

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Kátia Ferreira Costa Campos

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E MUDANÇA DE MODELO
ASSISTENCIAL: avanços e desafios no cotidiano da Atenção Primária à Saúde

Belo Horizonte

2018

Kátia Ferreira Costa Campos

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E MUDANÇA DE MODELO
ASSISTENCIAL: avanços e desafios no cotidiano da Atenção Primária à Saúde**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Kênia Lara Silva.

Belo Horizonte

2018

Campos, Kátia Ferreira Costa.
C198e Educação permanente em saúde e mudança de modelo assistencial [manuscrito]: avanços e desafios no cotidiano da atenção primária. / Kátia Ferreira Costa Campos. - - Belo Horizonte: 2018. 219f.: il.
Orientador (a): Kênia Lara Silva.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Educação Continuada. 2. Serviços de Saúde. 3. Pessoal de Saúde. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Silva, Kênia Lara. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 18.5

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

ATA DE NÚMERO 119 (CENTO E DEZENOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA KÁTIA FERREIRA COSTA CAMPOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 19 (dezenove) dias do mês de dezembro de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL: AVANÇOS E DESAFIOS NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.*", da aluna **Kátia Ferreira Costa Campos**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Kênia Lara Silva (orientadora), Alzira de Oliveira Jorge, Ricardo Burg Ceccim, Rita de Cássia Marques e Maria José Menezes Brito, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Patrícia Prata Salgado, Servidora do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2018.

Prof^ª. Dr^ª. Kênia Lara Silva
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

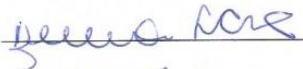
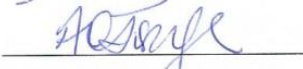

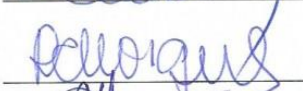

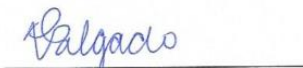
Prof^ª. Dr^ª. Alzira de Oliveira Jorge
(Medicina/UFMG)

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim
(UFRGS)

Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Marques
(Esc.Enf/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Maria José Menezes Brito
(Esc.Enf/UFMG)

Patrícia Prata Salgado
Servidora do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 04.02.19


Prof.ª Dra. Kênia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, que me sustentou nesta caminhada frente às dificuldades e desafios durante o processo do doutorado. Graças a Ele consegui seguir em frente. Ele é o meu cajado e a minha força.

À Professora Kênia Lara Silva, a quem tenho em alta consideração e por quem tenho grande apreço. Sua seriedade como pesquisadora e orientadora é um exemplo. Como orientadora, confronta, acolhe e estimula a seguir em frente. Obrigada pela paciência e compreensão em cada momento, respeitando meus limites e me ajudando a seguir em frente. Obrigada por tudo. À Camila e Enzo, por compartilharem a mamãe durante orientações em sua casa. Deus os abençoe.

À querida Roseni Sena, in *memoriam*. Obrigada pelo incentivo e apoio para iniciar o processo de doutoramento. Você foi muito importante para mim. No lugar onde estiver, saiba que consegui. Meu muito obrigada!

À minha família, meu porto seguro. Ao Dimas, meu querido, marido, companheiro e melhor amigo. Obrigada pelo apoio, paciência e carinho. À Talitha, filha querida e amiga. Obrigada por me ouvir e acolher. Ao Marcos, filho querido, que Deus o abençoe na nova etapa de sua vida com Sarah. Mais uma filha que ganhei. A minha mãe, Onilda, irmã e irmãos, sobrinhos e sobrinhas, sogra e sogro, cunhados e cunhadas. Família, obrigada pela compreensão das ausências.

Aos membros da banca examinadora: Prof. Ricardo Burg Ceccim, Prof^a. Maria José Morais de Menezes Brito, Prof^a. Rita de Cassia Marques e Prof^a. Alzira Jorge. Aos Professores Suplentes Elizangela Ditz e Cláudia Pena. Muito obrigada pelo aceite. Seus valiosos conhecimentos e contribuições foram muito importantes para a tese e meu aprendizado. Prof^{as}. Rita e Alzira, obrigada pelas imprescindíveis contribuições na qualificação, as quais trouxeram elementos importantes para a finalização da tese.

À Equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE), pelo aprendizado na pesquisa e pelo convívio, desde 2010, quando ingressei no grupo. Com vocês aprendi muito sobre a arte de pesquisar.

Aos meus amigos e amigas, professores do Curso de Gestão de serviços de Saúde e Enfermagem que sempre tiveram na torcida por mim, especialmente Vanessa de Oliveira Guerra, Adriane Vieira e Solange Godoy (Professora do Curso de Enfermagem), que me apoiaram, ao final do processo, assumindo minhas disciplinas para que eu pudesse me licenciar e finalizar a tese.

Às colegas e amigas do Curso de Enfermagem. Sempre tiveram um sorriso e palavras que me fizeram sentir acolhida. Em especial à Amanda, no último ano, que foi paciente em momentos tumultuados para mim. À Lilian e Tamara, pessoas e profissionais maravilhosas. Obrigada pelo apoio.

À Flávia Gazzinelli, que me orientou no mestrado e me estimulou a tomar gosto pela pesquisa. Nossas conversas sobre a construção do sujeito nas representações do processo saúde-doença sempre me vêm à lembrança.

À Maria José Cabral Grillo, pelo incentivo e apoio a caminho da Educação Permanente. Obrigada por fazer parte da minha história desde a minha formação. Suas sementes deram e continuam dando frutos. Espero, no tempo de profissão que me resta, crescer e deixar minhas contribuições no cotidiano do serviço de saúde e na escola.

Aos amigos e amigas da turma do doutorado, em especial Lizziane, João André, Jocely, Alexandre Ernesto, Benegeliana, Juliana Alves e Adriana (colombiana que conquistou todos nós).

À Lucilene, secretária da Pós-Graduação, e sua equipe. Pessoa especial. Obrigada por tudo.

Aos alunos e alunas. Estudo para ser melhor na formação de vocês.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos trabalhadores da unidade básica,

Fizeram parte do estudo e que fazem parte da minha história desde 2004. O acolhimento, a mim, a alegria e colaboração na participação, durante todo o tempo do estudo, não tem preço. Espero responder à altura, junto a vocês e com vocês, com devolutivas e seguimentos que possam contribuir para a apropriação da EP no cotidiano do serviço na UBS e assim caminharmos para o alcance da melhoria do modelo assistencial aos usuários.

À Simone Couto, pelo apoio e aposta na pesquisa.

Aos usuários,

Lutam dia a dia pela vida, enfrentam barreiras, necessidades, as mais diversas, mas não desistem. Nas minhas andanças pelas vilas, com alunos e como pesquisadora, aprendi muito com vocês.

A proposta de agora em diante é avançar junto a e com vocês e os trabalhadores da UBS, na educação permanente para melhorias no modelo assistencial.

Agradeço imensamente!

“Desistir...

*eu já pensei seriamente nisso, mas nunca levei realmente a sério;
é que tem mais chã nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas,
mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros,
mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça”.*

(Cora Coralina).

“Ora, a fé é a certeza das coisas que se esperam e a convicção de fatos que não se veem “

(Hebreus 11.1)

Até aqui o Senhor nos ajudou.

CAMPOS, K.F.C. **Educação permanente em saúde e mudança de modelo assistencial:** avanços e desafios no cotidiano da atenção primária. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2018. 214 p.

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde - EPS é considerada como estratégica à consolidação do Sistema Único de Saúde. Contudo, existe uma lacuna de conhecimento acerca da contribuição da EPS produzida no cotidiano dos serviços e sua repercussão na mudança de modelo assistencial. Indaga-se: como a Educação Permanente em Saúde tem possibilitado a mudanças a partir do cotidiano das equipes na rede de atenção? Que movimentos ou indicativos podem ser visualizados para a mudança do modelo assistencial a partir das estratégias de EPS? Defende-se a tese de que mudanças no modelo assistencial podem ser proporcionadas, também, quando os sujeitos no trabalho em saúde experimentarem a EPS no cotidiano do serviço e puderem caminhar para a busca da autonomia e liberdade na resolução dos problemas. Em consequência, são evidenciadas outras e novas formas de organização das relações no processo de trabalho em saúde, que induzem, questionam, propõem e, por vezes, se refletem em mudança no modelo assistencial. O objetivo geral do estudo foi analisar a educação permanente em saúde como dispositivo para a mudança do modelo assistencial no cotidiano do serviço de saúde. O referencial teórico metodológico foi o cotidiano, segundo Agnes Heller. O cenário foi uma unidade básica de saúde do município de Belo Horizonte. Participaram do estudo os trabalhadores da Unidade e os usuários. Utilizou-se a observação participante, entrevistas em profundidade e grupos focais. Os dados foram submetidos à análise crítica de discurso. Os resultados indicam que a Unidade Básica de Saúde apresenta desafios relacionados a aspectos do cotidiano com repetições e regularidades, automatismo e economicismo. Contudo, foi possível evidenciar o trabalho criativo, a cooperação e a socialização. Os discursos dos profissionais sobre educação permanente em saúde conformam vocábulos como reciclagem, educação continuada, cursos e treinamentos, responsabilidade institucional, assim como o aprendizado no trabalho e com o outro. Os participantes reconhecem a educação permanente em saúde nas reuniões de equipe e de matriciamento, nas trocas de saberes e experiências em função da resolução dos problemas de saúde da população, reveladas por um discurso marcado por coesão, metáforas, temporalidades, modalizações e avaliações valorativas positivas e negativas acerca da EPS. Evidenciaram-se forças potencias para colaborar na mudança de modelo assistencial na busca pela centralidade dos usuários na atenção à saúde e a priorização das tecnologias leves. A gestão ativa e participativa, a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a integração ensino-serviço compõem o campo de forças positivas para a mudança do modelo assistencial. Contudo, a realidade pragmática, economicista e com regularidades, na maioria das vezes, impõe desafios para a transformação da lógica biomédica e burocrático-administrativa no modo de organizar os serviços. Concluiu-se que é necessário mais investimentos nos processos de educação permanente em saúde e o reconhecimento do cotidiano como espaço para reflexões e análises capazes de provocar desacomodação e superação crítica das repetições e do automatismo que marcam o fazer em saúde, abrindo espaço para novas práticas sociais.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Serviços de Saúde. Trabalhadores de Saúde. Cotidiano. Modelo Assistencial.

CAMPOS, K.F.C. **Permanent Education in health and change of care model**: advances and challenges in the daily life of primary care. Thesis (PhD in Nursing) - School of Nursing. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2018. 214 p.

ABSTRACT

The Permanent Education in Health - EPS is considered as strategic to the consolidation of the Unified Health System. However, there is a lack of knowledge about the contribution of EPS produced in the daily life of services and its repercussion in the change of care model. It is questioned: how the Permanent Education in Health has made possible changes from the daily of the teams in the network of attention? What movements or indicatives can be visualized to change the care model from EPS strategies? It is defended the thesis that changes in the care model can be provided, also, when the subjects in health work experience EPS in the daily service and can move towards the search for autonomy and freedom in solving problems. As a result, other new forms of organization of relationships in the health work process are evidenced, which induce, question, propose and sometimes reflect in a change in the care model. The general objective of the study was to analyze the permanent education in health as a device for the change of the care model in the daily life of the health service. The methodological theoretical reference was the quotidian, according to Agnes Heller. The scenario was a basic health unit of the municipality of Belo Horizonte. The unit's workers and users participated in the study. Participant observation, in-depth interviews, and focus groups were used. The data were submitted to critical discourse analysis. The results indicate that the Basic Health Unit presents challenges related to everyday aspects with repetitions and regularities, automatism and economism. However, it was possible to highlight creative work, cooperation and socialization. The discourses of the professionals about permanent education in health form words like recycling, continuing education, courses and training, institutional responsibility, as well as learning at work and with the other. Participants recognize continuing health education in team and parenting meetings, exchanges of knowledge and experiences in order to solve the population's health problems, revealed by a discourse marked by cohesion, metaphors, temporalities, modalizations and positive evaluations and negative about EPS. Powerful forces were evidenced to collaborate in the change of care model in the search for the centrality of users in health care and the prioritization of light technologies. The active and participatory management, the activities of the Family Health Support Unit and the teaching-service integration make up the field of positive forces to change the care model. However, the pragmatic, economic, and regularity reality, for the most part, poses challenges for the transformation of biomedical and bureaucratic-administrative logic into the way services are organized. It was concluded that it is necessary to invest more in the processes of permanent education in health and the recognition of the daily life as a space for reflections and analyzes capable of provoking disarticulation and critical overcoming of the repetitions and automatism that mark the doing in health, opening space for new practices social rights.

Keywords: Permanent Education. Health Services. Health Workers. Daily life.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distritos sanitários do município de Belo Horizonte, 2017.....	65
FIGURA 2 - Distribuição da população de BH-MG. por distrito sanitário e vulnerabilidade.....	66
FIGURA 3 - Localização geográfica da UBS Centro de Saúde N. S. Fátima, Distrito Centro-Sul, BH.....	68
FIGURA 4 - Mapa conceitual ACD e sua relação com o cotidiano.....	85

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Processo de captação da realidade	73
QUADRO 2- Narrativas do cotidiano do serviço na unidade básica de saúde que informam EP	114
QUADRO 3 - Narrativas do cotidiano que informam EP em atendimentos e situações de informalidades	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEDHRUS	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (em Saúde)
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EC	Educação Continuada
EE	Escola de Enfermagem
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEMAM	Fórum de Entidades do Entorno da Área de Influência da Mineração do Acaba Mundo
GERUS	Gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NAPq	Núcleo de Apoio à Pesquisa
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NETS	Núcleo de Educação para o Trabalho em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PET	Projeto Educação para o Trabalho
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RH	Recursos Humanos
SES/MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNE	União Nacional de Estudantes
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>

SUMÁRIO¹

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral.....	30
2.2 Objetivos específicos.....	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	31
3.1 Modelos de atenção à saúde	32
3.2 Educação e sua potência transformadora.....	38
3.3 Educação permanente em saúde no Brasil: breve aproximação.....	44
3.4 Educação permanente nos serviços de Saúde.....	46
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	57
O cotidiano de Agnes Heller.....	58
5 PERCURSO METODOLÓGICO	63
5.1 Delineamento teórico-metodológico	64
5.2 Cenário do estudo	65
5.3 Participantes do estudo	70
5.4 Captação da realidade.....	71
5.5 Registros	81
5.6 Análise dos dados	82
5.6.1 Organização dos dados.....	86
5.6.2 Organização dos dados produzidos pela entrevista em profundidade e grupos focais....	86
5.7 Aspectos éticos	87
6 RESULTADOS	89

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2016.

Capítulo 1 - O cotidiano dos serviços de saúde na atenção primária: desafio de um fazer em saúde.	90
Capítulo 2 - A educação permanente no cotidiano da atenção primária: entre o possível e o desejável.....	113
<i>A educação permanente no cotidiano da atenção primária: formas, campos de força e forças possíveis.....</i>	113
<i>Discursos dos trabalhadores de uma UBS sobre educação permanente</i>	135
Capítulo 3 - Mudança de modelo assistencial: correlações da educação permanente no cotidiano do serviço na unidade básica de saúde	152
7 REFLEXÕES CRÍTICAS: REPENSANDO SUPERAÇÕES NECESSÁRIAS	178
Capítulo 4 - Repensando superações necessárias.....	179
REFERÊNCIAS.....	194
APÊNDICES E ANEXO	210

1 INTRODUÇÃO



Jean François Millet – Os Primeiros Passos. 1853.

Começo esclarecendo a razão de ilustrar a tese com figuras de pinturas de Jean-François Millet e Vincent Van Gogh. Um conjunto de pinturas de Millet abordava temáticas ligadas à paisagem e seus conteúdos sociais e humanos no ambiente rural. Suas obras retratam paisagens bucólicas que refletem um clima de introspecção da vida cotidiana no campo. Foi assim que me senti durante o doutorado na produção dos meus dados no cotidiano da unidade básica em estudo.

Não posso deixar de mencionar que Millet transformou o cotidiano em protagonista de seus quadros, cujo estilo tem como fonte a aparência da realidade e a expressão do conteúdo da vida cotidiana da existência humana. Vincent Van Gogh, como seguidor de Millet, identifica-se com sua pintura e faz uma releitura com novos traços e cores, interpretando o cotidiano da existência dos camponeses. Tais pinturas me inspiraram na observação do cotidiano. As pinturas escolhidas para cada parte representam, de certa forma, o meu percurso na construção da tese.

A existência humana implica a existência da vida cotidiana e que nela exteriorizamos paixões, sentimentos, sentidos, capacidades, habilidades de diversas formas, ideias, ideologias, crenças, gostos, enfim, com intensidade e por inteiro. Assim, não é possível desassociar a cotidianidade da existência, nem há como permanecer em estado de suspensão da cotidianidade, pois o homem nela se apresenta por inteiro, ora submerso no cotidiano, ora experimentando o não cotidiano e se desenvolvendo para além do seu meio (HELLER, 2014).

Nos meus percursos, após minha formação, em 37 anos de caminhada como estudante e depois como enfermeira assistencial, como gerente de enfermagem e de serviços de saúde, como docente em cursos de graduação de Enfermagem, em instituições particulares de ensino superior, tutora em cursos de especialização, na modalidade EAD, agora como docente na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no curso de graduação de Gestão de Serviços de Saúde e atualmente como discente no doutorado, experimentei ações, reflexões e aprendizados na minha formação e atuação, com experiências de construções importantes que me aproximaram das discussões acerca da educação permanente em saúde e modelo assistencial.

Minha formação como enfermeira na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFGM), na década 1980, foi marcada pela discussão do Movimento Sanitarista Brasileiro em sala de aula, em reuniões do Diretório Acadêmico Marina de Andrade Rezende e em assembleias da União Nacional Estudantil (UNE). Contudo, vivenciei, em muitas disciplinas, um processo ensino-aprendizado conteudista, fragmentado, por vezes descontextualizado da realidade, junto com colegas e amigas como Adriane Jansen e Maria Célia, que também tinham uma visão crítica da área de saúde. Considerávamos que a atenção à saúde era fragmentada, desigual e com dificuldade de acesso para os usuários. À época, a discussão da necessidade de um novo sistema de saúde estava em pauta em nossos encontros e festas no Diretório Acadêmico. Nesses espaços de discussão e em algumas práticas, proporcionadas por alguns professores, éramos colocadas em confronto com a realidade, marcando minhas lembranças na minha formação como enfermeira.

Passei a ter experiências diversas que me fizeram perceber a importância de identificar que em qualquer espaço social era possível identificar situações que demandavam problematização e abordagens em prol de melhores condições de saúde. E em 1985, quando estava no último ano do curso de graduação em Enfermagem, a partir da problematização da realidade de onde eu trabalhava para me sustentar no curso - um setor de digitação de cheques em um banco particular -, pude elaborar um estudo sobre as condições de trabalho e propor ações voltadas para aquele público. Os resultados do estudo, descritivo quantitativo, realizado sobre os principais problemas de saúde dos trabalhadores do setor de digitação, com orientação e incentivo das Prof^{as}. Zídia e Mércia, foram apresentados no respectivo setor e em um evento do Núcleo de Apoio à Pesquisa (NAPq) da Escola de Enfermagem, naquele mesmo ano, aplaudido de pé pela plateia (emociono-me até hoje), contribuindo para meu entusiasmo em começar a vida profissional. Esse foi o meu trabalho de conclusão de curso, apesar de não ser uma realidade no curso de Enfermagem naquela época.

Recém-graduada, vivi duas experiências que me aproximaram da dimensão educativa do cuidar pelo enfermeiro em ações que eram denominadas de educação continuada. Uma delas foi uma unidade de atenção cardiovascular da Santa Casa de Misericórdia de BH, quando assumi a coordenação da equipe de técnicos de enfermagem naquele setor. Nesse serviço, identifiquei que os membros da equipe de enfermagem atribuíam às lacunas de conhecimento e às fragilidades no processo de trabalho a falta de investimento institucional na capacitação

dos profissionais. Essa identificação moveu-me para a proposição e execução de ações de educação em serviço para os técnicos em enfermagem, que aconteciam por observação de cada técnico durante os cuidados, seguida por momentos de discussão coletiva. Eu nem sabia o que era educação permanente em saúde.

A segunda experiência envolveu a montagem de um Centro de Terapia Intensiva (CTI) em um hospital de Brasília-DF, quando pude experimentar a educação com trabalhadores de um hospital desde a contratação até a preparação da equipe de técnicos em enfermagem junto com outros colegas enfermeiros. Utilizamos metodologias que envolviam discussão coletiva além das práticas de procedimentos. Com isso, foi possível consolidar uma equipe coesa de enfermagem no CTI do Hospital *Golden Garden* em Brasília.

Após engravidar do primeiro filho, pensei em mudar os rumos e fui aprovada em concurso público promovido pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, naquela época denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Passei a atuar na atenção primária à saúde (APS), assumindo a atenção à saúde da criança em uma unidade básica de saúde (UBS) no setor “PSul de Ceilândia”, cidade-satélite do Distrito Federal. A área de abrangência da UBS era composta de uma comunidade altamente vulnerável e com muitos conflitos e, mais uma vez, fui estimulada por indagações acerca da realidade dos usuários e da capacitação dos profissionais para o reconhecimento das necessidades daquela comunidade, tendo em vista um cotidiano perpassado por repetições e atenção prescritiva na comunidade.

Posteriormente, atuei em uma unidade de pronto-atendimento e em 1990 fui convidada a exercer a função de coordenadora de Enfermagem de uma UBS na cidade-satélite de Candangolândia, uma comunidade ainda mais complexa que a anterior. Mais uma vez me vi responsável pela busca de soluções e renovação de práticas de saúde ofertadas a uma comunidade e, conseqüentemente, pela promoção de um trabalho participativo envolvendo a equipe em discussões de diagnóstico, planejamento das ações e capacitação. Nessa UBS ampliei ainda mais minha capacidade de avaliar uma realidade, a lidar com o planejamento local, de forma participativa, muitas vezes conflituosa, para a organização da atenção primária à saúde, em uma parceria extraordinária com o Dr. Ibirá de Artiaga, que muito me ensinou nesse processo. Acumulava também a atenção à saúde da criança de zero a cinco anos, na denominada “Sala da Criança”.

O modelo assistencial era um misto de modelo biologicista e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Incomodavam-me, novamente, as repetições, a falta de reflexão, o engessamento e automatismo presentes no dia a dia da unidade de saúde, proporcionados pelos “pacotes” de programas de atenção à saúde que chegavam dos níveis hierárquicos superiores, os quais deveriam ser seguidos rigorosamente, independentemente das necessidades da área de abrangência.

Naquele mesmo ano, participei do Curso de Gerenciamento de Unidades de Saúde (GERUS), o qual proporcionou idas e vindas entre a teoria e a realidade da UBS, despertando meus sentidos e me aproximando da educação permanente em saúde (EPS). Embora, naquela época, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) já discutissem um novo conceito, denominado educação permanente do pessoal da saúde (EPS), o termo comumente utilizado era educação continuada (EC). O curso despertou-me para os níveis locais e a atenção primária à saúde, provocando motivações em mim e, por extensão, na equipe de enfermagem da unidade, associando teoria e prática nas ações voltadas para a realidade do serviço e dos usuários.

Muitas ações individuais e coletivas foram desenvolvidas na unidade e na comunidade. Cada vez mais eu me aproximava de algo que confrontava os treinamentos prontos e questionava a necessidade de qualificação dos profissionais, na perspectiva de que ações nesse sentido provocariam o repensar de práticas, de posturas e de condutas de intervenção para a superação das dificuldades individuais e coletivas, num movimento que não poderia ser pensado somente por determinados atores, mas que deveria envolver o coletivo.

Em 1994, Cristovam Buarque assumiu o governo do Distrito Federal e aumentou o investimento na saúde, até então sucateada, incentivando a criação dos Núcleos de Educação para o Trabalho em Saúde (NETS), coordenados pelo Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CEDRHUS) que, por incentivo e luta da saudosa enfermeira Isabel Santos, hoje é a Escola Técnica em Saúde do Distrito Federal.

No ano seguinte, fui convidada a assumir a instalação e coordenação do NETS/Regional Sul. O foco era a implantação e implementação de projetos de educação para os trabalhadores da saúde voltados para as necessidades do hospital regional e dos centros de saúde e, para tanto,

era preciso identificar as necessidades educativas e metodologias ativas de ensino-aprendizagem adequadas. Paralelamente, fiquei responsável pelos processos educativos específicos para qualificação da atenção à saúde da criança nas UBS, área em que eu havia acumulado mais conhecimento e experiência.

No NETS pude vivenciar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, com discussões no Colegiado Gestor Regional seguidas por processos educativos com metodologias ativas, com gerentes e profissionais das unidades básicas e do hospital regional. Pude vivenciar também, em seguida, o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de discussão coletiva e busca por estratégias educativas para os trabalhadores de saúde e gestores locais e regionais e trabalhadores ingressantes naquela Estratégia, que na época era nominada de Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde e de Programa Saúde em Casa pelo governo do Distrito Federal. Atuei na discussão, produção e implementação das ações educativas preparatórias das equipes, que utilizavam a problematização como método e eram denominadas treinamento introdutório.

Em 1997, voltei para Belo Horizonte e assumi a assessoria de atenção primária a municípios da região metropolitana, no Regional de Saúde de Belo Horizonte da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG), hoje Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS-BH). Tive a honra de atuar, neste período, com a Enfermeira Francisca Cândida da Silva, na saúde da mulher, saúde da criança e programas afins. Em contato com a realidade dos municípios, sempre atrelava meu pensamento à necessidade de reflexão por parte de profissionais e gestores para a resolução de determinados problemas, mesmo em meio a normatização, protocolos e manuais que eram criados e encaminhados pela SES-MG, para a resolução de problemas municipais e locais.

Nesse momento reencontrei a Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, que, sabendo da minha experiência no Distrito Federal, direcionou-me para o Polo de Educação Permanente em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG. Assim, a convite da Profa. Maria José Cabral Grillo e Marília Rezende, ingressei na equipe para a preparação dos trabalhadores para a implantação da ESF na região metropolitana de BH, em Minas Gerais. Uma experiência inesquecível com a Profa. Enfa. Maria Dolôres Soares Madureira e a Assistente Social Marli Nacif, da SES-MG. Atuamos no preparo das

equipes que ingressavam na ESF, utilizando metodologias ativas com problematização da realidade, tendo em vista a realidade dos municípios em implantação da estratégia. Experiência gratificante, enriquecedora de aprendizado e interações.

Paralelamente, na Superintendência Regional de Saúde (SRS), a partir de 1999 pude participar do processo de descentralização da gestão e regionalização da atenção na região metropolitana de Belo Horizonte, da organização dos pactos de indicadores de saúde e, então, vivenciar reuniões de discussão da realidade municipal em duas regiões de saúde pelas quais era responsável. Com isso, aproximando-me ainda mais do que seria educação permanente em saúde como discussão e atuação coletiva a partir da realidade do sistema e serviços de saúde municipais.

Em 2005, concluí o mestrado na Escola de Enfermagem da UFMG, sob a orientação da querida Profa. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli, com o estudo sobre as representações acerca do processo saúde-doença e a construção dos sujeitos nessas representações. O resultado da dissertação levou-me a questionar a necessidade de qualificação dos profissionais num processo permanente para lidar com os usuários como sujeitos que não se comportam como *locus* depositário de conhecimento, mas sim um sujeito da sua aprendizagem no cuidado à saúde. Mas não pude dar continuidade logo em seguida. Por arranjos que a vida nos traz, muitas vezes precisamos interromper sonhos.

Nos dois anos seguintes, 2006 a 2007, assumi a coordenação de atenção primária da SRS-BH, podendo vivenciar outros movimentos com a equipe de profissionais atuantes nesse âmbito da atenção. Particpei da formação de facilitadores para EPS na região metropolitana em parceria com a UFMG, juntamente com a Profa. Maria José Cabral Grillo, a qual me estimulou no seguimento do meu pensamento a caminho da EPS. Essas se somaram a outras experiências como tutora na especialização em capacitação pedagógica para enfermeiros e no Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade de ensino a distância.

Destaco aqui que a querida Profa. Dra. Enfa. Roseni Sena, desde a conclusão do mestrado, estimulava-me a seguir adiante e sempre me convidava para participar do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE), que ela coordenava; no entanto, eu não estava preparada. O amadurecimento veio após assumir o cargo de Professora

do Magistério Superior na minha querida EE-UFMG (nela venho caminhando desde a formação, mestrado, docência e agora doutorado).

Antes de ingressar na EE-UFMG como docente concursada de 20 horas, vivenciei a docência em instituições de ensino particulares na formação de enfermeiros, que continuou em outros momentos, simultaneamente. Essas experiências me aproximaram da reflexão acerca da importância do ensino voltado para a realidade dos serviços, levando-me a amar cada vez mais ser professora. Ao ingressar na Escola de Enfermagem como docente no curso de Gestão de Serviços de Saúde, 2009, fui ao encontro da Profa. Kênia Lara Silva, hoje minha orientadora, buscando conversar sobre a disciplina Educação na Saúde, da qual eu era responsável pela criação e coordenação. Obtive as informações e fui convidada por ela a participar do NUPEPE/UFMG, do qual era subcoordenadora, tendo participado, entre outras, da pesquisa intitulada “Educação permanente em saúde e os modos de pensar e fazer gestão, atenção, formação e participação no e para o SUS”.

O resultado dessa pesquisa indicou potencialidades na implementação das práticas de EPS. No entanto, ao analisar as diretrizes contidas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), foram identificadas fragilidades nas diferentes regiões estudadas, com desenhos e perspectivas variadas advindas em grande parte de iniciativas nos serviços locais de saúde. Isso me despertou certa esperança acerca da potencialidade da educação permanente em saúde para produzir mudanças nos modos de atenção no cotidiano dos serviços de saúde.

A expectativa positiva e o aprendizado que acumulei ao longo de minha trajetória profissional acerca da educação permanente no setor da saúde, como processo capaz de provocar mudanças na assistência à saúde, inquietaram-me e impulsionaram-me a realizar este estudo de doutoramento, sob a orientação valiosa da Profa. Dra. Kênia Lara Silva. Desse modo, busquei enxergar a EPS no cotidiano do serviço de saúde e suas repercussões no modelo assistencial praticado na atenção primária à saúde.

A educação permanente em saúde (EPS) é um tema atual no contexto da efetivação do SUS e representa uma aposta como estratégia para a transformação de modelo assistencial, capaz de provocar mudanças nas práticas de saúde e processos de trabalho.

A Lei 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde, conceitua-o como sistema constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. O intuito é buscar um modelo assistencial universal, equânime e com integralidade, responsável pela promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Para o modelo proposto pelo SUS, torna-se premente a reorganização da rede assistencial. Apesar dos 30 anos transcorridos após a sua criação por meio da Constituição Federal de 1988, muitos problemas ainda estão presentes e alguns desafios são evidentes, como a consolidação do modelo assistencial centrado no usuário, da atenção primária à saúde como o centro coordenador das redes de atenção, fragilidade institucional, subfinanciamento, despreparo de profissionais e gestores, entre outros.

Passados 28 anos de publicação da Lei Federal 8.080, observa-se que o modelo assistencial à saúde ainda apresenta fortes características biologicistas e biomédicas, portanto, com necessidade de investimentos em estudos que possam analisar a contribuição de diferentes dispositivos na organização da rede assistencial para a concretização do SUS, no modelo assistencial proposto.

No Brasil, o Ministério da Saúde adota a EPS como caminho possível no desenvolvimento de estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e práticas para potencializar a atenção integral, resolutiva e humanizada. Em 2003 é aprovada no Conselho Estadual de Educação e na 12ª Conferência Nacional de Saúde, como caminho para a efetivação do SUS. Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, reafirmando a necessidade de consolidação do modelo assistencial, de acordo com os princípios do SUS, com referência nas características locais e regionais, valorizando o desenvolvimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de produção da saúde (SARRETA, 2012).

Na política, há uma aposta na formação contínua, uma vez que os sujeitos estão permanentemente reinterpretando, redefinindo novos sentidos e modificando comportamentos (BRASIL, 2004a). A EPS propõe-se a criar, recriar, inventar, estabelecer disrupturas necessárias para buscar a análise, reflexão e ação sobre o trabalho, provocando nesses sujeitos desconfortos e saídas da zona de conforto, no confronto com a realidade dos serviços de saúde.

Disparadas ou não pela PNEPS, muitas iniciativas têm sido desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde, buscando a mudança de modelo assistencial. Citam-se como exemplos reuniões semanais com discussão sobre a organização do processo de trabalho, discussão de casos, rodas de conversa, aquelas conversas informais nos momentos de parada dos profissionais, busca de parcerias para a resolução dos problemas, reuniões com a comunidade, entre outros.

Parte-se do entendimento de que a educação permanente em saúde coopera para a resolução dos problemas que envolvem a mudança de modelo, como a melhoria do acesso, a qualidade do atendimento e resolutividade, concorrendo para a integralidade, num processo de transformação das práticas de saúde.

Neste estudo, adota-se a conceituação de educação permanente em saúde como:

Prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, 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 (CECCIM; FERLA, 2008, p. 162).

Nesse sentido, quando se fala em educação permanente no setor da saúde, esta é considerada uma estratégia para a implementação e consolidação do SUS, com potencial para proporcionar a problematização e a transformação da realidade, mudanças nos processos de trabalho e formas de organização da rede assistencial e de atenção à saúde (BRASIL, 2004b).

A ideia da Educação Permanente, para a o setor da saúde, tem sido discutida desde a década de 1970, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a finalidade de desenvolvimento permanente dos trabalhadores, considerando as concepções sobre saúde, os processos de trabalho e estratégias educativas como dimensões estratégicas da EP. Na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) construiu uma linha de Educação Permanente voltada para o desenvolvimento dos sujeitos, buscando a mudança do modelo assistencial (OMS, 2007). Diante disso, observa-se que a EPS vem acontecendo no cotidiano de maneiras e iniciativas diversas, assumindo várias formas, desde os modos mais tradicionais de processos educativos aos configurados em outros formatos não tradicionais a partir da

realidade. Essas formas, tradicionais ou não, têm potencial para operar mudanças no processo de trabalho e no modelo assistencial e influenciar a organização da rede assistencial.

Acredita-se que essas ações têm potencial para contribuir para mudanças no modelo assistencial à saúde, contudo, ainda existem lacunas quanto aos processos e movimentos produzidos no cotidiano, que são capazes de direcionar as práticas a partir das equipes, no trabalho em saúde. Sabe-se que os sujeitos devem estar implicados nessa mudança. As equipes têm se movimentado para resolver os problemas, mas parecem não terem ainda consciência da dimensão singular do seu agir para esse processo, necessitando de investimentos em processos de EPS.

Assim, existe uma lacuna de conhecimento quando se pensa no quanto e como a EPS, no cotidiano do serviço de saúde, tem possibilitado a mudança de modelo assistencial tão almejada pelo SUS. Dessa forma, têm-se as seguintes indagações: como a EPS tem possibilitado mudanças para a transformação do modelo assistencial a partir do cotidiano das equipes na rede de atenção? Que movimentos ou indicativos podem ser visualizados para a mudança no modelo assistencial a partir das estratégias de EPS?

Presume-se que a EPS aconteça no cotidiano, assuma diferentes formas, seja capaz de mudar os sujeitos no processo de trabalho, proporcionando a mudança de modelo assistencial. Pressupõe-se, ainda, que os sujeitos, no cotidiano do serviço de saúde, ao problematizarem a atenção à saúde, criem um campo potente para a transformação da prática que ocorre com maior ou menor intensidade, conforme as diferentes estruturas instituídas nos serviços. Esses pressupostos sustentam-se na compreensão de que a EPS, no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde, numa apropriação de Ceccim (2005), deve considerar os sujeitos em suas interpretações das normatizações contrapostas com a realidade vivida, que na maioria os subjetivam e produzem o cotidiano, em direção ou não à superação da realidade como mundo em invenção.

Essa compreensão se apoia no referencial de Heller (2014), para quem a vida cotidiana aparece como base de todas as reações espontâneas do homem em seu ambiente social. Assim, o homem deve caminhar para a busca da liberdade e autonomia em processos de subjetivação e invenção da realidade, superando o cotidiano. A liberdade e autonomia, no mundo cotidiano, são possibilidades de o sujeito interpretar o conteúdo das normas sociais,

rejeitar algumas, aceitar outras ou, ainda, preferir outros valores, já que a vida cotidiana é carregada de alternativas e escolhas.

Defende-se a tese de que as mudanças no modelo assistencial podem ser proporcionadas, também, pelos sujeitos no trabalho em saúde que, ao experimentarem a EPS no cotidiano dos serviços, podem caminhar para a busca da autonomia e liberdade na resolução dos problemas de saúde, problematizando-os em busca de transformações, aprendendo e mudando suas concepções e práticas. Em consequência, podem ser evidenciadas outras e novas formas de organização das relações no processo de trabalho em saúde, que induzem, questionam, propõem e, por vezes, se refletem em mudança no modelo assistencial.

Torna-se necessário considerar os sujeitos em todos os processos de atenção à saúde, pois são aqueles que, ao ocuparem os lugares de produção da saúde, detêm a prática e são capazes de provocar mudanças nos processos de trabalhos, nas redes de atenção e, conseqüentemente, no modelo assistencial.

A relevância do estudo reside na possibilidade de se dar visibilidade à educação permanente em saúde no cotidiano, abrindo espaço para a reflexão sobre sua importância nos serviços de saúde, para a mudança do modelo assistencial, considerando o conceito utilizado para este estudo, exposto no referencial teórico-conceitual.

O relatório da tese é iniciado pela introdução, já apresentado, discorre sobre a construção do objeto de estudo, procurando contextualizar os temas pertinentes, de modo a justificar o estudo e possibilitar emergir o pressuposto e a tese defendida.

Na sequência, são apresentados os objetivos do estudo destinados à compreensão do contexto e do objeto desta investigação, seguidos pelo referencial teórico conceitual de modelo assistencial, de Educação Permanente, Educação Permanente em Saúde e referencial teórico metodológico do cotidiano de Agnes Heller. Acrescenta-se uma revisão integrativa, realizada para se tomar decisões acerca da tese, a qual já foi publicada em forma de artigo.

Segue-se com o caminho percorrido, destacando as razões pelas escolhas, o trabalho de campo, os métodos utilizados para a captação da realidade e formas de análise, com utilização da Análise Crítica do Discurso (ACD) de Fairclough (2011).

Os resultados obtidos são apresentados em quatro capítulos:

Capítulo 1 - O cotidiano na Atenção Primária à Saúde: desafios do fazer em saúde

Neste eixo é apresentado o cotidiano da UBS, num contexto de mudanças de gestão municipal e distrital e local, após análise dos dados empíricos das observações e alguns excertos das entrevistas que discorreram sobre o cotidiano. Esse contexto trouxe muitas oportunidades de reflexão, discussão e aprendizados para os trabalhadores de saúde na unidade.

Capítulo 2 - A educação permanente em saúde no cotidiano da atenção primária: entre o possível e o desejável

Neste capítulo são apresentados os resultados referentes à EPS no cotidiano da unidade, assim como os discursos dos trabalhadores acerca do entendimento da EPS. Parte do conteúdo deste capítulo resultou em um artigo publicado na Revista de Enfermagem Ana Nery, intitulado “Educação permanente: discursos dos trabalhadores da saúde em uma unidade básica de saúde”, o qual foi integralizado para a defesa da tese.

