

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ELEMENTOS E UMA PROPOSTA

GRIEP, Rubens¹
CAVALLI, Luciana Osório²

RESUMO

A complexidade e o aumento da demanda por cuidados à saúde tem impulsionado os profissionais deste segmento na busca de alternativas para a atualização teórica como forma de enfrentamento das situações epidemiológicas e na construção de novas práticas e saberes. Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica sobre os principais aspectos relacionados aos processos de educação permanente como base para a implementação das atividades de assistência à saúde pela equipe de enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF). A leitura dos textos de apoio, documentos e literatura específica possibilitaram a compreensão dos principais elementos a serem considerados na adoção da metodologia de problematização com vistas ao desenvolvimento da equipe e apontam para a necessidade de reestruturação do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de saúde. Saúde da família. Educação continuada.

CONTINUOUS EDUCATION IN FAMILY HEALTH STRATEGY: ELEMENTS AND A PROPOSAL

ABSTRACT

The complexity and the increasing demand for health care professionals has driven this segment in the search for alternatives to the theoretical updating as a way of coping with epidemiological situations and the construction of new practices and knowledge. This article presents a literature review on the main aspects related to the process of lifelong learning as a basis for implementing the activities of health care by the nursing staff in the Family Health Strategy (FHS). Reading the texts of support documents and specific literature provided an understanding of the main elements to be considered in adopting the methodology of questioning with a view to the development team and point to the need for restructuring of the labor process.

KEYWORDS: Health systems. Family health. Continuing education.

1. INTRODUÇÃO

A evolução e mudanças do modo de produção e dos tipos de organização sempre estiveram atrelados ao desenvolvimento e às exigências de modificações nos processos de trabalho. A atualização de conhecimentos e sua ampliação durante a vida profissional constitui-se em um complemento indispensável à formação inicial e a continuidade deste processo é um direito básico do trabalhador, assegurado pela Organização Mundial de Saúde como elemento essencial no progresso da carreira (PIMENTEL, 1991).

Os processos educativos estão presentes no cotidiano das organizações e sistemas de saúde, porém, não conseguem, via de regra, gerar transformações que impactem o processo de trabalho e as condições de saúde da população. Embora a conceituação do processo sistematizado de ensino tenha se modificado ao longo dos anos, sua essência permanece a mesma: provocar mudanças de atitudes e/ou comportamento a partir da aquisição de novos conhecimentos.

O termo Educação Permanente surge no contexto da saúde através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - Recursos Humanos (NOB/SUS-RH) e se contrapõe ao conceito de Educação Continuada quando define que este deve fazer parte de uma política de desenvolvimento dos aspectos profissionais/pessoais, não só nas questões pontuais relacionadas ao seu processo de trabalho, mas no desenvolvimento do indivíduo enquanto cidadão através da superação de suas limitações.

Numa compreensão ampliada sobre a determinação do processo saúde-doença, é importante que os profissionais da equipe de enfermagem / saúde tenham uma visão integrada dos problemas e dos recursos necessários ao seu enfrentamento. A programação em saúde deve constituir-se em um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, utiliza como instrumentos de intervenção, ações que são articuladas para produzir um efeito sobre a saúde individual e coletiva (FEKETE, 2000).

A Reforma Sanitária bem como a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, que institucionalizam o Sistema Único de Saúde (SUS), constituem-se no ponto de partida para a descentralização das atividades de planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Dentro desta perspectiva, busca-se a inversão do modelo assistencial vigente, elegendo como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o que implica em uma mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços.

A reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios prevê a educação permanente e a fundamenta como ponto central neste processo. Partindo dos pressupostos estabelecidos por Piaget (MONTANGERON e NAVILLE, 1999) e Freire (FREIRE, 1999), acreditamos que o conhecimento resultante do processo de educação permanente deve-

¹ Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela UNIOESTE e em Gestão Pública pelo IFPR. Especialista em Saúde da Família pela UNINTER e em Gestão de Pessoas pelo ICEET; Mestre em Engenharia de Produção com ênfase em Mídia e Conhecimento pela UFSC. Docente do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz de Cascavel-PR. E-mail rgriep@gmail.com.

² Graduada em Medicina pela PUC/PR. Médica de Família e Comunidade pelo Grupo Conceição de Porto Alegre/RS. Docente do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz de Cascavel-PR. E-mail losoriocavalli@yahoo.com.

se constituir em uma construção nova, abstraída de elementos do próprio meio do aprendiz (equipe de enfermagem) e que, este mesmo conhecimento deve ser resultado de um saber criticamente elaborado, aonde a teoria, o método e a prática formam um todo.

