho de 1970 – em adesão ao ano internacional da educação instituído pela UNESCO. No documento final desse seminário os participantes reconheceram a dificuldade em encontrar consenso sobre a definição de educação permanente. Optaram pela seguinte: “educação permanente é o aperfeiçoamento integral e sem solução de continuidade da pessoa humana desde seu nascimento até a sua morte”^{6,7}.

Ao receber também influência da moderna antropologia, a EP defende a tese de que o homem vive um processo de contínua maturação. Isso significa que reelabora sua visão de mundo a cada nova fase de sua vida. Consequentemente, sua educação é também tarefa contínua. Deduz-se, assim, pelo estabelecimento de uma relação construtiva entre a busca profunda por equilíbrio e estabilidade inerentes de uma personalidade já amadurecida e a necessidade de inovação, renovação, busca permanente, imposta pelo desenvolvimento de uma personalidade sempre inacabada, perfectível.

Educação permanente na saúde – estratégia política-pedagógica para o SUS

A designação Educação Permanente em Saúde e não apenas educação permanente, justifica-se porque, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde e é exclusivamente brasileira. A Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS) contribuiu para essa difusão ao defender a proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organismos complexos em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudanças nos mais variados contextos⁸.

Portanto, a Educação Permanente em Saúde, ou simplesmente EPS, foi a designação oficial à formação e desenvolvimento das pessoas que trabalham na saúde no SUS. A expressão Educação na Saúde foi formulada para abarcar os processos formativos de profissionais de saúde. Difere da Educação em Saúde, que se realiza como prática cuidadora na atenção integral realizada pelos serviços perante seus usuários. Difere também da “Educação Popular em Saúde”, que se realiza

como prática de consciência e participação social, e da “Educação da Saúde”, que se refere aos objetos, termos e objetivos das práticas educativas no interesse da saúde. A criação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se coloca como resposta constitucional de ordenar a formação dos trabalhadores na área da saúde com vistas a consolidação do SUS. Nessa política o trabalho é visto como princípio educativo e como desenvolvimento de uma pedagogia em ato na incorporação do aprender e ensinar no cotidiano do trabalho⁹.

Ao não representar mecanismo de transmissão ou simples repasse da informação, a EPS embasa-se no uso de metodologias ativas como construtoras de conhecimento¹⁰. Com esse entendimento o aprendiz (trabalhador da saúde, usuário, cuidador, gestor) não é aquele que apenas escuta, copia, decora e faz; é aquele que constrói para si um saber disparado pelas informações trazidas por um debate em que ele está incluído e do qual participa ativamente. Esse é o sentido das metodologias ativas: ativar o pensamento, exercitar as informações, debatê-las, ou seja, gerar conversações e confrontos reflexivos orientados pelas situações reais do cotidiano postas em constante análise. Essa perspectiva coaduna com o posicionamento da psicologia histórico cultural liderada por Vigotski que defende a aprendizagem como forma de apropriação da herança cultural disponível e não apenas um processo individual de assimilação. Como dirigente da aprendizagem, a interação social torna-se muito importante para o desenvolvimento cognoscitivo^{11,12}. Nesse sentido, maior interação social permite maior aperfeiçoamento do processo mental.

Contudo, apesar dos avanços na área de formação e desenvolvido que o SUS tem conseguido com essa política, e apesar de certa consistência da orientação teórica e metodológica sustentada pela Educação Permanente aplicado ao setor saúde, o SUS ainda não foi capaz de pensar e repensar em modelos de atenção que reforçassem a educação na saúde, com o objetivo de ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas. No que concerne à formação em saúde nos deparamos com duas realidades que estão em desigualdade de valoração. De um lado a atualização técnico científica vista como aspecto central das qualificações das práticas em saúde, e, de outro lado, a valorização em escanteio em formação de produção de subjetividade, de produção de habilidades técnicas e cognitivas e o adequado conhecimento do SUS. A formação e o desenvolvimento para área da saúde devem privilegiar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Deve estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade¹³.