Capítulo 3 - Modelo assistencial: repercussões da educação permanente em saúde no cotidiano da UBS

Neste terceiro capítulo estão os resultados referentes às entrevistas com trabalhadores e usuários, assim como dos grupos focais realizados com os usuários, para melhor entender as repercussões da EPS no modelo assistencial.

Capítulo 4 - Reflexões críticas: repensando superações necessárias

A análise crítica buscou oferecer contribuições para a superação dos desafios evidenciados nos dados, acerca da efetivação da EPS na APS, como hegemonia e homogeneidade de pensamentos, reflexões e ação frente à realidade em eterno movimento. O cotidiano da unidade é cercado de situações, pessoas e movimentos que representam campos de forças às vezes favoráveis e em outros momentos desafiantes para a construção de um novo modelo assistencial que considere as demandas, necessidades e perspectivas do cuidado integral.

Com a apresentação das críticas e superação, esse capítulo registra também as considerações finais que trazem a sistematização dos achados assim como recomendações de novos estudos, implicações e aplicação na prática.

2. OBJETIVOS



Jean-François Millet. O Semeador. 1850.

2.1 Objetivo geral

Analisar a educação permanente como dispositivo para a mudança do modelo assistencial à saúde no cotidiano do serviço de saúde.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as formas de educação permanente em saúde no cotidiano do trabalho da atenção primária à Saúde.
- b) Identificar indicativos de mudança do modelo assistencial a partir do cotidiano de uma unidade de atenção primária à saúde.
- c) Analisar as repercussões da Educação Permanente em Saúde no cotidiano da atenção primária à saúde correlacionando-as com as mudanças do modelo assistencial.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL



Vincent van Gogh - Campo de Trigo com Ciprestes – 1889

3.1 Modelos de atenção à saúde

O conceito de modelo de atenção à saúde é polissêmico e vem sendo retratado em diferentes terminologias, tendo como referência autores como Campos (1994), Silva Júnior (1998) e Silva Júnior e Alves (2007), Merhy (2002), Teixeira e Solla (2006), Fertoni (2010), Fertoni *et al.* (2015) e Paim (2012), entre outros.

Compreende-se como modelo assistencial o modo como são organizadas e produzidas as intervenções em saúde envolvendo a relação entre os sujeitos mediadas pela combinação das diversas tecnologias, incluindo as relações humanas nos processos de trabalho, para atender às demandas e necessidades de saúde dos usuários. Nesse processo, devem-se levar em conta o cotidiano das práticas assistenciais e os determinantes sociais para a definição do desenho assistencial, centrando o cuidado no usuário, direcionado para sua melhora na qualidade de vida e bem-estar, levando-se em conta a sua dignidade, direitos, interesses e participação efetiva (PAIM, 2012).

Tende-se a tratar modelo assistencial considerando a existência de polos opostos, no entanto, chama-se a atenção para a necessidade de se desfazer desse pensamento, pois não se trata de modelos opostos, mas sim de mudanças nos modos de organizar e produzir saúde que favoreça a vida. É preciso compreender que, para definir modelo na saúde, é necessário considerar os movimentos do cotidiano do trabalho em saúde, como, por exemplo, as relações, o comprometimento e a corresponsabilização dos sujeitos, sejam eles gestores, trabalhadores de saúde e usuários, na atenção à saúde, assim como nas práticas assistenciais (FERTONANI *et al.*, 2015).

Para tanto, buscaram-se na literatura as terminologias mais utilizadas e o que retratam acerca da produção das práticas nos serviços de saúde.

São várias as terminologias que são utilizadas para modelos na saúde como “liberal privatista” ou “hospitalocêntrico”, “campanhista-sanitarista ou campanhista/preventivista” ou “saúde pública, rede básico-centrado” ou “APS centrado”, “vigilância à saúde”, “atenção integral á saúde ou ações programáticas, integralidade da atenção”, “tecnoassistenciais e “saúde em defesa da vida”.

O termo “liberal privatista” ou modelo “hospitalocêntrico” refere-se a uma atenção prescritiva, sem a participação do usuário, como uma prática de autonomia total do profissional, qualquer que seja (GIOVANELA et al, 2012). É centrado na assistência médica, nas práticas curativas altamente especializadas e fragmentadas, no cuidado individual e na organização voltada para o complexo médico-hospitalar. Foca a doença como objeto da atenção, com redução do processo-saúde doença a uma dimensão biológica, com estratégias de intervenção no corpo doente, sem associar às dimensões histórico-sociais, localizando suas principais estratégias de intervenção (MATTA; MOROSINI, 2009).

Surge, numa tentativa de atenção integral, a atenção a grupos específicos, com políticas voltadas para a atenção à saúde por ciclo de vida, com propostas associadas a estratégias de centralização política e especialização técnica, como programas de saúde. Esse modelo torna a política, atenção e ações fragmentadas, com a intenção de uniformizar a intervenção por meio de protocolos técnico-científicos enrijecidos e desfavoráveis às especificidades políticas, sociais e culturais (MATTA; MOROSINI, 2009).

Outra lógica de modelo é a vigilância em saúde, que incorpora a noção de risco e busca de identificação dos fatores de risco envolvidos na determinação das doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas, que tem lugar predominante no perfil epidemiológico das populações (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000).

A proposta do modelo de Vigilância em saúde partiu de um grupo de pesquisadores da UFBA e apresentada por Paim e Mendes, no início dos anos 90, com ênfase na descentralização e regionalização dos serviços, territorialização, planejamento estratégico com análise situacional, organização dos serviços orientada por problemas com autoridade sanitária local, com hierarquização tecnológica, intersetorialidade, integralidade; entre demanda espontânea e oferta organizada (MENDES 2001).

Esse modelo passou por uma ampliação e diversificação da visão do seu objeto de atuação, incorporando novas técnicas e instrumentos de geração de informações e organização das intervenções sobre "danos", "indícios de danos", "riscos" e "condicionantes e determinantes" dos problemas de saúde, sendo reconhecido também como modo tecnológico de intervenção em saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Com os modelos de vigilância em saúde, bastante vigente na atenção primária, considerando-a como centro coordenador da rede de atenção no sistema de saúde, a OPAS propõe a conformação dos sistemas de saúde como redes integradas de atenção à saúde, para a garantia da integralidade. Nesse sentido, esse conceito, “integralidade da atenção”, utilizado na Constituição brasileira e presente na biblioteca da saúde, ajuda a entender por que falamos em coordenadas para atenção primária, linha do cuidado e gestão da clínica (CECCIM, 2018).

O modelo “integralidade da saúde” ou ações programáticas busca associar a organização da rede e das práticas de saúde de forma integrada e horizontalizada, com oferta organizada, considerando a demanda programada e a demanda espontânea, com ações programáticas, individuais e coletivas, numa horizontalização da atenção à saúde e agrega o usuário nas decisões (MENDES, 2004). Como modo de organizar as práticas considera a combinação de tecnologias que privilegie as relações, proporcionando o encontro e protagonismo e encontro dos sujeitos no cuidado à saúde para além das demandas explícitas (PINHEIRO, 2009).

Dessa forma, a atenção básica se torna foco da reorganização do sistema com a proposta “redebasicocentrada”, caracterizado pelo cuidado centrado na pessoa, resolutividade, organização e responsabilização, atenção integral de acordo com os princípios da APS. No entanto, há imprecisões quanto ao seu significado e na formulação e implementação de políticas de atenção primária à saúde observam-se abordagens em disputa, com evocações de discursos díspares com iniciativas que por vezes se contrapuseram (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; GIOVANELLA; MENDONÇA 2008; ROVERE, 2012).

O termo APS foi tratado oficial e internacionalmente na Conferência de Alma Ata, para designar, nos países com sistemas públicos universais, os serviços de primeiro contato com atenção centrada em médicos generalistas (COSTA; MAEDA 2001). No entanto, foi também entendido como um termo que o designava como cesta básica de cuidados e insumos necessários à oferta de serviços para a população mais pobre. Frente a essa dualidade, o termo atenção básica foi adotado pelo Movimento Sanitário Brasileiro, buscando uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, como cuidados primários ou cesta básica (GIOVANELLA, 2018).

No Brasil, a terminologia “atenção básica” surgiu na publicação de documentos oficiais como a NOB/96. Nela, a AB aparece como modelo de atenção estruturante do SUS, sendo identificada nas primeiras citações a referencia à mudança do modelo de atenção à saúde com indicação do Programa Saúde da Família, atualmente Estratégia Saúde da Família. Passou, gradativamente, de um conjunto de procedimentos de ações básicas no SIA/SUS para a representação de organização dos serviços de saúde no SUS (COSTA, MAEDA 2001; NEGRI B; WERTHEIN, 2002).

No entanto, o Ministério da Saúde editou o documento “O trabalho do agente comunitário de saúde” – Manual do ACS. Neste pode ser identificado, ao tratar da atenção básica à saúde. Utiliza os termos atenção primária, assistência primária, ações do primeiro nível de assistência e atenção básica como sinônimos, mas ao mesmo tempo, quando discorre sobre o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) e Saúde da Família, faz referências à atenção básica (BRASIL, 2000), demonstrando a imprecisão na utilização desses termos.

Sendo ABS ou APS, numa dimensão ético-política, a atenção à saúde deve ser organizada a partir de uma perspectiva interdisciplinar e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos (trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde) (MATTA, MOROSINI 2009).

Nessa linha, Merhy; Cecílio; Nogueira (1992) concordam que os modelos tecnoassistenciais se apresentam como projetos de grupos sociais, tecnoassistenciais, cuja estrutura se concretiza na produção de ações de saúde, com a incorporação ou não de outros projetos, de acordo com as necessidades que devem ser contempladas. Apoia-se, para isso, em conhecimentos e saberes que definem problemas de saúde, seguido por definição das práticas de saúde necessárias, sua direcionalidade relativa ao grupo social, como devem ser organizadas e quem as efetuarão.

Nessa direção, o modelo chamado “em defesa da vida” marca uma necessidade de desmanchar o pensamento de modelo como polos e considerar que a questão é o que se vai fazer, não sendo mais uma noção de poder, mas sim a defesa da vida. Por ocasião da 9ª Conferência Nacional de Saúde, destaca-se a nomenclatura “saúde em defesa da vida”,

marcando um lugar de ruptura específica a movimentos polarizadores, que não consideram necessidades e determinantes sociais e de saúde (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992).

Para autores como Silva Júnior (1998) é importante a discussão a articulação da dimensão dos saberes e da política na determinação da forma de organizar a assistência, trazendo à discussão o Modelo Técnico Assistencial. Para Silva Júnior (1998), esse modelo se dá a partir de arranjos de saberes da área da saúde (interdisciplinaridade), assim como de projetos como estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais, para a produção de serviços.

Para fins deste estudo, foram considerados como sinônimos os termos modelo assistencial e modelo de atenção à saúde, tendo-se que para a tese, o termo modelo assistencial seria mais adequado, por se tratar da atenção à saúde, no cotidiano local onde a assistência é prestada. O termo atenção primária à saúde é entendido também como a porta de entrada do sistema de saúde, focado nas ações coletivas e individuais e como forma de organizar a assistência no nível local.

Em uma reflexão bastante pertinente sobre modelos de atenção à saúde no Brasil, em 2008, Paim discute vários modelos e estratégias que foram ou estão sendo desenvolvidas. Como conclusão possível naquele momento, o autor afirma que se deve “aceitar o desafio de investigar qual a combinação de tecnologias e abordagens mais adequadas para a solução de problemas derivados de diferentes perfis epidemiológicos e para o atendimento integral das necessidades de saúde, individuais e coletivas” (PAIM, 2012, P. 487). Isso porque, para ele, modelos assistenciais ou modelos de atenção representam:

[...] combinações de tecnologias estruturadas em função de problemas (danos e risco) e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Não são normas nem exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde. Não se reduzem a formas de organização dos serviços de saúde nem aos modos de administrar, gerenciar ou gerir um sistema de saúde, ainda que possam interagir, sinergicamente, com as dimensões gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde nas estratégias de transformação. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde (PAIM, 2012, p. 488).

Teixeira e Solla (2005) afirmam a necessidade de tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais, o que nomeia como tecnologias de conversa, as

quais colaboram para a identificação, elaboração e negociação com usuários das suas necessidades, visando contemplá-las nos diversos momentos de contato com o usuário. Nesse sentido, indica a importância do acolhimento, vínculo, ação multiprofissional e articulação intersetorial, como elementos estratégicos que caracterizam a proposta de modelo assistencial do SUS. Para se chegar a essa conceituação, muitas concepções foram levadas à reflexão sobre o tema, levando-se em conta, como afirma Paim (2012), que o termo modelo deve ser entendido como uma representação da realidade de saúde, por meio da qual se procura conhecer as racionalidades que orientam as ações de saúde, levando à busca de tecnologias em cada situação concreta e orientando as decisões políticas de quem está envolvido na atenção à saúde.

O SUS foi concebido a partir de um modelo de saúde baseado nas necessidades da população, que buscava o reconhecimento do compromisso do Estado para com o bem-estar social, detendo-se no resgate da saúde coletiva e confirmando direitos do cidadão (LIMA, 2010). Ainda, numa compreensão de que as necessidades de saúde:

[...] muitas vezes estão na fronteira entre os “problemas da vida” e a “patologia” objetivamente definida e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico [...] (TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p. 225).

Com o SUS, buscou-se construir um modelo com ações de promoção da saúde, fortalecimento das vigilâncias, aproximação dos profissionais com a população, integração com a participação social, entendendo a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Nesse sentido, o preparo dos profissionais e trabalhadores da saúde precisa ser direcionado para as mudanças, fazendo valer a concepção ampliada de saúde, resgatando a luta histórica pela mudança para um modelo universal e includente. Para isso, cada um precisa compreender suas tarefas históricas para o desenvolvimento de estratégias, tornando-se pessoas aliadas, com suas aptidões críticas e com vontade política para fazer as mudanças (GARNELO, 2008).

É nesse cenário que a educação permanente foi colocada como estratégia formalizada em lei específica, definida como política nacional, para ocupar um espaço importante de aliada dos

profissionais da gestão e da assistência, da formação profissional e do controle social, em prol da mudança.

3.2 Educação e sua potência transformadora

Para abordar a educação permanente, é necessário reportar à educação como uma teoria maior, na qual a EP se insere como a educação ao longo da vida diante da realidade sempre em movimento.

Há várias teorias que perpassam a discussão da educação. Desde concepções conservadoras, baseadas na disciplina e autoridade de quem ensina, como a teoria educativa de Durkheim, a concepções de experimentação, como a de John Dewey. Também há aquelas que buscam compartilhar da experimentação e aquelas que avançam para a discussão da educação para o crescimento do homem na busca de autonomia e mudanças de si e do seu meio, como na produção de Paulo Freire (FREIRE, 2016).

Gadotti (2000), seguidor de Paulo Freire (1921-1997), afirma que é necessária, à educação, uma orientação crítica, na busca de uma informação que proporcione o crescimento e não o embrutecimento. Isso é uma sinalizou de que, nesse caminho, as categorias “contradição”, “determinação”, “reprodução”, “mudança”, “trabalho”, “práxis”, “necessidade” e “possibilidade” aparecem como uma perspectiva da educação voltada para a práxis, constituindo-se, assim, em um grande desafio.

Segundo o autor, essas são categorias consideradas clássicas na explicação do fenômeno da educação. Constituem um importante referencial para a prática, devendo ser consideradas como categorias que ajudarão, de um lado, para a leitura do mundo da educação atual e, de outro, para a compreensão dos caminhos da educação do futuro (GADOTTI, 2000).

Acrescenta-se que existem muitos outros desafios para a educação, pois não basta apenas a reflexão crítica, como também não basta a prática sem a reflexão sobre ela, pois se trata de um processo contraditório, uma totalidade de ação e reflexão em que o ato educativo realiza-se na tensão dialética entre liberdade e necessidade (GADOTTI, 2006).

Gadotti refere-se a Paulo Freire, afirmando que em suas obras este aborda uma educação vinculada à produção social dos sujeitos, numa busca que deve chegar à autonomia e libertação, propondo uma pedagogia da autonomia fundada na ética, no respeito à dignidade e autonomia do educando. Freire (2001; 2018) enfatiza a autonomia que deve ser conquistada, construída a partir das decisões, das vivências e da própria liberdade de criação, como atributo humano essencial, vinculada à ideia de dignidade e autonomia.

Ao se falar de educação para a autonomia, anunciada por Paulo Freire, vai-se ao encontro do tema educação permanente, que tem sua longa trajetória iniciada em movimento na Europa, depois Estados Unidos e, em seguida, América Latina e Brasil.

Reconhecendo essa trajetória, recorre-se aqui a alguns autores clássicos na literatura, cujas publicações, embora estejam datadas de mais de cinco anos, tornaram-se importantes para traçar um pouco do percurso da EP no presente estudo.

A ideia da educação como necessidade permanente foi encontrada primeiramente no enunciado do relatório de 1919, da Comissão Governamental Britânica de Estudos Pedagógicos, prosperando em poucos países e apenas no âmbito restrito aos especialistas da educação de adultos (COLLET, 1976; KNECHTEL, 2001).

Esse movimento considerando a educação como necessidade permanente, na Europa, se mostrou mais evidente na França, surgindo em meio à discussão de especialistas na área de educação, com foco na educação de adultos, diante da necessidade de adaptação no momento revolução industrial (FULAT, 1979).

Inicialmente, a discussão voltada para a educação de adultos dirigia-se para a preparação, no sentido de atender às inovações advindas da Revolução Industrial, evoluindo para um movimento que se preocupava em discutir a educação para o desenvolvimento do homem para a vida.

Era necessário repensar a educação como forma de a sociedade reorientar-se naquela nova realidade. Nesse movimento, a educação, como necessidade permanente, foi concebida numa dimensão que consistia em produzir novas significações a partir da realidade considerada

como campo de valoração das inovações na sociedade, passando, a ser vista como o fio condutor desde a escolarização, dentro e fora de instituições de ensino, com duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida global, traduzidas pela participação efetiva, ativa e responsável do homem na sociedade (FURTER, 1974).

Naquele momento, os teóricos da educação na Europa passam a buscar um processo, de educação permanente, fundamentado em princípio de liberdade, na tentativa de favorecer o desenvolvimento do raciocínio crítico do indivíduo e, conseqüentemente, a autonomia amadurecida, capaz de levar à reformulação de conceitos, hábitos e atitudes. Dessa forma, permitia-se a valorização do processo de desenvolvimento individual e social, conceituando-a como processo de formação para a vida em diferentes situações em que possa envolver-se, sendo capaz de ser autônomo e de transformar-se a si mesmo e influenciar transformações em seu meio (FURTER, 1974).

Entretanto, vale lembrar que a noção de uma educação como processo histórico e continuado ou permanente, que se prolonga por toda vida, sofreu resistência por parte dos teóricos tradicionais da educação, os quais a concebiam como uma prática que se destina ao repasse cultural que acompanha o indivíduo por toda a sua vida e que se destina à capacitação profissional frente aos avanços tecnológicos, ou seja, de adaptação às inovações (COLLET, 1976).

Remete-se aqui a Furter (1973), e o conceito de educação, já referenciado na introdução. Para esse autor, a educação permanente é aquela que deve considerar o homem no meio socioprofissional como um produtor e colaborador eficaz da coletividade, que age de forma crítica e ativa no processo de transformação da sociedade e do trabalho, compreendendo o trabalho como um processo de produção e expressão criadora do homem, com verdadeira participação e desenvolvimento da consciência crítica acerca do sistema político onde está inserido.

Em 1956, na França, o projeto Billière, voltado para a educação do trabalhador para a promoção do trabalho, reforça a ideia da educação permanente, que foi reencontrada no movimento da educação prospectiva, de Gaston Berger, a qual considera que o futuro não estava escrito, devendo ser construído pelos atores sociais o mais racionalmente possível,

pensando os diferentes cenários que comporiam o amanhã cheio de incertezas (KNECHTEL, 2001).

Em 1959, na Conferência Internacional de Educação de Adultos em Washington, promovida pela Confederação Mundial de Organizações dos Profissionais de Ensino, foi defendida a ideia de que a educação prossegue a vida inteira, por isso, deveria sofrer modificações visando à preparação para a educação de adultos, considerada naquele cenário como um passo em direção à educação permanente (KNECHTEL, 2001). Somente em 1965, no Congresso Mundial de Educação de Adultos realizado pela *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), em Montreal, Canadá, o termo educação permanente foi oficialmente utilizado (COLLET, 1976; KNECHTEL, 2001; SCHWARTZ, 1976).

No Brasil, a discussão da EP chega ao setor da educação. Naquele momento, década de 1960, voltado para a alfabetização de adultos no Brasil, Paulo Freire entra em cena, propondo novo método para tal, considerando a leitura não só da palavra, mas do mundo que cerca o educando, num processo contínuo que pudesse proporcionar às camadas mais pobres não só um processo de alfabetização, mas de construção de caminhos para o abandono da visão ingênua da realidade que colaborasse com a libertação da ignorância.

Na mesma linha, na mesma concepção voltada para a alfabetização de adultos, houve a colaboração de especialistas como Pierre Furter, quando ministrou cursos de Filosofia da Educação em São Paulo. Logo, seus livros acerca da EP, efetivamente em 1966, passaram a fazer parte da literatura brasileira sobre educação, disseminando suas ideias por todo o país (AROUCA, 1996; BÁRCIA, 1982).

Na década de 1970, como pensamento de que a ideia de educação deveria mudar em direção à educação permanente, uma das primeiras iniciativas da UNESCO foi a elaboração de um relatório coordenado por Edgar Faure. Nesse relatório, a EP é entendida como um projeto educativo, de caráter ideológico, que contém opções políticas e que inter-relaciona a dimensão individual e social da educação. A partir dele é conduzido um sistema humanista de valores coletivos. (WERTHEIN; CUNHA, 2000), num entendimento de que a EP objetiva a transformação social.

Desse modo, a perspectiva da EP implica uma nova visão e interpretação, para o processo educativo e para a própria percepção do destino da humanidade. Representa a esperança assentada na fé sobre a aptidão do homem de tornar-se responsável pelos seus pensamentos, sentimentos e opções, ponderando a possibilidade de terem sido estancadas as suas capacidades de criação, por modalidades desumanas e hostis de formação (LENGRAND, 1981). Também o informe da Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação, de 1972, intitulado “*Apprendre à Être*” - aprender a ser -, concebeu a EP como ideia mestra da política educativa para educação de adultos (FULAT, 1979).

O Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional Sobre Educação para o Século XXI, publicado por aquele órgão em 1996, mostra a preocupação com a necessidade de uma aprendizagem ao longo de toda a vida, fundamentada em quatro pilares, os quais podem ser tomados como norte para a orientação do futuro da educação, quais sejam: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser (DELORS, 2010).

Aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser representam um grande desafio para o século XXI, no qual está estabelecida pelo mercado capitalista a visão econômica da produtividade, na qual o fazer e o produzir são valores maiores ao ser humano e suas relações com o mundo. Delors, em “Educação: um tesouro a descobrir”, afirma que “à educação cabe fornecer, de algum modo, os mapas de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permite navegar através dele” (DELORS, 2010, p. 89).

Segundo Delors (2010), a prática pedagógica deve agregar os quatro pilares do conhecimento indicados pelo Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional Sobre Educação para o Século XXI, preocupando-se em desenvolvê-los no sentido de que cada indivíduo consiga se interessar e abrir-se ao conhecimento, requerendo no aprender a conhecer um ato de aprender prazeroso, que valorize a curiosidade, autonomia para pensar o novo, reconstrução do velho, reinventando o pensar, libertando-se da ignorância, mostrando coragem para a execução e seus riscos de errar e encarando o desafio da comunhão com os demais envolvidos nesse aprendizado, objetivo no seu viver como cidadão.

O aprender a fazer traz consigo a preocupação em preparar para a inserção na sociedade e no trabalho e deve promover no indivíduo a aptidão para enfrentar a realidade e suas situações cotidianas, por vezes novas e complexas. Visa desenvolver valores necessários ao trabalho coletivo, trabalho em equipe, desenvolvendo espírito de comunhão e colaborativo e de humildade na reelaboração de conceitos e trocas, com iniciativa e intuição, envolvendo-se na convivência e seus conflitos de maneira flexível (DELORS, 2010).

O aprender a conviver exige que o indivíduo se situe no mundo atual, aprendendo a viver com os outros, a compreendê-los e a perceber a relação de interdependência nos conflitos, projetos e esforço comum. O aprender a ser envolve o desenvolvimento da responsabilidade pessoal, da autonomia e senso crítico da realidade e valorização das potencialidades de cada indivíduo, fazendo-se necessário desenvolver também a sensibilidade, o sentido ético e estético, a imaginação, criatividade, iniciativa e crescimento integral da pessoa em relação à faculdade de conhecer, compreender, raciocinar, pensar e interpretar (DELORS, 2010).

Ainda em relação aos desafios que rondam a EP, Lampert (2005) mostra que um deles, no contexto da América Latina e Caribe, é a educação diretamente influenciada pela má distribuição de renda, a qual faz com que, cada vez mais, pessoas sejam excluídas do processo produtivo. Ressalta-se que dados da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) indicam que o número de miseráveis e indigentes está aumentando cada vez mais em países da América Latina, com destaque para aqueles que atualmente estão passando por crise política, econômica e social (CEPAL, 2017), que afeta diretamente a educação.

Assim, a EP é um desafio para o século XXI, considerando-se o sistema econômico vigente, que exclui e discrimina e que permite a poucos o acesso aos bens culturais, como acontece com a população latino-americana e caribenha, a qual se encontra excluída do processo produtivo e da luta pela sobrevivência (LAMPERT, 2005). Para superar essa realidade, Rodrigues (2018, p. 1) opina:

[...] é preciso cortar as cordas que impedem o próprio crescimento, exercitar a cidadania plena, aprender a usar o poder da visão crítica, entender o contexto desse mundo, ser o ator da própria história, cultivar o sentimento de solidariedade, lutar por uma sociedade mais justa e solidária e, acima de tudo, acreditar sempre no poder transformador da educação.

Nessa perspectiva transformadora, os propositores da utilização da educação permanente no setor saúde buscaram aplicar tais princípios visando à consciência e à visão crítica sobre os problemas existentes na realidade concreta do trabalho em saúde e à busca de alternativas, de conhecimento para resoluções dos problemas, favorecendo o próprio processo de trabalho e as práticas de saúde em prol de um modelo assistencial resolutivo e de qualidade.

3.3 Educação Permanente em saúde no Brasil: uma breve aproximação

O conceito de educação que envolve construção de consciência crítica e raciocínio reflexivo para o desenvolvimento do homem (BÁRCIA, 1982; FREIRE, 2001), norteou as discussões da educação permanente no setor saúde na América Latina e no Brasil, sob os auspícios da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na década de 1970, com foco no processo de trabalho, na valorização das vivências e práticas em saúde dos sujeitos sociais, com uma proposta de reorientação dos processos educacionais em saúde, tendo em vista a aprendizagem no trabalho. Avançaram-se os debates, desencadeando mudanças nas concepções de educação profissional até então vigentes (HADDAD; MOJICA; CHANG, 1987).

No Brasil, ao mesmo tempo em que há o desenvolvimento do campo da educação permanente em saúde, influenciada pela OPAS, a discussão sobre educação profissional na saúde ganha espaço na Reforma Sanitária. As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), em 1986 e 1993, incluíram, respectivamente, a I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde, com registros da necessidade de formação voltada para a realidade. Nesse contexto, defendia-se que os profissionais de saúde são fundamentais para as mudanças necessárias nos modos de se fazer atenção à saúde (BRASIL, 1993; 1986).

Em 1996, aconteceu a 10ª CNS, cujo relatório sugeriu a criação de programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada e motivação dos profissionais e trabalhadores em saúde, pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais (BRASIL, 1998) Nessa direção, em 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a instituição de uma política nacional na área, ratificando a responsabilidade do SUS na ordenação da formação profissional para o setor. Assim, em 2003, foi criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a responsabilidade

de induzir a formulação de políticas de formação e desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde e conduzir a inserção da política de educação permanente nos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

A criação da SGTES representou avanço para o campo da educação profissional em saúde e, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), visando fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, tomou-se como pressuposto a aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, a partir dos problemas enfrentados na realidade dos serviços. A educação permanente no setor de saúde foi adotada, então, para propiciar a reflexão coletiva sobre o trabalho e oferecer um instrumental para sua transformação (BRASIL, 2004b).

A EPS foi adotada para propiciar a reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS e oferecer um instrumental para sua transformação. Com isso, visa dar suporte para a capacidade de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos na produção da própria educação permanente em saúde. A EP começou a ganhar destaque na atenção às necessidades de saúde e de desenvolvimento dos profissionais de saúde para a realidade nos serviços, desencadeada, além do trabalho desenvolvido nos polos, pela implantação de mais dois dispositivos: a formação de facilitadores e da rede de municípios colaboradores de EPS. Para isso, buscou-se a articulação interinstitucional entre gestores estaduais e municipais, instituições de ensino, docentes e estudantes, instâncias de controle social em saúde e os serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2004b).

Com a publicação dessa política, a educação permanente ganhou destaque no desenvolvimento dos profissionais para a realidade dos serviços de saúde, com a implantação de três dispositivos: os polos de educação permanente em saúde, a formação de facilitadores de educação permanente e a rede de municípios colaboradores, visando à articulação interinstitucional entre gestores estaduais e municipais, instituições de ensino, docentes e estudantes, instâncias de controle social em saúde e serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2004c).

Em 2007, foi publicada a Portaria nº 1.996, que reafirmou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a sua implementação,

considerando as características de cada região e, principalmente, as necessidades de formação e de desenvolvimento para o trabalho em saúde. A responsabilidade pela condução da política passou a ser função dos Colegiados de Gestão Regional, que deveriam ser formados por gestores municipais de saúde e representantes do gestor estadual (BRASIL, 2007).

3.4 Educação permanente nos serviços de saúde²

Em revisão integrativa realizada, as diversas publicações retrataram a educação permanente vinculada a momentos assistemáticos, não contínuos e de base tecnicista, desarticulados do processo de trabalho (RICALDONI; SENA, 2006; ROSSETTO; SILVA, 2010; SILVA *et al.* 2011; SILVA K *et al.*, 2012). Já outras publicações apresentam-na como um processo permanente, aplicado aos serviços de saúde, reconhecendo que essa condição propicia aprendizado significativo, por meio de metodologias ativas e problematização da realidade, em discussões coletivas e reflexivas das situações concretas do cotidiano de trabalho. Assim, nessas publicações, há o reconhecimento da necessidade de construção das ações educativas inseridas no processo de trabalho (DUARTE; OLIVEIRA, 2012; KOERICH; ERDMANN, 2016; PEREIRA; BARBOSA; VERNASQUE, 2014; QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014; VIANA *et al.*, 2015; YAMAMOTO *et al.*, 2015).

Em algumas publicações, o sucesso da educação permanente foi relacionado a experiências como a que foi desenvolvida com trabalhadores da enfermagem e agentes comunitários de saúde, apoiada na pedagogia problematizadora, para levantamentos de expectativas de resultados de capacitações. Com isso, percebe-se a ampliação da reflexão crítica do trabalho, bem como da interação profissional/usuário e a articulação teoria/prática, em uma evidente concepção de educação no trabalho (CORIOLANO *et al.*, 2012; MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Houve destaque, porém, nas publicações de concepção problematizadora nos serviços de saúde, norteando as ações educativas desde seu planejamento, execução e avaliação, indicando que o avanço conceitual sobre a educação permanente parece ser uma tendência no Brasil.

² Conteúdo que compôs publicação de artigo científico com a seguinte referência: CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R.; SILVA, K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

Os estudos indicam, ainda, que a problematização favorece a reflexão crítica da realidade e a práxis, como conhecimento em ação que determina a transformação das estruturas sociais (RICALDONI; SENA, 2006).

Foi possível identificar que programas de capacitação que utilizaram a problematização colaboraram para a percepção da importância do comprometimento na oportunização da reflexão do cotidiano do trabalho em saúde. E, também, que a capacitação dos facilitadores oportunizou a ampliação do olhar para a prática do trabalho e potencialidade da educação permanente (NICOLETTO *et al.*, 2009; PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007; PINTO *et al.*, 2010).

Esse modelo pedagógico, cuja relação teoria-prática é reflexiva, tem o trabalho como elemento-chave para a educação permanente. Para tanto, buscar metodologias que ofereçam possibilidade de organização do pensamento do sujeito acerca da realidade complexa dos serviços de saúde configura-se como algo relevante nos processos educativos, pois favorece a compreensão da realidade (BRASIL, 2003a; HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; RICALDONI; SENA, 2006). A porosidade da educação permanente à realidade dos contextos, das ações e dos serviços de saúde contribui para a ação-reflexão-ação (CARVALHO *et al.*, 2011; FELICIANO *et al.*, 2008). Registra-se também que o processo de educação permanente contribuiu para melhorar a qualificação dos profissionais e a organização do processo de trabalho (CORIOLANO *et al.*, 2012; MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Observou-se, em publicações que discorreram sobre o processo de formação de facilitadores para rodas de educação permanente - espaços de discussão coletiva previstos pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde -, que a expressão “educação permanente” teve várias concepções: movimento que coloca o trabalho em análise; estratégia de formação dos profissionais de saúde em um processo constante de subjetivação; e estratégia de gestão, na medida em que possibilita reorganizar a gestão, a partir da problematização do trabalho nos seus contextos reais (CARVALHO *et al.*, 2011; CARDOSO, 2012; FORTUNA *et al.*, 2011; TESSER *et al.*, 2011).

As rodas de educação permanente foram integradas à política nacional como cenários de discussão coletiva no contexto da saúde (BRASIL, 2003a). Várias concepções disputaram

espaço e produziram efeitos na forma como os profissionais compreendem o processo educativo e a sua interação com o cotidiano em saúde (FORTUNA *et al.*, 2011; NICOLETTO *et al.*, 2009). Esse espaço de discussão permitiu uma tomada de consciência de trabalhadores do SUS e configurou-se como possibilidade de reflexão sobre complexidade e subjetividade, que deve permear os serviços de saúde (GONÇALVES; CORTEZ; CAVALCANTI, 2013; SILVA; PEDUZZI, 2009; TESSER *et al.*, 2011). É notória a necessidade de aprofundamento na educação permanente com referência ao cotidiano dos serviços de saúde, já que esses encontros mostram-se ricos em possibilidades de transformações e é onde estão inseridos os sujeitos das ações nessa área.

Identificou-se deficiência na relação ensino-serviço, com indicativos de necessidade de valorizar a aproximação dos conhecimentos acadêmicos aos serviços de saúde como ponto de partida. Nessa parceria, espera-se a construção de espaços possíveis à práxis, com transformação tanto das práticas de saúde, quanto da academia nos processos de ensino-aprendizagem (GONÇALVES; CORTEZ; CAVALCANTI, 2013).

Identificou-se que a residência multiprofissional foi indicada como estratégia para disseminação da educação permanente em saúde entre os profissionais de saúde, usuários, docentes e estudantes (GONÇALVES; CORTEZ; CAVALCANTI, 2013). Dificuldades de compreensão conceitual, porém, são identificadas na literatura e na aplicação da educação permanente, o que se propõe tratar na categoria adiante.

Foram identificadas, também, dificuldades de compreensão conceitual e aplicação nos serviços de saúde. Os autores Carvalho *et al.* (2011), Cardoso (2012), Tesser *et al.* (2011), Silva *et al.* (2013), Feliciano *et al.* (2008), Cunha *et al.* (2014), Marandola *et al.* (2009), Mishima *et al.* (2015), Silva e Peduzzi (2009), Peduzzi *et al.* (2009), Lavado *et al.* (2007), Silva *et al.* (2014) e Rocha, Bevilacqua e Barletto, (2015) referem-se a dificuldades de compreensão do conceito da educação permanente, repercutindo na aplicação dos serviços de saúde. Revelaram-se, ainda, desafios para a educação permanente, no que se refere ao comprometimento dos profissionais e dos gestores. Sobre isso, destaca-se a importância de ações interdisciplinares, pois a educação permanente é uma ação em equipe (SILVA *et al.*, 2013; SILVA; PEDUZZI *et al.*, 2009).

Evidenciaram-se lacunas e dificuldades na implementação da EP nos municípios, com experiências que, em sua maioria, não se configuraram como mudança de rumos da realidade vivida (CUNHA *et al.* 2014; FELICIANO *et al.*, 2008; MARANDOLA *et al.*, 2009). Acrescentam-se as dificuldades dos gestores locais, devido aos poucos conhecimentos relacionados aos conceitos de educação permanente e às responsabilidades na execução (SILVA *et al.*, 2014; SILVA; PEDUZZI, 2009).

As publicações demonstraram que ainda há confusão ou desconhecimento da definição de educação permanente por profissionais e gestores, sendo muitas vezes utilizada como sinônimo de “educação continuada” ou “educação em saúde”, dificultando o processo de mudança nas práticas (MARANDOLA *et al.*, 2009; SILVA; PEDUZZI, 2009). O conceito de educação continuada (EC) está presente nos serviços, gerando confusão com o conceito de EP. Por educação continuada entende-se processo que inclui atividades de ensino após a formação profissional, com finalidades de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e metodologias tradicionais (SANTOS *et al.*, 2015).

Outros estudos enfatizaram que, mesmo utilizando o termo educação permanente, muitas práticas se conformaram como educação continuada, persistindo confusão em relação à definição e utilização dos termos, ao referir-se aos processos educativos em serviço (LAVADO *et al.*, 2007; PEDUZZI *et al.*, 2009; SILVA *et al.* 2013). Existe um dilema na utilização dos termos que influencia a organização e operacionalização de processos educativos nos serviços de saúde, ora afirmando a EP, mas com práticas de EC, e vice-versa.

Sobressaíram-se, também, dificuldades de compreensão da educação permanente como processo de mudança, desde aspectos conceituais até a visão da ação educativa restrita a momentos formais instituídos, tecnicamente orientados, por introdução de novos equipamentos ou programas de governo (CARVALHO *et al.*, 2011; LAVADO *et al.* 2007; NICOLETTO *et al.*, 2009; TESSER *et al.*, 2011).

Em um dos estudos, de Marandola *et al.*, (2009), acerca da avaliação de atividades educativas que envolvem as equipes da saúde, foi possível confirmar a existência de confusão no uso dos termos: ora a teoria é de educação permanente, mas a experiência é de educação continuada, ora o que ocorre é o inverso. Os autores chamam a atenção para os conceitos, que não são

antagônicos, mas têm propósitos distintos. No entanto, esses propósitos devem estar claros e ir ao encontro de práticas educacionais, com processos de ensino-aprendizagem que proporcionem mudanças na orientação do trabalho voltado para o reconhecimento dos problemas de saúde (MARANDOLA *et al.*, 2009). A esse respeito, destacaram-se práticas educativas no campo da saúde mental, as quais proporcionaram um processo de construção do pensamento reflexivo, levando à percepção de outros sentidos e a outros modos na produção do cotidiano (RICALDONI; SENA, 2006; SILVA *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015) concluiu que os profissionais de nível superior consideram que cursos e capacitações não são capazes de produzir transformações em suas práticas nos serviços de saúde. Esse estudo revelou, ainda, que há reflexo de ações educacionais nas atividades das equipes, com alguma orientação à realidade da comunidade, sem, no entanto, realçar mudanças consistentes nas práticas tradicionais.