A equipe de enfermagem deve ser estimulada a conquistar sua própria intelectualidade, elaborando seus conhecimentos a partir de dados da realidade. Deve descobrir-se como construtora do mundo e da cultura e ser capaz de ver sua situação no mundo como um problema que pede uma resposta não apenas a nível intelectual, mas principalmente em nível de ação.

A implementação das atividades de planejamento local em saúde, entendidas como parte integrante de um processo de descentralização e organização dos serviços, considerando o preconizado pelo Ministério da Saúde através do SUS, deve ser avaliada como estratégia-meio de um programa de educação permanente institucionalizado, o que significa que tanto o entendimento das funções relativas ao gerenciamento destes serviços bem como as melhores estratégias a serem utilizadas para impactar os problemas levantados, devem ser consideradas pelo enfermeiro como conteúdos mínimos no estabelecimento de uma proposta de educação permanente.

Para Mandelli e Fekete (1997), a gerência, enquanto função de condução, deve ser entendida como a capacidade de promover consenso e articular interesses e esforços com a finalidade de alcançar objetivos estabelecidos. Este exercício deve envolver todos os que participam do processo de produção de serviços de saúde, bem como os demais que interagem em um determinado sistema social.

Este estudo tem como objetivo analisar através da revisão bibliográfica, as possibilidades de uma prática profissional emancipadora da enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) através da implantação de uma metodologia específica de educação permanente, que busque na pedagogia da problematização e no ensino não-formal e informal, respostas para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, contribuindo na construção do sistema de saúde através da participação nas reformas sociais.

2. MATERIAL E MÉTODO

Este artigo constitui-se em uma pesquisa bibliográfica e documental “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (Gil, 1999, p. 65). Para a realização deste estudo, utilizamos as fases descritas por Gil (1999) sendo elas: determinação do objetivo; elaboração do plano de trabalho; identificação das fontes; localização e obtenção do material; leitura do material; confecção de fichas; construção lógica do trabalho e redação do texto.

Para alcançarmos o objetivo desse estudo foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o propósito de reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a temática proposta. A identificação das referências bibliográficas foi feita por meio do sistema de fichário da Biblioteca da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) Campus de Cascavel e a partir das bases de dados eletrônicas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Os descritores utilizados neste estudo foram: *health systems* (sistemas de saúde); *family health* (saúde da família) e *education, continuing* (educação continuada). O material consultado incluiu livros textos, artigos e documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Educação.

De posse do material bibliográfico e documental compilado, iniciamos a pesquisa exploratória com a finalidade de identificar e separar o referencial que atendesse aos objetivos propostos, sem nos preocuparmos com a sistematização das informações. A seguir, após leitura analítica do material selecionado, identificamos as idéias centrais através de anotações, organizando-as seguindo o critério de relevância com vistas a uma síntese posterior. Cabe ressaltar que após a organização dos conteúdos, optamos em apresentá-los em uma seqüência que melhor atendesse aos objetivos destes artigos: A Reforma Sanitária e o SUS, Educação Permanente: Uma estratégia.

3. A REFORMA SANITÁRIA E O SUS

A Reforma Sanitária constitui uma proposta abrangente de mudança social no Brasil e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da atual situação sanitária.

A reforma do setor saúde deve constituir um componente específico da reforma do Estado e comprehende: a mudança institucional em nível cultural; a descentralização; a participação popular; o reconhecimento da diversidade de atores sociais e de interesses quanto a financiamento, regulação, gestão e prestação de serviços; o desenvolvimento da capacidade de monitorar a saúde em diferentes setores sociais e o impacto das intervenções sobre as iniquidades em saúde (MENDES, 1996, p. 41).

Nessa perspectiva, a proposta da Reforma Sanitária brasileira representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema. Essa proposta vinha sendo gestada nas últimas décadas e em 1986, os princípios e diretrizes desta reforma foram

sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, destacando-se um conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado e a participação popular (TEIXEIRA, *et al.*, 1995).

Segundo Mendes (1996), o SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988 com a definição constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término. As reformas sociais em ambientes democráticos são, por natureza, lentas e politicamente custosas. O SUS tem dimensão política a medida em que vai sendo construído por diferentes atores sociais e uma dimensão ideológica, uma vez que parte da concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário.