Método

São apresentadas neste artigo parte dos dados construídos em uma pesquisa maior, em que se realizou uma pesquisa-ação. Essa modalidade de pesquisa qualitativa foi adotada porque permite distintas formas de coleta e análise de dados, e também porque sua concepção e realização está em estreita associação com a resolução de dado problema coletivo e objetivo, envolvendo a dupla pesquisador-participante de modo participativo e cooperativo¹⁴.

A pesquisa aconteceu no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Programa Melhor em Casa, da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), pertencente à rede pública da cidade de Manaus-AM, localizado na zona centro-sul, em área urbana. Serviço estruturado com prédio administrativo locado com cerca de 500 m² localizado próximo à sede administrativa do nível central da saúde no estado. O SAD está distribuído além de sua base administrativa em cinco estabelecimentos de saúde estrategicamente distribuídos nas quatro zonas da cidade de Manaus-AM. Nessas bases hospitalares estão localizadas um total de 09 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e 03 equipes multiprofissionais de apoio que se organizam para fazer as visitas/intervenções domiciliares. Serviço classificado de média complexidade com quadro de 101 profissionais de saúde na atenção, destaca-se nesse serviço sua função mediadora entre a atenção primária (atendimento nos domicílios) e a alta complexidade (suas bases estão localizadas em grandes hospitais e prontos socorros da cidade), o que por si só já impõe a necessidade de qualificada interação entre esses níveis de atenção.

Neste trabalho são apresentadas as informações obtidas nos documentos oficiais que constituem o SAD, nas notas de observações de campo e notas reflexivas do pesquisador e nas entrevistas semiestruturadas realizadas com 4 cuidadores atuantes a mais de seis meses no programa. O termo CD significa cuidador, seguido de um nome próprio arbitrado. As entrevistas semiestruturadas consistiram em compreender apropriação desses atores sobre EPS e a participação em atividades educativas.

As entrevistas gravadas e transcritas, foram submetidas à análise do Discurso do Sujeito Coletivo¹⁵ (DSC), processo metodológico que procura explicitar representações coletivas, bem como um conjunto das representações que compreendem um imaginário específico. Nessa análise é possível uma coletividade falar como se fosse apenas um indivíduo, uma vez que se entende que seu conhecimento expressado foi construído também a partir dessa coletividade, resultando assim, em uma síntese que reconstituiu a representação social discursivamente¹⁵.

Desde o início o objetivo foi que os participantes se envolvessem em conversações, evitando que suas expressões sejam apenas respostas isoladas a estímulos apresentados pelo pesquisador. Desse modo, pode-se alcançar interessantes reflexões e construções articuladas durante as interações. Com a participação ativa do pesquisador nesse processo, em contraposição às pesquisas que se apoiam em questionários fechados, o que se espera é superar as respostas intencionais e racionais dos envolvidos e gerar uma rede dialógica complexa e por isso mesmo com capacidade para fazer brotar a espontaneidade, o envolvimento afetivo e a refletividade.

Tendo sido atendidas as premissas éticas, a pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, CAEE sob o número de Parecer 2.914.062, de 24 de setembro de 2018.

Resultados e Discussão

As narrativas coletadas e submetidas à análise do Discurso do Sujeito Coletivo¹⁵ (DSC), a partir dos pressupostos teóricos e objetivos propostos tiveram aceitação favorável por parte dos entrevistados. As ideias centrais seguidas das expressões chaves, DSC e síntese críticas são as seguintes:

Referente ao tópico entendimento sobre Educação Permanente em Saúde (EPS), seguem as ideias centrais emergidas:

Ideia central: Desconhecimento do conceito de Educação Permanente em Saúde

Não ouvi falar não. Eu não sei nem te responder não, mas acho que aquela que permaneça fazendo o que é correto e ensinando os que não sabem pra aprender a ajudar aqueles que estão necessitando, essa é minha opinião...eu não sei nem te responder (CD Lene).