Ressaltou-se a dificuldade dos profissionais em reconhecer os problemas do dia a dia como fundamento para o exercício da educação permanente, que se desenvolve a partir dos problemas e das necessidades presentes em um serviço de saúde (CARDOSO, 2012). Há de se pensar que as ações educacionais podem tomar como objeto a realidade, contudo, de acordo com a teoria da dialogicidade de Freire (2001), é preciso aprender a ler a realidade para que se possa transformá-la e, para tanto, utilizar-se de aportes teóricos ou lentes que ampliem o olhar crítico dos profissionais, trabalhadores e gestores nos serviços de saúde. Nessa direção, configura-se a educação permanente, demandada pelos sujeitos que estão mergulhados no cotidiano e a complexidade de seus problemas, exigindo mudanças urgentes nos modos de se fazer a atenção à saúde.

Outro aspecto importante é o alerta em relação à educação, que deve proporcionar transformação com compreensão e apreensão do mundo. Nisso, estão a tarefa e os objetivos da educação permanente, que podem contribuir para que os adultos se deem conta da conversão de suas necessidades em problemas, facilitando a solução, com olhar crítico, ultrapassando a consciência ingênua da realidade, assumindo posições mais identificadas com a dinâmica da vida (FURTER, 1974; FREIRE, 2001). Ao se pensar em complexidade dos problemas de saúde, realçam-se mudanças que deveriam iniciar na atenção primária, onde há possibilidades de reorientação do modelo assistencial e integração da rede assistencial.

Considera-se, então, que a educação permanente seria a estratégia para tal, devendo receber investimentos com vistas à compreensão e à intervenção nos problemas e necessidades de saúde (NICOLETTO *et al.*, 2009; SILVA; PEDUZZI, 2009).

O contexto e a aplicação da educação permanente nos serviços de saúde foram registrados em publicações como Brasil, (2007); Ricaldoni e Sena (2006), Salum e Prado (2014), Koerich e Erdmann (2016), Yamamoto *et al.* (2015), Paschoal, Mantovani e Méier (2007), Carvalho *et al.* (2011), Tesser *et al.* (2011), Gonçalves, Cortez e Cavalcanti (2013), Cunha *et al.* (2014), Silva e Peduzzi (2009), Peduzzi *et al.* (2009), Silva *et al.* (2014), Santos *et al.* (2015), Sade e Peres (2015), Leite *et al.* (2012), Silva *et al.* (2012), Signor *et al.* (2015), Mendonça e Nunes (2011), Paim, Ilha e Backes (2015), Monteiro *et al.* (2007), Brasil (2014), Moraes e Dytz (2015), Lemos (2016), Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) e Nicoletto *et al.* (2013), que discutiram sobre a relação do processo educacional, práticas de saúde e aspectos relacionados à gestão, planejamento e avaliação da educação permanente. Sobressaiu-se a relação educação permanente e gestão, indicando a necessidade de melhor compreensão e envolvimento dos gestores. Os estudos revelaram que a compreensão do que seja educação permanente e do cenário em que é tratada é fundamental para nortear as decisões sobre programas e ações nos serviços de saúde.

A identificação do contexto, dos determinantes sociais e econômicos, das políticas educacionais, trabalho e desenvolvimento social é reconhecida como pressuposto para que o processo educativo responda às necessidades concretas e, a partir daí, se possa construir os objetivos da aprendizagem (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Nesse sentido, uma proposta de educação permanente deve utilizar-se do processo de autoanálise do trabalho, o que pode proporcionar chances de remodelar as práticas, buscando a transformação dos sujeitos comprometidos com a construção e o fortalecimento do SUS (LAVADO *et al.*, 2007).

A educação deve ser pautada em gestão estratégica, buscando refletir sobre o cenário do trabalho e dos problemas reais enfrentados, em um processo de planejamento e desenvolvimento de competências gerenciais (SANTOS *et al.*, 2015). Há possibilidade de se desenvolver as competências gerenciais com base nas demandas das situações reais da prática laboral, indo ao encontro da lógica da educação permanente (SADE; PERES, 2015).

O sistema de saúde, em qualquer nível de gestão, deve oferecer propostas de transformação das práticas, com base na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade (SADE; PERES, 2015). Na política de educação permanente, é expresso o reconhecimento da vinculação intrínseca entre gestão e educação como eixo central para a elaboração de estratégias político-gerenciais e educacionais, buscando a valorização das práticas de saúde (BRASIL, 2007).

Apuraram-se, também, dificuldades de democratização dos espaços de trabalho na construção da corresponsabilidade, do avanço para além das práticas educativas marcadas por cursos predeterminados, para categorias específicas, além do desejo de permanência, de controle dos processos, de ocupação de cargos, entre outras (TESSER *et al.*, 2011). Ao contrário, as demandas e iniciativas devem partir do nível local, com participação coletiva, articulação, busca de parcerias e recursos direcionados para essa finalidade (CORIOLANO *et al.*, 2012; RICARDI; SOUSA, 2015). Profissionais reconhecem a importância do espaço de articulação interinstitucional, envolvendo diversos atores e dando qualidade ao processo de definição de demandas educativas (CUNHA *et al.*, 2014). Como exemplo, cita-se o estudo na cidade de Vitória-ES, no qual as rodas de educação permanente, como espaço de discussão coletiva, foram os pilares da política educacional e de humanização implantados em 2005 e atuaram como dispositivos naquele município (PINTO *et al.*, 2010).

Pesquisa de Salum e Prado (2014) com enfermeiros na ESF destacou a relevância da consolidação da educação permanente em saúde para o processo de trabalho do enfermeiro e mostrou a percepção dos trabalhadores sobre a importância da educação permanente na qualidade da assistência, mesmo diante de várias dificuldades. Em outra publicação, de Viana *et al.* (2015), ficou demonstrado que a educação permanente foi capaz de promover mudanças no processo de trabalho, de viabilizar formação crítica e reflexiva dos profissionais de saúde, de fortalecer a participação social e de aproximar a gestão das questões locais de saúde, configurando-se também como prática avaliativa (VIANA *et al.*, 2015). Iniciativas de educação permanente, como as oficinas do Plano Diretor em Minas Gerais, têm potencial para transformação das práticas de saúde e organização da atenção (LEITE *et al.*, 2012; SILVA K. *et al.*, 2012).

Para a qualificação da atenção, entretanto, torna-se imprescindível a atuação do gestor como articulador e facilitador dos processos, além de um importante indutor do financiamento, em

um modelo de gestão que busque integrar todos os atores envolvidos na discussão dos contextos, para a definição das demandas educacionais relacionadas aos problemas reais do cotidiano dos serviços de saúde. Assim, a educação permanente configura-se como ferramenta de grande importância para a gestão, especialmente no nível local, podendo ser favorecida pelo apoio institucional, entre outros dispositivos (FORTUNA *et al.*, 2011; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

Para os gestores locais, a educação permanente constitui-se em instrumento privilegiado que amplia a qualidade da análise da realidade e a construção de ações mais democráticas, tanto para a gestão quanto para as relações de trabalho (TESSER *et al.*, 2011). A instauração desses processos depende do comprometimento dos atores envolvidos, da gestão, da articulação ensino-serviço e do investimento em EP (KOERICH, ERDMANN, 2016; MENDONÇA; NUNES, 2011; SIGNOR *et al.*, 2015; YAMAMOTO *et al.*, 2015).

Em pesquisa realizada com enfermeiros, Sade e Peres (2015) detectaram dissociação entre ensino e serviço, falta de comprometimento do profissional, dificuldade relacionada à gestão de pessoas e falta de recursos físicos, financeiros e de apoio do superior hierárquico para a educação permanente (SADE; PERES, 2015). Tais fatos repercutem no trabalho e na qualidade do cuidado, já que a mudança requerida para a melhoria depende de um processo educativo permanente. Paim, Ilha e Backes (2015) realizaram pesquisa em uma unidade de terapia intensiva e referiram um processo lento e progressivo, mas com resultados significativos quando se analisaram a inovação e a qualificação no trabalho.

A busca pela inovação na educação permanente deve ser constante e implica despertar interesse dos envolvidos por novas experiências de aprendizagem. É um desafio dos gestores e dos demais profissionais para proporcionar modos de se pensar favoráveis ao desenvolvimento da capacidade reflexiva dos trabalhadores em serviço de acordo com Ricaldoni e Sena (2006). Dessa forma, a educação permanente pode ser vista como mediadora de mudanças e como possibilidade de crescimento do ser humano para lidar com o mundo e reinterpretar a realidade, o que deve ser constante em ciclos permanentes.

É importante considerar que, ao se estabelecer a produção contínua da educação permanente, a avaliação torna-se inerente ao processo (CARDOSO, 2012; FELICIANO *et al.*, 2008). A falta de avaliação ou suas fragilidades constituem um ponto vulnerável para a educação

permanente nos estudos analisados. Algumas das publicações indicam que a avaliação pedagógica apresentava fragilidade nas fases de proposição, planejamento e execução (LAVADO *et al.*, 2007; MONTEIRO *et al.*, 2007).

Na portaria publicada pelo Ministério da Saúde em 2007 e no caderno sobre educação permanente de 2014, destaca-se que a implementação, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas devem considerar elementos de aprendizagem em um processo contínuo (BRASIL, 2007; 2014). A esse respeito, destaca-se a importância da estruturação de processos educativos dependentes dos espaços e meios de participação ativa das equipes, usuários e instituições de ensino e da criação de dispositivos de planejamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2007; 2014).

Em artigos mais recentes, são reportados desafios frente à Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) no Brasil, como a existência de um modelo centralizado de gestão, nos diversos níveis e setores (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; LEMOS, 2016; MORAES; DYTZ, 2015), com pouca participação de outros segmentos da sociedade civil, além de obstáculos de financiamento, devido a questões burocráticas e desvalorização dos espaços de execução da política. Por isso, concluem que, apesar da indução proporcionada pela PNEPS, esta não tem contribuído, na amplitude necessária, para a efetiva construção coletiva do conhecimento e transformação do modelo assistencial à saúde, considerando cada realidade e suas construções singulares (LEMOS, 2016; MORAES; DYTZ, 2015; NICOLETTO *et al.*, 2013).

A concepção da educação permanente na PNEPS, portanto, vai além de um significado pedagógico, pois busca responder a um processo de reestruturação dos serviços frente às novas demandas do modelo de atenção. É preciso construir práticas sustentadas em novos modos de operar o conceito e a aplicação da educação permanente nos serviços de saúde.

Concluiu-se, pelas publicações analisadas, que há uma evolução conceitual a respeito da educação permanente no Brasil. Essa evolução é marcada pela institucionalização do campo na saúde a partir da década de 1970, com o Movimento da Reforma Sanitária e a construção do SUS. Tal conceito é incorporado como objeto de política pública em 2004, como estratégia para o desenvolvimento da educação profissional no setor saúde.

O conceito de educação permanente incorporou os princípios da problematização, a contextualização da realidade, as pedagogias inovadoras, o pensamento reflexivo. Ao mesmo tempo, experimentou dificuldades conceituais e de aplicação no âmbito dos serviços. No entanto, fica evidente que a educação permanente proporcionou e tem proporcionado mudanças graduais, na realidade complexa dos serviços de saúde. Podem-se perceber, também, as necessidades ligadas à gestão. O modelo centralizado de gestão dificulta a educação permanente, indicando a necessidade de investimento na gestão estratégica como possibilidade de reflexão e ação para o enfrentamento dos problemas reais, em especial no nível local do sistema de saúde.

Na perspectiva da Teoria Dialógica Freineiana, a educação é aquela que seja capaz de provocar transformações em uma relação de práxis com a realidade. Ao transpor tal concepção para a área da saúde, no Brasil, a PNEPS traz a ideia de aprendizado no trabalho, todavia, percebe-se que as dificuldades conceituais interferem na realidade da educação dos profissionais de saúde, inclusive na valorização das experiências dos sujeitos que podem desenvolver autonomia frente à realidade que enfrentam nos serviços de saúde e contribuir para mudar o modelo assistencial. Em contrapartida, avanços foram percebidos, tal como a problematização com resultados positivos, no que diz respeito ao reconhecimento da necessidade de transformação da realidade. Essa perspectiva é abordada tanto na área hospitalar quanto na atenção primária. Esta última com mais investimentos de estudos.

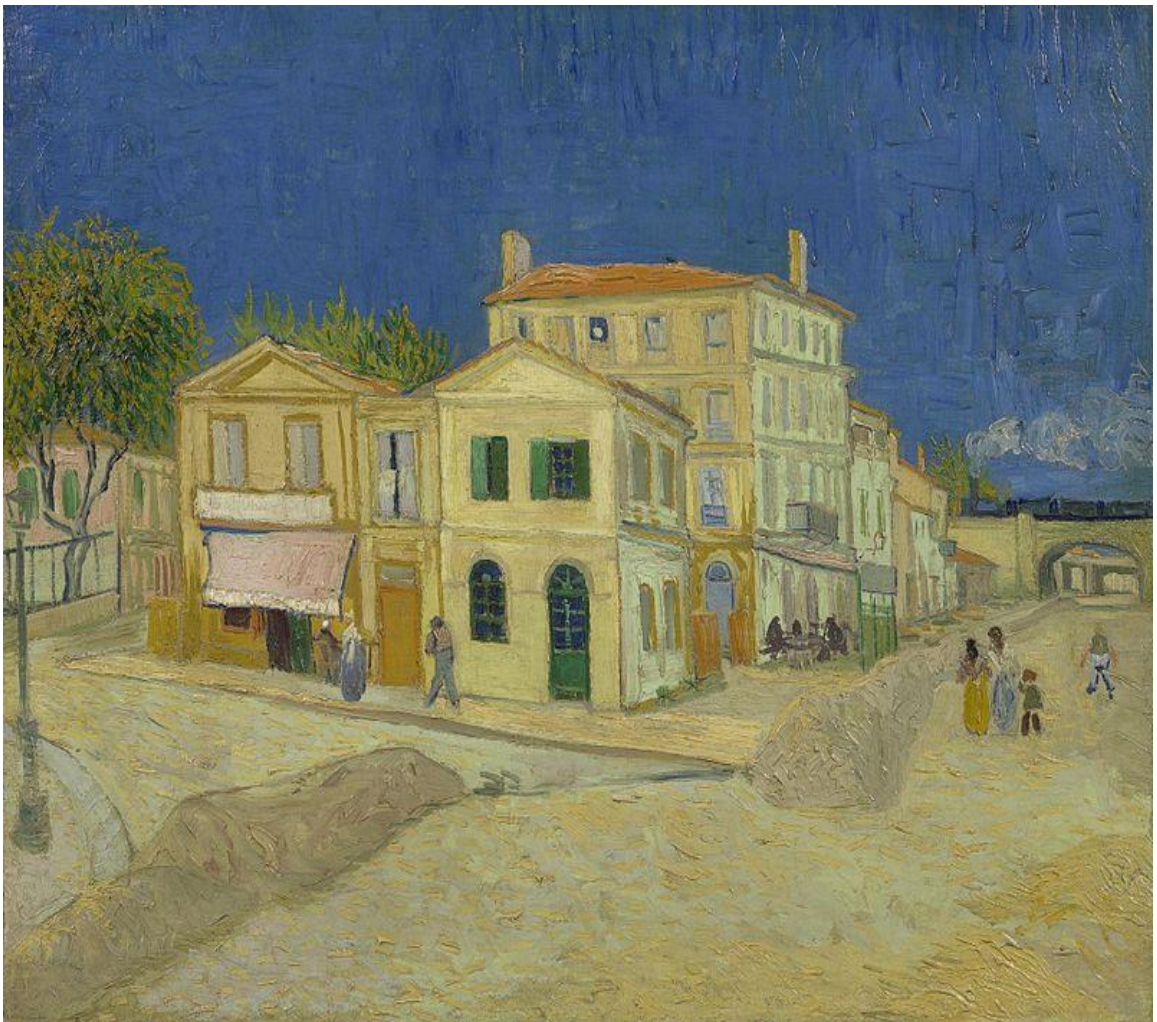
É evidente que existem dificuldades para associar o exercício da educação permanente à realidade no cotidiano dos serviços de saúde, em seus processos de trabalho. Faz-se necessário, assim, repensar a construção coletiva, a democratização na construção da corresponsabilidade, a ampliação da qualidade de análise da realidade e a elaboração do aprendizado no cotidiano dos serviços de saúde. Para tanto, é preciso superar a cultura da educação fragmentada e dissociada da realidade, enxergando o cotidiano como um espaço rico de possibilidades para se produzir aprendizado e transformações importantes para a mudança de modelo assistencial.

Como implicações para a prática, indica-se que a educação permanente é campo que carece de investimentos no Brasil. Não pode ser vista somente como ferramenta de organização do sistema de saúde ou estratégia para remodelar o processo de trabalho, com a realização de cursos ou ações educacionais pontuais, restrita a momentos formais instituídos. Ela deve ser

entendida como dispositivo para mediar mudanças, permitindo aos sujeitos um processo de autoanálise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho, como possibilidade de crescimento para lidar com o mundo.

Considera-se como limitações deste estudo a busca em apenas três idiomas, a utilização de somente uma combinação de palavras-chave e descritores, bem como possíveis vieses de seleção. No entanto, considerando as categorias resultantes desta revisão integrativa, espera-se contribuir para ampliar o debate da educação profissional no setor saúde, em um processo coletivo, implicando a formação de uma nova cultura de desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde, em uma concepção dialógica. Recomenda-se, enfim, ampliar os estudos com experiências práticas de educação permanente na assistência, na gestão, no ensino e na participação social, tendo em vista os sujeitos no cotidiano dos serviços de saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO



Vicente Van Gogh. The Yelow house (The street). 1888

O cotidiano de Agnes Heller

Buscar uma referência teórica para pensar a EP como dispositivo para a mudança do modelo assistencial à saúde no cotidiano do trabalho em saúde levou à necessidade de recorrer a lentes, as quais auxiliarão na análise e interpretação dos resultados.

Nas ações rotineiras dos trabalhadores e profissionais de saúde, usuários, gestores, professores e alunos de instituições de ensino, o estudo buscará o que pode ser revelado, nesse dia a dia, acerca da EP como dispositivo para a mudança de modelo de atenção. Dessa forma, propôs-se um olhar sociológico, optando por uma abordagem na vertente da teoria microssocial crítica, que considera a subjetividade na análise do objeto de estudo.

A Teoria Microssocial Crítica deve ser definida como corrente teórica cujo foco de interesse é o plano micro da vida social, o qual remete ao nível micro do indivíduo, sujeito, ação, prática social, *habitus*, agência, actância, interação, relação, mundo da vida e sistema psíquico, entre outros. Esse plano microssocial está inserido na sociedade, estrutura, instituição, organização, sistema social, ordem social (SELL; DE PAULA JR., 2016).

A vertente microssociológica compreende que o trabalho pressupõe teleologia (finalidade) e ação e reflexão sobre a realidade, portanto, o trabalho seria o aspecto fundamental da vida cotidiana. Nessa direcionalidade, Kosik faz uma crítica revolucionária à práxis da humanidade com rompimento da pseudoconcreticidade da realidade. Já para Lukács, o cotidiano é o solo onde nasce a práxis histórica da humanidade. A história humana não pode ser considerada apenas pelas objetivações mais puras e refinadas, desconsiderando-se o nível elementar da reprodução do homem, o cotidiano. Situa o homem, historicamente, representando as características do cotidiano na singularidade do indivíduo (GUIMARÃES, 2002).

São várias as correntes teóricas que propõem a compreensão do cotidiano. Entre os diferentes autores, citam-se Mafesoli, numa corrente fenomenológica, e Lefebvre, Marcuse, Kosik e Heller, no materialismo histórico. Assim, entre as lentes possíveis optou-se pela teoria do cotidiano ou teoria da cotidianidade defendida por Agnes Heller. A expectativa foi de que essa proposta possibilitasse compreender a EP na busca da condição dos sujeitos num

processo constante de transformação de si e de seu meio, numa relação dialógica, com reflexão sobre a realidade em que estão inseridos no serviço de saúde.

Agnes Heller nasceu em Budapeste. Em suas obras “O cotidiano e a história”, publicada em 2014, e “Sociologia da Vida Cotidiana”, em 2002, a autora discorre sobre conceitos e categorias importantes para a compreensão de sua teoria. Comprometida com a busca da fundamentação teórica para um projeto político de "mudar a vida" nas sociedades atuais marcadas pela exploração econômica e pela dominação cultural, a autora resgata o sujeito como todo aquele que tem carecimentos e luta por sua sobrevivência no seu meio social, transitando no espaço de tensão entre a particularidade e a genericidade, ou seja, entre o cotidiano e o não cotidiano, fazendo escolhas que proporcionam mudanças ou manutenção do *status quo* (HELLER, 2002a).

Segundo Heller, a vida cotidiana é a vida de todo homem que está no centro do acontecer histórico, no palco dos acontecimentos e do desenvolvimento da vida, cujos dados primeiros são suas atitudes diárias. Com isso, alia-se a compreensão do desenvolvimento histórico e econômico da sociedade à consideração da heterogeneidade das ações e reações humanas na esfera cotidiana. O homem participa da vida com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela coloca todos os seus sentidos, capacidades intelectuais, habilidades manipulativas, sentimentos, paixões, ideias e ideologias, mesmo sendo condicionadas pela sociedade à qual pertence (HELLER, 2014).

Heller (2014) aposta na superação dos homens comuns que, ao tomarem consciência de sua alienação no cotidiano e em suas relações com a realidade, se reconhecem capazes de romper com esse dia a dia que os aprisiona, tornando-se sujeitos protagonistas da história. A vida cotidiana aparece como a base de todas as reações espontâneas do homem no ambiente social. Assim, o homem deve caminhar para a busca de sua liberdade e autonomia em processos de subjetivação da realidade, superando o cotidiano.

Logo, é possível que os atores sociais de uma unidade de saúde, ao se superarem, ou seja, romperem com a alienação e tomarem consciência de si mesmos, se mostrem protagonistas na construção de processos de mudança. Para isso, utilizam estratégias como a problematização

da realidade na tessitura de um caminho de reconstrução de libertação, contribuindo, de forma efetiva, para a mudança do modelo de atenção.

Em sua teoria, Heller adota as categorias homem e mundo e acrescenta que, na compreensão do cotidiano, a categoria mundo aborda a relação do homem particular com o mundo, e vice-versa. Afirma que a vida cotidiana é heterogênea em grande medida, sobretudo naquilo que se refere ao conteúdo e à significação de nossos tipos de atividade, do agir e da vida, que se modificam em função das diferentes estruturas econômicas e sociais. Essa categoria é decomposta hierarquicamente por mundo, sociedade e classe, composta por estratos sociais. No entanto, afirma também que, para o entendimento da vida cotidiana, faz-se necessária a compreensão de três categorias relacionadas ao ser humano: particularidade ou homem particular, generalidade ou homem genérico e individualidade (HELLER, 2002b).

O homem particular é o homem nesse mundo inacabado onde nasce e, na sua vida adulta, enfrenta ocasiões para escolher por si mesmo o seu ambiente e seu convívio. E essa escolha pode levá-lo a um mundo novo, que se lhe apresenta como um grande desafio. Mas, sendo um homem particular, pertencente ao seu determinado mundo, torna-se restrito nele e resta-lhe apropriar-se das capacidades manipuladoras e orientadoras, que são continuamente exercitadas num sistema de estrutura das atividades cotidianas. Por isso, precisa aprender a usar o sistema concreto de uso e costumes e, nesse processo, aprende em diferentes medidas e adquire capacidades práticas para lidar com a vida nesse mundo restrito, restringindo-se também a ela (HELLER, 2002a).

Heller refere que, nessa relação homem particular e seu mundo, é possível distinguir o processo de desenvolvimento da essência humana ou o eixo da vida cotidiana que leva ou não à superação da alienação. No processo de alienação, cada homem particular está em relação com o conjunto dado. O homem particular não consegue intercambiar com toda a integração nem se apropriar do máximo de interação, que é o nível de desenvolvimento da essência humana naquele dado momento. Portanto, fica limitado a uma capacidade específica dos representantes de alguns extratos dominantes, identificando aí a divisão social do trabalho e as sociedades de classe (HELLER, 2002a).

Nesse processo, impera um estado de alienação e de suas consequências, do aprendizado da manipulação e apropriação das coisas, dos costumes e da instituição, ficando limitado a mover-se somente em seu próprio ambiente, buscando a autoconservação no ambiente imediato, em um instinto de autoconservação. No entanto, acredita-se que processos de EP possam desencadear processos de abertura de possibilidades de superação.

Quando se pensa na mudança de modelo assistencial, coloca-se a necessidade de o trabalhador de saúde, permeado por situações novas e inesperadas a cada momento, estar em estado de educação permanente para a elaboração de sua relação consciente com o mundo do trabalho em saúde. Um mundo que traz consigo as necessidades dos usuários, as práticas de saúde, por um lado, e por outro lado as políticas de saúde, ditando o modo de se fazer essa atenção, muitas vezes deslocadas das realidades locorregionais.

Para a não acomodação, faz-se necessário que esses seres particulares avancem para a genericidade, tendo posicionamentos conscientes frente à realidade dada, indo ao encontro da integração, buscando interagir para o desenvolvimento de formas que possam proporcionar mudanças favoráveis a um modelo que qualifique a vida de todos os envolvidos.

Heller (2014) afirma que a busca pelo humano-genérico exige iniciativas e procedimentos que pendam para além da vida cotidiana, ou seja, para a sociabilidade. Nesse sentido, faz-se necessário considerar a complexidade das relações a partir da sociabilidade dada no mundo do trabalho em saúde, na qual os trabalhadores precisam acionar a capacidade e possibilidade de se colocar inteiramente em movimento, com liberdade, recorrendo às suas forças, suas habilidades e sua criação, transcendendo o particular para o genérico.

Heller explica que a busca pelo humano-genérico é estimulada pelo desejo e paixão que orientam o homem particular na direção sustentada, nas capacidades individuais e condições materiais, objetivamente dadas, bem como tenciona força para outra sociabilidade capaz de derrubar progressivamente as barreiras sociais em direção ao humano-genérico (HELLER, 2014). O homem-particular, na busca da genericidade, enfrenta, no mundo dinâmico do trabalho em saúde, barreiras dadas pela verticalidade das ações, provindas dos níveis hierárquicos superiores. Então, seus desejos e paixão pelo coletivo, pelo que faz e onde faz precisam entrar em cena, sem privatizar seus interesses, buscando nas condições

objetivamente dadas socializar-se e então promover subjetivações que possam ser concretizadas no enfrentamento das condições dadas pelos serviços para o trabalho em saúde.

Heller (2014) chama a atenção para a possibilidade de a particularidade triunfar sobre o humano-genérico e, assim, não se relacionando com o mundo, nem colocando à disposição suas habilidades, que poderiam contribuir para o desenvolvimento do seu meio particular, servindo de modelo para além dele. Nesse contexto, a ética surge para submeter o particular ao genérico, que se converte em motivação interior por meio da moral e seus preceitos, objetivando-se ações concretas.

Na condução da vida, supõe-se reposicionar a coexistência entre a particularidade e a genericidade, como uma relação consciente do indivíduo com o humano-genérico. Essa relação deve ordenar e organizar, livremente, as heterogêneas atividades da vida, sem eliminar o cotidiano e o que acontece nele, ou seja a cotidianidade, em contínua mutação. Acrescenta-se que somente na particularidade o homem jamais poderá representar ou expressar a essência da humanidade. As necessidades humanas tornam-se conscientes no indivíduo sempre sob a forma de necessidades do EU, mas apesar de cada indivíduo ter um motivo particular, um problema particular, a maneira de resolvê-lo sempre será genérica. A partir de então, torna-se uma personalidade representativa, ou seja, sua individualidade em prol do coletivo, do processo de mudança (HELLER, 2002a).

Considera-se aqui que, ao se pensar na EP como estratégia para a mudança de modelo assistencial e tendo-se em conta a particularidade, genericidade e individualidade, infere-se um caminhar entre o singular, o heterogêneo, o objetivo e o subjetivo. Nessa linha de pensamento, é possível afirmar que é importante apostar nos sujeitos, que na sua cotidianidade, nos modos e suas estratégias de fazer EP buscam suas potencialidades para a mudança de modelo assistencial à saúde na rede assistencial. Daí a pertinência do estudo da EP no cotidiano dos serviços de saúde, utilizando-se a teoria do cotidiano de Agnes Heller para fazer essa leitura, que permitiu conhecer aspectos da vida cotidiana que informam particularidades, como regularidades e repetições, mas também movimentos de deslocamento para a genericidade, ao buscar reflexões para-si sobre a realidade da atenção à saúde, proporcionando aos sujeitos em ação experiências voltadas para o não cotidiano, com trocas de conhecimento, com trabalho criativo, consciente e cooperador.

5 PERCURSO METODOLÓGICO



Jean-François Millet - Hunting Birds at Night. 1874.

5.1 Delineamento teórico-metodológico

E é essa a via que Heller parece propor: um caminho de incerteza, arriscado, mas que pode ser um motor para a sociedade sempre se renovar.

(Renato Janine Ribeiro).

Optou-se por uma investigação de natureza qualitativa, ancorada na teoria do cotidiano de Agnes Heller, com observação participante, entrevistas em profundidade e grupo focal para a captação da realidade em uma unidade básica de saúde do município de Belo Horizonte, cuja análise se deu pela análise crítica de discurso.

A investigação qualitativa privilegia a compreensão como princípio do conhecimento, para o estudo das relações complexas, que considera as subjetividades na sua construção (FLICK, 2009). Estudos que utilizam a abordagem qualitativa visam ao aprofundamento na compreensão dos fenômenos que são estudados, relativos a ações humanas em seu contexto social, numa interpretação segundo a perspectiva dos próprios sujeitos imersos nas situações reais. Nesse sentido, o estudo da experiência humana deve ser feito entendendo que as pessoas interagem, interpretam e constroem sentidos (MINAYO, 2016).

Como abordado no capítulo anterior, o estudo buscou ancoragem na teoria microssocial crítica, que agrega correntes teóricas cujo foco de interesse ou de pesquisa é o plano micro da vida social. Entre as vertentes dessa corrente teórica escolheu-se como referencial teórico metodológico o cotidiano de Agnes Heller. Heller se volta para as relações entre a vida comum, dos homens comuns, situada nos movimentos históricos, não perdendo de vista a especificidade das pessoas envolvidas na tessitura da vida cotidiana, numa teoria que redefine o sujeito, o lugar e as estratégias de transformação social que, para a autora, não se dá apenas na sociedade de classes (HELLER, 2002a; 2014). Assim, sua obra se mostrou pertinente como referencial teórico para a reflexão da esfera microssocial no serviço de saúde, concebida como processo histórico tecido por todos, nos encontros, desencontros e confrontos, no dia a dia do serviço, em cada unidade de saúde.

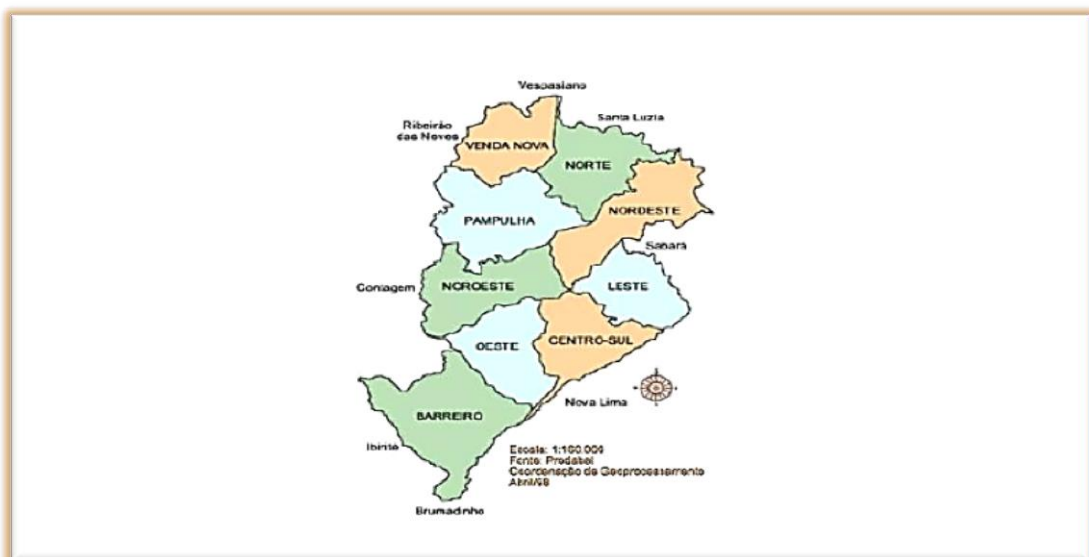
O referencial de Agnes Heller prestou-se a dar luz para a visão da educação permanente e sua repercussão nos modos de atenção, no cotidiano da unidade básica de saúde. Isso porque, segundo Heller (2014), o cotidiano é permanentemente conectado com a possibilidade da grande transformação que somente o próprio homem poderá realizar em processos mediados

pela reflexão. É uma concepção que vai ao encontro da compreensão de que a educação permanente acontece quando há reflexão sobre a realidade com ressignificação e reconstrução dos modos de atenção aos usuários, num movimento de novas combinações de tecnologias, mudanças nas relações entre os diversos atores do trabalho cotidiano. Nesse sentido, o cotidiano nos serviços de saúde está permeado de subjetivações manifestas pelo trabalho, pela linguagem, pensamento, ação e reflexão dos sujeitos em transformação, a partir do espaço microssocial.

5.2 Cenário do estudo

Optou-se por desenvolver o estudo em uma unidade básica no município de Belo Horizonte. Considerou-se o fato de que a gestão municipal da saúde fez investimentos em EPS e na organização da atenção primária em todos os distritos sanitários. O município conta com população estimada, em 2018, de 2.501.576 habitantes, com densidade demográfica de 7.167,00 hab/km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2018). O sistema de saúde é orientado pelos princípios do Sistema Único de Saúde e o planejamento e estruturação da atenção à saúde da população são feitos a partir da estratificação do risco mapeado no território. O município de BH atualmente está dividido em nove distritos sanitários (FIG. 1) que seguem a mesma delimitação das áreas das administrações regionais, sendo: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2011).

FIGURA 1 - Distritos sanitários do município de Belo Horizonte, 2014



Fonte: Belo Horizonte (2014).

Para mapear o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) utilizou a combinação de diferentes variáveis num indicador que busca resumir informações relevantes, identificando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais (BELO HORIZONTE, 2014). Na FIG. 2 é especificada a população por estratificação de risco, nos distritos de saúde.

FIGURA 2 – Distribuição da população de BH-MG por distrito sanitário e vulnerabilidade

Distrito Sanitário	IVS								população total
	Baixo		Médio		Elevado		Muito elevado		
	população	%	população	%	população	%	população	%	
Barreiro	18.962	6,7	170.794	60,5	68.069	24,1	24.359	8,6	282.184
Centro Sul	222.225	78,6	2.471	0,9	31.081	11,0	26.902	9,5	282.679
Leste	96.992	40,7	83.386	35,0	35.508	14,9	22.379	9,4	238.265
Nordeste	71.628	24,7	138.361	47,8	63.456	21,9	16.075	5,6	289.520
Noroeste	103.223	38,5	130.370	48,7	28.413	10,6	5.839	2,2	267.845
Norte	16.641	7,9	94.119	44,6	71.047	33,7	29.089	13,8	210.896
Oeste	139.703	45,4	94.347	30,6	52.586	17,1	21.258	6,9	307.894
Pampulha	121.238	53,9	66.841	29,7	26.748	11,9	10.128	4,5	224.955
Venda Nova	8.185	3,1	164.721	61,8	75.510	28,3	17.955	6,7	266.371
Total	798.797	33,7	945.410	39,9	452.418	19,1	173.984	7,3	2.370.609

Fonte: Belo Horizonte (2014).

A APS em Belo Horizonte é, atualmente, organizada para desenvolver a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como base a adscrição da população no território e responsabilização pela vigilância e assistência à saúde. É composta por 147 unidades básicas de saúde distribuídas com base nas regiões de responsabilidade sanitária, chamadas de áreas de abrangência, contando com um gerente por distrito e um gerente por UBS.

A população adscrita às quatro equipes de saúde da família é distribuída considerando áreas de risco muito elevado – 2.400 a 2.800 pessoas; áreas de risco elevado – 2.800 a 3.400 pessoas por equipe; e áreas de risco médio – 3.400 a 4.000 pessoas por equipe. O município conta atualmente com 90% de cobertura da população, visando ampliar o acesso da população

ao sistema de saúde, promover o cuidado integral da pessoa e estimular o vínculo entre serviço e usuário na rede SUS-BH (BELO HORIZONTE, 2016).

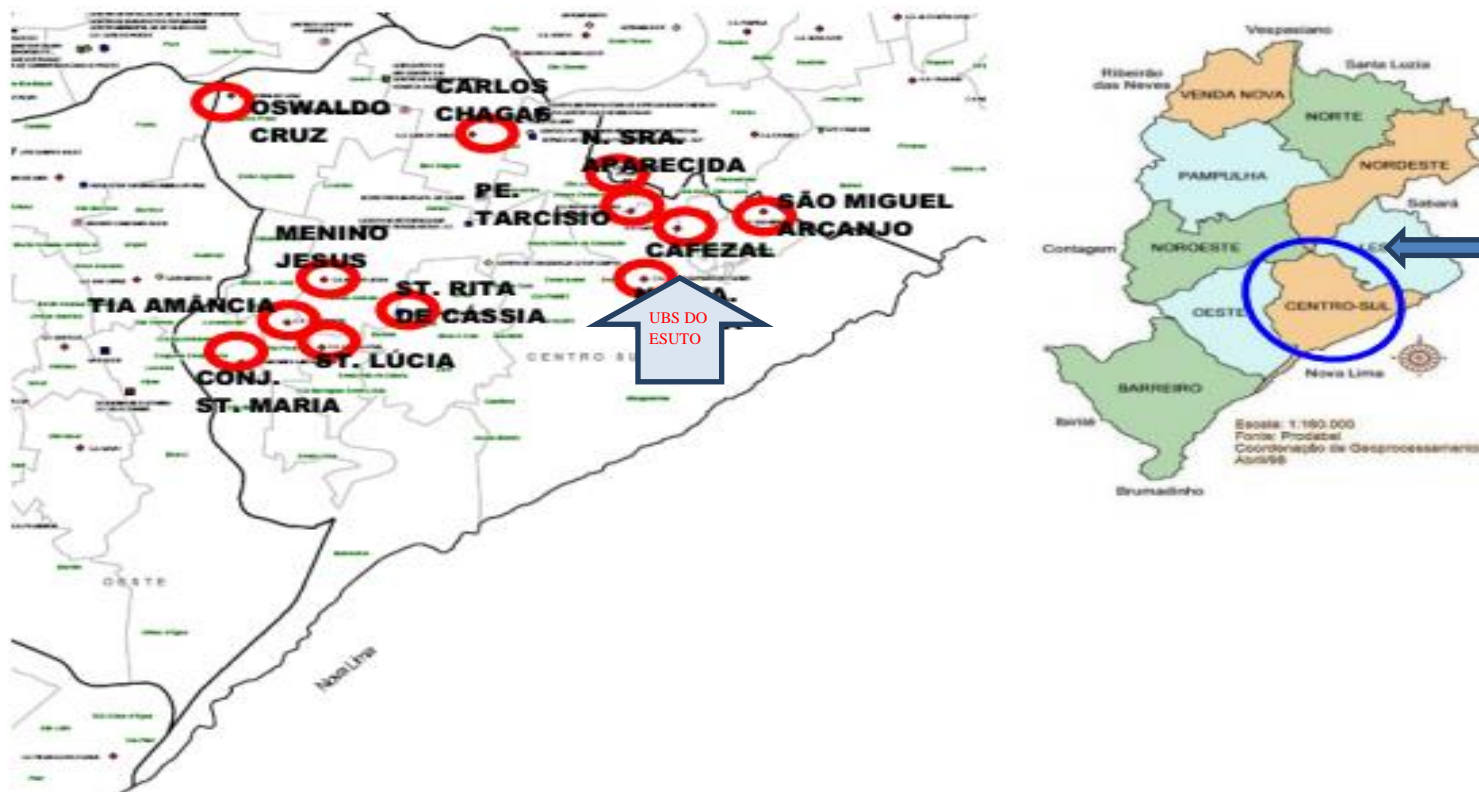
As UBS configuram a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde, com diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e comunidade. Essa rede, organizada a partir de áreas de abrangência sobre as quais as UBS têm responsabilidade sanitária, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem indicar soluções para os problemas de saúde de mais frequência e relevância em cada área de abrangência, bem como levar em conta as necessidades da população (BELO HORIZONTE, 2011).