O Sistema Único de Saúde instituiu-se com base no princípio da universalidade. Por meio dele, incorporaram-se como cidadãos da saúde, possuidores de direitos a serem garantidos pelo Estado, a partir da criação do SUS, 60 milhões de brasileiros, até então submetidos a uma atenção estatal de medicina simplificada ou à filantropia (MENDES, 1996, p. 77).

Enquanto não se processam as mudanças mais amplas e profundas requeridas pela situação sanitária, diversas intervenções de espectro mais limitado, ainda que muito importantes, precisam ser concebidas e adotadas para alterar, de certo modo, tal situação. Os modelos de assistência à saúde são combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de saúde com distintas complexidades. No Brasil, convivem de forma contraditória ou complementar o modelo assistencial sanitário e o modelo médico-assistencial privatista.

O primeiro corresponde à saúde pública tradicional e tem enfrentado os problemas de saúde da população através da realização de campanhas (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral, etc.) e de programas especiais (Tuberculose, Hanseníase, Saúde da Mulher e da Criança, Saúde Mental, entre outros). Usualmente, essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Geralmente deixam de se preocupar com os problemas do sistema de saúde e com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Configuram um sistema que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços (MENDES, 1996).

O modelo médico-assistencial privatista, predominante no Brasil, está voltado fundamentalmente para a chamada ‘demanda espontânea’. Este modelo, portanto, tende a atender os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por ‘livre iniciativa’ os serviços de saúde. Este modelo assistencial reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes. Nesse caso, as preocupações das instituições de saúde restringem-se a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento, e é a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta.

A necessidade de conceber a elaborar propostas mais integrais à situação de saúde impõe a revisão dos modelos assistenciais, das operações e ações de vigilância em saúde, uma questão recente, que traz consigo uma mudança no modo de entender, trabalhar e avaliar os serviços assistenciais (MENDES, 1996).

Aos serviços, tradicionalmente relacionados à intervenção sobre as doenças, coloca-se cada vez mais a necessidade da promoção da saúde, isso porque os serviços assistenciais possuem ação minoritária e quase sempre em resposta a problemas suscitados pela presença de doenças na população, o que tem limitado a eficácia da ação nessa esfera do processo saúde-doença.

A Vigilância à Saúde permite reconhecer uma nova necessidade em termos de conceituação do processo saúde-doença: pensar a saúde no sentido positivo do conceito, aproximando-a dos problemas da qualidade de vida. Verifica-se que a noção de Vigilância à Saúde obriga a se pensar a problemática de equidade na qualidade de vida, além de impor uma reflexão sobre o conteúdo desta mesma qualidade, o que remete para a discussão acerca da promoção da saúde na sociedade.

Isto faz com que se trate, então, o pólo ‘saúde’ do processo saúde-doença, não somente enquanto estado vital em oposição à doença, como historicamente tem sido trabalhado. Também permite, de outro lado, colocar no seu âmbito de preocupação e trabalho, um questionamento acerca da capacidade dos serviços de responderem às necessidades de saúde da população, ou melhor, um questionamento acerca de qual resposta a essas necessidades os serviços vem produzindo e qual sua eficácia social na direção daquelas mesmas necessidades, uma vez que os serviços têm respondido às demandas por cuidado na doença.

A saúde e a doença não podem ser tratadas como questões estanques ou situações radicalmente opostas, mas relacionadas entre si e no todo social (TEIXEIRA *et al.*, 1995). Por tudo isto, a Vigilância à Saúde pode ser um instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção, outra forma de ver a intervenção sobre o coletivo e o individual e outras questões para o saber científico sobre a saúde e a doença.

A adoção da perspectiva da Vigilância à Saúde, enquanto eixo de reorientação do modelo assistencial do SUS, aponta caminhos para a superação da crise do sistema de saúde que levam em conta a realidade local, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto do ponto de vista social, epidemiológico e sanitário.

Planejar e programar o desenvolvimento da Vigilância à Saúde em um território específico exige um conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho que aí residem, bem como das formas de organização e de

atuação dos diversos órgãos governamentais e não governamentais, para que se possa ter ‘visão estratégica’, isto é, clareza sobre o que é necessário e possível de ser feito.