Educação permanente em saúde eu creio que é assim a pessoa tem que atender bem o paciente e no caso da equipe multiprofissional tem que ter uma profissão para doar para ofertar naquilo para aprender no caso que não há possibilidade...eu não sei como está a educação... (CD Dias).

Fazer que nem o outro, não entendi muito bem o que é permanente né se for os cuidados que eu tenho com ele. Você vai vê coisas que você nunca viu na vida, você vai aprender a vê, aprender a conhecer, você ter que aprender a falar com as pessoas, você vai ter que engolir o seu choro e dá atenção pra ele, você vai aprender ser, ter assim um...ser mais do que o normal, não vê só com os olhos de mãe, enfraquece no decorrer da situação, vai ter que ser mãe, colega, parceira e tudo mais e ir embora, deve ser dessa forma (CD Lana).

Quando fala em educação em saúde eu penso isso que é aprender a cuidar das pessoas, dá um estilo de vida melhor (CD Graça).

DSC: Desconheço totalmente o conceito e método da Educação Permanente em Saúde, mas gostaria muito que ela fosse capaz de ajudar no meu dia a dia extenuante.

Com notório desconhecimento do que venha ser a EPS em sua concepção teórica e metodológica as narrativas emocionadas tateiam no que ela poderia ser tendo como referência para essa resposta a dureza das rotinas diárias em cuidados que solicitam aprendizado constante. O paradoxal dessas narrativas é que embora elas demonstrem certo desconforto por parte dos participantes em ter que conversar sobre o tema (“não ouvi falar não”, ou, “não entendi muito bem não”) elas implicitamente também expressam os princípios da educação permanente ao mesmo tempo em que denunciam explicitamente que esses mesmos princípios nunca lhes foram apresentados.

A expressão “você vai aprender ser”, da cuidadora Lana remete a um informe independente e objetivo que foi elaborado sobre as questões que se coloca à educação numa sociedade em permanente mudança. Com a iniciativa da UNESCO foi criado em 1971 uma comissão composta por 07 especialistas de vários países. O resultado foi divulgado em 1972 com o título vivaz *Apprendre à Être* (aprender a ser), mas que se notabilizou mesmo com o nome de Relatório Faure¹⁶ em menção a Edgar Faure, presidente da Comissão e ex-Ministro da Educação da França. Espremido esse relatório, realça-se de forma insistente para a necessidade de transformações radicais relativas ao ato educativo, ao espaço educativo e ao tempo da educação. A força motriz dessas transformações é a educação permanente com sua potência em criar um quadro de estratégias alternativo e que conduza a um processo de ensinar e aprender que não se restrinja as instituições convencionais de educar.

Destaca-se nessas narrativas a pequena associação que é feita da educação permanente em saúde resumida à cursos e capacitações. A educação permanente é estratégia global e sistemática e como tal pode abranger em seu processo ações específicas de capacitação e não o inverso¹⁷, muito embora qualquer separação entre ambas represente fragmentação do processo de educação em saúde^{8,18}. Assim, embora a capacitação (educação continuada com foco no indivíduo) esteja contida no processo de educação permanente em saúde (foco no indivíduo e no serviço), e ainda que seja uma das estratégias educativas mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde, definitivamente, a EPS tem maior amplitude e alcance e não pode ser a ela reduzida. Uma das razões para esse entendimento é a constatação de que a capacitação se desenvolve invariavelmente sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais,

políticas, ideológicas e culturais antecipando e delimitando o espaço do qual a capacitação pode operar suas possibilidades e limites¹⁷.

Com relação ao tópico participação em atividades voltadas para a área de atuação, a ideia central que emergiu foi:

Ideia central: Participação inexistente em atividades educativas em saúde

Não. Que eu sei é que ela fazia no hospital e ela me ensina né, que quando ela tem que sair eu já sei o que tenho que fazer e aí eu fico com ela entendeu? Mas curso nenhum a gente fez não (CD Lene).

Nenhuma. Não, nenhuma. É porque além de eu não ter a possibilidade de sair, a gente tem o cuidado de ele não pegar sereno, poeira, essas coisas assim, a gente não tem o carro próprio pra utilizar e a gente não tem o apoio para ir buscar e deixar da parte do governo, a gente tem que dá o jeito (CD Dias).