O estudo foi desenvolvido no Distrito Centro-Sul, e neste, fez-se uma escolha intencional pelo Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima. O Centro de Saúde está localizado no bairro Serra, onde a pesquisadora está inserida, há 16 anos, no acompanhamento de alunos em estágio obrigatório e desenvolvendo o Projeto Educação para o Trabalho (PET), vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A inserção no campo sempre contou com o apoio de todos os trabalhadores e da gerência da unidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa no período destinado ao doutorado.

Na FIG. 3 pode ser identificada a localização da unidade em estudo.

FIGURA 3 - Localização geográfica da UBS Centro de Saúde N. S. Fátima, Distrito Centro-Sul. BH, 2011

a. Localização Geográfica e quantidade de Centros de Saúde
12 Centros de saúde



Fonte: Belo Horizonte (2011).

Conforme informações contidas no mapa de abrangência da unidade e de acordo com dados contidos no *site* da Prefeitura de Belo Horizonte, o centro de saúde, cenário deste estudo, atende população de 43 mil habitantes, abrangendo população de muito elevado risco, composta de parte da Vila Marçola, Vila Acaba-Mundo, Vila FUMEC, Vila Cruzeiro e Vila Pendura-Saia. As equipes de saúde da família acompanham a população de elevado risco, no total de 10 mil habitantes para quatro equipes. Abrange também a população de baixo risco dos bairros Anchieta, Sion, Mangabeiras e Serra.

Os trabalhadores que compõem as quatro equipes de saúde da família (um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde) atuam contando com o apoio matricial do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e das especialidades básicas Pediatra, Ginecologia e Clínica Geral. Tem duas equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família, que trabalha em sintonia com duas equipes de Saúde da Família cada uma. A UBS conta, também, com um psicólogo e um psiquiatra que revezam atendimento com outra unidade básica do distrito, assim como um assistente social nos casos necessários, além de atender à demanda das áreas de baixo risco. Além da atenção das especialidades básicas, o baixo risco é atendido por uma das equipes, que fica responsável pelo risco no baixo risco e por uma comunidade de muito elevado risco.

Esse modelo misto de organização, da UBS em estudo, que tem adscrito elevado número de população, leva os trabalhadores a lidarem com uma realidade bastante complexa, dada a diversidade, desigualdade social evidente na população de alto risco, sem deixar de atender e se responsabilizar pela comunidade de baixo risco. De acordo com Vilaça (2012), a APS tem o papel da resolutividade inerente ao nível de cuidados primários, que devem ser resolutivos, capacitados, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 90% da demanda da APS. Nesse sentido, o modelo misto não vai atingir melhorias nos riscos que não são bem trabalhados.

A comunidade, em todos os índices de vulnerabilidade, é representada pelo Conselho Local de Saúde, o qual atua com participação efetiva de alguns poucos usuários e pouca participação dos trabalhadores da saúde, em reuniões mensais. A gestão está conformada pela gerência e colegiado gestor, com representatividade de todas as categorias profissionais, e se reúne mensalmente para discutir a organização do serviço.

A UBS é referência para toda a população adscrita na aplicação de medicações, aplicação de imunobiológicos, tratamento de feridas, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames de sangue, urina e fezes, grupos de educação em saúde. Abriga o Setor de Zoonoses da região, com o qual atua em parceria (um Agente Comunitário de Endemia - ACE - como supervisor e outros cinco ACEs). Estes atuam em toda a área de abrangência da UBS, na vigilância ambiental, no combate a focos do agente etiológico da dengue e febre amarela, além do combate a leishmaniose e raiva.

Já há alguns anos mantém parceria para estágios obrigatórios semestrais dos cursos de Enfermagem, Odontologia da UFMG e Gestão de Serviços de Saúde - deste último esta pesquisadora faz parte. Dessa forma, está presente o quadrilátero da formação concebido como a integração entre gestão, ensino, atenção e controle social, o que também foi considerado relevante para a escolha desse cenário para a realização deste estudo.

5.3 Participantes do estudo

Todos os trabalhadores atuantes no cotidiano da UBS, nas diversas funções, foram considerados participantes do estudo, uma vez que a observação realizada foi do cotidiano do trabalho em ato, no qual esses diferentes agentes participam, interagem, integram. Assim, além dos profissionais de saúde, foram considerados como participantes os trabalhadores da atividade-meio, como vigilantes e serviços gerais. Ademais, participaram gerente, docentes e discentes presentes no cotidiano da unidade, assim como trabalhadores de outros serviços, como as educadoras de uma creche da área de abrangência de uma das equipes. Foram incluídos também usuários, para os quais as ações cotidianas do serviço se dirigiam no momento das observações, assim como trabalhadores de outras instituições envolvidas nas ações de saúde.

Na produção de dado, foi incluído o total de 109 participantes assinantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo 72 trabalhadores assim distribuídos: quatro médicos, cinco enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, nove ACS, seis ACEs, três servidores administrativos, um dos serviços gerais (limpeza), um guarda municipal, um gerente, um assistente social de apoio, um psicólogo de apoio, um psiquiatra de apoio e cinco profissionais do NASF (um assistente social, um terapeuta ocupacional, um nutricionista, um

fisioterapeuta e uma farmacêutica). Foram incluídos dois docentes, sete estagiários e cinco educadoras de uma creche infantil da Secretaria Municipal de Educação de BH, a qual está localizada na área de abrangência de uma das equipes, uma socióloga de um conselho do idoso e uma enfermeira especialista em tratamento de feridas. Participaram também uma dentista, três trabalhadoras de saúde bucal de nível médio e técnico e 37 usuários.

Do total de 109 participantes, assinantes do TCLE, 42 trabalhadores estavam envolvidos nas narrativas das notas de observação, dos quais 25 aceitaram participar das entrevistas. Dos 37 usuários, 10 participaram do grupo focal I (usuários de um grupo operativo) e 12 do grupo focal II (usuários do grupo de fisioterapia). Acrescentam-se cinco que participarem da entrevista em profundidade. Os demais (10 usuários) estavam envolvidos somente nas cenas observadas.

Como critério de inclusão foi definido idade acima de 18 anos para todos os participantes. Para os participantes trabalhadores, estar há mais de um ano trabalhando na unidade básica. Esses critérios foram utilizados, para o trabalhador, no sentido de se ter experiência com a APS, com atuação na UBS estudada, seja na Estratégica Saúde da Família ou no apoio matricial (NASF ou trabalhadores de apoio, independentemente de categoria profissional). Para os usuários, residir na área de abrangência da UBS em estudo e utilizar os serviços ofertados pela unidade.

Todos os participantes receberam código alfa numérico, sendo T para trabalhadores de saúde, independentemente da categoria profissional, com sequência numérica de um a 72. Foram considerados como trabalhadores todos que trabalham na unidade, educadoras de uma creche, assistente social de um conselho do idoso. Da mesma forma, os usuários foram codificados pela letra U com sequência numérica iniciada também por um a 37.

5.4 Captação da realidade

Na pesquisa qualitativa busca-se conhecer em profundidade a realidade a ser estudada. Nesse sentido, grupos focais e entrevistas abertas ou em profundidade são técnicas bastante usadas, assim como observação e observação participante nas suas diferentes modalidades (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008).

Neste estudo fez-se a opção por métodos que permitissem um olhar flexível e mutável do espaço microssocial. Assim, a observação participante periférica configurou-se como a forma inicial de produção de dados. A convicção era de que, dessa forma, seria possível visualizar a EP nas microrrelações estabelecidas no cotidiano e também nortear a necessidade de outras estratégias e instrumentos que fossem necessários para se atingir os objetivos da tese.

A proposta para se entrar, como pesquisadora, no cenário do estudo foi de ter atitude aberta, despreendida de preconceções e de valores que pudessem interferir na percepção e na análise. Mesmo porque a pesquisadora já fazia parte do cotidiano como docente.

A modalidade de observação foi a participante periférica, que se deu de forma a juntar-se aos participantes, porém não participando ativamente das ações de saúde desenvolvidas por eles, já que a busca era pela educação permanente e suas contribuições para mudança de modelo, no cotidiano do serviço, dentro e fora da unidade, sem interferências da pesquisadora, embora somente o fato de estar presente observando já pode ser caracterizado como uma interferência.

Para Angrosino (2009, p. 56), observar é “o ato de perceber as atividades e os inter-relacionamentos pessoais no cenário de campo através dos cinco sentidos do pesquisador”. O autor explana sobre a associação periférica na qual o pesquisador interage e observa de perto as pessoas em estudo. Dessa forma, “[...] criam identidades de *insiders*, mas não participam das atividades, que constituem a essência da associação ao grupo, mas permitem observar com a menor interferência possível, visando captar no natural do dia a dia o objeto em estudo” (ANGROSINO, 2009, p. 76).

Spradley (1980) acrescenta que a observação passa por uma evolução mais descritiva no início, de modo a proporcionar uma perspectiva geral dos aspectos sociais, das interações e do que acontece em campo, seguindo para uma fase mais focalizada, que se dá após a avaliação dos dados recolhidos nessa fase geral. O autor afirma, ainda, que na fase mais focalizada deve-se voltar mais para determinadas situações ou acontecimentos que despertaram para o objeto em estudo. Ele acrescenta que a partir daí a observação passa a ser mais seletiva, depois de repetidas observações em campo, já no decurso da elaboração do relatório, como um modo de apurar ou refiná-la, requerendo regresso ao campo, à procura de diferenciação de

categorias já identificadas. Este foi o movimento seguido no estudo: uma fase de observação geral procedida por observação seletiva e focalizada.

Por atuar na UBS como docente, supervisora de estágio, a pesquisadora já conhecia todos os setores e a maioria dos trabalhadores de saúde que ali atuam. Essa convivência ajudou na produção de dados, de forma harmônica com os trabalhadores e usuários. No entanto, a experiência de estar como pesquisadora foi singular, ainda mais com o olhar aguçado pela teoria do cotidiano de Agnes Heller. Diante disso, entender o cotidiano da unidade básica de saúde e seu conjunto de ações, práticas e sujeitos, tendo em vista os aspectos da ontologia do ser, orientadas por Heller (2002a; 2014), implicou um grande desafio ao ter que distanciar do papel de docente e ser incluída nesse mesmo cenário com nova postura, a de pesquisadora, na busca de respostas às questões do estudo, mudando a lente, que poderia estar viciada e limitada, pelos anos vivenciados anteriormente. O caminho percorrido para a produção de dados no cenário de campo está descrito a seguir, dividido didaticamente por momentos, após o QUADRO 1.

QUADRO 1 - Processo de captação da realidade

<p>Primeiro Momento Chegada 06 a 24 fev./17 Apresentação do projeto 08 a 31/03/17 Primeiras observações 01 a 30/04/17 08 h</p>	<p>Visitas periódicas ao campo. Apresentação e coleta de assinaturas dos participantes no TCLE. Observações de cenas que envolvia aqueles que já haviam assinado o TCLE. Visão mais geral da unidade e trabalhadores em cenas do cotidiano, sendo descritas nas notas de observação em diário de campo. Reconhecimento dos participantes, com descrição de postura, comportamentos, vestuário, relações, descrição das salas e dos processos de trabalho, como agiam frente ao atendimento ao usuário.</p>
<p>Segundo Momento Imersão Fase 1 04/05 a 18/07/17 129 horas de obs.</p>	<p>Nos diversos espaços de atuação dos trabalhadores: observação de atitudes diárias, características e modos de interação e organização dos processos de trabalho, no modo de atender o usuário, com atenção ao saber tácito dos participantes, na forma de comunicação (expressões não diretas; linguagem verbal e não verbal). Construção das Matrizes de indicativos de EPS e indicativos de mudanças de modelo assistencial, para análise preliminar.</p>
<p>Fase 2 - Refinamento Nov./17 a fev/18 21:03h de entrevistas</p>	<p>Entrevista em profundidade com 25 trabalhadores na própria UBS Observações realizadas nos dias das entrevistas. Análise dos dados das observações, na sua totalidade, e entrevistas com os trabalhadores, com resultados parciais, os quase foram apresentados na banca de qualificação em julho de 2018.</p>
<p>Fase 3- Refinamento Nov./17 a fev/18 O primeiro - 12 usuários participantes 1h. Segundo - 10 usuários do grupo com duração de 45 min.</p>	<p>Dois grupos focais, com dois grupos diferentes, de usuários. Anotações, durante os grupos focais, foram realizadas pelos observadores, alunos do curso de Gestão de Serviços de saúde e de Enfermagem que fizeram parte da realização deste, além das gravações em áudio, as quais foram posteriormente transcritas. Cinco entrevistas - usuários do Conselho local. Os grupos focais foram realizados com Grupo de Hipertensos e Grupo de Fisioterapia, em momentos distintos.</p>

Fonte: dados de diário de campo da pesquisa

a) Primeiro momento: reaproximação com o campo

O primeiro movimento foi a reaproximação com o campo, depois de seis meses de ausência. A pesquisadora já era vista como parte do cotidiano, como professora supervisora de estágio na UBS, sendo necessário ser reconhecida como pesquisadora. Nesse movimento de reaproximação com o campo a pesquisadora passou a frequentar o cenário de estudo, com o aval da gerência, desde 06 fevereiro de 2017, durante alguns dias da semana, com o intuito de disseminar a ideia da ocorrência da pesquisa, agregando, além da docência, o papel de pesquisadora. Esta foi inquirida, pelos trabalhadores de saúde, sobre o início da pesquisa e o como seria a participação deles, sendo esclarecidos que após a autorização da SMS-BH o projeto seria apresentado a todos com todos os esclarecimentos necessários. As reações foram positivas, com formulação de boas-vindas e de colaboração por parte de todos.

Em oito de março de 2017, após o recebimento da carta de anuência da SMS-BH, iniciaram-se a apresentação do projeto e a coleta assinaturas daqueles que se dispuseram a participar do estudo. Os profissionais das equipes aceitaram participar, exceto de uma delas, da qual apenas a técnica de enfermagem e a médica concordaram de prontidão. Chama a atenção o fato de que os médicos das especialidades básicas, os quais atuam também como apoio à ESF e como médicos do baixo risco, não se incluírem, não sendo, por unanimidade entre eles, autorizada a consulta médica para observação. Esclarece-se que no período de apresentação do projeto e assinaturas no TCLE foram realizadas anotações de observações de cenas nas quais os envolvidos já haviam consentido com o aceite, no total de oito horas. Após cada apresentação e assinatura no TCLE foi entregue um cartão de agradecimento acompanhado por um bombom. Esse ato proporcionou uma forma de demonstrar agradecimento pela participação, sendo visto com simpatia e empatia.

O contentamento da boa recepção e aceite da pesquisa misturou-se à ansiedade de se dar início à fase de produção de dados. Apesar de conhecer todos, de já fazer parte do cotidiano do serviço na unidade, o pensamento era como seria recepcionada nos diversos setores e ações cotidianas, como seria vista a presença no dia a dia como observadora, pesquisadora.

Alguns técnicos de enfermagem se manifestaram afirmando que poderiam ser indicadas as falhas, pois queriam “aprender o que era certo e mudar o que estava errado”. Outros pediram treinamentos em procedimentos técnicos. Outros perguntavam se a pesquisadora iria levar a

EP para a UBS, outros perguntavam o que era a educação permanente, outros de maneira lúdica diziam que agora seriam observados pela professora pesquisadora. Ressaltam-se as expectativas da gerência, que manifestou apoio e esperança com a pesquisa para a unidade.

Foi importante a escuta para perceber que estavam abertos à pesquisa, mas que havia preocupação com a possibilidade de estarem em vigilância, pois vivenciavam um processo de mudança recente na gestão municipal e gerência da unidade.

Ao ser decidido, junto com a orientadora, que o início se daria com a observação participante e que com o caminhar seria avaliada a necessidade de outras estratégias para produção de dados, a pesquisadora sentiu que estava adentrando em um caminho de incerteza e riscos. Chegar com mente aberta e observar e acreditar na aposta.

Vieram os primeiros momentos de observação nos setores iniciada de forma cuidadosa por parte da pesquisadora e de forma desconfiada por parte dos observados. No entanto, isso foi se desfazendo à medida que a presença da pesquisadora na unidade foi ficando mais assídua, sendo cobrada por eles quando estava ausente. Assim, foi possível que se sentisse completamente à vontade, mesmo sabendo que o simples fato de estar presente no cotidiano significava interferir nele, mas agora vista como natural pelos trabalhadores a presença quase que diária.

Durante o mês de abril de 2017, para a produção de dados, foi realizada uma visão mais geral da unidade e trabalhadores em cenas do cotidiano, agregando aqueles que já haviam assinado o TCLE, sendo descritas nas notas de observação. Essa fase de observação consistiu em reconhecer os participantes, com descrição de postura, comportamentos, vestuário, relações, descrição das salas e dos processos de trabalho, como agiam frente ao atendimento ao usuário. Há de se considerar que, mesmo sendo familiar aos integrantes da unidade de saúde, houve, por vezes, dificuldades iniciais relativas ao relacionamento muito próximo entre maioria dos trabalhadores e pesquisadora, construído ao longo dos anos de presença no campo, sendo visualizado em expectativas que poderiam interferir na produção de dados.

Como afirma Angrosino (2009), ao ser conhecido pelos participantes, mais expectativas poderão ter a respeito do pesquisador. O autor chama a atenção para o observador não se

deixar capturar pelos primeiros que acolhem, que podem ser o que ele chama de desviantes ou guardiões da comunidade ou guardiões, pois a associação com estes pode limitar as chances de conhecimento do todo. O autor recomenda que ao adentrar no campo deve-se informar às pessoas sobre os parâmetros da observação relativos ao tempo de permanência, forma de observação, forma de contatos, entre outros. E assim foi esclarecido sempre que necessário.

Seguiu-se, no período de maio a junho de 2017, com imersão para observação, conforme Spradley (1980) de forma mais seletiva e focalizada, que somadas com oito horas do mês de abril, chegou-se ao total de 137 horas de observação do cotidiano do trabalho na UBS.

A permanência da pesquisadora no dia a dia, durante as atividades, era informada e algumas vezes negociada com o campo, na medida em que era necessária, como, por exemplo, em momentos que pareciam não querer a presença de terceiros na cena. Assim, teve início a observação, mantendo-se certa distância, de modo a perceber os participantes em suas atitudes diárias, suas características e modos de interação e organização dos processos de trabalho, no modo de atender o usuário.

Spradley (1980) orienta atentar-se para as características dos participantes e o contexto em que ocorre. Afirma, ainda, que se deve ter em atenção o saber tácito dos participantes, que frequentemente se comunicam em expressões não diretas ou em linguagem não verbal. Isso exige do investigador grande capacidade de escuta e de observação dos comportamentos, que fica facilitada quando o investigador pertence a essa mesma cultura. Nesse sentido, a proximidade com os trabalhadores e usuários foi favorável.

À medida que entravam em cena novos participantes, trabalhadores, usuários e discentes, estes eram informados sobre o estudo e era solicitada a autorização para a observação e coletada a assinatura no TCLE.

Nesse primeiro momento, a gerência demandou bastante a pesquisadora no que se refere à discussão de dados, observação e participação nas diversas reuniões que realizara, especialmente no primeiro semestre de 2017, o que foi muito importante, pois as reuniões com categorias específicas e de colegiado, até a participação na conferência local de saúde e representação na conferência distrital, era também objeto das observações, pois fazia parte do cotidiano do serviço na UBS.

Foi importante também, pois proporcionou conhecer a atuação da gerência, a qual desencadeou movimentos de reflexão da realidade e discussão coletiva, com participação da maioria dos trabalhadores, nas reuniões internas e usuários na comissão local e na conferência local de saúde.

b) Segundo momento: viver o cotidiano da UBS

A partir de 04 de maio de 2017, começou-se a viver de fato o cotidiano da UBS como pesquisadora. Essa etapa se deu com observação durante o trabalho das equipes, na realização da conferência local de saúde, reuniões de equipe, reuniões da gerência com equipes por categorias profissionais e reuniões colegiadas, bem como na realização do trabalho diário nas diversas salas e setores da unidade. Houve também observação dos processos de capacitação formal da equipe como uma voltada para o atendimento na sala de curativo, outra voltada para o atendimento na sala de coleta de exames e ainda outra voltada para urgências e emergências nos atendimentos odontológicos.

A partir dos dados produzidos até 18 de julho de 2017, foi realizada análise preliminar permitindo estabelecer a relação da EP com o modelo assistencial e evidenciar que, da forma como estava sendo feita, não responderia aos objetivos e questões traçados para o presente estudo.

Para a análise dos dados foi elaborada uma matriz de análise tendo como referência as categorias em estudo: indicativos de EP e de mudança de modelo assistencial (APÊNDICES E, F), para proceder à análise dos dados da primeira fase.

Uma constatação importante é de que ocorriam movimentos cotidianos com potencial para a educação permanente. Mas era preciso apurar o olhar para enxergar se esses movimentos disparavam realmente repercussões no modo de assistência aos usuários. Avaliou-se, também, que o foco estava, prioritariamente, no processo de trabalho, carecendo de contemplar também a captação e atendimento das necessidades de saúde dos usuários, bem como as tecnologias utilizadas e priorizadas, nas interações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

Foram registradas várias situações potenciais para a EP, mas o olhar precisava estar mais sensível ao que faz uma situação potencial se tornar uma ação de fato disparadora de educação permanente e, conseqüentemente, disparadora de mudança nos processos de trabalho e modelo assistencial.

Essa fase se deu com observação mais intensiva, mais de perto. De posse das situações eleitas como potenciais para a EP, para identificação de quais são disparadoras de aprendizado e de mudanças nos modos de assistir o usuário, de julho a novembro de 2017, procurou-se apurar o olhar para as necessidades de saúde dos usuários e como estas eram consideradas pelos trabalhadores de saúde para a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde, portanto, situações potenciais para disparar EP e mudança de modelo assistencial, na concretude do dia a dia do serviço de saúde na UBS.

As situações potenciais identificadas na fase anterior são ações educativas em momentos formais e tecnicamente orientadas, sendo a capacitação feita em sala de curativo e sala coleta de exames, que visava à melhoria do processo de trabalho e humanização da assistência, e na sala de Odontologia em urgências e emergências, visando também à organização do processo de trabalho e humanização da atenção.

Houve também situações informais, consideradas potenciais para EP e mudança de modelo. As situações informais foram consideradas como aquelas que acontecem sem hora e lugar instituídos, por exemplo, momentos da visita domiciliar, momentos do acolhimento da demanda espontânea, atendimentos em sala de vacina, reuniões por categorias profissionais e colegiadas (colegiado gestor e Comissão Local de Saúde) e seus desdobramentos. Assim como situações informais que geraram aprendizado como conversas à mesa de café, nos corredores da UBS, entre outros onde havia reflexão sobre situações vivenciadas, com troca de experiências, saberes, necessidade e busca da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, em prol da resolução dos problemas, demandas e necessidades do serviço e do usuário.

Novamente foi realizada mais uma análise dos dados, norteadas pelas matrizes de indicadores construídas, notando-se que ainda era necessário mais aprofundamento para identificar as repercussões no modelo assistencial. Era preciso aprofundar mais para buscar o entendimento

dos trabalhadores acerca da EP e mudanças proporcionadas pela EP. Optou-se por realizar entrevistas em profundidade com os participantes que estiveram envolvidos nos momentos anteriores da produção de dados.

Para garantir a exaustividade necessária no processo de compreensão de um fenômeno particular, como o deste estudo, foram realizadas entrevistas em profundidade, no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2018, conforme disponibilidade nas agendas dos trabalhadores. Foram entrevistados 25 trabalhadores na própria UBS, resultando em 21:03h de entrevistas, com duração média de 58 minutos cada, que versaram sobre o entendimento dos participantes a respeito da educação permanente em saúde, sua ocorrência no cotidiano, mudanças percebidas a partir da EP e desafios e dificuldades com sua abordagem no cotidiano (APÊNDICE D).

Justifica-se a escolha de entrevistas em profundidade considerando-se a riqueza de informações que podem ser obtidas e a possibilidade de ampliar o entendimento dos objetos investigados a partir da interação entre entrevistados e entrevistador. Ainda, tem relação com a natureza do objeto investigado, do problema de pesquisa e da abordagem paradigmática que guia o pesquisador (FLICK, 2009).

Após esse período de observações e análises preliminares, mergulhou-se na análise dos dados, tanto das observações, na sua totalidade, como das entrevistas com os trabalhadores, com resultados parciais, os quase foram apresentados na banca de qualificação em julho de 2018.

Por ocasião da qualificação, a banca, brilhantemente, pontuou a necessidade de se dar mais voz e mais presença aos usuários, no sentido de se ter mais clareza acerca da concepção de EP e de modelo assistencial, tendo em vista a necessidade de representação de todos os participantes do quadrilátero da EP no setor saúde. Sugeriu a realização de grupos focais com a presença do usuário. E também para os trabalhadores, de acordo com os resultados parciais, não havia ficado clara a concepção de modelo assistencial a respeito deles.

O grupo focal é apropriado quando se tem como objetivo informações sobre determinado tema específico por meio da discussão participativa entre os participantes, sendo realizado a

partir das discussões focadas em tópicos específicos e com direcionalidade. Nesse processo, dialogam e constroem coletivamente os resultados da pesquisa (DALL'AGNOL *et al.*, 2012).

Após esse período de observações e análises preliminares, mergulhou-se na análise dos dados, tanto das observações, na sua totalidade, como das entrevistas com os trabalhadores, com resultados parciais, os quais foram apresentados na banca de qualificação em julho de 2018.

Foram realizados, então, dois grupos focais, com dois grupos de usuários. O primeiro deles foi realizado com os 12 participantes do grupo da Fisioterapia, com duração de 1h. O segundo foi realizado com os 10 usuários do grupo educativo para hipertensos e diabéticos, com duração de 45 min. A escolha dos grupos se deu pelo fato da forte adesão e participação contínua dos seus integrantes nesses grupos.

Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora, um na área externa da UBS e o outro na organização não governamental (ONG) onde se tem a parceria para a utilização do espaço. Os dois grupos foram gravados, tendo participado cinco observadores. Anotações, durante os grupos focais, foram realizadas pelos observadores, alunos do curso de Gestão de Serviços de saúde e de Enfermagem que fizeram parte da realização deste, além das gravações em áudio, as quais foram posteriormente transcritas.

As questões norteadoras dos grupos foram: 1- o que vocês entendem por educação permanente? 2- Nos últimos tempos, o que você percebeu de mudança na atenção à saúde ofertada aos usuários? 3-Quais facilidades e dificuldades você atribui ao serviço de saúde oferecido na UBS? Essas perguntas foram feitas, também, na realização das entrevistas com os usuários. Foram entrevistados individualmente cinco usuários, cuja gravação em áudio totalizou quatro horas, com média de duração de 48 min. Os usuários entrevistados eram todos membros do conselho local de saúde, que de certa forma mobilizam a si e aos outros para o bem coletivo, em busca de melhorias na atenção à saúde, portanto, conhecendo melhor o serviço prestado, sua forma, dificuldades e avanços.

5.5 Registros

Os registros foram realizados por meio de anotações sistemáticas no diário de campo, rotineiramente utilizado, no qual foram registrados dados do dia, horário e local onde foi realizada a observação, além das impressões, sentimentos e reflexões da pesquisadora (APÊNDICE C).

Segundo Angrosino (2009), a observação implica certo grau de estruturação, devendo o pesquisador cultivar o hábito, de forma organizada, de realizar anotações que incluam a explicação do cenário específica, a relação dos participantes em suas características gerais e com descrições da forma mais objetiva possível de como se vestem, como parecem socialmente, bem como a cronologia dos eventos, descrição de cenário físico, objetos materiais dentro dele, comportamentos e interações, registro de conversas.

O gravador de voz foi utilizado para que se pudesse registrar com mais fidedignidade possível as cenas, sabendo que poderia haver falhas na memória que poderiam afetar o registro dos detalhes possíveis. A cada período de observação, ao sair do cenário, foram então realizadas gravações de voz e anotações, as quais foram avaliadas de forma a perceber se o objeto de estudo tinha sido captado e quais readequações deveriam ser feitas no sentido de buscar outras estratégias metodológicas capazes de apreender, com densidade e intensidade, a diversidade dos acontecimentos e fatos. Dessa forma, atentou-se para o fato de que o caminho metodológico permanecesse sempre aberto.

As anotações eram escritas e/ou gravadas imediatamente, quando a pesquisadora seguia para algum “canto” da unidade que permitisse ficar focada no que foi observado ou percebido, sem perder detalhes importantes, na escrita da anotação das cenas observadas. Foram realizadas, também, anotações das impressões e percepções dia a dia no diário de campo.

Araújo *et al.* (2013) prelecionam que o diário de pesquisa ou diário de campo é aquele que retrata procedimentos, análise do material empírico, reflexões e decisões na condução de pesquisa, evidenciando o andamento do estudo desde o delineamento inicial até o seu término. Nesse caso, pode ser denominado de diário de pesquisa.

As anotações foram digitadas e serviram para organizar os dados em narrativas, em terceira pessoa, sendo a narradora a pesquisadora. Para tanto, foi elaborada a codificação dos

participantes para sua identificação nas narrativas e entrevistas. Para a codificação foram consideradas letra e sequência numérica, sendo T para trabalhadores e U para usuários, conforme já exposto. Esclarece-se que em algumas narrativas, são utilizadas falas dos participantes que foram significativas na cena.

5.6 Análise dos dados

Foi utilizado o método de análise crítica de discurso, no modelo tridimensional, que compreende a análise da prática discursiva, do texto e da prática social, na linha inglesa (FAIRCLOUGH, 2001; 2016).

A teoria de Fairclough resgata o conceito de “interdiscurso”, corrente proposta por Michel Pecheux. Discute a configuração de práticas discursivas e a relação entre elas, assim como termos da “ordem de discurso”, um conceito formulado inicialmente por Michel Foucault (2000), que tanto pode favorecer a reprodução do sujeito social como a sua transformação. A mudança discursiva ocorre mediante a reconfiguração da ordem de discurso que atua dinamicamente na relação entre as práticas discursivas, podendo estender seus efeitos sobre os sujeitos e suas identidades, as relações sociais e os sistemas de conhecimento e crença que se aplica em um mundo em constante transformação (RESENDE; RAMALHO, 2004).

Fairclough (2001) propõe um quadro analítico para a análise dos eventos discursivos, numa teoria social do discurso, pois este é considerado simultaneamente um texto, um exemplo de prática discursiva e um exemplo de prática social. A análise das propriedades textuais deve estar integrada tanto à análise das relações sociais e de poder, quanto à ideia de que as práticas discursivas são reguladoras de identidades sociais e são espaços emergentes de valores, ideologias e crenças. Propõe, então, um modelo tridimensional composto de três dimensões que não estão em um mesmo nível, porém um leva à compreensão do outro, se compreendem: o texto, a prática discursiva e a prática social.

Para Fairclough (2001; 2016), na análise textual, que é descritiva, deve-se dar atenção ao vocabulário, à gramática, coesão e estrutura textual. Na análise da prática discursiva, que é interpretativa, devem ser consideradas a força dos enunciados, sua coerência e intertextualidade, além dos processos de produção, distribuição e consumo textual. Explica

que a distribuição e consumo do discurso variam conforme natureza da prática discursiva, nos tipos de discurso, de acordo com fatores sociais envolvidos.

Para a análise da prática discursiva, trabalha-se com a natureza e interpretação textual microssociológica da produção, distribuição e consumo, levando-se em conta a prática social como algo produzido pelas pessoas, ativamente, com aprendizado cujo embasamento é o compartilhamento consensual. Chama-se a atenção para alguns aspectos a serem observados nesta análise, os quais envolvem as três dimensões da prática discursiva, quais sejam, produção do texto, interdiscursividade, intertextualidade manifesta, distribuição do texto, cadeias intertextuais, consumo do texto e coerência (FAIRCLOUGH, 2001; 2016).

Fairclough (2001) recomenda que a linguagem, em sua dimensão discursiva, deve ser posicionada como prática social ou como parte de práticas sociais. Deve ser considerada a relação dialética das práticas sociais com outros elementos da sociedade, sendo a linguagem determinada socialmente ao envolver a compreensão e constituição das estruturas sociais como parte constituinte e constitutiva da vida social, ou seja, os aspectos sociais e institucionais que envolvem a produção e consumo dos textos (FAIRCLOUGH, 2001; 2016).

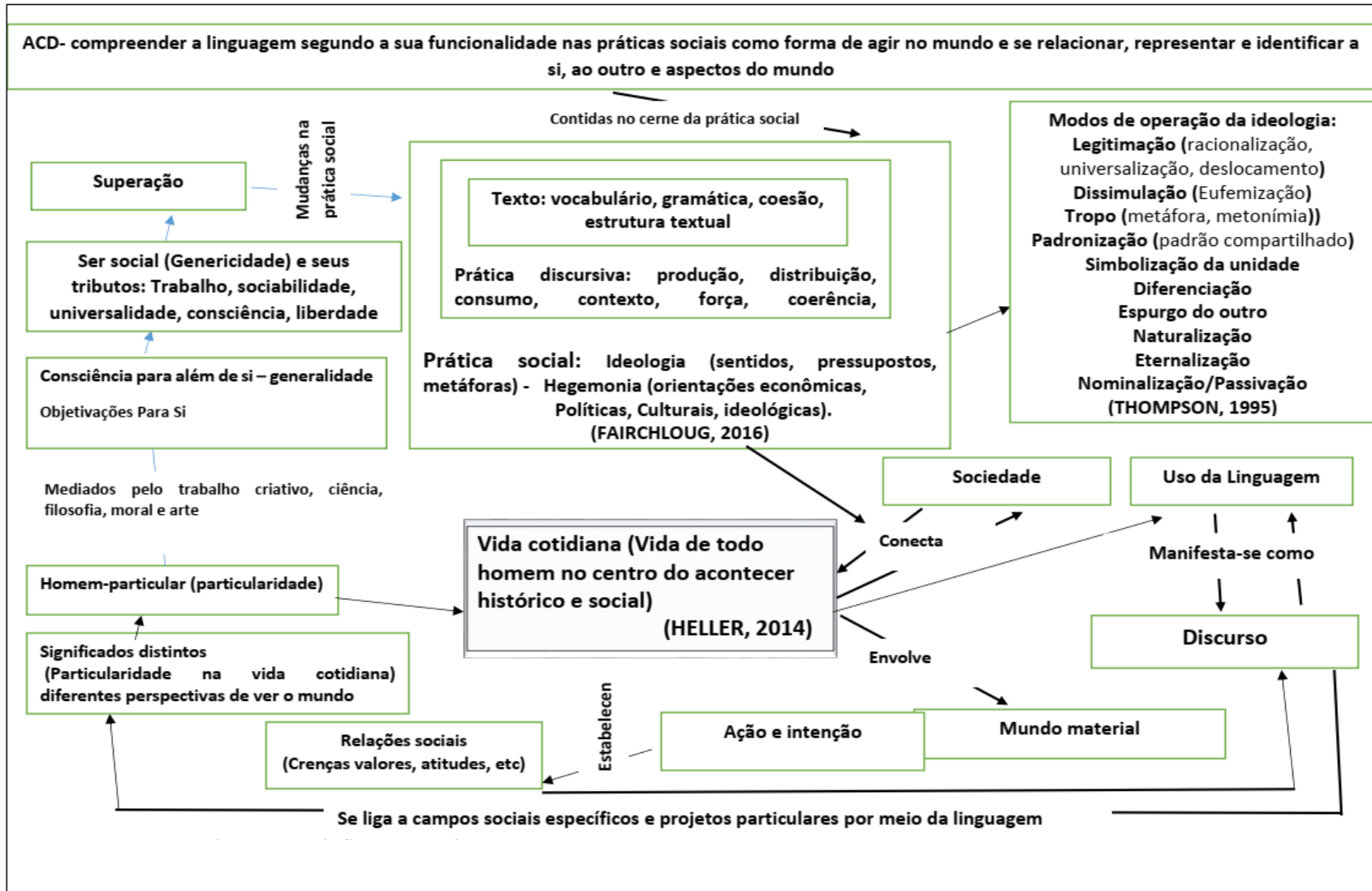
Para a análise da prática social, partiu-se da identificação dos efeitos da prática discursiva sobre a prática social, ou seja, a ideologia e a hegemonia na matriz social do discurso, que são evidenciadas pelas ordens do discurso, efeitos ideológicos e políticos do mesmo.

O modelo tridimensional possibilitou a análise da realidade, proporcionou trazer conexões que permitiram o conhecer, no cotidiano dos serviços de saúde, na UBS, se as práticas discursivas contribuem e se relacionam com mudanças nas práticas sociais, evidenciadas pela construção de conhecimentos novos, que aplicados novamente ao cotidiano redundam em mudança de modelo assistencial. Possibilitou também apurar se os sujeitos trabalhadores problematizam, refletem sobre a realidade e elaboram novos discursos e novas práticas, constituindo-se em aprendizado. Ou, ainda, se essas práticas estão permeadas por discursos institucionais, cristalizados pela continuidade de uma cultura biomédica no trabalho. Para facilitar a compreensão do cotidiano de Heller em interação com a ACD de Fairclough, foi elaborado um mapa conceitual que auxiliou na análise e redação dos resultados (FIG. 4).

De acordo com Fairclough (2016), na análise tridimensional o vocabulário refere-se à dimensão do uso da linguagem que envolve processos de produção, distribuição e consumo dos textos. A interdiscursividade refere-se à articulação de discursos e à forma como são articulados. A temporalidade diz respeito à relação temporal envolvida no contexto social, que representa certas ações e modos de interação, evidenciando a transição das práticas entre espaços de tempo. A prática social situa o discurso numa perspectiva de poder, como hegemonia e ideologia, com o uso de metáforas que identificam o modo como é percebido o mundo e a maneira como nos comportamos nele e nos relacionamos, de acordo com a experiência física e cultural.