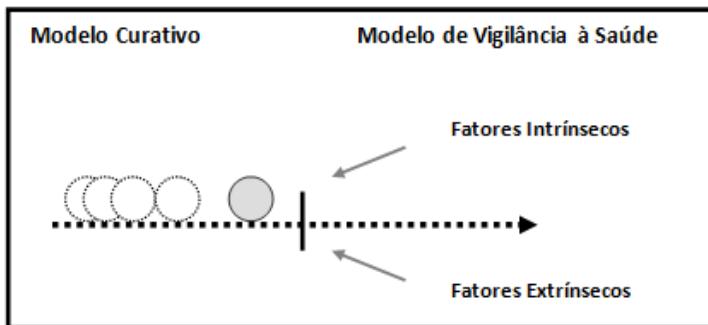
Exige também uma disponibilidade e um interesse muito grande em se envolver em uma ação comunicativa, isto é, em participar de um diálogo permanente com os representantes destes órgãos, com os representantes dos grupos sociais existentes e com as pessoas, de um modo geral, buscando envolvê-las em um trabalho coletivo em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida.

A ESF, cuja implantação vem sendo estimulada pelo Ministério da Saúde desde 1994, tem o claro propósito de colaborar na organização do SUS e no processo de municipalização da saúde, implementando princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação popular.

Dentro desta perspectiva, as equipes da ESF passam a conhecer e participar do cotidiano da vida das pessoas nas comunidades onde atuam, inteirando-se dos seus problemas e das suas representações sociais de saúde, doença e cura e, com base no raciocínio epidemiológico, busca-se construir uma forma de atenção holística que visualize o indivíduo como integrante de uma comunidade que pensa, que tem história, cultura e valores (SILVA et al., 1996).

De acordo com Griep (2003), dois grandes fatores irão determinar as relações estabelecidas entre equipe e comunidade, participando de maneira decisiva na implantação da ESF: a) Fatores Intrínsecos: dizem respeito à cultura, crenças e valores do profissional de saúde em relação ao processo saúde-doença e ao seu papel enquanto agente de mudança, e b) Fatores Extrínsecos: Relacionados à cultura organizacional, financiamento do sistema de saúde e a interdisciplinaridade.

Figura 01 - Situação Atual e Situação Desejada.



Fonte: Griep (2003).

Entender essas relações oportuniza ao profissional enfermeiro situar a Gestão de Pessoas como uma das grandes possibilidades de inversão do modelo assistencial, através da adoção de uma postura comprometida com a formação de recursos humanos, quer seja no ensino formal (universidade, cursos técnicos) ou no cotidiano do trabalhador em saúde através da implementação de programas de educação permanente, tendo como objetivo a incorporação de novos valores a nível individual.

4. EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA

Apesar do mundo estar vivendo um momento que aponte para uma prevalência prática da visão de Estado mínimo, ainda temos um projeto social inscrito na Constituição que ampara os anseios de nossa sociedade. De acordo com o Projeto Pedagógico Brasileiro (BRASIL, 1988), a educação tem como objetivos básicos: pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Refletindo esta linha básica do projeto pedagógico, é possível entender que as políticas educacionais passam a ser também objeto de responsabilidade de cada um de nós, profissionais da saúde.

Ressalta-se também uma relação muito nítida entre as linhas constitucionais do projeto brasileiro de políticas públicas nos campos da Saúde e da Educação, ambas formuladas no contexto da ordem social que objetivam o bem-estar e a justiça social. Uma análise do documento ministerial da ESF (BRASIL, 1998), onde estão definidas as atribuições da equipe e de cada uma das categorias que o compõe, permite afirmar que a proposta é de atenção à comunidade, uma vez que se propõe a assistir ‘todos os homens’ e ao ‘homem total’. A ênfase é a prevenção, por meio de ações educativas e a democratização do saber.

O desafio proposto ao Enfermeiro é desenvolver ações de fundamentação crítica e propositiva que desencadeiem motivação na equipe de enfermagem para com eles vivenciar o processo de exercício da cidadania e levar à comunidade elementos que propiciem a promoção, a recuperação e a manutenção da saúde na família.

Antes de pensar um trabalho nesse sentido, faz-se necessário entender as situações educativas de interação humana tendo presente o grau de intencionalidade do processo educacional.

Inicialmente, de acordo com Lobo Neto *et al.* (2000), busca-se elaborar um conceito referencial de educação a partir do domínio e aplicação de reflexão crítica a manifestações concretas do processo educativo, caracterizando-o sob o ponto de vista formal, informal e não-formal.