Nunca fui convidada pra nada (CD Lana).

Não participei (CD Graça).

DSC: Estou excluída da participação em atividades educativas na saúde.

Diante da necessidade de compreender seus problemas emergentes de forma complexamente contextualizada, o ensino e a aprendizagem em saúde precisam passar por algumas mudanças, como estimular cada vez mais a participação, a curiosidade e a criatividade dos aprendizes. Os educadores em saúde são chamados para coordenar o processo de construção de conhecimento e colaborar ativamente para a transformação da informação em conhecimento e do conhecimento em saber-fazer. Com a participação efetiva do público alvo, pode ser criado um clima favorável e que estimule a mudança e o estabelecimento de autonomia e da disposição para o compartilhamento. As perspectivas dialógicas e histórico cultural defendem uma formação docente e uma atividade educativa que não seja superficialmente feita ou que não se esgota no tratamento apenas do objeto ou do conteúdo, mas que, de acordo com Freire¹⁹ se alonga à produção das condições em que aprender criticamente é possível. Essas condições implicam ou exigem a presença de educadores e educandos rigorosamente curiosos, criadores, investigadores inquietos.

Observações referente à pergunta participou do planejamento de ações educativas para o Programa Melhor em Casa?

Totalmente prejudicado pelas narrativas do tópico anterior, esse item ficou explícito a não participação em atividades educativas em saúde por parte dos cuidadores, a perda de relevância do presente tópico reforça ainda mais a lacuna existente entre a diretriz política da EPS, sobretudo o

conceito de capilaridade, e seu alcance no cotidiano de saúde, em especial quando se trata de pessoas não habilitadas academicamente que atuam na área.

A total ausência da participação ativa e discussão coletiva de todos que cotidianamente cuidam na atenção domiciliar dificulta o envolvimento face a face e todo íntimo necessário para um melhor reconhecimento dessas ações como importantes a certo contexto de saúde. Vício antigo da centralização explícita ou velada, tanto nos programas ditos verticais como nas práticas de planejamento e execução dirigidas pelo nível central, que ocorrem sem a participação dos executores das ações finalísticas. Subjacente a essa postura, está o não reconhecimento de ideias inovadoras e que orientam a nova educação brasileira em saúde norteadas pela democratização de conhecimento, da utilização de pessoas não especializadas e de tecnologia simplificada, e da participação da comunidade na definição dos problemas de saúde e das prioridades estratégicas que precisam ser implementadas. Redes de cuidados como as propostas no setor saúde^{20,21} significam dizer que a ideia de que um tem o conhecimento (profissional de saúde) e outro não tem o conhecimento (usuário, cuidador, comunidade) precisa ser superada para a noção de conhecimento transmitido por muitos para muitos, de forma cooperativa, massiva e interdependente. A EPS favorece a criação de conversas, de perguntas, de interrogação e auto interrogação, mas para isso precisar haver participação e valorização dos vários saberes.

O quarto tópico abordou sobre temas do fazer diários que gostaria que fosse trabalhado pela EPS na Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa. A seguir, as ideias centrais:

Ideia central: Necessidade de desenvolvimento técnico em área da saúde e melhor apoio especializado nas rotinas

Eu acho que a fisioterapia seria essencial pra ela. Porque ela só tem duas vezes na semana que é segunda e sexta. (CD Lene e Nara).

Olha da parte da profissional, a gente tem muito assim, reclamação né, assim porque eles só vão lá vê e manda assinar, não tem fisioterapeuta. Antigamente o serviço social era pelo lado da pessoa carente né? Aí faz o paciente perecer, o recurso vem de onde? Não vem de nada. E a gente sofre, eu como pai eu me defendo a minha situação, a minha família, do paciente. E agora o especial? Como é que fica a situação? Então é assim meu amigo (CD Dias).