Acrescenta-se, de acordo com Fairclough (2016), que por modalidade entende-se o julgamento sobre as probabilidades ou obrigatoriedades envolvidas, com escolhas intermediárias, com traços semânticos que marcam polos opostos, com possibilidades intermediárias de escolhas, podendo ser modalidades deônticas (envolvem obrigatoriedade) ou epistêmicas (envolvem comprometimento com a verdade). A avaliação inclui afirmações avaliativas, com juízo de valor e presunções valorativas do que seja desejável ou indesejável. Numa tentativa de possibilitar a visualização da relação do cotidiano e da ACD, elaborou-se a FIG. 5, que pode ser vista a seguir.

Figura 4 - Mapa conceitual ACD e sua relação com o cotidiano



Fonte: elaboração da autora.

5.6.1 Organização dos dados produzidos na observação

As anotações foram digitadas, totalizando 146 páginas de texto em *Word*, com formatação padrão A4, espaço 1.15, *Times New Roman* 12. Depois, foi realizada leitura flutuante de todas as anotações, em seguida, numa nova leitura, com destaques para cenas a serem analisadas, tendo em vista a “Matriz de Indicativos de Educação Permanente” e “Matriz de Indicativos de modelo assistencial (APÊNDICES E, F), já mencionadas anteriormente. Essas cenas destacadas foram descritas em forma de narrativas, na terceira pessoa, com citação de falas relevantes. Em seguida, foram analisadas, identificando-se os indicativos de educação permanente e de modelo assistencial no cotidiano da UBS. Nas narrativas, com falas de participantes observados, foram atribuídas análises do ponto de vista da ACD. Castellanos (2014) e Onocko-Campos, Furtado (2008) afirmam que a narrativa pode ser utilizada como dispositivo para a análise, facilitando o reconhecimento temático de interesse para o estudo, proporcionando a construção sintética de eixos temáticos chamados núcleos argumentais, assim com um quadro de narrativas que organizam as informações em direção a conclusões sistematizadas.

Dessa forma, buscou-se então elaborar narrativas acerca das ações potenciais para disparar processo de EP e de suas repercussões no modelo de atenção. No entanto, narrar o cotidiano marcado pela movimentação dos sujeitos, expectativas, dúvidas e desejos, dos elementos que tornam uma ação em potencial para a EP e elementos que caracterizam indicativos de mudança de modelo assistencial não se constituiu em tarefa fácil, uma vez que envolveu a captura de elementos, muitas vezes permeados de subjetividades.

5.6.2 Organização dos dados produzidos pela entrevista em profundidade e grupos focais

De posse das gravações das entrevistas e dos grupos focais, foi realizada a transcrição na íntegra, com a ajuda de uma bolsista de iniciação científica, não sendo utilizado algum *software*. As transcrições totalizaram 100,5 páginas de texto em *Word*, com formatação padrão A4, espaço 1.15, *Times New Roman* 12. As transcrições das entrevistas e grupos focais foram realizadas evidenciando justaposições entre falantes, pausas, silêncios, entonação, ênfase, interrupções e trechos incompreensíveis, sob a orientação de Marcuschi (2003), que utiliza uma simbologia específica (ANEXO A), com elementos gráficos para indicar, por

exemplo, interrupção da fala, truncamentos, incompreensão de palavras, entre outros. Após as transcrições, foi realizada a leitura do material de modo concomitante à audição, buscando fidelidade na transcrição das falas dos entrevistados e participantes dos grupos focais.

Em seguida, para a organização dos dados empíricos das entrevistas e falas dos participantes nos grupos focais, estabeleceu-se o seguinte caminho: leitura exaustiva das transcrições, buscando nos discursos o entendimento sobre o que é EP, mudanças proporcionadas pela EP com repercussões no modelo assistencial, enunciadas pelos participantes. Fez-se então a seleção de excertos das entrevistas e grupos focais, que respondiam as questões do estudo, tendo em vista as matrizes norteadoras, já mencionadas, “Matriz de Indicativos de Educação Permanente” e “Matriz de Indicativos de Mudança de Modelo Assistencial” (APÊNDICES E, F). Importante lembrar que essas matrizes foram utilizadas para análise das observações, assim como na análise das entrevistas e falas nos grupos focais. Na sequência, foram mapeadas, nos excertos, as palavras-chave e demais elementos que remetiam à dimensão textual. A partir desse movimento procedeu-se à identificação das categorias relativas ao texto, à prática discursiva e prática social, conformando a análise tridimensional proposta por Fairclough, sendo as categorias de ACD identificadas e mais frequentes o vocabulário, temporalidade, prática social institucional, avaliação, modalidade e interdiscursividade.

5.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais com carta de anuência emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Em todas as etapas do estudo foram atendidas as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, a qual regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Esta última passou a nortear a pesquisa (BRASIL, 2012).

Para a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A, B), houve a apresentação do projeto com os objetivos do estudo, para os participantes. Eles foram orientados sobre o seu direito de manifestar livremente o interesse em participar ou não, em qualquer fase do processo, sem qualquer tipo de prejuízo. Nenhum participante foi identificado na tese, exceto a gerência, pois suas falas são em si mesmas identificadoras da

sua função, no entanto, a exposição foi autorizada sem restrição. As informações serão mantidas em segurança até a aprovação do relatório final por banca examinadora, quando então serão inutilizadas.

6 RESULTADOS



Jean-François Millet. A Fiandeira. 1868-69.

Capítulo 1 - O cotidiano dos serviços de saúde na atenção primária: desafio de um fazer em saúde

O cotidiano da UBS estudada é dinâmico e heterogêneo, em função da história de vida de cada um, sejam trabalhadores ou usuários, na realidade da atenção primária à saúde.

No seu âmbito existe o esperado, como em toda unidade básica, com os atendimentos na sala de vacinas, na sala de coleta de material para exames, sala de observação, sala de curativos, dispensação de medicamentos na farmácia, sala de recepção de usuários para consultas, agendamento de consultas, entrega de resultados de exames, entre outros. Também, nos consultórios, na sala de observação e medicação, nas salas de acolhimentos à demanda espontânea, recepção da demanda programada e consultas dos diversos trabalhadores da ESF e do NASF.

Existem, ainda, situações que fogem ao cotidiano e que representam desafios ainda maiores, por exemplo, em 2017 houve mudanças de gestão municipal, distrital e local, cujos reflexos desse processo apareceram como desafios, os mais diversos, reconhecidos pelos trabalhadores da saúde e usuários, associadas à carência de recursos materiais e número de trabalhadores aquém do necessário. Assim, conhecer o cotidiano da unidade básica revelou dados importantes que ajudaram a compor os resultados e alcançar os objetivos da pesquisa.

Os dados revelam um cotidiano marcado pelo trabalho compartilhado, discussões coletivas, sendo possível captar que os trabalhadores transitam pelas diversas salas de atendimento, conversam entre si e resolvem as demandas dos usuários que chegam à unidade.

O técnico de enfermagem diz: aqui a gente tá fazendo tudo pra dar certo. A gente se esforça para dar conta de todas as salas. Um dia estou aqui, outro dia na sala de observação, outro dia no acolhimento. O enfermeiro faz a escala, mas a gente conversa entre a gente e faz dar certo, quando a escala falha. Às vezes têm alguns arranca-rabos, mas normal, depois a gente se entende (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 10 DE MARÇO DE 2017).

O enunciante, técnico de enfermagem, afirma o comprometimento com o serviço e interação entre os colegas. Há de se considerar que a interação entre eles proporciona autonomia do grupo, para “fazer dar certo”, na falta da programação pela escala. Na rotatividade entre os

atendimentos que assumem são despertadas a cooperação e a sociabilidade, em uma relação democrática, permeada pelos consensos e “arranca-rabos”, metáfora utilizada para expressar os conflitos que acontecem. Nesse sentido, presume-se que existe uma prática social que favorece o aprendizado, mesmo em meio a dificuldades do dia a dia.

A sociabilidade favorece a formação do grupo social que vai se configurando, tendo em vista os movimentos dos seus integrantes, que se movimentam no espaço, possibilitando transformações. Nesse sentido, entende-se que o homem é um ser social com predestinação a comunhão e partilhamento, podendo experimentar também nesse movimento contradições e conflitos que se resolvem rapidamente, proporcionando um processo de desconstrução-construção nas relações e abrindo caminho para novas perspectivas no cotidiano (FERNANDES, 2002).

Importante destacar que Heller (2002a; 2014) considera a vida como uma forma livre, independentemente da escravidão do hábito, que rompe amarras em busca de liberdade e autonomia. Assim, “ao fazer dar certo” com soluções buscadas entre os trabalhadores, infere-se que eles já experimentam processos de aprendizados autônomos e transformadores de situações, nas condições oferecidas pela unidade, e do sentimento de multiuso, como expressado na nota de observação.

Na farmácia, muitas vezes, o atendimento começa após a coleta de materiais para exames, devido ao fato de que as técnicas, que ficam na dispensação de medicamentos, também colaborarem na coleta de exames de sangue, conforme a demanda, que habitualmente é grande a partir de 7 horas. T19, diz: *Aqui é assim, a gente atende lá e cá, como, Bombril, mil e uma utilidades*, fala com um sorriso de quem não se importa em cooperar (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DIA 09 DE MARÇO de 2018. Ator: Técnico de enfermagem).

Ao utilizar a comparação “Bombril, mil e uma utilidades”, a enunciante demonstra a multifacetada atuação dos profissionais. Na propaganda da esponja de aço Bombril, aplicou-se a ideia de ser útil em várias possibilidades, representada pelo garoto propaganda que se caracterizava, a cada aparição, com uma função diferente na sociedade.

Ao referir-se como “Bombril”, o enunciante mostra que todos atendem nas várias salas, existindo uma cooperação entre os profissionais, assim como uma dependência de ajuda mútua. Observa-se regularidade no cotidiano, o que segundo Heller (2002a) trata-se de uma

organização do grupo social com acordos de regras combinadas entre eles, para sustentar a convivência e dependência mútuas.

Quando T19 diz que *atende lá e cá*, o sorriso mostra uma postura confortável, naquele momento, em participar, juntamente com os colegas, nos atendimentos, como uma apropriação de um costume que já circula entre os profissionais que atuam na sala de coleta, farmácia e vacina, que funcionam em salas adaptadas. No entanto, usuários e trabalhadores, na circulação cotidiana no espaço da UBS, ganham conhecimento entre si, trabalhadores-trabalhadores, trabalhadores-usuários e usuários-trabalhadores.

Há, porém, descontentamentos com os espaços e a infraestrutura. A UBS em estudo é uma casa adaptada, distanciada de um modelo de unidade idealizado pela política pública de atenção primária, gerando dificuldades de alocação de todos os trabalhadores. As dificuldades observadas em relação às características físicas da unidade se dão pela falta de espaços, implicando um cotidiano movimentado pela busca de salas para o atendimento, por parte dos profissionais, especialmente os não médicos. Esse fato gera, algumas vezes, insatisfação, principalmente nos enfermeiros. A falta de espaço também é um aspecto presente na atuação da gerência e trabalhadores administrativos.

Tem, tem certas coisas que dificultam. Tem muitas coisas que eles querem... que aumenta o atendimento, por exemplo, eu tenho uma quantidade muito grande de hipertensos e diabéticos, tenho protocolos... estudando protocolo, tem que ter a consulta, mas as condições físicas da unidade não permitem a gente seguir corretamente, por não ter sala. Então tem as coisas que vão impactar e tem outras que vão atrapalhar mesmo. Tem a questão, que eu acho que isso é geral da prefeitura que atrapalha mesmo, porque tem a consulta médica e a consulta do enfermeiro. O médico sempre tem a consulta dele, e o enfermeiro? Onde que vai ser o consultório? A gente fica pulando pra lá e pra cá. E detalhe! Isso é a pior coisa... que tem pra gente trabalhar. Cê não trabalha tão feliz assim (T10).

A enunciante T10 avalia que a estrutura física da unidade não favorece o trabalho do enfermeiro e compara com a garantia do espaço para o médico. A metáfora utilizada e a temporalização do discurso, *a gente fica pulando pra lá e pra cá*, evidenciam um cotidiano no qual ele precisa buscar, continuamente, o espaço físico para o atendimento da demanda e realização das ações preconizadas. Esse achado é reconhecido como comum no município, algo que *é geral da prefeitura, que atrapalha*. A avaliação negativa da participante expressa insatisfação, estabelecendo carecimento de condições para a realização do seu trabalho.

Na falta de espaço, os trabalhadores procuram espaços dentro da UBS, para interação. Assim, reúnem-se na gerência, que parece funcionar como um ponto de encontro. Nesses encontros emergem discussões, troca de ideias e experiências, oferecendo potencialidade para o trabalho criativo e possibilidades para a educação permanente.

Chego à unidade e vou para a gerência. Lá encontro mais uma vez os trabalhadores do NASF e uma ACS [agente comunitário de saúde] aguardando o transporte para a visita domiciliar. Eles conversam entre si sobre o usuário a ser visitado. Trocam ideias, contam do filme que assistiram, dão risadas, falam de problemas da unidade e uma trabalhadora do NASF, T24, diz: *mas a gente vai fazendo, até onde tem jeito. Somos criativos*. Nisso chega a enfermeira, depois outra, chega um médico e entra na conversa. A gerência parece ser o ponto de encontro dos profissionais (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 18 DE ABRIL DE 2017).

Cheguei às 8 horas e fui para a área externa onde um dos grupos operativos conduzidos pelos trabalhadores do NASF iniciava suas atividades. [...] Durante a atividade as usuárias reclamavam do calor. A trabalhadora do NASF, T38, diz: *aqui é um local improvisado que a gente aproveita, mas é quente, mesmo com a cobertura que colocaram*. [...] Ao final da atividade, subo com trabalhadora do NASF que diz: *deixa eu ver se tem sala para eu atender. Deixa eu ver se esse consultório aqui, está vazio*. E faz cara de decepcionada, quando vê que tem outro trabalhador atendendo lá, esse a cumprimenta e fala que chegou primeiro. Eles dão uma risada e OBS NF03 diz: *É assim. A gente vai tentando* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DIA 13 DE NOVEMBRO DE 2017).

Os enunciados evidenciam, na narrativa apresentada, o discurso modalizado de T24 e T38, que salienta também essa realidade por busca de espaço. T10, em sua manifestação, reconhece que essa é uma situação da categoria profissional de enfermagem na prefeitura, sinalizando que existe uma ultrageneralização que conforma a unificação discursiva.

A unificação gera uma condição ideológica no discurso, comprovada pela representação personificada sem nomeação, que coloca os enfermeiros com papéis menos significativos, na comparação com os trabalhadores médicos, atuando conforme as regras do jogo imposto, no caso, pela Prefeitura. Para Heller (2002a; 2014), a ultrageneralização refere-se a uma justificativa baseada em uma experiência, cujo conceito se generaliza para uma categoria ou camada social. Dessa forma, há não oferta adequada de condições de trabalho para os profissionais não médicos que, mesmo em meio a essas condições, continuam atuando na busca criativa de espaços, *pulando de lá pra cá*.

Existem dificuldades, para os trabalhadores, também, para o desenvolvimento das atividades coletivas com usuários, tendo que recorrer a outros espaços, como o espaço de uma ONG, que

é utilizado para ações educativas coletivas voltadas para os usuários. Essa é uma estratégia que reforça a criatividade na busca de parcerias na comunidade. *“Perguntei a ela onde ia. T23 respondeu: vou lá pra ONG aqui perto, para o grupo de hipertensos e diabéticos. Vou toda semana. A gente continua lá. Aqui não tem espaço. Tem a área externa, mas é muito quente”*.

Nesse ponto, é interessante a parceria com a ONG, mas outros espaços poderiam ser explorados fora da UBS, nos equipamentos da comunidade como praças, parques, entre outros. Assim, muitas atividades poderiam acontecer mais perto do usuário.

Importante destacar que o senso de responsabilidade e de compromisso com o outro aparece como um valor que impulsiona a execução do trabalho, mesmo que o ambiente não esteja favorável.

Sentado ali, na antessala da gerência, T34 digita dados em meio a toda conversa de trabalhadores que ali estão. [...] *Estou aqui tentando digitar esses dados [mostrando-me uma planilha]. Devo sair da unidade daqui um mês mais ou menos e quero deixar pronto para a gerente, senão vai ficar complicado para ela, pois precisa disso na gerência. Por isso, fico aqui, mesmo no meio dessa conversa toda* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 07 DE MARÇO DE 2017).

O trabalhador T34 afirma seu compromisso com o trabalho, que foge ao espontaneísmo, quando demonstra consciência sobre a necessidade que a gerência tem dos dados que ele registra, o que o leva a se adaptar às condições em meio insalubre para concluir o trabalho. As dificuldades do serviço administrativo são reveladas também por T11, reforçadas pela temporalidade e modalidade no discurso.

Na sala da gerência, após a divisória da antisala, T11 olha para os lados e diz: *Tá vendo, aqui não tem como ficar concentrada no serviço. [...] tem alguém chegando, a todo momento, para resolver problema e eu tenho que atender, ouvir e resolver ou devolver para quem atendeu, pois muitas vezes pode ser resolvido lá embaixo. Aqui não tem porta... entra todo mundo[...] simultaneamente, ouve o telefone tocando a todo momento. [...]* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 16 DE MAIO DE 2017).

A rotina de problemas ocupa grande tempo da gerência, que os relaciona também ao número de trabalhadores à necessidade de atender a população da área de abrangência da unidade. Para a gerência, o déficit de trabalhadores compromete suas atribuições, gerando o sentimento de falta de tempo.

Eu acho que a maior dificuldade é a falta de disponibilidade de horário pro [...] acompanhar esses processos e estar mais próximo, né? Como a UBS hoje... tem um desfalque, inclusive, de administrativo com menos do que o mínimo considerado, pela própria secretaria. Isso, obviamente, compromete meu processo de trabalho. Enquanto eu poderia estar fazendo gestão ou estar mais próxima das equipes, tenho que fazer algumas coisas burocráticas, como ler e-mail sem filtro, protocolo de malote, entrega de material para o paciente, almoxarifado... tudo fica sob minha responsabilidade por não ter a quem delegar [fala com alteração da voz para mais alto, me olhando] [...] O que eu acho que falta mesmo é a disponibilidade de tempo, pra gente ter mais tempo pra estar planejando e executando as ações (T11).

Nota-se a gerência como lugar de dilemas, registrado no discurso imperativo “*tenho que fazer*”, referindo-se às atividades que deveriam ser delegadas. A falta de tempo na gestão, para ficar mais próxima dos trabalhadores e usuários, faz parte da realidade da atenção primária, demonstrada no discurso do sujeito coletivo (*a gente*), referindo-se à gestão local de unidades básicas de saúde em geral.

Heller (2002b) define o tempo como algo pessoal, ligado à particularidade, pois está relacionado à experiência vivida. Assim, cada um vive o seu tempo de forma própria, sendo uma condição do ser humano, como respirar, trabalhar e alimentar-se. A enunciante T11 vive o tempo de gerência consumido com atividades que poderiam ser executadas por trabalhadores administrativos, demonstrando que a prioridade deveria ser ocupada com a gerência da assistência ao usuário, com os trabalhadores.

Em observação foi possível identificar que os gerentes participam de reuniões semanais no distrito: “*fui à sala da gerência e vi no quadro de avisos que ela estava na reunião no distrito*”. A trabalhadora diz: “*toda sexta-feira de manhã ela tem que ir para a reunião no distrito*” (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 14 DE JULHO DE 2017).

A obrigatoriedade de participação em reunião semanal no distrito, na modalidade deontica, informada no excerto 10, representa uma oportunidade de interlocução com outros gerentes que vivenciam um cotidiano também marcado pela rotina de problemas. Nesses espaços aprendem com a experiência de cada um, em trocas importantes que reabastecem os ânimos e estimulam a continuidade em busca de melhorias.

Há também a substituição de trabalhadores administrativos por pessoas despreparadas para a realidade da atenção primária, que não se adaptam ao serviço e manifestam insatisfações.

Vejo que tem uma pessoa nova na recepção. Vou até a sala da gerência avisar que estou na unidade para as entrevistas agendadas e comento sobre a nova trabalhadora da recepção. Segundo a gerência, chegou recentemente, mas não tem se adaptado ao serviço e já faltou várias vezes. Ela diz: - *Quando falta, tenho que fazer a mesma coisa, deslocar, por exemplo, uma técnica de enfermagem pra lá e sobrecarregando os outros. Tá vendo, chega gente, mas despreparada e sem compromisso!!! Já faltou várias vezes!!!*. (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 08 DE FEVEREIRO DE 2018).

A modalização deôntica do discurso, com afirmação categórica *tenho que*, a respeito de ter que deslocar profissionais para a cobertura de funções administrativas, assim como no uso do marcador, mas informa que é necessário, para se trabalhar no setor saúde, qualificação e comprometimento, caso contrário, continua-se tendo sobrecargas e desgastes para manter a unidade em adequado funcionamento.

As salas de farmácia, coleta, curativas e vacinação funcionam, de certa forma, interligadas pela atuação dos trabalhadores de nível médio da enfermagem, os quais se revezam para o atendimento na coleta de exames e curativos, organizados por horários, com a colaboração de uma auxiliar de serviços gerais. Nessas salas fica mais evidente o automatismo que mantém a repetição e espontaneísmo. No entanto, pode-se considerar que demonstra também potencial para a EP, uma vez que os trabalhadores, ao se revezarem, trocam saberes e experiências. No entanto, esses revezamentos entre atendimentos para cobertura de outros setores muitas vezes fogem da especificidade da profissão.

Assim que termina a coleta, vejo que as técnicas saem da sala e seguem para a farmácia, logo ao lado. T19 fala para T18: *Vamos, vamos*. Fala demonstrando ansiedade. *Olha o tanto de gente esperando na farmácia. Temos que tá preparadas porque tá faltando remédio. Vamos!!!* [...] Passado um tempo, de repente chega a enfermeira e diz: *Preciso de uma técnica na sala de vacinas para preparar a sala*. Elas se entreolham e uma diz a outra: *Eu vou e volto*. Tira os EPIs [equipamento de proteção individual] e segue para a sala de vacina.[...]

Os revezamentos representam momentos de estresse para os trabalhadores, que precisam lidar com a insatisfação dos usuários, numa regularidade cotidiana, dadas pelo tempo de espera para o atendimento e pela falta de medicamentos, além da demanda cada vez maior.

Passam rapidamente pelos usuários em espera, que já apresentavam sinais de irritação. Entram e trancam a porta e uma delas se posiciona na janela e chama o primeiro usuário. [...]. T8 diz a ele: “- *está faltando essa medicação e aponta para o nome da medicação, na receita.. Liga pra cá na semana que vem para saber se chegou. Se não chegou, liga outra vez na outra semana*”. Nesse ínterim, na espera, vários já começam a reclamar uns com os outros, com movimentação nas cadeiras e com gestos de insatisfação. E assim, ela segue orientando, um por um, sobre a falta

de medicamentos, sobre a dosagem e horários. Sempre, de uma maneira bem apressada, olhando [de forma um pouco ansiosa] para fora da janela em direção aos demais usuários (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 12 DE JUNHO DE 2017).

O humor alterado dos usuários, pela espera e pela falta de insumos, leva os trabalhadores a agirem preventivamente, trancando a sala para evitar a entrada de usuários, que podem se tornar violentos. Segundo Heller (2002a), um dos elementos do cotidiano é o juízo provisório, que se constitui em pensamentos empíricos baseados na experiência cotidiana e social das pessoas, sendo que a prática os confirma como verdadeiros, resultando em generalizações, ultrageneralizações e até preconceitos. Dessa forma, as profissionais agem preventivamente a partir das experiências cotidianas.

Apesar dos desafios no dia a dia corrido, esses trabalhadores demonstram comprometimento e responsabilidade.

A técnica de enfermagem faz o registro dos usuários da espera e depois segue para ajudar na coleta de sangue. Ela diz que ficam três colhendo sangue simultaneamente. No entanto, quando falta algum profissional da sala: *ai fica complicado!!!* Diz T36. Observei que, durante a coleta, estão sempre preocupadas com os usuários que chegam e ficam aguardando para a dispensação de medicamentos. Durante a capacitação na sala de coleta de exames, ao dizer da facilitadora, que precisava gastar mais tempo na coleta, T32 disse: *Mas a gente precisa ir para a farmácia [...]* *A fila é grande*. A outra T29 disse: *eu tenho que ir para a sala de vacinas depois do horário da coleta* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 25 DE MAIO DE 2017).

Na convivência dos profissionais entre si e com os usuários e suas demandas, eles se apropriam das regularidades, numa repetição de atos e pensamentos voltados para o cumprimento de todas as ações esperadas deles. Tanto que o discurso de T29 é coletivizado pelo termo *a gente*, com afirmação categórica da necessidade de ir para outro setor, pois *a fila é grande*. Essa compreensão está expressa também na afirmação deôntica *tenho que ir, preciso ir*, que exprime a obrigação da trabalhadora para atender os usuários que aguardam em outros setores.

As regularidades remetem ao que Heller discute em relação ao uso e apropriação das regras, costumes do grupo social, pelo ser particular com a finalidade de sua sobrevivência mediada pela convivência e dependência uns dos outros (HELLER, 2014). Nesse sentido, a apropriação das regularidades revela que o cotidiano do serviço na UBS tem se conformado pelo espontaneísmo. Heller (2002a) afirma que a sua predominância significa a atuação do homem sem processo reflexivo da realidade, atuando na incerteza e na probabilidade, pois

atua sempre numa situação concreta e imediata, implicando a repetição do cotidiano, que são expressos pelas ações espontâneas.

Nesse sentido, as regularidades, fruto do modo de produção do trabalho na UBS em estudo, têm contribuído para o automatismo e espontaneísmo no cotidiano do serviço de saúde, não favorecendo a atuação reflexiva e consciente acerca das necessidades de saúde no atendimento ao usuário. Dessa forma, processos de reflexão acerca de tal condição deveriam ser disparados, configurando-se como necessidade de aprendizado dos trabalhadores.

No entanto, quase que diariamente, por vezes, se apresentam eventos que exigem mais atenção da enfermagem, procedimentos que acabam por demandar mais tempo para acolher dificuldades dos usuários, como, por exemplo, a coleta de sangue em crianças, mesmo em meio ao tumulto da demanda que aguarda atendimento.

São 8 horas da manhã, a coleta iniciou às 7. Bastante tumulto pelo grande número de usuários, esperando do lado de fora. Dentro da pequena sala, uma criança deitada na maca, segurada pela mãe e por um dos técnicos. Chora muito enquanto se faz as tentativas de punção venosa. A técnica de enfermagem, olhando para a mãe diz: *a veia dela é muito fininha e desaparece quando eu enfiar a agulha*. Essa com um semblante que indicava incômodo com as tentativas feitas [...] A trabalhadora conversa com a colega e então diz: *Mãe, vamos dar um pouco de água pra ela lá fora e deixar ela acalmar um pouco*. Assim é feito, a mãe sai com a criança para fazer o que lhe pediram e a próxima usuária entra, após T36 gritar seu nome, lendo na ficha que veio da farmácia. Diz: *Nossa, gente, tá cheio de gente esperando na farmácia*. Ao lado nas cadeiras azuis já estavam usuários perguntando sobre a que horas iriam começar a entrega de medicamentos (NOTAS DE OBSERVAÇÃO 29 DE MAIO DE 2017).

Nota-se que o acolhimento acontece, mesmo que de forma apressada. A trabalhadora vê o momento de parar as tentativas e explicar para a mãe a dificuldade e como iriam tentar solucionar. Nesse ponto, no decorrer da observação, em momentos como o mencionado no excerto 22, aparece a quebra da regularidade no atendimento aos usuários na coleta, com aumento de demanda. Nota-se crescente demanda da população do baixo risco, que ao perder poder aquisitivo recorre ao serviço público de saúde. *“No que diz respeito à coleta de exames em levantamento realizado pela gerência, foi verificado que quase 60% dos exames coletados foram de usuários do baixo risco”* (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 19 DE ABRIL DE 2017).

Outro setor que indica a regularidade dos processos cotidianos é a sala de vacina, que convive com a constante falta de profissionais, o que se acentua em épocas de campanha e leva o distrito a encaminhar enfermeiros e técnicos de enfermagem contratados para tal. A situação de contratos temporários gera descontinuidade no serviço, o que foi discutido na Conferência Local de Saúde. Nas notas de observação são narradas as dificuldades observadas acerca da falta de profissionais e a rotina em dia de campanha. Nesses períodos utiliza-se mais uma sala, a de zoonoses, para a vacinação, embora não tenha as condições necessárias, atuando nele duas enfermeiras contratadas para ampliar a capacidade de vacinação nas unidades de saúde.

No eixo 5, iniciamos pela discussão eleita como prioridade que era a questão dos contratos e não chamamento dos aprovados em concursos. Todos concordaram que isso prejudicava a continuidade das ações, pois o contratado tinha tempo determinado, sendo rompido o contrato e só depois de 60 dias retornaria. Foram discutidas as reformas governamentais que se referiam à terceirização e que isso não poderia ser uma realidade na SMSA-BH, pois a saúde deveria ter continuidade, compromisso e envolvimento com a realidade dos trabalhadores da saúde. Que o contrato não garante isso. Essas colocações foram feitas pela T21 com a concordância eufórica dos demais (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DIA DE 12 ABRIL DE 2017 – CONFERÊNCIA LOCAL DE SAÚDE).

Eu desci e fui para a sala de vacina. O movimento estava intenso. A fila já saía para fora da unidade. Tinha duas técnicas de enfermagem vacinando na sala principal, para vacinação de rotina e, em outra sala ao lado, sala de zoonoses (sala bem precária, sem pia para lavagem de mãos, pouca ventilação, mas usada em campanhas) [...]. As enfermeiras foram contratadas só para o período de vacinação contra febre amarela. Falo da pesquisa e elas me perguntam o que é educação permanente. Falo sobre o conceito e elas agradecem, dizendo que aprenderam sobre EP hoje. *Eu achava que era a mesma coisa de educação continuada*, disse uma delas (NOTAS DE OBSERVAÇÃO - DIA 02 DE MAIO DE 2017).

A fila para vacina contra febre amarela ia para fora do centro de saúde e acompanhava todo o muro do lado de fora da rua lateral. Com três técnicas de enfermagem atendendo, uma no registro e as outras duas na aplicação de vacinas (dessas, uma era contratada pela prefeitura para a campanha de febre amarela). Uma outra, T37, sentada ao lado da técnica do registro, reclamava: *não posso fazer nada, pois estou no intervalo de 60 dias do contrato. Essa fila enorme. Judiação*. A colega diz: *poderiam te contratar, cê já é treinada na sala de vacina* [...]. T37 diz: *pois é! E eu preciso trabalhar!* (Fazendo gesto com as mãos abertas, voltadas para cima). Estava também T94, do Programa Saúde na Escola. A mesma estava assumindo a sala de vacinas, segundo ela: *fico aqui no centro de saúde enquanto estou no período de férias escolares. Estou aqui ajudando durante a campanha* (ANOTAÇÕES DE OBSERVAÇÃO - 14 DE MARÇO DE 2017).

É possível perceber, nas narrativas, a preocupação com a equipe. O termo *judiação* indica sua avaliação. Um julgamento da instituição que não a contrata, mesmo tendo a necessidade de profissional e sobrecarga dos demais. Pode-se dizer que T37, especialmente, demonstrou preocupação ao ver o grande movimento da sala de vacinas e o esforço das colegas para dar

conta, pensando além de si. Nesse sentido, parece sair da sua condição de particularidade e atinge a reflexão sobre o coletivo, mesmo levando em conta a sua necessidade de trabalhar.

Heller (2014) opina que o ser particular deixa de ser particular, deixa de pensar em si e no sucesso na vida cotidiana, quando consegue refletir sobre a realidade que o rodeia, proporcionada por acontecimentos com os quais se depara que o fazem sair da acomodação. No entanto, acrescenta que nenhum homem é capaz de atuar de modo não cotidiano o tempo todo, pois atua como homem concreto, numa situação concreta, ou seja, na particularidade. Mas ao pensar além de si, a partir de sua particularidade, avança para o não cotidiano, num movimento de criação de novas possibilidades.

Ao final da tarde, na sala de vacina, registra-se o relacionamento harmonioso das técnicas de enfermagem.

Permaneci um tempo na sala de vacina principal e percebi que as duas técnicas de enfermagem [...] Elas consideraram pontos que precisavam ser melhorados no registro, na orientação dos usuários, principalmente em relação às mães de crianças. Uma diz: *"então tá, a gente vai fazer assim, tem que registrar no cartão antes da aplicação e durante a aplicação, registra no sistema. Se eu precisar de você para ajudar a segurar criança, espero você registrar. A gente ainda não está muito acostumada com o sistema online. Às vezes erra.* A outra, concordando, fala: *"então tá, vamos fazer assim e vamos ver se melhora nosso trabalho* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO - 02 DE MAIO DE 2017).

A interação entre as trabalhadoras da sala de vacina conforma-se em potencial para o aprendizado e a melhoria da atenção ao usuário, no que diz respeito à dinâmica de ação e reflexão. Com isso, revela-se que elas buscam melhorias no trabalho mútuo.

Além das dificuldades na UBS, relativas a espaço físico, recursos e insumos e número insuficiente de trabalhadores com revezamentos entre as salas de atendimento, há também a distribuição de população em desacordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, o que também representa dificuldades e é motivo de insatisfação entre os trabalhadores.

Uma das equipes atende a população de baixo risco e, também, uma comunidade de muito elevado risco, o que tem acarretado dilemas relativos à atenção equânime entre as duas comunidades. Um dos entrevistados discorre sobre a dificuldade em atender maior número de população que o preconizado, tendo em vista a Estratégia Saúde da Família.

A equipe ficou, então, com o baixo risco e a vila. Importante a gente dizer que, dentro do dimensionamento da equipe Rosa, ultrapassa-se totalmente os parâmetros do Ministério da Saúde, certo? O Ministério da Saúde, ele recomenda que, para uma equipe que tenha 11 mil pessoas, sejam duas ou mais equipes. A equipe Rosa tem 33 mil pessoas de baixo risco e tem duas mil e tantas de muito e elevado risco, certo? Então, na verdade nós fazemos o trabalho de duas equipes, certo? E por conta disso, a gente não consegue praticar a essência do programa de saúde da família que se refere a um baixo risco (T12).

O enunciante utiliza o interdiscurso do Ministério da Saúde acerca do número de habitantes por equipes, justificando a dificuldade de se atingir os objetivos da Estratégia Saúde da Família no baixo risco. Em seguida, afirma a dificuldade de vínculo com o baixo risco.

A gente não consegue dar seguimento aos casos. A situação de vínculo com o baixo risco é muito dificultada (fala demonstrando insatisfação em sua expressão facial), o que é totalmente diferente do muito elevado risco onde a gente consegue dar sequência ao programa saúde da família, consegue estabelecer um forte vínculo, né? [Fala com entusiasmo ao se referir ao elevado risco] (T12).

Percebe-se a insatisfação demonstrada na fala do enunciante quando se refere ao baixo risco. A avaliação negativa também foi identificada em outros momentos, por exemplo, quando um dos ACS, durante uma reunião, diz: “- *estou sozinho na Vila. É impossível eu dar conta de tudo. São mais de 2000 pessoas para um único ACS. Fica impossível, a gente fica como entregador de agendamentos de consulta*”.

Foi possível presenciar que a equipe tem se mobilizado para buscar solução para os problemas relativos à comunidade de elevada vulnerabilidade, que oferecem situações de risco para as ACS mulheres.

Em conversa com um ACS, ele disse: - vamos fazer a atualização de cadastro da Vila São Lourenço e depois redividir em três microáreas com as ACS que agora vão ficar comigo (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 25 DE MAIO DE 2017).

Em conversa com a gerente ela fala sobre a vila e diz: Eu fui junto com os ACS, o médico e a enfermeira da equipe. Andei com eles em tudo lá, para conhecer melhor a vila. Atualizaram maior parte das famílias no cadastro. Agora as novas ACS estão lá também. Mas como primeiro ACS ficou lá muito tempo sozinho, mas ele vai ter que ajudar as meninas para adaptarem lá e serem reconhecidas pela população. [...]. E as meninas estão com medo, pois já aconteceu tentativa de abuso com outra ACS que atuou lá. Mas tem novidade: vamos inaugurar a mina d'água da vila, como espaço de lazer, vai ter Liang gong (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 30 DE MAIO DE 2017).

Nos vários setores da UBS foi possível conhecer também o percurso do atendimento aos usuários, que por vezes se sentem perdidos, sem entender bem a sinalização para os diversos setores de atendimento.

A aluna do curso de Gestão de Serviços de Saúde para e pergunta: Professora, tenho ficado aqui na entrada do centro de saúde e tô achando os usuários meio perdidos. Às vezes eles olham para as setas com os nomes dos setores ali no muro de entrada e não sabem para onde têm que ir. Vou conversar isso com a gerente. Posso? [...].Tenho ficado ali e orientado eles. Agora não tem mais o Posso Ajudar, né? Ele ajudava muito (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 30 DE MAIO DE 2017).

O “Programa Posso Ajudar?” era uma parceria das instituições de ensino superior com a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), no qual os discentes atuavam na recepção, fazendo o primeiro acolhimento do usuário nas unidades de saúde. Após o término do programa, pela falta de verba para seu custeio, também a função de porteiro foi extinta do quadro da prefeitura para as unidades básicas de saúde. O porteiro também atuava no primeiro acolhimento, indicando locais e orientando os usuários. A discente, no discurso temporalizado, demonstra que o programa é importante, uma vez que os usuários muitas vezes se encontram perdidos na porta de entrada da UBS.

No entanto, existem outras possibilidades, como, por exemplo, alunos voluntariados, com ganho de créditos em disciplinas, como uma compensação, poderiam assumir esse lugar, pois os alunos observam e ajudam, com um olhar que o profissional vai perdendo no seu cotidiano de trabalho, ao pular de um lado para o outro.

Ficou evidenciada, também, regularidade de problemas e de ações no cotidiano da UBS, nos diversos espaços e atendimentos, a regularidade de revezamentos dos trabalhadores, seja por escala ou de forma voluntária, que compõe esse cotidiano da Unidade Básica de Saúde.

A recepção hoje estava sem a funcionária administrativa. Uma técnica de enfermagem está atendendo os usuários. Ela me olha e não diz nada, mas sua feição denuncia a insatisfação. Um dos administrativos não estava mais na unidade e o outro administrativo solicitou remoção para outro distrito. Aquelas que estão na unidade estão cobrindo este setor administrativo, além da cobertura na equipe e nas salas de procedimento e farmácia (NOTAS DE OBSERVAÇÃO - DIA 02 DE MAIO DE 2017).

*Vi que uma trabalhadora do NASF estava digitando dados no sistema gestão. Pergunto a ela se eram dados do NASF, se elas digitavam. Ela disse: *isso daqui é uma cooperação com a gerência, pois estamos sem administrativo para fazer isso. Então, nos intervalos que posso, colaboro. Nós, do NASF, temos feito isso para**

ajudar. E dá um sorriso antes de continuar o trabalho (NOTAS DE OBSERVAÇÃO - DIA 10 DE MAIO DE 2017).