Processo educativo formal é aquele em que está presente a intenção de promover a educação que se dá sob normas que sistematizam o processo educacional. Este processo não impede que outros processos educativos aconteçam, no entanto, no espaço físico da sala de aula o ensino formal fica explícito a partir do momento que o professor de posse de suas fichas e anotações diz: vamos começar?

Processo educativo informal pode ocorrer independente de intenção (propósito, vontade) e interação (ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais pessoas) e normalmente se dá em bate-papos, reuniões familiares, enfim, em situações do cotidiano.

Processo educativo não-formal é aquele que se dá sob uma intenção quanto a interação educativa, não se apoiando em normas definidoras da ação pedagógica.

A pedagogia de Paulo Freire foi criada dentro desta perspectiva não-formal e têm muita aceitação entre os educadores comprometidos com as causas populares. Todo pensamento de Paulo Freire está relacionado à realidade a ser transformada, onde a educação visa à libertação para que homens e mulheres possam ser reconhecidos como sujeitos históricos.

Educação, nesse sentido, deve permitir a leitura crítica do mundo, objetivando a transformação da realidade. “A percepção ingênua ou mágica da realidade da qual resultava a postura fatalista cede seu lugar a uma percepção que é capaz de perceber-se” (FREIRE, 1987, p. 74). A partir disso, percebendo a realidade, o sujeito da ação educativa entende o contexto histórico de sua existência agora capaz de ser transformada e superada.

Para Freire (1987, p. 72), “A educação problematizadora se faz, assim, um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo com que e em que se acham”. Nessa perspectiva, a aprendizagem deve ser entendida como um processo social envolto em um meio cultural que nasce da relação de troca vivenciada pelo trabalhador, comunidade e organização social.

Mas então, qual é a melhor maneira de problematizar? Problematicar é perguntar e proporcionar meios e condições para melhor fazê-lo. É fazer perguntas junto com outros, ora complementando, ora questionando as perguntas uns dos outros. Mas que conteúdos seriam estes? Que conteúdo importa que sejam problematizados para que o processo educativo dialógico se torne produtor de conhecimentos significativos?

Como vimos anteriormente, educação não-formal é aquela que se dá com uma intenção quanto a interação educativa. Portanto, o conteúdo deve ser aquele que gerou o problema, que está estrangulando ou provocando determinada situação. Essa prática é possível na medida em que a equipe sente-se preparada para comparar os problemas a serem solucionados com outros que possibilitem melhores resultados. Com o propósito de facilitar a compreensão e aplicação da Metodologia da Problematização, a TABELA 01 mostra as principais características que a diferenciam da pedagogia de transmissão, segundo Bordenave e Pereira (1993).

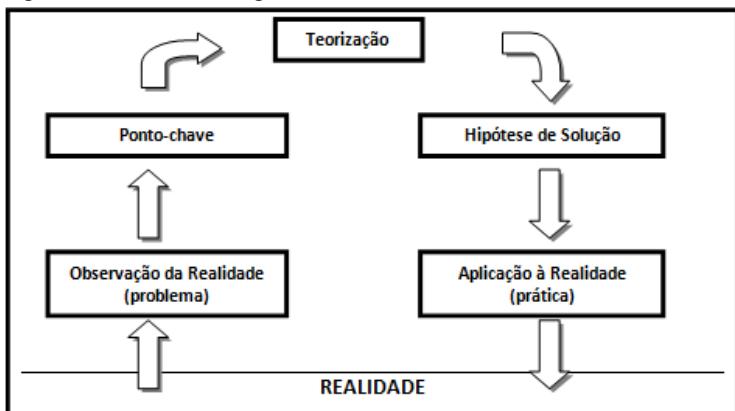
Tabela 01 - Características do Ensino.

Abordagem Tradicional	Abordagem Problematicadora
Professor ensina e o aluno aprende com forte tendência a distanciar teoria e prática.	O aluno aprende fazendo onde teoria e prática se completam.
Reprodução de conteúdos com adoção de modelo de pensamento elaborado para região de cultura diferente.	Permite a leitura crítica do mundo considerando os conhecimentos já adquiridos.
Tendência ao racionalismo preferindo a especulação teórica.	Desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, compreensão e avaliação.
Passividade e conformismo do aluno levando-o à atitudes acríticas.	Desenvolve projetos com a participação da equipe.
Individualismo e pouca participação.	Cooperação na busca de soluções para problemas comuns superando conflitos como ingrediente natural da aprendizagem grupal.
Adoção inadequada de informações e tecnologia de países desenvolvidos.	Métodos e soluções originais adequadas/adaptadas à realidade.