Hoje não porque eu já aprendi tudo entendeu? Não tudo porque tudo é novo, mas sim eu gostaria de me atualizar um pouquinho mais se eu pudesse ter pra me atualizar dizer olha a mãe é capacitada pra fazer tal coisa, entendeu? Ou a mãe pode opinar em qualquer coisa entendeu? Então acharia assim que a família tem que tentar investir mais nela se ela puder se ela tiver como investir. Geralmente eu não tenho com quem conversar, a rotina torna tudo estressante, mas a gente releva, mas a gente precisaria de acompanhamento psicológico tipo pra mim quanto pra família mesmo que fica na casa, entendeu? A gente precisa de uma motivação (CD Lana).

Eu acho que não só por mim né mas por outras pessoas que não tem a facilidade de aprender assim né, quando eu estava no hospital eu sempre prestei atenção desde alimentação e das enfermeiras tipo a de tirar a pressão, tirar a... pra saber se ela está com febre, vê o jeito que dão a alimentação dela, acho assim que teria ter um curso pra ajudar as pessoas, porque cada adulto, cada criança tem uma porcentagem né da alimentação deles que tem que dá num horário, em cada horário assim certo, eu acho que deveria ter um curso assim pra ensinar as pessoas a ter um cuidado (CD Graça).

DSC: Primeiro gostaria de reconhecimento pelo muito que faço mesmo sem diploma. Segundo preciso de orientações especializadas e atualizadas tanto para ajudar meu fazer diário como para me ajudar a superar os momentos de desânimo e solidão.

O ensino em saúde direcionado para o aprimoramento profissional é fundamental e, por isso mesmo, não pode ser realizado de forma assistemática. Na realidade de Manaus, não foi identificado nos espaços formais de ensino, tanto na graduação como na pós graduação, temáticas específicas voltadas para a atenção domiciliar. Assim como também foi observado que o SAD não dispõe de plano próprio de capacitação inicial e que anteceda o envio desses profissionais à realidade e as rotinas da rua e da casa durante atendimento domiciliar. Além disso, os profissionais admitidos vêm geralmente com a visão hospitalocêntrica de atendimento, supervalorização do saber científico e, às vezes, com total desconhecimento da existência do serviço de AD. Com tantas preocupações pessoais e profissionais em conta, o olhar para as necessidades educativas em saúde de outros atores fica obscurecido.

O último tópico norteador tratou sobre os desafios para que ocorra EPS no local de atuação.

Adiante, a ideia central:

Ideia central: Acúmulo de tarefas e carência no atendimento integral às necessidades

Quando eu falo assim da fisioterapia é porque é assim, Dona Alcy tem osteoporose né então fica um pouco difícil, a V já tá meio pesadinha pra ela fazer alguns movimentos, pra ela é cansativo. Não fiz faculdade de fisioterapia pra mim poder fazer nela, ... então o que fizessem mais fisioterapia é bem melhor (CD Nara).

É mas se eu fosse falar uma situação agora né da minha parte com essa doença aí porque cada um paciente tem um ciclo de doença, a minha se um médico passar um remédio tudo bem se for aprovado a gente se conforma, mas tem um porém também tem que levar para o pronto socorro pra bater um raios-x, no caso a sonda do meu filho né? tá com seis meses, precisa trocar, eu não tenho um centavo para trocar (CD Dias)

Olha, pra mim, pra mim hoje meu maior desafio é lidar com as negatividades das outras pessoas, é meu maior desafio, porque tipo assim eu não entendo como as pessoas dizem assim tu não vai conseguir, por que eu não vou conseguir? Esse é meu maior problema porque hoje vê o Paulo da maneira que eu vi e vejo hoje eu tenho um grande avanço, então assim as negatividades das pessoas descem muito a gente assim entendeu? (CD Lana).

As vezes assim quando ela ficou com diarreia, a gente ficou muito preocupado porque a gente não sabia se era da alimentação ou de outra coisa aí a gente fica meio com medo (CD Graça).

DSC: Meus desafios são práticos, diários, variados e muito mais fáceis de identificá-los do que identificar os desafios para que ocorra EPS nessa área.