Os trabalhadores, em número insuficiente, tentam sobreviver em meio à grande demanda do serviço dos usuários, e nesse processo ficam presos às situações imediatas, buscando resolver tais demandas, revezando-se entre si, sem respeito à especificidade, cobrindo também setores administrativos, o que foi verificado também nos trabalhadores de nível superior, mas de forma voluntária, sem escalas ou determinações. Seja de forma voluntária ou por determinação, nota-se a cooperação para que o serviço não deixe de oferecer a assistência aos usuários.

A cooperação favorece a sociabilidade no trabalho. A sociabilidade é um elemento indicativo de extrapolação do cotidiano, conferindo que o ser humano não é apenas particularidade, mas que possui em si a genericidade também, como homem-total. Esta é ativada por meio de valores que são acionados em prol do coletivo (HELLER, 2002a).

Apurou-se regularidade de ações marcadas pelo automatismo também nos atendimentos na recepção de usuários. Foi comum ver as mesmas explicações ao usuário na falta de agenda para consultas e exames especializados.

O usuário muitas vezes se irrita porque o seu exame ou sua consulta especializada vai demorar. T35 diz: *a consulta com o oftalmologista vai demorar, a senhora vai ter que aguardar. Me dá um número de telefone para eu ligar para avisar o dia e horário assim que for agendado.* A mulher, U35, dá o telefone com uma expressão de irritação e sai dizendo: *quando me chamarem já perdi minha vista.* OBS02 vira para mim e diz: *viu, não é qualquer um que dá conta disso aqui não. Tem que tê muita paciência viu. [...]* Outros atendimentos trazem situações parecidas, com respostas anteriormente dadas (NOTAS DE OBSERVAÇÃO NO DIA 12 DE ABRIL DE 2017).

Vários usuários chegam e ficam na fila da “janelinha”. A maioria para marcação de exames e agendamentos. [...]. Chamou atenção uma usuária (U34) que chegou com três pedidos de exame e perguntou “*Isso aqui demora?*”. A recepcionista falou: “*Não, isso aqui não demora.*” Fala com satisfação para a usuária: - “*Mamografia marca na hora, sai na hora.* U34 continua: “*e esses dois?*” Referindo-se à endoscopia e ao ultrassom. “*Então, esses dois demoram. A senhora vai ter que ter paciência e esperar*”. Então U34 responde, demonstrando raiva: “*a endoscopia já tem um ano que eu tô aguardando.* Então U34 disse: “*Ok, marca pra mim, fazer o que né?*” U34 Agendou e disse: “*agendei, agora tenho que ir lá na gerência imprimir. A senhora aguarda, assim que eu imprimir eu te chamo pra te entregar o papel [...].* Quanto voltei à recepção, após cerca de 30 minutos, a vejo e pergunto: a senhora ainda está aí? Ela responde: *pois é. E eu ainda tenho que trabalhar* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA DE MAIO DE 2018).

A recepção é um lugar onde o trabalho parece ser estressante para quem o opera, no entanto, nas observações foi possível ver tentativas de postura tranquila, firme e educada de atendimento dos dois trabalhadores com quem tive contato. Nos discursos, há regularidade de modulação, no sentido de serem educados, apesar da situação de pressão vivenciada todos os dias, pela indignação dos usuários com a demora nos agendamentos nas especialidades. Ao prestar o atendimento, a modalidade deontica é predominante, quando se refere à orientação aos usuários, indicando obrigatoriedade de entendimento da espera pela disponibilização de vagas pelo sistema de referência. Dessa reforma, o usuário se cala e aguarda o atendimento, a data do exame, e assim por diante.

O enunciado da usuária U35 ressalta a modalidade deontica e avaliação, com valores presumidos, e demonstra a insatisfação ao se referir à espera, por exemplo, *quando me chamarem já perdi minha vista*. Assim como no excerto 30, quando espera e informa que aguarda, mas *eu ainda tenho que trabalhar*. Acrescenta-se a temporalização como algo que parece frequente em relação à espera, tanto na unidade, como no agendamento nas especialidades, também evidenciando manifestação de insatisfação e informando que suas vidas estão sofrendo prejuízo com a espera.

Essa frequência acaba por induzir uma ultrageneralização a respeito da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, baseado em precedentes compondo o pensamento cotidiano e formando os juízos provisórios calcados no senso comum proporcionado pela experiência cotidiana dos usuários, de espera pelos atendimentos, expressos pelas avaliações nos discursos.

Os precedentes são importantes no conhecimento das situações, mais do que de pessoas, pois estas estruturam pensamento e ação de acordo com experiências de outros em situações semelhantes (HELLER, 2014).

Avaliação identifica apreciações ou perspectivas dos enunciantes, explicitadas ou não, sobre aspectos do mundo, com conteúdo subjetivo ligado a processos de identificação particulares, envolvendo posicionamentos ideológicos materializados no discurso. A presunção valorativa é um traço da avaliação que informa elementos avaliadores implícitos com conotações diversas (FAIRCLOUGH, 2001).

Importante destacar, também, uma regularidade na unidade quando se refere à cobertura do atendimento na recepção pelas técnicas de enfermagem.

Quem estava no atendimento, na recepção, era uma técnica de enfermagem que, ao me ver, diz: *tá vendo, hoje tive que vir prá cá. Eu não devia vim prá cá. A enfermagem tá apertada. Próximo, quem é o próximo?* Fala demonstrando impaciência. *Minha senhora, não posso fazer nada, porque dependo da agenda da referência.* Diz para a senhora que lhe faz uma pergunta sobre há quanto tempo pode demorar. Atende um a um e responde rapidamente as perguntas dos usuários, conforme protocolo estabelecido (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 10 DE MAIO DE 2017).

Nessa situação percebe-se a manifestação de insatisfação e automatismo no atendimento, ancorados no precedente de que estão em desvio de função, lançando mão do economicismo. A enunciante se sente obrigada a estar em um lugar diferente de onde deveria estar. Age repetitivamente, sem parar para pensar em como seu modo de atender pode interferir na realidade do usuário ou do serviço.

Na sala de curativo, pôde-se observar que os profissionais enfrentam dificuldades que envolvem o sofrimento dos usuários, falta de insumos, falta de orientação sobre utilização de coberturas, entre outros. No entanto, referem-se aos problemas com queixas e conflitos, num processo de culpabilização do outro e da gestão.

Desde o primeiro dia de observação, nessa sala, foi possível ouvir muitas queixas em relação a colegas, usuários e gerência. Então perguntei se já haviam parado para conversarem sobre isso. Foi respondido: *não. Não temos horário pra isso, mas as meninas estagiárias vão dar um treinamento.* T23 fala olhando para o colega, que pelos gestos, olhares e expressões faciais de ambos, demonstraram descrédito. *Já teve muitos treinamentos, não sei como vai ser porque nem todo mundo vai se interessar. Precisamos muito, pois os usuários estão com feridas feias, descem esse morro de muleta, e a gente não vê melhora.* [...], o usuário entra na sala, de bengala, senta e diz: *pois é, eu de novo.* T23 o cumprimenta e pergunta como ele está. Com semblante de sofrimento, ele responde: *essa ferida tá feia... é... a gente vai levando...* Tania me olha e faz gesto com a cabeça, como se me perguntasse, como fazer? (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DIA 19 DE ABRIL DE 2017).

A cena narrada demonstra, no enunciado temporalizado de T23, que a oportunidade de discussão sobre os problemas da sala de curativo será dada pela ação educativa prometida pelas estagiárias. No discurso temporalizado do usuário é revelado um estado contínuo de sofrimento com a cronicidade da ferida, que incomoda os técnicos de enfermagem, não somente no sentido biológico, mas também pelo sofrimento causado no dia a dia dos usuários. Assim, importa-se/preocupa-se com o usuário.

Além das ações esperadas em uma UBS, considerando que a vida é dinâmica e surpreendente, por vezes acontecimentos não esperados têm lugar e causam espanto em meio a uma rotina carregada de automatismos e regularidades. A ocorrência de situações que fogem à regularidade e se apresentam como inusitadas aos trabalhadores despertou para a análise e a possibilidade reflexão dessas situações, sob o ponto de vista do cotidiano, do serviço de saúde, no que diz respeito à educação permanente e modelo assistencial.

Na compreensão dada pela teoria do cotidiano de Agnes Heller, por mais cotidiano que seja o dia a dia, de rotinas, repetitividade e regularidade de ações, automatização e até passividade dos sujeitos, existem situações que obrigam os sujeitos a refletir e buscar novas opções ou caminhos (HELLER, 2014).

Durante reunião sobre o Projeto Arte na Saúde com docentes, psicóloga e assistente social da unidade e gerência e professor de Odontologia da UFMG, houve-se uma discussão na farmácia. A gerente pede licença e sai. Ficamos ali esperando e ouvindo o usuário falar muito alto, reclamando de alguma coisa. Quando ela volta, diz: *era um usuário que queria medicamento para sua filha, e como não tinha a medicação, ele brigou com a técnica de enfermagem que perdeu a paciência com ele. Então, o usuário a ameaçou e falou pra ela assim: eu te furo todinha.* A Técnica de Enfermagem quer sair do centro de saúde. A gerente disse: *a gente tem que discutir formas de prevenção. Estamos muito expostos.* Interessante foi perceber que um professor T68 que estava com seus alunos no centro de saúde também, no mesmo momento, havia saído para atender à ligação de alunos de outra unidade, envolvidos numa cena de violência de um usuário. T68 diz: *estou em estado de choque! Os alunos estão apavorados lá na outra UBS. Custei para acamá-los.* P01 diz: *onde nós vamos parar com essa violência? Estamos na linha de frente. Imagina!* A OBSAU010 disse que não fica mais aqui. *Está com medo, é claro,* diz a gerente. *Esse assunto da violência será pauta da próxima reunião de colegiado* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO - DIA 31 DE MAIO DE 2017).

Assim, na cena descrita, pode-se pensar que o serviço de saúde propõe reflexão sobre como prevenir a violência dos usuários, como que naturalizasse suas necessidades. No entanto, o usuário ao utilizar-se de sua linguagem, naquela circunstância, sai da familiaridade, provocando movimento de espanto entre os trabalhadores.

Tal situação trazida por essa cena, durante a reunião, foi algo que causou espanto em todos ali. Espanto significa causar ou sentir forte impressão por algo inesperado e repentino ou surpresa por algo singular, inesperado que pode causar emoções boas ou ruins. As emoções despertadas foram de medo, expresso no discurso e nas expressões, um medo que pareceu

congelar todos ali. Na metáfora utilizada por T68, “estado de choque” é caracterizado por uma paralisação caracterizada por sofrimento. Nesse sentido, aquele momento foi marcado por angústia e imobilismo, no entanto, provocou reflexão, evidenciada na interrogativa *onde vamos parar*.

Heller acredita que a vida pode oferecer a esse homem-particular situações inesperadas, abrindo possibilidades de trocas radicais de fundamentos do modo de vida cotidiana. A partir daí, pode transcender seu ambiente e remeter-se ao mundo inteiro, apropriando-se do curso de sua vida. A vida cotidiana passa de mediadora para uma escola preparatória, servindo de elo entre a formação de si mesmo e a formação do mundo (HELLER, 2014).

O fato de a técnica de enfermagem que vivenciou a situação de violência solicitar a saída logo em seguida ao acontecimento, provocada pelo medo, suscita uma reação de desacomodação expressa, de forma declarativa, por G1: *esse assunto da violência será pauta da próxima reunião de colegiado*. Dessa forma, é preciso proporcionar o pensar e acionar formas de prevenção por meio de discussão coletiva, desacomodando o olhar indiferente e desarrumando a zona de conforto em que cada um se encontra, em relação a encarar essa nova realidade que tem sido frequente na sociedade e nos serviços de saúde. Pode-se, daí, afirmar que o espanto provocou o homem-particular a se voltar para aquilo que se negava a enxergar, no sentido, caminhando para a busca da homogeneização, ou seja, da consciência coletiva.

Heller (2014) esclarece que, para a superação da particularidade, tendência dominante da vida cotidiana para a preservação, deve-se privilegiar a homogeneização. Esta solicita capacidades e atenção concentradas na questão em foco, pensando além de si para agir sem arbitrariedade, privilegiando o humano genérico, numa escolha consciente. Para isso, emprega-se a inteira individualidade humana em sua resolução, permitindo superar o cotidiano, assim podendo observar a transformação de sujeitos particulares em sujeitos individuais ou singulares, em busca do bem coletivo.

A situação provocou reflexões, mas somente um ponto de vista foi considerado. O da exposição dos trabalhadores à violência vinda do usuário. Colocando-se no lugar do outro, novas possibilidades de reflexão estão presentes, como, por exemplo, o empoderamento do usuário conhecedor dos seus direitos e suas reivindicações.

Não se pode negar que até hoje os serviços de saúde concebem o usuário como aquele que deve ser quieto e aceitar as condições que se apresentam, como a escassez de recursos para a assistência e condições pouco favoráveis para a atenção à saúde. O usuário nem sempre tem voz ou é ouvido. No entanto, essa concepção tem sido desafiada com a insatisfação dos usuários e suas formas de objetivação da insatisfação. Uma dessas formas é a violência. Assim, o que é visto como violência poderia ser entendido como linguagem do usuário, como a forma que ele encontra para ser ouvido em seus direitos. No entanto, os serviços de saúde valorizam seu silêncio e acomodação, pois simplifica o trabalho no dia a dia.

A teoria do cotidiano de Heller (2014) ajuda a analisar o usuário visto como aquele que deve ser quieto e passivo, o que se configura em juízo provisório porque se antecipa à atividade possível e independe do confronto com a realidade. Muitas vezes, esse confronto com a realidade é refutado, nas experiências do cotidiano, colaborando para a formação de preconceitos a respeito do usuário.

Para Heller (2002a), crer em preconceitos, categoria do pensamento e do comportamento cotidianos dá comodidade e afasta de conflitos, carregando para um processo de alienação e cristalização e deixando o indivíduo preso à verdade cotidiana na qual acredita.

Para Heller (2002a; 2014), a circunstância demonstra a estrutura social, a unidade das forças produtivas e formas de pensamento. Ou seja, posições teleológicas diversas. Essas posições não podem ser apenas no âmbito de suas orientações e pensamentos, para seus atos, pois essas desencadearam novas séries causais, se não saírem do pensamento enraizado e da naturalização das causas e consequências, sem experimentarem a saída do cotidiano.

Ainda segundo Heller (2014), sair da esfera do próprio cotidiano para a esfera do humano-genérico e transformá-lo é o caminho para quem pretende ser sujeito da sua própria história. Contudo, se se pretende agir como sujeito da história, deve-se buscar capacidade para mobilizar o cotidiano do sistema de preconceitos e redirecionar a vida cotidiana para outro caminho.

A partir desse ponto de vista, é necessário desenvolver, entre os profissionais e usuários, processos reflexivos acerca dos episódios de violência no dia a dia da unidade, numa discussão coletiva acerca dos direitos dos usuários e como tem sido a escuta a essas vozes que insistem em estarem presentes, cotidianamente, nas suas diversas formas de objetivação (violência, provocação, silêncios, etc.). Com isso, pode-se desenvolver uma escuta qualificada para a compreensão do que trazem essas vozes, para uma chamada de união de forças para as reivindicações necessárias nas diversas instâncias de governança do sistema de saúde, quebrando preconceitos, regularidades e automatismos.

Outra expressão da quebra na regularidade, no cotidiano foi observada com o processo educativo que ocorreu para a implantação do acolhimento à demanda espontânea, oferecida por discentes do curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

T9 ao ser perguntada no corredor sobre como estava em relação à presença dos estudantes da Escola de Odontologia da UFMG, diz que estava “maravilhoso”, pois ajudavam muito. E estavam ajudando em algo que estava incomodando muito a equipe de odontologia, que era o atendimento a urgências e emergências, pois nem os trabalhadores nem os usuários estavam satisfeitos e que eram necessárias mudanças (ANOTAÇÕES DE OBSERVAÇÃO - DIA 07 DE JUNHO DE 2017).

A mesa retangular da área externa estava cheia. Uma dentista, TSB e ASB estavam presentes, além da gerente e do aluno que veio no período da tarde para apresentar o protocolo discutido e elaborado com a equipe de odonto da UBS, técnicos de enfermagem e uma técnica de referência da atenção à saúde da gerência distrital). Os alunos apresentaram os conceitos de urgência e emergência que utilizaram no protocolo de acolhimento da demanda espontânea, depois discorreram sobre o processo de construção do mesmo e o resultado que gostariam, juntamente com a equipe, colocar em prática e coloca-o em discussão. De repente, a referênica distrital indaga: vocês não acham que o conceito de acolhimento vai de encontro a um protocolo cheio de regras? O aluno mudou de cor, empalideceu e disse: você jogou um balde de gelo na minha cabeça. T9 concorda e diz que precisam do protocolo, pois do jeito que está não tem qualidade no atendimento. Ela diz: *por favor, não veja por aí. Só quero discutir esse conceito com vocês para que possam rever o protocolo para que possam melhorar ainda mais o atendimento.* [...] seguiu-se com a discussão e ao final a equipe de odonto agenda nova reunião para discussão com o professor, equipe, alunos e gerência (NOTAS DE OBSERVAÇÃO - DIA 22 DE JUNHO DE 2017).

As duas narrativas demonstram que a quebra da regularidade com processos de discussão coletiva acerca da realidade pode desencadear processos de mudanças. Nota-se também, pela temporalidade nos discursos de T9 e aluno, que uma faísca pode acender a chama da desacomodação.

Outros acontecimentos foram observados, os quais provocaram uma parada para reflexão pelos sujeitos em ação, como, por exemplo, a capacitação em tratamento de feridas e capacitação em coleta de exames.

Passei pela sala de curativo e perguntei: oi, T23, como está o atendimento depois da capacitação? Ela disse: *melhorou muito. A gente tá tendo a avaliação do enfermeiro e tô anotando no formulário.* Eu disse: que bom! Ela fala: *eu que falei que não ia anotar nada lembra rrsrsrs. A gente muda, né?* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 12 DE JULHO DE 2017)

Na sala de coleta estavam as duas técnicas de enfermagem. Uma delas se preparou para coletar o sangue, conferiu o pedido, conferiu o nome e calçou a luva, conversando com o usuário. *Pode ficar tranquilo,* disse ela. Então entrei na salinha e perguntei: como está depois da capacitação? Uma delas disse: *fez a gente pensar, né?* Ainda tem coisa pra melhorar. Uma delas disse: *mas luva eu não calço, não consigo colher sangue de luva, perco o tato, não tem jeito* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 12 DE JULHO DE 2017).

T23 confirma: *melhorou e muito, melhorou muito! A forma de atendimento, a forma de trabalho entre colegas, né?* Tais capacitações se constituíram em evento que provocou reflexão e mudanças, mesmo que pequenas. No decorrer das observações, após as capacitações, foi possível visualizar mudanças importantes no atendimento na sala de curativo. No seu discurso, identificada pela categoria analítica “avaliação”, enfatiza com o verbo *melhorou* e o advérbio de intensidade *muito* a melhora no atendimento ao usuário. Assim como nas notas do dia 12 de julho de 2017, na sala de coleta, verificam-se melhorias, que provocaram reflexão, no entanto, ainda se encontram resistências.

Outro evento que chamou a atenção foi a realização da conferência local de saúde, a qual mobilizou os trabalhadores para a sua organização. Durante sua realização verificaram-se participação, inquietação e trocas importantes, principalmente nos pequenos grupos que discutiram, cada um, um eixo que seria tratado nas conferências distrital e municipal.

Foi iniciada a votação das propostas, com a afirmativa de que ali não seria mais o momento de discussão, mas sim de votação. [...] esse momento foi regado por questões problematizadoras que acabaram norteando a votação, apesar das participações serem de poucos, principalmente dos usuários. Em determinado momento um usuário levantou a mão e disse não ter entendido a proposta. Já era 20h e a maioria disse que não dava mais para discutir devido ao adiantado da hora. M4 disse: *“não adianta votar se não houver compreensão”*. Todos batem palmas e essa e outras propostas passaram por problematizações, esclarecimentos e então votadas.

Fugindo da regularidade, chamaram a atenção, como cenas inusitadas, manifestações de adoecimento dos profissionais, as quais fazem parte das conversas no dia a dia, mas também aparecem em formas concretas que sinalizam gravidade e causam problemas de relacionamento interpessoal.

O TE disse: a gente está muito sobrecarregado, por isso não damos atenção satisfatória ao usuário. Como não tem enfermeiro de apoio, os enfermeiros das equipes também estão sobrecarregados. Além das demandas do SF, entramos no rodízio dos procedimentos de enfermagem (NOTAS DE OBSERVAÇÃO 25 DE MAIO).

Em conversa, na mesa do lanche, com a pesquisadora, OBS.AU03 fala sobre a situação de uma das enfermeiras: *ela atende uma média de 40 a 50 usuários à tarde, quando acolhe a demanda espontânea, ela tá sofrendo com isso. Outro dia vi ela passando, chorando. Eu perguntei o que foi e ela disse que estava angustiada, cansada e com receio de não dar mais conta (NOTAS DE OBSERVAÇÃO 25 DE MAIO DE MAIO).*

A técnica de enfermagem sai da sala onde atendia, com a mão no peito, expressão de preocupação e de dor, vai em direção a um dos consultórios médicos. Logo, vem a notícia de que a técnica estava com dor precordial e que precisava ser levada ao serviço de urgência na UPA (ANOTAÇÕES DIA 10 DE MAIO DE 2017 - MANHÃ – 8.00 – 12h). Nesse mesmo dia, outra técnica de enfermagem, também com *facie* de dor, afirma que está incomodada com dor na coluna vertebral e uma das enfermeiras da ESF afirma que a situação está pesada (*a gente não está sorrindo mais*), reforçado por uma das médicas, a qual afirma: *todos estão adoecendo*.

Uma das médicas da ESF chega à gerência dizendo que seus batimentos cardíacos estavam acelerados. Explica por que estava utilizando o *holter* para mapear a pressão. *Ela diz: a situação para os profissionais não está boa, devido à grande demanda de usuários, muitos problemas e a unidade com falta de insumos entre outros recursos. A gente fica cansada de ter que se virar o tempo todo (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 31 DE MAIO DE 2017).*

Agnes Heller (2014) acredita que todos nós vivemos o cotidiano, sem exceção alguma, independentemente da nossa posição na divisão social do trabalho, não havendo como fugir do cotidiano, nem viver tão somente nele como em uma redoma. Também não há sociedade que não tenha vida cotidiana. E a saída da cotidianidade só acontece quando há homogeneização, o que consiste em um processo de reprodução de objetivações homogêneas, ou seja, objetivações que formam um coletivo de pensamento e ações. No entanto, varia segundo a medida da objetivação e a medida da homogeneização. Assim, o cotidiano está em eterno processo de construção de mudanças.

A atenção primária à saúde no Brasil traz consigo grandes desafios, desde a infraestrutura até a compreensão e estabelecimento do modelo assistencial. A realidade do serviço e dos

usuários está em constante movimento, trazendo consigo uma complexidade que, com reflexão e trocas no coletivo, pode despertar mudanças por meio do aprendizado construído na vida dos trabalhadores, no cotidiano do serviço de saúde. Nesse sentido, a educação permanente se mostra como uma estratégia que pode contribuir para a aprendizagem significativa para as mudanças desejadas, num cotidiano de desafios e possibilidades para o fazer e o aprender em saúde.

Nessa linha, o olhar acerca da necessidade de reflexão em relação às mudanças precisa ser alvo da atenção dos trabalhadores nos serviços de saúde, para orientarem-se nos posicionamentos e atitudes em prol da melhoria da qualidade da atenção à saúde. A EP torna-se, então, um instrumento para lidar com contribuições para mudança de modelo assistencial.

Capítulo 2 - A educação permanente no cotidiano da atenção primária: entre o possível e o desejável.

Os resultados apresentados neste tópico referem-se ao entendimento dos trabalhadores acerca da EP no cotidiano. O cotidiano do trabalho em saúde está permeado por experiências educativas que podem ser consideradas como educação permanente. Iniciativas formais e informais, aquelas que acontecem em forma de problematizações da realidade a partir da necessidade de um usuário em um atendimento ou quando um profissional procura outro, conforma o cotidiano da APS. Foi possível identificar aprendizados com diferenciação da forma de atender o usuário em sua necessidade, atribuindo potencialidade à EP no cotidiano. Essas várias experiências são apresentadas nas narrativas de cenas escolhidas para este texto. Elas narram um olhar analítico sobre o cotidiano e seu potencial para a educação permanente com possibilidades de se tornar disparadora de mudanças.

Entende-se como potencial ou potencialidade a capacidade de transformar energia, num determinado tempo e lugar. Potencial também pode ser considerado como o poder, a força e os recursos de que dispõe uma pessoa ou uma coletividade para a transformação de uma realidade que se encontra em potência; que ainda não desenvolveu plenamente suas tendências inatas ou intrínsecas; que ainda não atingiu a plenitude de sua forma final. (HOUAISS, 2009).

A EP no cotidiano dos serviços na UBS: formas, campos de força e potencialidades

Para o presente estudo foi considerado que a força possível da EP acontece como um processo inacabado, que considera os recursos existentes para a transformação da realidade no cotidiano do serviço de saúde. Ou seja, um campo de forças voltadas para o trabalho, tendo em vista que a EP, enquanto dispositivo potencial, pode mobilizar os trabalhadores nesse processo inacabado que é a transformação da realidade. Seja por meio da força possível do usuário, nas suas diversas formas de manifestação, ou pela ação dos trabalhadores. No QUADRO 2 são apresentadas formas de educação permanente no cotidiano do serviço em saúde na UBS.

QUADRO 2 - Narrativo do cotidiano do serviço na unidade básica de saúde que informam EP

N	Cena	Fragmentos da cena observada
N1	Reunião Programa Bolsa Família (PBF) Atores: ACS; enfermeiros; referência técnica distrital e gestão local	Os ACS discutiam entre si. Os demais entravam na discussão, questionando, ora rejeitando a informação ora acrescentando dados àquela situação. A enfermeira, atenta, participa com algumas ponderações de necessidades de acompanhamento referentes aos usuários do PBF de sua equipe. Ora, os ACS foram concordantes, ora rebatendo o que ela havia falado. Nesse momento, simultaneamente, duas ACS conversam entre si, com o formulário de cadastro das famílias no programa na mão e com expressões de preocupadas. A outra colega, vendo a dificuldade delas, pede para ver o formulário e as orienta. A enfermeira sugere construir um passo a passo para facilitar o preenchimento dos formulários. A sugestão é acatada e diversas dúvidas, por parte dos ACS, surgem, as quais são esclarecidas pela referência técnica do distrito e discutidas, quando necessário, com a enfermeira e gerente da unidade. Notas de observação do dia 11 de abril de 2017
N 2	Reunião com ACS Atores: médico e ACS	A reunião de equipe termina, todos saem e ficam os T05, T06, T04, T06, T14 e T45. Um deles é o condutor da reunião, T14. Ele questiona sobre as visitas domiciliares e os ACS respondem com justificativas variadas, como ser entregador de agendamento de consultas, medo da violência, que ficou sozinho em 03 microáreas. T14 fala que VD não é entregar consultas e que era preciso o ACS ter consciência da importância do seu trabalho. Uma delas esclarece: <i>ainda não estou fazendo VD porque estou acompanhando o outro ACS para conhecer a vila e a população se acostumar comigo, tenho medo da violência lá.</i> T14 questiona sobre a área dela e o silêncio é a resposta. Ele diz: “o silêncio gera vozes”. [...] O médico continua [...]. <i>Vamos colocar tudo com muita clareza. [...] - A questão não é o que não pode ser feito. Mas o que se faz... A situação real!! Vejo que as pessoas da vila são subestimadas, são atendidas abaixo do que precisam. Precisamos trazer os dilemas, os problemas através dos ACS e não vamos precisar falar mais sobre isso.</i> ACS1 diz: <i>Estou fazendo na vila, das tripas coração.</i> Notas do dia 19 de abril de 2017. Reunião médico e ACS. Notas de observação do dia 19 de abril de 2017
N3	Reunião prof., alunas e gestão local, gestora local, professora e alunas de Enfermagem	N3- Na pequena sala, uma conversa entre serviço e professora e alunos do estágio. Conversavam sobre a sala de curativo e a sala de coleta de materiais para exames. [...] A professora abre a conversa e diz: <i>as meninas vão falar sobre o que elas observaram, [...] o trabalho da equipe está fragmentado, os técnicos reclamam que não podem contar com a presença dos enfermeiros na avaliação das feridas dos usuários.</i> T53 diz: <i>olhei todos os registros e calculei a prevalência de feridas crônicas com baixo índice de cura, está muito alto. O índice de cura com recidivas, também.</i> T54 chama a atenção para as falhas observadas no processo de coleta de materiais para exames. Após problematização feita pela professora chegam à conclusão da necessidade de ações educativas para os técnicos de enfermagem e enfermeiros, para que se possa discutir o trabalho acerca do tratamento de feridas e coleta de exames. As alunas logo se prontificam para o planejamento das ações educativas. Terminam a reunião. Notas do dia 11 de de abril 2017
N4	Reunião de ESF Atores: enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e ACS da ESF; trabalhadores do NASF.	N4 leva um caso para discussão. Ela diz: <i>o filho que solicita, no [Centro de Referência de Assistência Social] CRAS, cuidadora para a mãe que possui distúrbio mental.</i> A médica diz “ <i>uai, só pode ter cuidadora se tiver família lá</i> ”!!! A assistente social responde: <i>a obrigação do programa é auxiliar a família, fortalecer vínculos...</i> e foi interpelada pela médica, que diz: “ <i>ela fica o dia inteiro no [Centro de Referência em Saúde Mental] CERSAM. Como o cuidador vai ficar com ela?</i> E afirma que o filho não quer que ela fique no CERSAM. A assistente social responde que “ <i>está fora de questão se a paciente ficar no CERSAM</i> ”. A médica responde que ela pode participar no CRAS de grupos de idosos. Que ela tem que melhorar a depressão. Agendam uma consulta compartilhada. Notas de observação do dia 14 de abril de 2017

QUADRO 2- Narrativas do cotidiano do serviço na unidade básica de saúde que informam EP

- finaliza

N	Cena	Fragmentos da cena observada
N5	Reunião/Conferência local de saúde. Atores: usuários, ACS, técnicos de enfermagem (TSB)	Perguntei: mas o que é educação permanente e o que tem em comum com o que já havia sido discutido (processo de trabalho, saúde dos trabalhadores, política)? Todos me olharam com espanto e então a T22 disse: <i>não é treinamento e capacitações? O que é então?</i> T91 disse: <i>seria a educação da população? O que eu faço como ACS?</i> [...] De repente a representante dos usuários disse: <i>deve ser a educação continuada que tem que ter sempre para capacitação dos profissionais para atenderem melhor a população. É isso?!!</i> [...] perguntei a eles como os profissionais podem atender melhor os usuários? T21 diz: <i>Uai, com a unidade organizada, sabendo fazer o seu trabalho com qualidade.</i> Então, perguntei: mas como é fazer um trabalho cm qualidade quando se fala dos usuários? Todos atentos!!! <i>Eu preciso saber o que o usuário precisa,</i> diz T21. Eu disse: muito bom! Precisamos saber o que ele precisa, como é a vida dele! A gente está falando de saúde como qualidade de vida. T21 diz: <i>Tá vendo, gente, precisamos melhorar nossos conhecimentos e trabalhar para mudar a realidade.</i> Notas de observação do dia 11 de abril de 2017
N6	“Capacitação em tratamento de feridas. Atores: enfermeiros, técnicos de Enfermagem, professora e alunas de um curso de Enfermagem	Em um consultório, profissionais posicionados, a enfermeira, especialista no tema tratamento de feridas, em pé ao lado da projeção na parede, técnicos de enfermagem, professora da EE-UFGM e gerente, sentadas e cadeiras quase coladas uma à outra. Sentada à porta, uma enfermeira de uma das ESF. Olhares e sorrisos mostravam a satisfação daquele momento. Muito calor na sala. A estagiária T53 dá as boas-vindas e apresenta a enfermeira especialista, a qual cumprimenta e assume a fala já se direcionando para o tema da capacitação. [...]. Durante a capacitação, surgiram dúvidas que foram respondidas pela profissional, bem como surgiram problematizações acerca da aplicação da teoria na realidade da sala de curativos. T67 diz: <i>o que o usuário traz é mais que a simples ferida. Precisamos ver [...] o que está interferindo na sua melhora.</i> [...] T21 fala: <i>que vontade de mudar as coisas.</i> Notas do dia de 2017. Ação educativa em tratamento de feridas. Notas de observação do dia 05 de abril de 2017
N7	“Capacitação em sala de coleta” Atores: alunas de um curso de graduação em Enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeira	Foram utilizados, por T53 e T54, <i>slides</i> os quais mostravam o passo a passo do processo de trabalho para a coleta de sangue, mas com condução problematizadora e interativa. T54 pergunta: <i>como vocês fazem a coleta de sangue? Por onde vocês começam?</i> [...] T20 pergunta: <i>eu tenho que lavar as mãos a cada atendimento e usar de álcool 70%.? Como eu faço, não dá tempo de lavar as mãos antes de cada coleta?</i> OBSET06 devolve a pergunta para os participantes que se entreolham. T20 esclarece: <i>a gente tem que lavar as mãos antes de iniciar a coleta e a cada coleta pode ser usado o álcool a 70%.</i> Quando todos silenciam, ela pergunta: <i>vocês sabem por que pode ser feito assim?</i> [...] T30 diz: <i>a gente sabe que tem que fazer com qualidade, mas a gente é cobrado pela quantidade.</i> T54 coloca essa fala em discussão. T33 questiona sobre a responsabilidade de cada um e assim foram 2 horas de trocas e interações [...] Ao final, T10 diz: <i>vamos pensar em como a gente pode melhorar, gente. Ver o que depende da gente e o que depende da gerente.</i> Notas de observação do dia 25 de maio de 2017
N8	Capacitação em urgência e emergência no atendimento em Odontologia Atores: gestora local, professor e alunos de um curso de graduação em Odontologia. Dentistas, TSB, ASB	O professor diz: <i>como já discutimos aqui durante o semestre passado, precisa de uma intervenção no processo de trabalho no atendimento à demanda espontânea. Vamos lá!</i> O aluno de Odontologia se posiciona e começa a expor sobre urgência e emergência na Odontologia e sem demora abre para discussão: <i>vamos falar como pode ser aqui na UBS?</i> As trocas de experiência e conhecimento começam a dar sentido à capacitação em urgência e emergência. Ao final do debate, chega-se à conclusão de que será necessário produzir um protocolo para organização do processo de trabalho e para conduta mais homogeneizada entre os trabalhadores da odonto. T22 diz: <i>todo santo dia é reclamação... um veio e foi atendido, o outro com o mesmo problema não [...] daí começam a brigar com a gente. E o que era prá ser acolhimento vira confusão.</i> Notas de observação do dia 27 de abril de 2017

Fonte: dados da pesquisa.

Em todas as narrativas apresentadas identifica-se a potência para a educação permanente revelada durante as reuniões, na interação, trocas, resoluções conjuntas, assim como na reflexão que teve o trabalho como foco.

Contudo, em algumas situações, como a da reunião do Programa Saúde da Família (N1), limitou-se a discussão ao pragmatismo nas correções cadastrais e as dificuldades geradas pelo sistema de cadastramento e acompanhamento das famílias nesse sistema, cujos erros podem bloquear usuários no recebimento do benefício. Embora todo aquele movimento tenha sido para garantir que eles pudessem receber seu benefício e atender parte de necessidades, entende-se que poderiam ser colocadas em análise as necessidades dos usuários para a reflexão, associadas aos problemas gerados pelo sistema e à falta de correções destes.

A problematização que aconteceu na reunião entre os ACS e médico provocou incômodo, na narrativa de N2. Apesar de a participação dos ACS terem sido de justificativas do não fazer, é possível conceber tal reunião como uma situação potencial de educação permanente, pois o trabalho foi colocado em análise. Na situação de silenciamento de alguns trabalhadores, expressado por T14, “silêncio gera vozes” e acaba por proporcionar reflexão. A narrativa traz evidências, no modo declarativo, do medo da violência e exaustão e impotência, quando se diz “faço das tripas coração” frente a tantos problemas. No entanto, mesmo incomodados, os ACS, nos seus silêncios, não se mostraram, nessa reunião, como elos entre comunidade e equipe, como conhecedores das necessidades dos usuários em suas respectivas microáreas. Se tal posicionamento for ou se tornar uma regularidade de atitude dos ACS, acabam por se destituir do seu papel e contribuir para essa destituição relativa à equipe de saúde da família.

A discussão realizada no coletivo, professora, alunas e enfermeira e gerência, em N6 demonstra uma situação de educação permanente na integração ensino-serviço, cujo potencial é revelado na observação dos problemas pelas estagiárias, os quais são levados à discussão com troca de conhecimentos e experiência, resultando em proposta de ações educativa formal, com dia, lugar e hora marcados, direcionada aos trabalhadores da enfermagem.

Enxerga-se potencial para a EP na integração-ensino conduzida a partir da realidade cotidiana, cujos projetos partem desse ponto considerando forças possíveis advindas da seriedade e comprometimento do professor e alunos em sintonia com os trabalhadores. Na discussão do

problema da sala de coleta, houve a falta de outros atores, que são aqueles que estão na lida cotidiana, o que poderia ampliar a potência da EP.

Chamou a atenção da pesquisadora o projeto PET-Saúde- Gestão (projeto 2017, parceria entre UFMG e SMS BH), em consonância com o Programa Amamenta Brasil.

Em reunião do Colegiado Gestor da UBS, a bolsista do PET-Saúde-Gestão mostra o levantamento realizado, dos indicadores da atenção materno-infantil. Ela diz: o aleitamento materno está com baixos índices na unidade. A gerente diz: precisamos discutir isso com as equipes e buscar explicações para ver o que tá acontecendo no cotidiano da atuação das equipes, para um plano de intervenção. A gerência convidou, então, todos os profissionais das equipes, numa reunião colegiada, para apresentação dos resultados dos indicadores pela bolsista do programa. Vários profissionais das equipes se mobilizaram, incluindo os profissionais do NASF, na elaboração e execução: eu topo participar T64 poderia contribuir com os direitos da gestante e outras coisas. Eu também - diz T41: posso contribuir falando sobre uso de medicamentos na gestação. T12 diz: aí que é bom, não precisa ser por equipe, podemos fazer juntos um grupo para as gestantes de todas as equipes. T48 diz: podemos revezar nas reuniões (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 13 DE SETEMBRO DE 2017).

Na reunião para discussão dos indicadores materno-infantil, observou-se uma mobilização de profissionais. Estes já haviam participado da capacitação sobre aleitamento materno nas oficinas Amamenta Brasil. Logo, acumulavam uma reflexão sobre a importância do aleitamento materno para mãe e filho. O grupo operativo foi organizado e duas reuniões foram acompanhadas no período de observação.