Fonte: Baseado em Bordenave e Pereira (1983).

O diagrama intitulado "Arco de Maguerez" proposto por Charles Maguerez ilustra a representação da pedagogia da problematização.

Figura 02 - Arco de Maguerez.



Fonte: Baseado em Bordenave e Pereira (1993, p. 49).

De acordo com Bordenave e Pereira (1993), o processo ensino-aprendizagem inicia-se com a observação e reflexão da realidade em si. Ao observar a realidade é possível fazer uma primeira leitura (muitas vezes de forma ingênua). No segundo momento, a equipe identifica os pontos-chave do problema, aqueles que, se modificados, podem resultar na solução do problema. Buscam uma explanação teórica que possibilita refletir sobre os possíveis fatores que geram o problema e seus determinantes contextuais. Elaboram um novo nível de conhecimento tornando possível a análise e a proposição de soluções. Escolhem e aplicam à realidade da proposta mais adequada.

Embora este modelo não conte com a avaliação, importante etapa para efetuar a retroalimentação, sugere-se uma avaliação informal, investigativa, contínua, participativa, negociada, democrática e essencialmente qualitativa, baseada na verificação de mudança de comportamento da equipe a partir da reflexão sobre suas experiências e percepções, diante do enfrentamento dos problemas verificados no seu cotidiano.

A problematização se faz essencial em qualquer forma de ensino dialógico, visto que possibilita aos participantes da equipe questionar a realidadeposta em face de alternativas de solução. Assim pela problematização cotidiana cooperada, é permitido à equipe de enfermagem obter o autodidatismo necessário para o enfrentamento da realidade social, buscando soluções conscientes em favor de todos, pois “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” (FREIRE, 1987, p. 52).

5. DISCUSSÕES

Frente a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, é possível a equipe de enfermagem conceber / fazer a promoção da saúde de maneira emancipatória onde segundo Brasil (2000), “essa atuação emancipatória pressupõe um trabalho criativo, consciente, que comporte a imaginação, a solidariedade e a liberdade”. Aqui se fala, portanto, de um projeto de trabalho que é construído pelo conjunto dos trabalhadores da saúde, o qual pode plenamente ser desenvolvido através da atuação propiciada na ESF.

Essa nova abordagem não deve ignorar as questões biológicas, a história natural da doença, a vigilância epidemiológica cujas intervenções são apropriadas ao restabelecimento do equilíbrio da cadeia. No entanto esse novo entender a saúde-doença transcende o fazer tradicional (vigilância, constante monitoramento, sinais de alarme do evento sentinela) e se antecipa aos estrangulamentos que evidenciam as necessidades de saúde.

Segundo Brasil (2000), o processo de desenvolvimento de um programa de educação permanente implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político, devendo ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo. Saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades de forma satisfatória.

A educação permanente desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho (BRASIL, 2000, p.11).

A equipe de Saúde da Família, ao mesmo tempo em que forma um novo campo de conhecimento e ação, através da troca de idéias e experiências pessoais e profissionais, deve respeitar as formações individuais ou especialidades de cada um de seus membros. Tal aspecto visa evitar indefinição de competências, na medida em que cada um tem suas responsabilidades profissionais e institucionais.

Para uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde, que visa uma mudança estrutural, uma metodologia de ensino baseada apenas em repasse de informação é inócuia. Frente aos desafios de construção de um

novo modelo, baseado na família, pretende-se preparar um profissional apto a construir seu conhecimento e apropriar-se das novas teorias e práticas, devendo haver uma preocupação do profissional e da equipe em identificar problemas críticos de sua realidade de trabalho e buscar soluções apropriadas (BRASIL, 2000).