As magnas deficiências que distanciam o saber técnico científico do saber adquirido pela prática e pela necessidade emergente, a não participação sequer na forma passiva de atividades educativas, são os materiais que constroem o solo de cuidadores que se percebem em uma equipe não colaborativa e silenciosa. Essa constatação é traduzida pela ânsia de respostas que dizem respeito aos seus conflitos diários, pouco se importando com os desafios para implantação da EPS no programa pesquisado e mesmo sem a noção de possível relação entre causa e efeito.

Se não for colocado em desenvolvimento outras interações como as informais, constituída pelos indivíduos e grupos de referência como a família, a comunidade, pouca ou nenhuma modificação ocorrerá na atenção ao usuário atendido em domicílio. Programas como o Melhor em Casa com possibilidade forte de obtenção de êxito em atividades orientadas pela EPS, devem propor intervenções nos níveis que vão da educação individual, educação grupal até a educação massiva, e, ademais, devem chegar aos níveis interprofissionais e interinstitucionais.

O não reconhecimento do diálogo como mediador chave e a interação como forma de sua expressão, a educação atua como instrumento privilegiado de conservação. Portanto, num mundo que se transforma velozmente, ela é ineficiente. Nem os sistemas escolares, nem os sistemas de saúde, estão suficientemente preparados para o contexto atual que exige da educação e da saúde múltiplas tarefas em território nômade. Sem auscultar as provocações cotidianas que impulsionam para o desapego da prescrição biomédica e medicamentosa da vida, e sem abrir mão das representações estanques de uma clínica configurada pela modernidade^{22,23,24}, perde-se o compromisso de atender em qualidade e intensidade a vida e o viver das pessoas em atendimento à saúde.

Considerações finais

Com doze anos de criação, o Programa Melhor em Casa instituído para fortalecer o modelo de Atenção Domiciliar nacional não pode mais ser entendido como substitutivo ou complementar ao modelo de Atenção à Saúde, mas como integrante desse modelo que necessita de renovação. Tendo como ponto central a percepção dos cuidadores que atuam no território da atenção domiciliar no município de Manaus, somado as observações de campo na condição de pesquisador

mas também como servidor da secretaria de saúde, constata-se que a Educação Permanente em Saúde ainda não alcançou sua pretendida capilaridade, sendo uma diretriz política sem visibilidade e relevância para os cuidadores pesquisados e com incipiente valor atribuído à política de EPS por parte dos gestores e profissionais de saúde do SAD Manaus²⁶. O mesmo pode ser dito, embora com maior reserva tendo em conta o alcance da pesquisa, que tal carência de importância se reflete a todo SUS Amazonas. Uma via de saída possível para a necessária e urgente relevância dada à política de EPS no Amazonas é a aproximação com outras políticas parceiras como é o caso da política de humanização²⁵. Outra possibilidade é a criação de uma estrutura própria na gestão estadual da Saúde no Amazonas voltada para a formação e desenvolvimento do servidor, uma escola e/ou instituto de saúde pública como parte integrante da estrutura de governança da SES-AM, realidade em mais de vinte secretarias estaduais de saúde aqui no Brasil. A instituição de coordenações municipais nas secretarias e dos núcleos de educação permanente em saúde e humanização – NEPSHU nas unidades de saúde, ambos em pleno desenvolvimento e com estímulo por parte da gestão estadual, são outros possíveis caminhos para fortalecimento da EPS e da Humanização.

Outros desdobramentos dessa investigação poderiam apontar para comunicação prejudicada como ponto problemático central que inviabiliza a concretização dos pressupostos da EPS, justamente porque estes são orientados pela conversação, escuta e diálogo coletivo com propósito. Tão importante quanto a desenvoltura cognitiva e teórica, o fazer cotidiano daqueles para quem só falta o diploma deve ser valorizado e explorado por constituir substrato histórico social alicerçado numa atividade permanentemente mutável, portanto com geração de aprendizado diário.