Políticas públicas de saúde desenhadas/propostas por outros entes também foram cenário propício para provocar esses movimentos, como visto nas notas de observação, relacionado ao Programa Amamenta Brasil. A discussão dos indicadores com o coletivo de trabalhadores para a avaliação das ações voltadas para o binômio mãe-filho despertou desacomodação. Reações, opiniões e trocas foram observadas, assim como propostas, como a criação do grupo de gestantes, abrindo mão do individualismo das equipes com abrangência de todas as gestantes de todas as equipes, assim como quando as gestantes foram convidadas para a segunda reunião do grupo e não compareceram. Isso gerou incômodo e provocou a reflexão e discussão entre profissionais, alunos presentes naquele momento de espera. Essa reflexão colocou a gestante no centro com perguntas sobre o porquê do não comparecimento e sobre a organização do grupo, como local e horário, que não favorecia a presença da gestante,

havendo mudanças decididas e implementadas em seguida. Assim, discutir a assistência com a utilização de indicadores foi um importante disparador de EP e de mudanças na UBS.

Nas narrativas de N6, N7 e N8 destaca-se essa parceria ensino-serviço nas ações educativas que tomam o processo de trabalho e a relação com o usuário, como objetos da capacitação e não somente o tecnicismo, proporcionando participação e interação. Importante destacar que a parceria produzida por relações responsáveis no cotidiano do serviço de saúde apresenta-se como potencial para a EP e pela possibilidade de mudanças provocadas pelos estudantes, fortalecendo a potencialidade da EP.

Destaca-se o potencial da EP também para a formação profissional, informado pela estagiária, que reconhece o aprendizado nas visitas domiciliares e discussão de casos nas reuniões de equipe, quando afirma que os usuários precisam do cuidado multiprofissional e interdisciplinar.

Para as ações educativas formais, já mencionadas, que aconteceram na parceria ensino-serviço em estágios obrigatórios, em N6, N7 e N8, problemas foram identificados e discutidos, graças à presença efetiva, em um dos semestres do período de observação, de alunas e professores que se comprometeram com o serviço.

A parceria ensino-serviço de forma mais efetiva e próxima, com a presença de docentes e discentes em projetos de extensão e pesquisa que possam garantir continuidade e permanência com inclusão efetiva dos diversos atores na reflexão, planejamento e execução, é representada aqui como movimento de superação dos problemas técnicos e de processo de trabalho nas salas de curativo e coleta de material para exames. As mudanças alcançadas não tiveram continuidade efetiva e acabaram por perder potência.

Considera-se que os estágios obrigatórios são importantes, mas não garantem continuidade. Dessa forma, poder-se-ia buscar a superação das concepções de EP nos seus princípios, assim como das concepções de modelo assistencial que tenha as necessidades de saúde dos usuários como foco. A presença da parceria ensino-serviço, no cenário em estudo, representa potencialidade para a EP, ou seja, potenciais extrínsecos podem despertar as forças possíveis do trabalhador e este gerar mudanças em si e no seu trabalho, com o novo olhar e novas

incomodações requerendo novas mudanças. Nesse ponto, problemas se apresentaram durante outros momentos de observação no ano seguinte. A continuidade foi quebrada pela rotina do trabalho na UBS e muito se perdeu.

Brehmer e Ramos (2014) destacam que essa integração se dá na relação entre a teoria e realidade, com envolvimento real dos sujeitos, e esse espaço pedagógico deve ultrapassar a sala de aula, implicando vivência no mundo do trabalho, com necessidade da construção pedagógica crítica e criativa. Destacam ainda que “o exercício da relação teoria e prática contribui para o despertar da consciência crítica e reflexiva, e uma formação articulada à dinâmica social, à realidade dos serviços e da profissão e em atenção às necessidades dessa interação” (BREHMER; RAMOS, 2014, p. 24).

As reuniões semanais das equipes de saúde da família com a presença do NASF podem ser afirmadas como dispositivos que potencializam a EP, pela sua capacidade em disparar aprendizado. Na narrativa N4, usuária e sua família são colocadas no centro da discussão, levantando-se hipóteses de ação e então tomada a decisão pelo atendimento compartilhado. Fica evidenciado que a discussão coletiva trouxe aprendizado. Observam-se a problematização e a reflexão, com foco nas necessidades a respeito da usuária idosa.

A preocupação para além de si, por meio de reflexão, informa a consciência para além do cotidiano, evidenciada no posicionamento de alguns trabalhadores. Dessa forma, as reuniões podem ser destacadas como um campo de força, reunindo forte presença de forças intrínsecas advindas dos trabalhadores, quando apresentam seus potenciais e se posicionam frente aos problemas discutidos, em prol do cuidado, desnaturalizando a aceitação do sofrimento dos usuários. Assim despertam para a busca de forças na interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Diante dos dados empíricos da observação, nas narrativas de N1 a N8, pode-se inferir que, nas discussões coletivas, interações e troca de saberes com problematizações e reflexões tornam as reuniões, nas suas diversas finalidades, assim como as ações educativas formais, em dispositivos potenciais para a educação permanente, potencializando a capacidade de aprendizado e de tomada de decisões, configurando-se em um campo de forças positivas para a ativação da EP. Considera-se que as reuniões de equipe, que contam com a interdisciplinaridade proporcionada pelo matriciamento do NASF, é um campo de força

positiva para a EP, com evidências de potenciais intrínsecos dos trabalhadores, quando colocam em foco a realidade do usuário e a organização do trabalho da equipe.

Foi possível, pela observação participante, presenciar, também, a EP acontecendo nos momentos informais que rotineiramente se processam no cotidiano da UBS, exemplificadas no QUADRO 3.

QUADRO 3 - Narrativas do cotidiano que informam EP em atendimentos e informalidades

N	Cena	Fragmentos da cena observada
N9	Durante atendimento na sala de vacinas. Atores: técnicas de enfermagem, usuárias.	Hoje na sala de vacina havia pouca demanda de usuários e as duas técnicas de enfermagem trocavam experiências e problematizaram acerca de uma situação de abordagem a uma mãe. Uma das técnicas tratou a mãe como <i>mãezinha</i> ao vê-la com dó de seu bebê de 2 meses de idade, ao dizer: <i>vai ser duas agulhadasssss!!!</i> Com expressão de quem estava com pena. Após a saída da mãe, uma técnica fala para outra que deveria chamar pelo nome, pois se tratava de uma mulher e que o diminutivo não era adequado. Foram respeitosas uma com a outra, quando uma questionou a anotação e indicou o erro no registro, o que foi reconhecido com agradecimento. Chega a próxima mãe e ela pergunta pelo seu nome. Disse olhando para mim: <i>a gente é assim, [...], a gente se entende</i> (anotação dia 26 de maio de 2017)
N10	Na mesa do café. Conversa sobre vacina febre amarela. Atores: Técnicos de Enfermagem.	Na mesa do café, na área externa da unidade, conversavam sobre a vacina contra febre amarela. T30 diz: <i>pois é, mas sempre foi duas doses, a segunda depois de 10 anos da primeira. Agora muda assim. Com uma dose tô imunizado?</i> (Pergunta com entonação de dúvida). Outra TE diz: <i>fizeram testes, o governo não ia deixar de vacinar só para economizar</i> [fala e dá uma risada]. A outra responde: <i>vacina é coisa séria, é muita responsabilidade</i> . A outra pergunta: <i>e o idoso? Pode tomar vacina da gripe e febre amarela junto?</i> A TE da sala de vacina responde para ela e ao final diz: <i>quem tá na vacina tem que atualizar sempre, muda toda hora</i> . Olhame e diz: <i>tá vendo, [...], precisamos do enfermeiro juntinho da gente na vacina, he, he, he</i> . Notas do dia 25 de maio de 2017
N11	Na mesa do café Conversa sobre situação de violência. Atores: técnicos de enfermagem.	T30 diz: <i>Nossa, gente!!!</i> Num tom de preocupação e estranhamento, sentada à mesa, tomando seu café no meio da manhã:, <i>tô pensando aqui no que o homem falou para a T32! Eu se fosse ela, iria embora daqui mesmo! Perigoso demais! A outra T29 diz: pois é! Mas vocês viram o que a gerente falou para nós na reunião?</i> [fala apontando para os que estavam sentados à sua frente], <i>pra gente não segurar sozinha, quando não tiver dando conta. A pressão dos usuários é muito grande e às vezes a gente perde a cabeça mesmo. Temos que conversar mais sobre isso. Todos aqui podem passar por uma situação dessa... PODE NÃO, JÁ PASSAMOS MUITAS VEZES...</i> [fala com entonação mais forte na voz]. T9 acrescenta: <i>T11 vai levar para discussão no colegiado. Precisa sim de discutir isso</i> . Notas dia 30 de junho de 2017
N12	Na fila da sala de recepção do usuário. Atores: trabalhador e usuário	Um senhor idoso, de baixa estatura, buscando esclarecimento sobre um agendamento, chama a atenção da trabalhadora que passava por ele, com um sorriso, mas parecendo não ouvi-lo. Ela diz: <i>esse senhor vem aqui quase todo dia e segue andando</i> . O senhor, diz: <i>oi, psiu. Vem cá. Não foge de mim não. Se você não me orientar, como é que eu fico? A gente precisa de vocês. Vem cá</i> . E dá um belo sorriso para a trabalhadora que, desarmada de sua indiferença, sorri dizendo: <i>o senhor não tem jeito, heim? Me dê isso</i> (referindo-se ao papel que ele carregava na mão), <i>deixa eu ver [...]</i> . Anotações do dia 31 de agosto de 2018

Fonte: dados da pesquisa.

A informalidade do aprendizado revela forte potencial, considerando-se as forças intrínsecas dos trabalhadores, que revelam confiança em seus pares para compartilhar o trabalho, tirando dúvidas e podendo oferecer o cuidado com mais segurança.

Em atendimentos cotidianos, como o exemplificado na sala de vacina, nota-se a troca de informações e saberes como potencial para o aprendizado compartilhado na experiência do atendimento, chegando a consensos e acordos para melhorar os registros. No uso do termo *mãezinha*, questionado por uma das profissionais, foi interpretado como algo abaixo do seu valor. Contudo, a profissional, frente à mãe que manifestava sentir pena de seu filho, utilizou-se de um sentimento de empatia para falar com a mãe, que vê na aplicação das vacinas, expressadas como *duas agulhadassss*, algo que vai causar sofrimento à sua criança.

A esse respeito recorre-se a Marillena Chauí, em cujo livro assegura que a linguagem nasce das emoções, particularmente do medo, surpresa, compaixão, prazer, bem-estar e felicidade, como primeira voz do homem (CHAUI, 2000). Guimarães (2002) corrobora ao acrescentar que o cotidiano é a dimensão do senso comum, permeado pelo sofrimento, prazer, alegria, tristeza, numa construção inerente à vida humana, num circuito de tensão permanente conectado à possibilidade de transformação em seres humanos melhores. Dessa forma, com possibilidades de experimentar o não cotidiano e retonar a ele com suas forças ampliadas.

Nas narrativas de N10 e N11, os enunciados nas cenas demonstram que as “conversas” entre trabalhadores de saúde são repletas de questionamentos e reflexões evidenciados pela temporalidade, modos interrogativos e em modalidades deônticas nos discursos das narrativas. Em N11 acrescentam-se a avaliação negativa das situações de violência e a metáfora “perde a cabeça”, para expressar a situação de desgaste perante a “pressão” advinda dos usuários que trazem em suas “sacolas, bolsas e bolsos” (grifo da autora) suas necessidades, que nem sempre podem ser percebidas, a não ser pela objetivação por meio da insatisfação expressada pela violência. Apreende-se aqui que essas conversas informais são geradoras de reflexão, trocas e colaborações, proporcionadas pelo encontro entre os trabalhadores.

Acrescenta-se que o potencial da EP é comprovado quando se emerge a violência como um problema. O trabalhador de saúde apresenta-se desgastado na linha de frente, em exaustão, e

expressa impaciência com os usuários, objetivada por meio dos maus-tratos. No entanto, a situação trouxe a possibilidade de aprendizado e reconhecimento da necessidade de se colocar o tema da violência em pauta nas discussões de colegiado. A atitude de conversar com o usuário junto com o trabalhador acaba por ensinar um modo de escuta, dando visibilidade ao processo de ensinar e aprender próprio da EP, que nesse caso foi incorporada no cotidiano do serviço na UBS.

Assim, a potência nessa cena, N11, está no caráter questionador do lugar comum da violência, problematizando sua ocorrência. Essa não é uma potencialidade inata. Ela decorre de um potencial interno dos trabalhadores, num campo de força possível, que inclui também a força nata do usuário para a busca de melhorias no seu atendimento. Afirma-se também que as situações de confronto com o usuário, que questiona o atendimento que lhe é dado, é uma força extrínseca que ativa forças intrínsecas de reflexão e aprendizado e busca por melhores posturas, nos trabalhadores, mesmo que seja por medo da violência.

A relação aprendizagem e trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, numa concepção de aprendizagem significativa, traz consigo a proposta de transformação das práticas produzidas no cotidiano do serviço, tendo como protagonistas, no fazer cotidiano, os trabalhadores que, em processos de EP, transformam contextos e saberes (FRANCO, CHAGAS, FRANCO, 2012).

Em N12, o usuário reclama pela atenção que precisa e acaba por proporcionar uma rendição à sua necessidade que precisava ser resolvida. Nesse sentido, entende-se que a trabalhadora rendeu-se e aprendeu com a situação. O usuário tem necessidades que não podem ser ignoradas, mas resolvidas com atenção de qualidade.

Considera-se que tudo que acontece no cotidiano é força possível para a EP, uma realidade em potência, com tendências natas e inatas que devem ser exploradas para o alcance da transformação da realidade. Nesse sentido, a conversa, o diálogo independentemente de lugar e hora podem ampliar as chances de os trabalhadores atentarem para mudar os modos de agir, com o olhar sensível para reconhecer os problemas e sua gravidade.

As conversas e encontros não pedem licença para a organização rígida do serviço e não obedecem a hierarquias. Elas podem acontecer nos espaços informais e ser capazes de gerar novos processos coletivos, tornando a educação permanente constitutiva do próprio trabalho e campos de práticas, onde a intencionalidade do processo educativo não é necessária, pois o trabalho vivo e a reflexão da realidade já se apresentam como tal (MERHY, 2015).

Dessa forma, potencialidades natas ou intrínsecas estão em evidência no cotidiano, como forças possíveis dos trabalhadores, usuários, docentes e alunos, para a EP e a transformação, num processo em que o aprender e o ensinar estão vinculados à realidade.

Segundo Ceccim e Ferla (2008), a EP no setor saúde, incorporada como prática de ensino-aprendizagem está relacionada à produção de conhecimentos no cotidiano das instituições, a partir da realidade vivida pelos sujeitos envolvidos, tendo como base as indagações, os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses sujeitos.

Remetendo a Heller (2002a; 2014), a ativação da reflexão a partir da realidade cotidiana pode provocar experiências de saída do cotidiano e a possível superação deste.

Afirma-se que é possível acontecer educação permanente no cotidiano e que ela pode proporcionar mudanças na produção das práticas de saúde. Acresce-se que os profissionais conscientes da necessidade de mudanças podem colaborar para a defesa do SUS no seu agir cotidiano.

Apurou-se também nas observações, em várias ocasiões, e em enunciados dos trabalhadores a importância da gestão local como ativadora de EP no cotidiano em meio a mudanças. Posturas e iniciativas que colocaram o trabalho e a realidade da UBS em discussão proporcionaram participação e reflexão dos trabalhadores, com tomadas de decisões conjuntas, como apresentado em N13 e enunciado de T9.

N13 - Todos sentados em volta da mesa na área externa nos fundos da UBS. Café, biscoitos e a realidade da UBS postas na mesa. Ela diz: *o que vocês acham do que está acontecendo na unidade? Dessa correria danada, a falta de servidores...* fala olhando e sorrindo para todos [...] T21 diz: *eu estou muito estressada e acho que todo mundo está.* Fala olhando em volta da mesa. T37 responde: *estamos mesmo. Quando é que vão colocar funcionário no lugar de quem saiu?* Vem a resposta de que não existe previsão e que precisam fazer acordos para que a unidade funcione da melhor forma possível. As opiniões e sugestões aparecem e ao final elaboram uma proposta de escala de substituições e revezamentos entre as salas de atendimento. Um misto de preocupação e entusiasmo foi percebido nas atitudes dos trabalhadores, que demonstraram satisfação em participar da decisão. *A gente pensa e resolve juntos, não é mesmo? Estou às ordens para quem quiser aprender sobre vacina* - diz

T21 (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 09 DE AGOSTO DE 2017. ATORES: TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E GERÊNCIA)

Em entrevista, T9 diz:

Eu acho que ela é muito empenhada, [...] em discutir, sentar e discutir com a gente. Aceitar as mudanças, ela é muito aberta a isso. Então eu acho que a gente já evoluiu muito aqui [...] nesse sentido sabe? Agora, acostumar a população, acho que vai demorar um pouquinho né? [...] Ela é muito empenhada, nossa gerente, em discutir, sentar e discutir com a gente. Aceita as mudanças, ela é muito aberta a isso (T9).

Observa-se que atitudes gerenciais de inclusão dos trabalhadores nos processos de reflexão e decisão compõem o campo de força para potencializar a EP, que pode resultar em cooperação e autonomia. No entanto, foram detectadas situações em que os trabalhadores não manifestaram autonomia na resolução dos problemas cotidianos, mesmo que tenham se envolvido nos processos de discussão.

N14- O idoso parecia perdido [...]. Bate na porta e diz que precisa falar com ela. Ela chega e conversa com o usuário que explica que precisa pegar um medicamento, mas que já foi até a farmácia e disseram a ele que precisava ir para o acolhimento. Ele explica que foi ao acolhimento e que mandaram de volta a farmácia [...] *Eu estou perdendo a paciência. O que eu tenho que fazer para pegar os remédios?* Ela explica a ele que precisa procurar o acolhimento para que possa pegar uma receita nova e assim ser atendido na farmácia. Ela diz: *precisava vir aqui pra resolver? Era só explicar para ele direitinho* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 31 DE JUNHO DE 2017. ATORES: USUÁRIO E GERÊNCIA).

Capacidade de aprender e reagir a mudanças são características dos sujeitos implicados com o seu fazer, que respeitam os acordos e ativam processos de mudança. No entanto, alguns preferem permanecer no cotidiano sem atentar para as possibilidades de busca do não cotidiano, acomodando-se, deixando para o outro resolver a situação que poderia ser resolvida por ele mesmo, bastando ter paciência com o usuário, principalmente quando se trata de idosos, que na maioria das vezes precisam de tempo no atendimento, seja onde for.

Diante da inversão da pirâmide populacional, onde os idosos já compõem a maior parte da população, os trabalhadores e os serviços precisam atentar para essa realidade, buscando aprender a lidar com essa faixa etária.

Somente a observação não deixou claro o reconhecimento dos trabalhadores acerca de como a educação permanente acontece no cotidiano do serviço. Dessa forma, a partir das entrevistas realizadas, ao serem perguntados sobre como reconheciam a educação permanente no cotidiano, foi possível identificar que eles a reconhecem nas ações rotineiras, quando está presente a problematização/reflexão da realidade, com troca de experiências e conhecimentos e o aprendizado, por exemplo, que acontece nas diversas reuniões, como reuniões de equipe e reuniões intersetoriais, confirmando as observações.

No centro de saúde, especificamente, eu acho que tem as reuniões de equipe que podem contribuir, né? Com discussão de casos, de as reuniões de matriciamento, tanto de saúde mental, como dos profissionais do NASF. Alguns casos específicos, alguns têm que a gente chama também de reuniões intersetoriais, então, um exemplo disso foi a questão do transtorno de acumulação, que foram vários atores que participaram da discussão, né? Inclusive com representantes da vigilância, da Zoonoses, do Distrito Referência Técnica e os profissionais da equipe. [...] O que eu vejo assim pro meu dia a dia, no centro, são essas reuniões de casos mais complexos e aí exige da gente realmente um aprofundamento do tema, do caso e do próprio fluxo dentro da rede, né? O que trouxe de experiência com outros colegas, seja colegas [...], seja a [sic] nível da diretoria regional ou até da Secretaria. Eu tenho buscado temas nessa área, fora da prefeitura, então assim eu tenho interesse em fazer o mestrado e aí são planos futuros que eu sinto muita vontade, que, acho que, de necessidade pra esse cargo (T11).

É possível, no enunciado de T11, perceber a valorização das reuniões no aprendizado acerca da interdependência entre ACS e demais trabalhadores da equipe, com seus núcleos específicos de saberes, já que o ACS traz no seu trabalho a visão da realidade da comunidade, que precisa ser discutida entre eles.

Olha, as reuniões são muito válidas. Muito boas... que a gente aprende muito nas reuniões. Igual eu falo, da função, o outro fala da sua função... e vai trocando e vai aprendendo, né? A função do outro, né? Você não coloca tudo em prática no local, né? O agente comunitário de saúde ele é o elo da comunidade ao centro de saúde. Então, por mais que os outros profissionais... a gente sabe que a gente precisa do trabalho deles... do médico, do técnico de enfermagem, do auxiliar, do enfermeiro... mas quem tá na ponta é o agente comunitário de saúde. O agente comunitário de saúde detecta o todo, na sua área de abrangência (T8).

Nas terças-feiras, junto com a reunião de equipe, a gente sempre tem algum assunto que possa discutir. Por exemplo, apresenta um caso, o caso é sobre uma doença, aí a gente discute aquela doença pras meninas começarem a aprender. Eu tenho reunião com os ACS às sextas feiras, várias vezes a gente faz, estuda, (?), qualquer assunto a gente faz discussão sobre isso (T10).

O reconhecimento da educação permanente no cotidiano é evidenciado pelo uso de modo gramatical declarativo afirmativo e de termos gramaticais de coesão textual, que incluem

como EP o que acontece na UBS que leva à discussão da realidade de forma multiprofissional, interdisciplinar e por vezes intersetorial, explicada como casos específicos e mais complexos, que exigem para além do setor saúde e do conhecimento disciplinar.

Os diversos núcleos de saberes profissionais, ao atuarem de forma interprofissional, interdisciplinar e de forma colaborativa, possibilitam desencadeamentos de processos de EP que podem levar a mudanças, tanto nos profissionais, quanto nas suas práticas de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017).

A troca de experiência torna-se clara como forma potencial de EP, quando a T8, também por coesão no enunciado, realça o significado das reuniões de casos e explica a necessidade de aprofundamento, afirmando que, com isso, aprende no trabalho e acumula experiências advindas das trocas realizadas. Inclui também buscas individuais e desejo de qualificação, representado pela presunção valorativa no seu enunciado, quando afirma que o mestrado é desejável e faz parte dos seus planos.

Fica realçado, nos enunciados das entrevistas realizadas, que ao indagar aos trabalhadores de saúde sobre como eles veem a EP acontecer no cotidiano da unidade básica, eles indicam o aprendizado com o outro, nas trocas cotidianas durante atendimentos ou em outras atividades de atenção ao usuário, resultando em aprendizado que serve para o trabalho e para a vida. Uma educação permanente que acontece no cotidiano do serviço na UBS, que favorece mudanças no modelo de atenção.

*[...] Aprender a gente sempre aprende, né? No nosso dia a dia eu acho que funciona
 [...] Eu acho que sim, porque a gente sempre tá aprendendo, no nosso trabalho...
 [...] Como de acompanhamento com a Entrev. NF02 a gente aprende (?) com as meninas, o seu...? ...A gente sempre aprende (T2).*

*[...] você tá aprendendo assim às custas [sic] próprias mesmo (fala incisivamente).
 Você vai pra um setor que você nunca esteve antes, certo? E chega ali, você tem que aprender de qualquer forma. Perguntando pros que têm mais prática, olhando um profissional mesmo, mas o curso mesmo pra aprimoramento, eu não tenho visto muita coisa não (T4).*

O aprendizado no trabalho, adquirido nas trocas entre os trabalhadores, é colocado em prática na comunidade, gerando novos conhecimentos. O trabalho em equipe também é valorizado como espaço de aprendizado.

Quando eu aprendi o que que era uma pressão arterial, o que que é um diabetes, o que que é uma câncer de mama, um câncer de colo do útero!!!! [Fala com brilho nos olhos e com gestos que demonstram satisfação]. Isso daí eu não estudei em escola, então foi um aprendizado que eu adquiri através do médico da minha equipe. E dos outros médicos que passaram na equipe, claro! Quando eu aprendi, por exemplo... olha só, a técnica de enfermagem, que ela fala da função que ela faz, o que que tem que ser feito, cadastro do paciente ali, na recepção... a gente adquire conhecimentos diversos e coloca em prática dentro das casas aonde você atua com a população. Eu aprendi muito, né? Porque como a gente trabalha numa equipe, né? Então você adquire, não só... além do seu conhecimento próprio... você adquire outros conhecimentos. Tinha coisa da parte médica, que eu não conhecia. E nas reuniões que a gente faz ou nos cursos que a gente faz, às vezes o médico passa pra gente aquelas informações que ele aprendeu na hora que tava fazendo a Medicina. Quando ele faz as visitas domiciliares com a gente, a [sic] domicílio, seu ouvido tá ouvindo, seu cérebro tá pensando, o que ele tá falando ali. [...] Então, hoje, eu como agente comunitário de saúde não levo só o conhecimento do agente comunitário de saúde, de chegar de um domicílio e fazer um cadastro simplesmente, como era antigamente, né? Hoje eu levo o conhecimento meu e que eu aprendi em volta de mim. [...] (T8).

É que a gente sempre tá, tipo, a gente sempre tá aprendendo. E tudo aquilo que nos é passado, a gente tem o cuidado em estar praticando aquilo ali diariamente. [...] Traz aprendizado porque a gente tem uma lida diretamente com o munícipe, e dentro da nossa própria atividade, a gente vê coisas que são competência de outras áreas da saúde, entendeu? Então a gente acaba sendo envolvido por isso e desperta a curiosidade... Então a gente às vezes pergunta sobre uma coisa nova que a gente viu ali. A gente pergunta pra um outro profissional o que é aquilo e a gente acaba aprendendo muitas outras coisas (T1).

A satisfação do aprendizado salienta a força intrínseca ou inata do desejo de aprender e multiplicar seus conhecimentos na prática do ACS, envolvendo os conhecimentos inerentes à sua profissão, acumulados nas trocas e interações, forças intrínsecas potenciais da equipe com os demais profissionais. Essas forças potenciais lhe dão bagagem para atuar, indo além do que pode ser considerado, no senso comum, como trabalho do ACS. Ele extrapola o senso comum, quando afirma que incorpora o conhecimento “em volta de mim” .

A enunciante T10 afirma que a EP acontece e proporciona reflexão e questionamento, como, por exemplo, na aplicação de protocolos na realidade da UBS.

Deixa eu pensar... Acho que a gente tá em constante aprendizado... a gente, todo dia surge coisa nova. A gente, nós não temos uma rotina assim não... a gente tem sempre alguma coisa nova que a gente precisa disso. E muitas vezes, a gente não estuda só com quem tá dando aula. A prefeitura fornece os protocolos pra gente. Constantemente tem que ir no protocolo, dar uma estudada, isso pra mim é uma educação que constantemente se faz. Mudança de protocolo, tem que verificar e ver como fazer aqui na unidade, se é aplicável na realidade dos nossos usuários. Às vezes precisa adaptar (T10).

A forma declarativa de expressão nos enunciados de T1, T8 e T10, confirma a EP no cotidiano que acontece no aprendizado com o outro, no despertamento da curiosidade, no questionamento do protocolo, por exemplo. A temporalidade também marca presença e reforça o reconhecimento de que a EP acontece diariamente nas trocas, no trabalho em equipe e no contato com o usuário, num imbricamento entre o conhecimento estruturado e sua transformação no ato da produção das práticas de saúde. Merhy (2015, p. 10) argumenta que “esse imbricamento entre o conhecimento dado *a priori* e a sua atualização no ato da produção é elemento-chave para se compreender em profundidade a singularidade da produção do cuidado”.

Indicam, também, a EP no conhecimento construído pela busca no dia a dia, que leva ao aprendizado para o trabalho (T8 e T9), sendo aplicado no trabalho e também na vida pessoal e da própria família, como pode ser visto no enunciado de T9:

[...] o que que acontece... Nós temos que adquirir, nós temos que adquirir informação para que a gente possa estar levando para a população pra eles terem esse autocuidado. Pra gente estar ensinando, sendo professor lá em campo pra eles terem esse autocuidado. E como é que a gente consegue essas informações? Lendo, escrevendo, olhando a parte da saúde, olha a internet, faz curso pra poder ficar atualizado, né? E aí a gente leva esse conhecimento que a gente tem pra a população. O que acontece com a família da gente, o que a gente passa pra família da gente, porque a gente quer o bem da família, é o que a gente passa pras outras famílias. [...] Porque a educação quando você adquire e coloca em prática aquilo que você aprendeu, a chance de você ter uma qualidade de vida é muito melhor (T8).

(01) Uai, discussão de casos... sempre discutindo, atendendo. Que a gente enquanto ACS orienta até onde é da nossa alçada, mas tem muitas demandas, muitas perguntas... [...] P: Mas e quando acontece alguma coisa lá na área de abrangência que vocês não sabem como fazer? - A gente traz pra equipe... Tudo que acontece, uma informação que eles pedem, o que a gente não sabe, a gente procura orientação com o enfermeiro e repassa... [...] É isso (T4).

A EP é representada pela constante troca de saberes, na discussão de casos e de dúvidas que são levadas e discutidas entre os trabalhadores da saúde, sendo a interação valorizada para o aprendizado e mudanças, assim como “a lida direta com o munícipe”.

Percebo porque às vezes até na interatividade entre a gente mesmo. Eles mesmos falam assim, que como que foi até gratificante executar tal tarefa, que trouxe a eles coisas novas, coisas que eles nem imaginavam. Então, eles mesmo vão reconhecendo o quanto é sério de fato o trabalho de campo. A lida direta com o munícipe (T1).

[...] *E como a realidade é muito maçante, uma monotonia, um dia a dia massacrante igual esse ano foi... eu sozinha aqui, atendendo todas as urgências mais meus pacientes, foi muito massacrante. Se não tiver esses momentos de troca, né? De interação com as outras pessoas, fica tudo muito... e a gente vai ficando muito radical também, né? Vai ficando, né? Muito preso nos nossos conceitos. Não pode ser assim (T9).*

Agora no dia a dia com o atendimento à população muitas vezes a gente aprende com eles mesmos, o atendimento, como se diz, se você quer ser bem atendido, né? Faz, não faz com os outros o que não quer que seja feito com você. Então tem que atender bem, muitas vezes a pessoa quer só que você escute. Muitas vezes ela chega com a demanda que, às vezes, você também não dá conta de resolver naquele momento, aí você fica um pouco frustrado que dava pra resolver, mas você precisa de outro profissional que, no momento, não tem, né? T23.

A realidade do serviço de saúde na UBS, numa afirmação avaliativa negativa, de forma declarativa, é avaliada como algo que oprime o trabalhador. Dessa forma, valoriza a interação no dia a dia, como forma de ter mudanças, não só na forma de atenção à saúde, mas também no próprio trabalhador. Valoriza, então, amparado pela temporalidade, modalidades deônticas e avaliação valorativa positiva, a interação como forma de aprender e proporcionar mais leveza no cotidiano do serviço de saúde.

Importante destacar, no excerto 12, o aprendizado, em avaliação positiva, a coesão entre a satisfação dos trabalhadores em aprender com o trabalho realizado diretamente com o usuário. Na temporalidade e coesão relacionam o processo contínuo de aprendizado e reconhecimento da seriedade do trabalho de campo realizado pelos trabalhadores da Zoonose, que o enunciante nomeia como a *lida direta* com o usuário, a qual provoca, nos trabalhadores, uma saída do cotidiano para se pensar no significado do trabalho desenvolvido por eles, num pensamento que considera suas ações com a coletividade para além do interesse particular, da comodidade, em repetições e regularidades.

Heller esclarece que, ao pensar além da particularidade, os sujeitos podem experimentar uma elevação que transcende o cotidiano, pois utiliza o uso da consciência, do trabalho, compreendendo que as generalizações não são aplicáveis a toda realidade (HELLER, 2002a; 2002b; 2014). Tal experimentação pode ser encontrada também nas falas de T13, de que iniciativas acontecem também fora das reuniões de equipe, demonstrando o comprometimento com o aprendizado do outro.

Então, então... é... o que vejo é que, informalmente eu tento, como médica da equipe eu tento, sempre que possível sentar com a equipe todos nas reuniões de equipe ou

mesmo fora das reuniões de equipes, individualmente, é... sempre passar as informações visando à educação, visando à qualificação dos profissionais (T13).

Reforça-se que a EP acontece também pelo aprendizado no trabalho e com o outro, na experiência do dia a dia, na necessidade de posicionamento diante de situações inusitadas.

[...] de aprendizado, de organização de trabalho. A T4, né? [...] Nossa, me ajuda demais! Eu tenho que falar, eu tenho dificuldade de mexer com o sistema, ela tá sempre me ajudando... A T4 tá sempre me ajudando, agora ela tá indo embora para outro centro de saúde, né? [...] porque ali naquela reunião... na reunião, naquele atendimento que a gente está conversando, a gente está desenvolvendo, né? [...] Cada hora que você esclarece uma dúvida sua... cada hora que você aprende uma coisa, é uma coisa que você pode tá ensinando pros outros também... É um conhecimento que você pode tá passando pras outras pessoas também. Coisas que você não sabia, que você aprende (T7).

É, eu acho que é, por exemplo, peculiarmente na equipe, né? Exatamente como a gente tem uma área de abrangência tão grande, com 33 mil pessoas, o que que acontece? Nós somos assim, o tempo inteiro atropelados e demandados por temas, os mais variados, certo? Mas acontece igual... como foi presenciado aqui a alguns instantes, agora há pouco eu fui colocado, pela enfermeira, diante de uma situação para eu me manifestar sobre a indicação de reposição ferruginosa intravenosa, certo? Que é uma temática própria da hematologia, né? Com as suas indicações, com as suas características. Mas olha, em três minutos eu tive que me posicionar, encontrar alguma posição com alguma base segura, né? Para poder me manifestar. Então, em termos de educação permanente, no trabalho, é assim. A gente é motivado o tempo inteiro tá certo? (T14).

Educação Permanente?... Como que contribui? É.. eu acho que contribui muito positivamente... igual, no caso, né? Cê me perguntou, né? Como que é a relação dos colegas, se eu tiro dúvidas com eles... porque se eu não sei um negócio, vou atrás e eles me esclarecem... aquilo ali pra mim é aprendizado, né? (T17).

Nos enunciados de T7, T14 e T17, abstrai-se que a forma colaborativa de a EP acontecer proporciona o desenvolvimento do trabalhador, numa realidade de demandas de posicionamentos e decisões constantes no atendimento aos usuários. Tais evidências vêm da utilização da temporalidade, coesão entre as frases, modalidade deônticas e avaliação valorativa positiva das trocas cotidianas como aprendizado que proporciona o desenvolvimento dos trabalhadores perante a realidade do dia a dia na UBS. Da mesma forma, pode ser observado no excerto a seguir.

[...] levo muito caso para discussão com ela e assim pela experiência dela como clínica, ela tá sempre me assessorando e me mostra sites que ela tava pesquisando, a gente até pesquisa junto, então isso é de suma importância e também assim, eu acho que nesses grupos que a gente faz, né?... grupo de gestante, também é uma outra forma desse conhecimento circular (T12).

Dessa forma, a EP no cotidiano favorece o desenvolvimento pessoal e contribui para mudanças nos próprios trabalhadores e nas práticas de saúde. De acordo com França *et al.* (2017), a EP focada nos processos de ensino-aprendizagem é como um instrumento de desenvolvimento não só pessoal, mas social e cultural, considerando que o sujeito deve ser ativo, autônomo e capaz de gerenciar sua educação.

A autonomia e capacidade de autogestão são fortalecidas por Mehry (2015) ao afirmar que ao agir atua sobre quem realiza a ação, provocando o protagonismo que atinge não só o indivíduo, mas também o coletivo, na produção do cuidado. No entanto, nem sempre tal desenvolvimento é percebido, sendo necessário ativar o olhar dos trabalhadores nos serviços de saúde para a identificação dos movimentos de EP, que não pedem permissão para acontecer, bastando ser reconhecidos como processos que proporcionam a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores em ação.

O protagonismo, de acordo com o olhar sobre o cotidiano, de Agnes Heller, pode ser afirmado pelas objetivações para-si, as quais podem ser ativadas pelo trabalho criativo, ciência, filosofia, moral e arte, proporcionando conscientização e saída da particularidade, agregando atributos dados, também, além da consciência, pelo trabalho, sociabilidade, universalidade e liberdade. Estes se constituem em atributos na genericidade do não cotidiano.

As observações e excertos apresentados mostraram potencial dos movimentos cotidianos de EP, concordando com o que acontece no cotidiano a partir dos sujeitos em ação. No entanto, para que essa potência se concretize em atos de mudança, é necessário que os trabalhadores sejam provocados por problematizações da realidade no cotidiano do trabalho em saúde, podendo contar com um apoio institucional, assim como da parceria com instituições de ensino em projetos que visem a movimentos entre os trabalhadores para o reconhecimento da EP no cotidiano e de seu potencial para provocar mudanças.

A partir dos diversos valores, desejos e saberes, é possível entender o cotidiano como um espaço em constante transformação. Assim, nos diálogos e reflexões sobre o trabalho feito ou a ser feito há ganhos tanto para o serviço como para aqueles em formação (CECCIM, 2005). Esse espaço em constante transformação encontra-se em potência com a presença de forças inatas e intrínsecas, sendo, assim, o cotidiano um campo de forças que deve ser mobilizado

em direção às mudanças requeridas para um modelo assistencial que tenha como foco o usuário e suas necessidades.

Entre as forças possíveis para a potencialização da EP no cotidiano do serviço da UBS, enumeram-se as forças extrínsecas como a ação de docentes e alunos, os confrontos dos usuários e mudanças externas que implicam mudanças internas na unidade. As intrínsecas ou natas são aquelas inerentes ao trabalho e seus processos, como os atendimentos nas diversas salas, a discussão e busca de solução no coletivo de trabalhadores, troca de experiências no ato do trabalho e nas conversas informais no dia a dia nos diversos espaços da unidade.

Contudo, muitas vezes o potencial fica retido na problematização, na discussão de necessidade de mudanças, mas não chega a concretizar-se em “novas” ações. Mudanças dependem dos sujeitos em ação, das suas motivações e envolvimento com a realidade na qual estão inseridos. Assim, um desperdício de forças e potenciais é parte da realidade cotidiana.

A EP é adotada como uma estratégia que possa disparar mudanças que contribuam para a consolidação do modelo assistencial proposto pelo SUS. Apesar disso, em algumas cenas, o grande potencial muitas vezes fica apenas retido na problematização, na discussão das mudanças, mas não chega a se concretizar em efetivação de “novas” ações. Os potenciais possíveis, como o envolvimento, a motivação e conhecimento dos trabalhadores, se apresentam como forças fracas para a EP.

A integração ensino-serviço é uma força que contribui para a potencialização da EP. Uma força que fortalece e envolve reciprocidade entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho, com articulação e coerência das atividades à realidade local.

Muitas situações informam a EP numa potencialidade variável, que ora aproxima e ora distancia da realidade, exigindo investimentos para se tornar disparadora de mudanças, especialmente nos modos de atenção aos usuários. Essas cenas que levam em conta a participação do usuário foram poucas, mas acredita-se que com investimentos no desenvolvimento de autonomia e protagonismo podem se apresentar como força possível ao se confrontar mais rotineiramente com o serviço de saúde em busca de seus direitos.