O modelo que mais se aproxima desta proposta é o da problematização, sendo que o ponto de partida deste modelo é o repensar a própria prática. Nesse sentido, a atuação deve inicialmente dar lugar à apreensão da forma como a equipe e os usuários dos serviços de saúde entendem o processo saúde-doença utilizando como instrumento a pedagogia problematizadora. Superar o entendimento tradicional e provocar mudança de comportamento na enfermagem para uma atuação emancipatória na equipe da ESF é um dos desafios que o Enfermeiro encontra no seu cotidiano.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde em seu sentido mais abrangente define a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e aos serviços de saúde (BRASIL, 1987). A saúde deve ser entendida como o resultado das condições de vida de cada indivíduo que por sua vez, é o resultado do fruto do seu trabalho nos meios de produção. Os possíveis fracassos na saúde e educação não devem ser considerados meramente individuais, como por exemplo, ‘não aprende porque não tem saúde’ ou ‘se tivesse estudado seria sadio’. O modelo de desenvolvimento imposto ao país não pode isentar-se de responsabilidades por tais fracassos.

A concepção de doença e de suas causas vem mudando ao longo do tempo nas diferentes formas de sociedade humana e têm se caracterizado historicamente desde as crenças mágico-religiosas até recentemente na ciência. Tentando dar conta do processo saúde-doença, verifica-se ainda hoje uma intensa disputa entre os modelos causais que vão desde a unicausalidade até mais recentemente ao modelo em que a condição social determina a doença.

As constantes batalhas conceituais sobre o ‘fazer’ e o ‘cuidar’ em saúde, não só no campo político e social, mas principalmente a nível individual devem ser consideradas na adoção de políticas coerentes de educação continuada, objetivando a construção de conceitos coletivos a partir da (re)organização dos conceitos individuais.

A Pedagogia da Problematização, apontada por Maguerez e muito discutida no meio acadêmico, conjuga aspectos relevantes da abstração reflexionante e construção de conhecimentos através da leitura e interpretação da realidade em que se insere o ‘educando’, apontada por Freire durante a análise do processo ensino-aprendizagem de jovens e adultos. A seqüência explicitada por Maguerez em seu arco deve ser assimilada de forma a estruturar as construções subsequentes do educando, possibilitando uma emancipação intelectual e a continuidade do processo de construção de novas práticas e saberes.

Entender estas questões insere o profissional enfermeiro dentro de uma nova perspectiva enquanto sujeito ativo das mudanças conceituais da equipe de enfermagem, uma vez que este passa a ser percebido como proponente desta nova abordagem, devendo assumir uma postura coerente com os princípios e propostas da Pedagogia da Problematização, ou seja, redesenhar sua prática no sentido de problematizar questões do seu cotidiano para que as reflexões e construções teóricas se tornem um processo contínuo e prazeroso.

REFERÊNCIAS

- BORDENAVE, J. E. D. **Alguns Fatores Pedagógicos.** Tradução de: Maria Thereza Grandi. OPAS, Brasília, 1983. La Transferência de Tecnologia Apropriada al Pequeño Agricultor. Texto in: SANTANA, J. P. de (org.). Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS/OMS, 1997.
- BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino-aprendizagem.** 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.
- BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1986).** Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- _____. **Constituição: República Federativa do Brasil.** Preâmbulo. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Ministério da Saúde.** Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários da Saúde e do Programa de Saúde da Família, 1998.
- _____. **Educação Permanente.** Cadernos de Atenção Básica - Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

FEKETE, M. C. **Gerente para as Ações do Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários.** Textos de apoio in: Protegendo a Vida 1999-2000, Secretaria de Estado da Saúde, Paraná.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 32. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Autonomia.** Paz e Terra. 1999.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed., São Paulo: Atlas, 1999.

GRIEP, R. **Seminário de Avaliação Programa Saúde da Família - Texto de Apoio - Secretaria Municipal de Saúde.** Cascavel, 2003.

LOBO NETO, F. J. da S. et al. **Formação Pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem.** Modulo 1. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional da Saúde, 2000.

MANDELLI, M. J.; FEKETE, M. C. **A administração Estratégica em Unidades de Saúde.** Texto in: SANTANA, J. P. de (Org.). Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS/OMS, 1997.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MONTANGERO, J.; NAVILLE, D. M. **Piaget ou a Inteligência em Evolução.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PIMENTEL, M. **Problemática da Educação Continuada nas Instituições de Saúde.** In: Revista Paulista de Enfermagem, v. 10, n. 2, mai./ago., 1991.

SILVA, S. F. da et al. **A Construção do SUS a partir do município.** São Paulo: Hucitec, 1996.

TEIXEIRA, S. F. (org.) **Reforma Sanitária, em busca de uma teoria.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.