Referências

1. Rajão, FL. Martins, M. (2020). Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 25 (5):1863-1876.
2. Braga, PP. Sena RR, Seixas, CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. (2016). Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Cien. Saude Colet*; 21 (3):903-912.
3. Brasil. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. (2004). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 14 fev.
4. Neotti, A. (1972). *Perspectivas da Educação Permanente*. Dissertação. Fundação Getúlio Vargas. Instituto de Estudos Avançados em Educação: Rio de Janeiro.

5. Lemos, CLS. (2016) Educação permanente em saúde: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**; 21 (3):913-922.
6. Educadores. (1971). **Revista Latino-Americana de Educación**, La Plata. Ano XIV. n. 15 jan/fev. p. 62.
7. Educadores. (1972). **Revista Latino-Americana de Educación**, La Plata. Ano XV. n. 93, mayo/junio, p. 247.
8. Ceccim, RB. (2005). Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; vol. 10, num. 4, outubro/dezembro, pp. 975-986.
9. Schweickardt, JC, Lima, RTS, Ceccim, RB, Ferla, AA, Chaves, SE. (2015). **Educação Permanente em gestão regionalizada da saúde: Saberes e fazeres no território do Amazonas**. Editora Rede Unida. 1ª edição. Porto Alegre.
10. Gomes, R, Lima, VV. (2019). Narrativas sobre processos educacionais na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; 24 (12): 4687-4698.
11. Friedrich, J. *Lev Vigotski*, (2012). **Mediação, aprendizagem e desenvolvimento: uma leitura filosófica e epistemológica**. Trad. Ana Rachel Machado e Eliane Gouvêa Lousada. Campinas, SP: Mercado de Letras.
12. Vigotsky, LS, Luria, AR, Leontiev, AN. (2010). **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. Trad. Maria da Pena Villalobos. 11ª ed. São Paulo: Ícone.
13. Campos, GWS. (2003). Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho mágico**, v. 10, n.2, p. 7-14.
14. Thiollent, M. (2017). Pesquisa-ação e pesquisa participante: uma visão de conjunto. In: STRECK, Danilo R., SOBOTTKA, Emil A., EGGERT, Edla. **Conhecer e transformar: pesquisa-ação e pesquisa participante em diálogo internacional**. 1. Ed. – Curitiba-PR: CRV.
15. Lefèvre, F, Lefèvre, AM. C. (2014). Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. Abri-Jun; 23 (2): pp. 502-7.
16. Camozzato, VC, Costa, MV. (2017). A educação permanente e as impermanências na educação. **Educar em Revista**; Curitiba, Brasil, Edição Especial n. 1, p. 153-169, jun.
17. Davini, MC. (2009). Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde.
18. Ceccim, R B, Ferla, AA. (2008). Educação permanente em saúde. In: Pereira, IB.; Lima, JCF. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV,. p. 162-168.
19. Freire, P. (1998). **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra.
20. Mendes, EV. (2011) **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
21. Mendes, EV. (2012). **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da estratégia saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
22. Ferla, AA. (2002). **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografias de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas**. (Tese de doutorado). Universidade

Federal do Rio Grande do Sul-RS. Faculdade de Educação. Programa de Pós Graduação em Educação, Porto Alegre.

23. Ferla AA. (2004). Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da educação em saúde. *PHISYS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1):85-108.

24. Cunha DA. Silva, IR. (2021). Narrativas de profissionais de saúde da atenção domiciliar em Manaus sobre educação permanente. **Revista Valore**, Volta Redonda, 6, e-6008.

25. Cunha DA. Braule Pinto ALC. Nunes KAS. Baptista GC. Mendes MFM. Ferla, AA. (Orgs.). (2021). **Inovações no cotidiano da saúde na Amazônia: encontros do trabalho com a educação permanente e a humanização**. 1ª Ed. Editora Rede UNIDA: Porto Alegre-RS.

26. Cunha DA. (2020). **Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na secretaria de estado de saúde do Amazonas**. Tese de doutorado, Universidade Federal do Amazonas, Manaus-AM, Brasil.