Importante lembrar que quem melhor conhece a realidade muitas vezes não é incluído na discussão das soluções. A realidade deve ser discutida com os sujeitos que estão na ação

cotidiana e que conhecem ou podem ser provocados a conhecer com mais aprofundamento os usuários por ele acolhidos.

No acolhimento do usuário destacam-se como imprescindíveis a escuta e o diálogo entre os sujeitos, na busca por práticas que possibilitem a integralidade, fugindo do espontaneísmo e automatismo nos modos de atenção à saúde (BARBOSA *et al.*, 2013).

A discussão do processo de trabalho é considerada uma das forças possíveis para desencadear a EP, no entanto, na maioria das vezes, não captura as necessidades dos usuários. Leva-se em conta também que os recursos e o número de trabalhadores são os mesmos de outrora, gerando desequilíbrio entre oferta, demanda e necessidades. Assim, há tendência a se “abreviar” o cuidado, simplificando-o na técnica.

Nesse sentido, certo espontaneísmo e automatismo são identificados nas ações de atenção, desencadeados pelo economicismo, muitas vezes explicados pelas dificuldades relacionadas à demanda crescente de usuários, falta de trabalhadores na UBS e sobrecarga de trabalho.

Fazer atalhos para se chegar à conclusão da ação é denominado economicismo. Este gera a espontaneidade, que explica o agir sem se pensar nas consequências, levando a automatismo nas atitudes e pensamentos (HELLER, 2002a). Almeida (2017) afirma que na vida cotidiana o indivíduo age, além de espontaneamente, a partir da probabilidade, isto é, da possibilidade. No cotidiano, entre a ação das pessoas e as suas consequências, estabelece-se sempre uma relação objetiva de probabilidade, pois:

[...] Na heterogeneidade da vida cotidiana no serviço de saúde seria inviável agir reflexivamente o tempo todo. Os pensamentos e as ações visam sempre à sua efetivação de forma rápida, segura, num menor tempo e com o menor esforço possível, tanto físico quanto intelectual. É necessário que assim seja para que se viabilize o conjunto heterogêneo de atividades que compõem essa esfera da vida (ALMEIDA, 2017, p. 163).

Assim se explicam muitas cenas do dia a dia da UBS, tendo como sustentação a grande demanda de usuários e os problemas estruturais que rondam o setor saúde, especialmente na APS, que carece de investimentos, lembrando-se que uma boa estrutura não garante que os processos e os resultados sejam satisfatórios.

O cotidiano da unidade básica de saúde em estudo informa que a educação permanente acontece o tempo todo, por protagonismo dos trabalhadores e usuários. No período de observação foi possível perceber que a educação permanente está presente na rotina da atenção à saúde nas trocas de saberes e experiência que acontecem na discussão dos casos nas reuniões de equipe, no matriciamento, tanto realizado pelos profissionais do NASF como por especialistas de apoio da UBS, como o psiquiatra, psicóloga e assistente social. Essas discussões proporcionam trocas, porque se dá em ambiente democrático, multiprofissional com interdisciplinaridade, principalmente nas reuniões de matriciamento. Portanto, tais potencialidades operam como forças intrínsecas potenciais para disparar processos de EP.

Muitas situações informam a EP e sua potencialidade, havendo limitações até esse ponto do estudo, considerando que o foco da observação esteve voltado prioritariamente para os trabalhadores em seus processos de trabalho.

Há valorização da EP para mudanças, oferecida em cursos e treinamentos, de forma institucional e pouco reconhecida no cotidiano da produção da EP, nos vários momentos de atuação nos atendimentos, reuniões, entre outros.

As cenas mostraram um campo de força com potenciais para EP, nas trocas de saberes, no aprendizado dado pelo trabalho, nas discussões e tentativas de reorganização da atenção e melhoria nas relações entre os sujeitos. Mas ainda é possível presenciar um trabalho em equipe fragmentado, falta de autonomia de determinadas categorias profissionais, assim como a quebra no elo entre equipe e comunidade que deveria ser garantido pela atuação dos ACS, os que mais conhecem a realidade dos usuários.

A unidade básica de saúde é rica de possibilidades e potencialidades para a educação permanente e a dinâmica da unidade inquieta e desafia o olhar. As situações geradoras de EP provocam incômodos nos sujeitos. Estes buscam refletir e mudar os processos de trabalho, nas combinações de tecnologias e nas relações, no foco da atenção à saúde, entre outros, colaborando para a construção de um modelo assistencial voltado para as necessidades dos usuários.

As forças potenciais são evidenciadas nos discursos sobre o que consideram educação permanente. Os trabalhadores, além de serem indagados sobre como acontece a EP no cotidiano do serviço na UBS, também foram indagados sobre o entendimento do que seja EP, proporcionando, assim, conhecer os discursos dos trabalhadores de saúde acerca da EP e sua potencialidade, tratado a seguir.

Discursos dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde sobre educação permanente³

Ao serem indagados sobre o que é educação permanente, os entrevistados utilizaram uma série de vocábulos: cursos, reciclagem, treinamento, educação continuada, capacitação, aperfeiçoamento e atualização. Há também expressões que se reportam à educação voltada para o trabalho, aprendizado e processo contínuo.

Os profissionais associam educação permanente à reciclagem, num processo que deve acontecer continuamente. Assim, o discurso é textualmente marcado por modos adverbiais e temporais que sempre expressam continuidade (*ir reciclando*).

Eu acho que a educação continuada, educação permanente, ela é importante para reciclagem do profissional... o profissional estar sempre apto a atender da melhor forma [...] acho que a chave do sucesso do serviço, né? Educação permanente é tudo, se a gente não tem educação permanente a gente deteriora nas relações com o outro, nas relações de trabalho e a gente se torna um produto, né, entre aspas, obsoleto. [...] Hoje mesmo eu tava, ontem mesmo, tava discutindo com o fulano que, por exemplo... hoje ele tá fazendo um curso de reciclagem da questão da raiva, da vacina antirraiva, que mudou o protocolo (T12).

Bom, eu entendo que educação permanente... [para e pensa] é como se fosse uma reciclagem, né? Você aprendeu lá na escola e aqui você aprende na prática, mas você tem que ir se reciclando, se aprimorando, né? E se adequando aos novos ensinamentos, as coisas novas que chegam que, na realidade, pra mim ainda tenho um pouco de dificuldade, pode até ser como se diz, ficar... achar... de ficar com medo de não se adequar às coisas novas que estão chegando (T21).

Muda porque recicla, né? Tira a gente da zona de conforto, quando você acha que tá tudo bem, que já aprendeu de tudo, no curso mesmo, a gente refaz alguns conceitos pra melhora do trabalho do bem coletivo (T01).

³ Material que compôs o artigo publicado pela Revista de Enfermagem Ana Nery. Com a seguinte referênciça eletrônica: CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; MARQUES, Rita de Cássia; SILVA, Kênia Lara. Continuing education: speeches by professionals of one Basic Health Unit. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20180172, 2018. Epub Oct 29, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0172>.

A educação permanente é representada no enunciado de T12, por meio da metáfora “chave do sucesso”. Ao atribuir a condição de *tudo*, afirma que ela é indispensável nas relações que se estabelecem no trabalho. Os enunciados T1, T12 e T21 utilizam como sujeitos nas afirmações a expressão *a gente* para posicionar a equipe na educação permanente. Esse achado demonstra o reconhecimento dos sujeitos despidos da individualidade, marcando um discurso coletivo, de sujeito ampliado, dando a noção de conjunto nas relações de trabalho.

A desacomodação é um elemento que provoca a necessidade de EP, apresentada no discurso pela metáfora “tira a gente da zona de conforto”. T22 entende também a EP como “uma chamada para a saída do automático”, fazendo com que o profissional atente para as mudanças que acontecem no serviço.

Olha, durante o serviço às vezes a gente entra num estado automático, de responder coisas no automático. E eu vejo assim, a educação permanente como uma chamada para a SAÍDA DO AUTOMÁTICO, né? Muitas vezes os conceitos mudam, mas às vezes a gente TÁ TÃO NO AUTOMÁTICO, que a gente tem noção daquilo, mas a gente não sabe às vezes como colocar, né? (T22).

O uso da metáfora “estado automático” evoca ações num processo de trabalho que independem da vontade consciente. Nesse contexto, a EP é um dispositivo que pode disparar estados não automáticos, em um processo que depende da consciência para a atuação profissional. Nesse sentido, desacomodar é condição para se abrir ao novo e reciclar-se. A afirmativa categórica *TÁ TÃO NO AUTOMÁTICO* é seguida pela explicação de que, apesar do conhecimento, acaba por lançar mão da comodidade, utilizando-se das repetições de atitudes que são aceitas socialmente pela equipe e pelos usuários.

A acomodação gera o desestímulo, que aos poucos leva a um retorno ao cotidiano sem perspectivas, que é referido na perda da graça, no excerto 05. Temporalmente, indica um processo de perda gradual, *vai perdendo*, da atualização e da força no trabalho. A EP, identificada numa avaliação valorativa como importante para a reativação do ânimo, é representada com a metáfora, *gás*.

A gente vai ficando meio desestimulado. Então, a educação profissional... permanente, eu acho que ela traz pra gente, além da atualização, o gás... que às

vezes a gente vai perdendo aos pouquinhos, perdendo a graça. Então eu acho que é superimportante (T09).

A educação permanente é comparada também com o aprendizado formal, realizado por meio de cursos que proporcionam aperfeiçoamento e adequação às coisas novas (T18). O substantivo *coisas*, no cotidiano da UBS, pode se referir a protocolos, a procedimentos, às novas orientações da gestão local, distrital e municipal e às demandas do atendimento em geral. Assim, há um *tanto de coisa* que precisa ser atualizada.

O enfermeiro acompanhando junto com a gente no dia a dia... passando no caso, as coisas novas... e não só o enfermeiro também não... no caso a gente também tem que se atualizar... igual agora tá tendo, no caso da vacina, tá tendo esse curso aí de vacina que foi até com esse curso é que a gente tem visto o tanto de coisa que a gente tem feito e que já não é mais... [para de falar, faz gesto com os ombros indicando que não é mais praticado] (T17).

(01) Educação permanente? É... [fica olhando para mim] a gente tá sempre atualizando os protocolos, vacina, farmácia... [para e pensa] é tá sempre tendo curso pra gente poder atualizar, pra não ficar o atendimento, pro atendimento não ficar defasado (T18).

Os resultados indicam que é frequente entre os profissionais se referir à EP como treinamentos, atualizações e capacitações, por meio de cursos de diferentes extensões. Os enunciantes destacam os cursos como ferramenta de atualização, temporalizando sua oferta, que precisa ser contínua, pensando na evolução dos conhecimentos e formas de fazer. Modalizam o discurso ao afirmar a obrigatoriedade da atualização, *tem que se atualizar*.

O cotidiano é marcado por repetições que reproduzem uma regularidade de ações nos serviços. Nesse cotidiano, *os cursos* cumprem a função de romper coma rotina ao possibilitarem atualizações.

É essa mudança mesmo... Porque qualquer curso que você faz, formou, bonitinho... mas muda. Ano que vem já tem alguma coisa nova tanto na Medicina, quanto pra dentista, quanto para a Enfermagem... Então você tem que acompanhar... que você tem que evoluir, tem que acompanhar, ir se ajustando, né? Igual curativo, todo dia uma novidade, uma cobertura diferente, uma forma de conduzir diferente. Então se você não tem esse acompanhamento você fica defasado de informação (T17).

Quando você pergunta assim de uma vez, a gente tem que pensar um pouquinho... Olha, o que eu entendo assim, de educação permanente, é uma atualização com os profissionais de acordo com a demanda que a gente vai visualizando no serviço. Então, assim, as dificuldades, os problemas, para potencializar os profissionais pra melhoria daquele atendimento (T15).

Acrescenta-se que o vocabulário e tempos verbais, nos enunciados dos participantes, informam temporalidade nas indicações de continuidade, assim como informam também modalidade nas afirmações positivas e categóricas (*você tem que acompanhar, tem que evoluir*), demonstrando a preocupação com o acompanhamento do novo conhecimento e das novas tecnologias aplicáveis no serviço de saúde.

[...] e sempre os cursos de capacitação dentro da nossa área de abrangência. [...] É tudo aquilo que nos é passado, a gente tem o cuidado em estar praticando aquilo ali diariamente (T01).

Tô sempre fazendo esses cursos porque eu acho que também é uma outra forma de adequar. E tenho passado pros colegas, outro dia passei o link pros colegas médicos daqui, porque eu vejo que muitos às vezes não sabem dos cursos e não fazem por isso. Então eu passei pros colegas e falei: “Ó gente, acessa, os cursos são muito bons, adequados com as normas do Ministério, com as normas técnicas, com a melhor de... divulgação, os cursos são sempre reciclados, em termos do assunto, então sempre o assunto novo, né? De acordo com a literatura”. Então eu acho que a é forma da gente se capacitar (T12).

Outros discursos revelam a dimensão do acesso aos saberes profissionais ao representar a EP na dimensão “teórica” que conforma o pensamento hegemônico sobre os processos educativos. Assim, ficar na prática pela prática tem menos valor no discurso, sendo necessário “teorizar” para qualificar a prática, continuamente (*sempre melhorando*).

(02) Olha, eu acho que educação permanente, quando eu penso em educação permanente eu penso em você alinhar a teoria à prática, né? Eu acho que a teoria é um condutor pra você poder trabalhar, né? Acho importante você estar em contato com a teoria. Então, eu acho que educação permanente é você, de tempos em tempos, ter esse contato, essa reflexão, né? Estar acrescentando também pra sua prática, né? Pra gente não ficar também só na prática pela prática, pra gente ter uma reflexão, um momento de trabalhar a questão teórica. [...] A gente comentando aqui que no início tinha muita coisa, muito curso e não era chamado de educação permanente. De repente eles mudaram o nome pra educação permanente e aí a gente não poderia fazer mais que dois por ano. Então, assim, até isso eles diminuíram. É, restringiram (T25).

Importante destacar que os participantes sinalizam que a oferta da EP é de responsabilidade institucional, marcando seus discursos por avaliações de que essa oferta tem sido restrita ou não tem acontecido como se esperaria, *sequencial*, atribuindo a isso o desestímulo no cotidiano do trabalho.

[...] eu acho que você falar de educação permanente tinha que ser assim, *sequencial*. Saiu um curso, entra outro. Não deixa esse espaço entre um e outro não,

porque isso até desestimula a gente. Então se tivesse um rodízio, se fosse contínuo mesmo, permanente... (T17).

Num tom de julgamento da instituição, os profissionais afirmam que não têm horário protegido na agenda para a EP, bem como explicam a quebra da oferta de dispositivos como a teleconferência e os cursos, temporizando a comparação do antes e do depois, referindo-se à gestão atual. A avaliação valorativa negativa, do enunciante T14, ao utilizar a expressão *verdadeiramente de EP*, coloca em xeque se tal processo tem acontecido no cotidiano da UBS.

[...] estando em uma instituição como PBH, através de programa da instituição que visa educação permanente, como cursos, atualizações, simpósios, congressos [...] sendo que nós não temos um horário protegido mais nas nossas agendas com educação permanente [faz gestos que informam negatividade e uma expressão facial de crítica], isso é uma falha na gestão atual do PBH porque na gestão anterior nós tínhamos garantido os núcleos, os NEPS, [núcleos de educação permanente]... a gente tinha os núcleos de estudo, a gente tinha encontros quinzenais, mensais pra gente... tinha um horário protegido na agenda para a educação permanente e hoje em dia a gente não tem (T13).

Bom, a gente sabe que existe autodidatismo. Existe até mesmo depois que a pessoa já formou, graduou, ela pode assim, autodidaticamente ir avançando. Todavia, se ela tivesse vinculada a um programa verdadeiramente de educação permanente, eu acredito que os passos seriam mais rápidos e mais na direção necessária vinculado às necessidades do trabalho. Acho que a educação permanente, talvez assim, ela peque porque muitas vezes ela fica fora do horário de trabalho, né? (T14).

[...] Agora a questão da educação permanente mesmo, de cursos, disso daí... [faz gesto com as mãos, indicando que a EP está fora dela. Olha-me com expressão facial de quem quisesse aprovação. Eu faço gesto com ombro, não sei]... ela continua: tá! A prefeitura tá nos devendo. Tem muito tempo que a gente não tem algum curso, sabe? O ano passado nós não tivemos mais teleconferência, que antes a gente tinha todo mês, discutia-se um tema. E a gente como profissional, também, como que você faz? A prefeitura faz oferta limitada a um determinado tipo de procedimento, cê acaba também já meio desestimulada pra fazer... eu já fiz muitos cursos na minha vida. Tenho não sei quantas horas de curso pós-faculdade. Agora tem muito tempo que eu não faço (T09).

Os participantes revelaram, ainda, que a oferta é fragmentada por procedimentos ou por categorias profissionais, nos enunciados de T15, T24 e T11, requerendo análise da necessidade de se resguardar o caráter multiprofissional e interdisciplinar da EP. Acrescenta-se que imiscuem o aprendizado na prática cotidiana do trabalho.

[...] assim a gente tem uns cursos que a prefeitura disponibiliza, né? Então eu nesse período todo que eu tô aqui, eu fiz um curso, que foi de atualização antirrábica. Então, assim, eu acho que pelo menos para parte médica, né? Eu sei que teve várias outras propostas de sala de vacina, sala de curativo, acolhimento,

várias outras partes, mas pelo menos dos médicos participando eu achei que foram poucas, né? Pro tanto de demanda que a gente tem e o tanto de atualização mesmo que acontece... mudança de protocolo, de tudo assim, então acho que é pouco ainda para o que acontece. Acaba que a gente aprende na prática vai procurando saber também. Quando dá alguma coisa errada, eles mandam de volta e aí a gente vai saber o que que está acontecendo de diferente (T15).

[...] eu só acho que tem que acrescentar, sabe? Eu acho que educação permanente... o SUS poderia fazer até mais, trabalhar mais nisso com vários profissionais. Eu vejo que tem pra algumas categorias, não tem pras outras... eu acho que isso é uma forma de estimular o profissional a estar sempre engajado no serviço. Eu acho que o conhecimento nunca ocupa espaço, então precisa sempre ter... (T24).

[...] Isso é uma das coisas que a gente tem colocado [...] que a gente sente muita falta, porque todos os profissionais, em algum momento, eles são chamados pra alguma capacitação (T11).

T24 afirma, por meio da metáfora *conhecimento nunca ocupa espaço*, uma crença de que o saber é infinito, referindo-se à oferta de cursos pela instituição como forma de estimular o profissional, colocando, também, em evidência, uma condição do engajamento do profissional no serviço.

O engajamento refere-se à noção da EP no cotidiano do serviço de saúde. Interdiscursivamente os profissionais afirmam que o trabalho é o objeto central da EP, remetendo às práticas discursivas produzidas no campo da saúde na última década. O interdiscurso da OPAS (2010) relaciona-se ao sentido de a EP possibilitar transformações das práticas profissionais no cotidiano dos serviços de saúde, a partir da realidade do trabalho, significando uma ideologia da práxis cotidiana.

A EP não é curso, não é teleconferência, não é palestra, mas é algo que acontece no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho. Por outro lado, ao valorizarem cursos e treinamentos os participantes atribuem à instituição a responsabilidade pela oferta institucionalizada da educação permanente num interdiscurso do Ministério da Saúde e da Prefeitura.

Acho que o espírito da educação permanente é que isso acontecesse durante o horário de trabalho. E ficasse vinculado às necessidades do trabalho. Às vezes a gente encontra pessoas que sai fazendo cursos aí, né? Sei lá, né? Ele cisma de fazer um curso, uma coisa estratosférica aí e vai e faz. Isso não é educação permanente. Educação permanente é para o trabalho certo! Para as necessidades do trabalho. [...] Então, mostrando, assim, as lacunas da educação permanente. Educação permanente, pra mim, assim, não é teleconsultoria, certo? Não é palestra, certo? Isso tudo eu acho muito interessante. Uma biblioteca, por exemplo, eu costumo assistir, gosto muito das teleconsultorias. Assisto em casa, aqui não tem como, né? Mas isso não é educação permanente. A educação permanente é aquela que

permitisse, conforme a demanda, conforme a necessidade, certo, naquele instante eu ter condição de acessar e ter uma resposta, para uma atitude melhor (T14).

Outros trabalhadores revelam pragmatismo e espontaneidade, associando a EP ao que se aprende para colocar em prática no trabalho.

Eu entendo educação permanente... os cursos que a gente faz nesse período de trabalho, focado no trabalho... que a gente possa trazer pros pacientes, pra unidade... porque permanente é conhecimento, eu acredito, né? Não se é isso que vocês fazem... que é certo. Eu entendo como se fosse isso, tanto pela Prefeitura dando os cursos, quanto por a gente mesmo. Então eu entendo isso como educação permanente, dentro do serviço. Talvez seja mais vinculado ao serviço, serviço próprio, seja mais direcionado... (T24).

É muita coisa nova, muito aprendizado, então tá sempre surgindo coisa nova. Então eu creio que... a gente ainda tá com aquele receio de, desses cursos que a gente tá fazendo que tá falando que a gente vai ter que aprender a aferir pressão, umas coisas que a gente acha que é mais de técnico de enfermagem, né? Mas eu me vejo [...] tudo como aprendizado. O que vier pra mim que for pra aprender, pra mim é lucro (T7).

Olha, eu... o que eu vejo assim.. é que a educação permanente, assim, precisa acontecer melhor, sabe? Que às vezes a gente é colocado no setor e não tem aquele acompanhamento assim, sabe? Às vezes põe na vacina que é um setor muito complexo, que a gente precisa de informação, precisa de saber muito detalhe e quando você vai ver você já tá fazendo várias coisas há muito tempo e que já tem muito tempo que aquilo já caducou... que não é assim mais que tá fazendo, então é... [...] na hora que a gente tem qualquer dúvida, qualquer coisa, às vezes a gente tem que ligar na imunização, no caso da vacina, né? Então eu acho assim, que a gente é pouco... Como que eu posso falar? Pouco assistido, sabe? [...] Então eu creio que a educação permanente é uma coisa muito importante pra gente, principalmente na nossa área na questão da biossegurança, né? Porque às vezes os conceitos mudam e as normas mudam e nem sempre a gente tem acesso a essa informação. Antigamente, na prefeitura, todo final de ano a gente tinha as oficinas, né? [...]. A gente fica muito preso no que a gente aprendeu há muitos anos atrás. Então eu acho que seria importante essa questão da gente estar sempre fazendo curso de aperfeiçoamento, né? É muito importante, né? Principalmente nessa área da biossegurança (T22).

A metáfora “pra mim é lucro” refere-se ao novo aprendizado que se acumula. Do mesmo modo, T7 e T22 reportam-se à necessidade de atualização contínua para que o que se sabe não fique caduco e seja útil aos dias atuais.

O novo parece ser o combustível da EP no cotidiano, que proporciona oportunidade para o aprendizado, estabelecendo um movimento de continuidade.

Eu acho que a gente sempre tem que estar aberto pras novas opções, pra novas experiências, expectativas... Eu vivo muito nas expectativas... e sempre quero uma nova. E as experiências também... sempre quero uma nova... então a gente tem que

estar pronto pra isso. E o que for, que tem a ver com coisa de hoje, atual... o que vier amanhã a gente tem sempre que buscar o melhor... Permanência não pode existir... acho que permanência é permanecer hoje... amanhã... é pensar no futuro. Isso que eu acho que é educação permanente... a gente sempre estar se educando... (T3).

[...] Deixa eu pensar... Acho que a gente tá em constante aprendizado. A gente, todo dia surge coisa nova. A gente... nós não temos uma rotina assim não... a gente tem sempre alguma coisa nova que a gente precisa disso. E muitas vezes, a gente não estuda só com quem está dando... aula, a prefeitura fornece os protocolos pra gente. Constantemente tem que ir no protocolo, dar uma estudada, isso pra mim é uma educação que constantemente se faz. Mudança de protocolo, tem que verificar. Então eu acho que tem várias atividades que é [sic] constante (T10).

Os participantes T13 e T1 mencionam a relação indissociável que se estabelece entre trabalho e aprendizado: enquanto se trabalha, se aprende.

Bom, educação permanente significa que, como o próprio nome diz, durante todo o tempo em que você está trabalhando você também está aprendendo seja através, uma iniciativa individual do profissional, de se atualizar, de estudar um caso que não conseguiu resolver, se atualizar através de diversos programas de atualização que existe, de protocolos novos, [...] educação permanente seria isso, você está trabalhando e também está aprendendo (T13).

[...] É um sistema de aprendizado contínuo que a gente tem em relação ao nosso trabalho. E (?), em cima das nossas atividades e de contínuo [...] É que a gente sempre tá, tipo, a gente sempre tá aprendendo (T1).

Foi possível identificar a relação temporal de continuidade que se constrói sobre a EP, como aquela que se processa continuamente, ao longo da vida, a ponto de naturalizá-lo no cotidiano do trabalho, tornando as pessoas melhores.

Obviamente então, que a gente vai pensar, se a gente vive no ambiente de educação permanente, ne? A gente encontra um profissional no início de sua carreira e depois a gente encontra com ele, sei lá quanto tempo depois, necessariamente esse profissional tem que estar muito melhor. Certo? [...] pela própria natureza humana, se todos nós sempre queremos melhorar, esse é o movimento natural de tudo, certo? [...] (T14).

[...] Bom, eu acho que educação permanente é a continuidade dum processo realmente da capacitação e mudança dos hábitos das pessoas diante daquele tema abordado. É... e eu acho assim, fundamental, de fundamental importância que essa educação permanente seja de fato permanente, para que a gente não tenha prejuízo no serviço, nos processos. Principalmente, de assistência, organização de fluxo, num é, enfim... nos diversos temas que a gente atende e... tem as possibilidades de abordagem (T11).

Entrar em contato com o novo é o que proporciona experiências e maturidade para a ação no cotidiano, atribuindo-se à EP uma dimensão que extrapola a educação profissional com finalidade de formar aptidões para a vida produtiva e social.

Os achados indicam que os discursos sobre EP transitam entre a representação de reciclagem, atualização de conhecimentos, desacomodação e transformação da prática e aprendizado para/ao longo da vida. Para revelar essas representações, o discurso é marcado pelas categorias de vocabulário, interdiscurso, temporalidade, ideologia e modalidade.

A reciclagem compõe o universo vocabular dos profissionais de saúde ao relatarem a EP. Entendem que reciclar, no seu sentido utilizado na área de reprocessamento de materiais, diz respeito à reutilização de parte útil dos dejetos e reintrodução no ciclo de produção, podendo ser considerado também como o ato de se reprocessar algo quando é necessário aprimorar suas propriedades ou melhorar o seu rendimento (ARAÚJO *et al.*, 2017). Reciclagem para profissionais de saúde remete à formação complementar dada a um profissional para permitir que ele se adapte às inovações tecnológicas e científicas.

Ora, um produto é algo que resulta de determinado processo de trabalho, como aquilo que pode ser medido de acordo com certas especificações e referenciais de qualidade. Enunciado pelos profissionais de saúde, a reciclagem volta-se para o entendimento de que o profissional precisa ser recuperado no sentido de resgatar sua funcionalidade e tornar-se útil na cadeia produtiva da saúde.

A adoção do termo reciclagem, no campo da educação profissional em saúde, remonta a concepções vigentes nas décadas de 1950 e 1960 frente ao modelo desenvolvimentista no Brasil, que adotaram também, no final da década de 1950, o discurso internacional, inspiradas na teoria do capital humano de Theodore W. Schultz. Em uma visão pragmática, os profissionais eram recursos que deveriam ser reprocessados, recuperados ou aprimorados conforme a necessidade tecnicista (MENDONÇA *et al.*, 2006).

Essa forma de pensar orienta o planejamento econômico proposto pela estratégia da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), que passa a preconizar o desenvolvimento integrado como instrumento de superação do subdesenvolvimento, influenciando a política

educacional brasileira, especialmente a partir da segunda metade dos anos 1960. Conseqüentemente, no campo profissional passa a imperar a concepção tecnicista, refletindo em cursos de reciclagem e atualização alinhados ao ideário hegemônico que reforça a saúde como um setor produtivo (MENDONÇA *et al.*, 2006).

Acrescenta-se que, no Brasil, a década de 1960 foi marcada pela ditadura militar, na repressão às práticas democráticas. Nesse contexto, a educação profissional era voltada para a adequação ao processo produtivo, cujos investimentos visavam à política desenvolvimentista com forte viés economicista. Nesse cenário, era preciso produzir profissionais competitivos e facilmente adaptáveis à máquina produtiva. Para tanto, a abordagem tecnicista era a orientação dos modelos de ensino, numa visão pragmática e instrumentalista da realidade (MENDONÇA *et al.*, 2006).

Nas duas décadas seguintes, um novo movimento se contrapôs à concepção de adaptação da educação, especialmente na década de 1980, num processo de discussão e construção de um novo sentido, que posiciona a educação dos profissionais da saúde frente ao trabalho. Essa concepção é reforçada pela OPAS na América Latina, como a educação com foco no trabalho em saúde. Nessa vertente, a educação dos profissionais visava ao aprendizado no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (MENDONÇA *et al.*, 2006).

A partir de então, a influência da OPAS começou a ser explorada numa perspectiva de instrumentalização para o trabalho na preparação trabalhadores da saúde para a área de saúde. A exemplo, o Ministério da Saúde adotou esse termo ao apresentar, em 1996, na X Conferência Nacional de Saúde (CNS), um plano de ordenamento da capacitação, formação, educação continuada e reciclagem dos recursos humanos em saúde. Nessa época, a educação permanente voltava-se para a capacitação dos profissionais como forma de atualização técnica com foco no trabalho (MARQUES; EGRY, 2011).

No atual âmbito da saúde, é preciso desenvolver competências para atender à demanda de incorporação de tecnologias de diferentes naturezas. Entre essas tecnologias, os achados indicam os protocolos, novos procedimentos e saberes, que chegam de forma descendente aos serviços. Essa noção está presente desde as normalizações federativas que influenciam o campo. Em consequência, é preciso atualizar e ajustar para não se tornar obsoleto.

Dessa forma, a EP é apresentada nos discursos por meio dos termos reciclagem, atualização e treinamento, que referenciam a preparação dos profissionais frente às inovações tecnológicas nos serviços de saúde. Atualizar-se é a adequação ao tempo presente e à modernização, é passar da potência ao ato ou da virtualidade à realidade. Aristóteles afirma que a potência e o ato se definem pelas suas relações mútuas, sendo a potência uma capacidade e o ato o complemento, aquilo que a realiza (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). Inere-se daí que a atualização como modo de operar a EP representa a possibilidade de colocar em ato a capacidade inerente aos profissionais. Atualiza-se para que eles possam realizar o que se espera no processo de trabalho.

Foucault considera que atualizar é enxergar, em dado momento, o lugar onde estamos, buscando nas repetições e diferenças a relação de continuidade ou ruptura. É diagnosticar o presente para enxergar nele o lugar onde estamos e estabelecer o que se constitui, no presente, em suas repetições e diferenças, presente-repetição, presente-diferenças (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

No sentido de atualização, nos excertos, pode-se dizer que os profissionais enxergam a atualização por meio de cursos e treinamentos como forma de romper com as repetições de ações que acreditam ser o certo, reconhecendo diferenças entre o que se estabelece nos cursos e treinamentos atuais e entre o que fazem e o conhecimento que se entende como a verdade atual. Ou seja, encontrar no presente o que é e o que não se é mais ou encontrar no presente o que são e o que não são mais.

Essa verdade atual, observada pela cronologia, pode funcionar como uma contingência do presente, desestruturando-o como processo histórico. A atualização deve ser, então, aplicável no confronto entre o presente (dificuldades e problemas que os profissionais percebem em seu cotidiano) e o vir a ser. O cotidiano na UBS apresenta demanda hierarquizada e heterogeneizada por tipos, significados e importâncias de problemas e necessidades, que nem sempre são demandadas aos formadores, para orientar o processo de EP. Muitas vezes, a atualização vem dos demais níveis hierárquicos e chegam até os profissionais sem problematização.

Em referência à hierarquização, essa é parte orgânica do cotidiano, no qual suas prioridades são estabelecidas de acordo com as necessidades de cada um. Por isso a vida cotidiana é também heterogênea (MAFRA, 2010).

Na unidade básica analisada, os profissionais vivenciam dilemas no que diz respeito às necessidades subjetivadas por eles e aquelas demandadas pelos níveis gerenciais superiores. Villa afirma que a discussão da organização da atenção primária à saúde tem sido feita a partir da noção que os gestores têm do trabalho, sem que se consiga vislumbrar as dificuldades e a racionalidade que regem a prática dos demais trabalhadores na realidade cotidiana (VILLA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, os achados demonstram a insatisfação dos profissionais que indicam que os movimentos de EP priorizam o aprendizado para a técnica, demandado pela gestão superior, deixando a desejar os processos reflexivos que associam teoria e prática, demanda da gestão superior e do coletivo de trabalhadores. Os movimentos institucionais de EP, ainda que sejam denominados de atualização, pouco contribuem para interrogar o presente, no sentido de sua repetição. Eles parecem não se tratar de atualização, mas de repetições sob novas maneiras de atos e ações já existentes. Nessa direção, os movimentos institucionais de EP contribuem para a dimensão técnica, prática da ação no cotidiano com a repetição que lhe é peculiar, gerando automatismo e espontaneidade.

O automatismo é característica do economicismo, com repetição de atitudes socialmente aceitas. Nesse processo, modulam-se as ações que permitem que sejamos mais rápidos e breves no decorrer da vida cotidiana, quando o tempo e o esforço ficam aquém do necessário e esperado, levando ao uso prático das coisas. A espontaneidade diz respeito ao não pensado ou planejado, com atitudes em decorrência daquele momento específico, sem considerar as consequências futuras, valendo o aqui e o agora (MAFRA, 2010).

Os achados permitem a compreensão de que alguma estratégia de EP contribui para gerar automatismo e espontaneidade, enquanto outras tiram da zona de conforto, desacomodam. Essa metáfora, “sair da zona de conforto”, quer dizer a desacomodação da posição em que os sujeitos se encontram, buscando a transformação no cotidiano.

Acomodar é se sentir confortável em determinada situação. Logo, pressupõe-se que desacomodar é tornar incômodo, tirar do lugar que lhe é confortável. O agir cotidiano tende a um processo de repetição que, uma vez apreendido e aprendido, torna-se confortável. As repetições são parte do cotidiano como produto de assimilação das relações sociais que contribuem para a cotidianidade, cujo aprendizado se dá sempre em grupo (MAFRA, 2010). A desacomodação contribui para o não cotidiano, a situação em que os homens lançam mão das suas subjetividades, pensando além de si, e incorporam o coletivo como foco de reflexão e ação.

Nesse processo, as situações novas confrontam o homem particular, que busca na sua subjetividade os elementos da genericidade, pensando além de si, o que lhe proporciona sair do cotidiano e retornar a ele modificando esse mesmo cotidiano. Nesse movimento, cria-se o desenvolvimento que vai além de si, pois que envolve o coletivo ao qual os sujeitos pertencem (VERONEZE, 2012).

As situações novas fazem com que o sujeito transite por espaços e experiências diversas, podendo então ser ativado para a ampliação do olhar e para a desacomodação. O sujeito, ao ser desacomodado, ou seja, ficar desconfortável no lugar que lhe é devido, a partir da compreensão de que a realidade é complexa e mutável, dá oportunidade para o crescimento próprio e do seu meio.

Deve-se estar atento para que, diante dos avanços tecnológicos, não se tenda ao pragmatismo tecnicista e espontaneidade observados em alguns achados, quando os profissionais associam a EP ao que se aprende para colocar em prática no trabalho. Correm o risco de agirem de forma imediatista, sem problematizar e relacionar o conhecimento à realidade que o rodeia.

A ciência, ao ser transformada em tecnologia para a produção, transforma-se no pragmatismo presente na vida cotidiana, em repostas a funcionamentos práticos, fazem parte e dão mobilidade de ação na rotina do dia a dia, caracterizando a vida cotidiana pelo imediatismo e espontaneidade, num sistema de mediações que se desdobram de acordo com as características dadas no social, econômico e cultural (VERONEZE, 2012).

Esse pragmatismo e espontaneidade acabam por limitar o humano-particular, que por vezes pode transitar entre ele e o humano genérico, ou seja, objetivações em si e para si, do

pensamento de preservação no cotidiano ao de transformação do mesmo. Mas, para isso, além do trabalho como mediador, outros mediadores são necessários para o despertar da criatividade e processos de mudança (MAFRA, 2010).

A educação permanente pode ser considerada uma mediadora de mudanças, possibilitando crescimento do ser humano para lidar com o mundo, reinterpretando a realidade, num movimento constante em ciclos permanentes (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Todo ser humano precisa sobreviver no cotidiano e, para isso, apropria-se dos usos e costumes, mas nas experiências que a vida lhe proporciona muitas vezes precisa buscar fora do mundo particular respostas que não lhe são dadas (MAFRA, 2010). Logo, ao entrar em contato com o novo, este vai lhe proporcionar novas experiências e maturidade e, ao retornar ao seu cotidiano, traz consigo novas formas de enxergá-lo, ressignificando-o. Esse movimento conduz ao crescimento que se dá por toda a vida, na medida em que se busca aprender fora da particularidade de sobrevivência.

Os achados mostram também que é valorizado o alinhamento da teoria à prática no cotidiano do serviço na UBS, aparecendo como uma vertente da EP que permite o desenvolvimento menos objetivante e mais motivador para uma práxis transformadora, ao se questionar a prática pela prática, que não proporciona desenvolvimento no cotidiano do serviço e do trabalho em saúde.

A teoria é uma forma não cotidiana de pensamento, que contribui para o desenvolvimento humano, mas essa teoria pode permanecer imersa na cotidianidade, não representando desenvolvimento para o coletivo (VERONEZE, 2012). Nesse processo, o homem pode ser consumido na fragmentação em seus papéis sociais e viver de forma estereotipada, com assimilação das normas dominantes, na particularidade e de forma conformista, atribuindo a outro a sua responsabilidade.

A fragmentação da oferta de cursos por categorias ou temáticas pode constituir e fortalecer espaços de hegemonia disciplinar, interferindo nas relações microsociais, entre as profissões, na produção do trabalho e atenção à saúde. Essa maneira de organizar a EP é contraditória aos pressupostos da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. Ao se pensar no cotidiano e

nas necessidades de um campo interdisciplinar, os discursos sinalizam avaliações negativas ao modo compartimentalizado, indicando a valorização sobre o aprendizado a partir dos coletivos, em processos contínuos.

A construção de espaços solidários proporciona consciência do inacabamento e das incertezas, possibilitando a ideia de que a educação permanente deve ser um processo contínuo que emerge como um espaço de reinvenção dos sujeitos (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

O aprendizado contínuo ou ao longo da vida carrega a visão de que o homem é um ser inacabado, e para sobreviver num mundo em evolução precisa aprender continuamente. E a educação institucionalizada não é o único espaço de aprendizado, mas todos os momentos da vida em sociedade, todos os espaços onde há o compartilhamento de saberes no cotidiano (COSTA *et al.*, 2018).

Considera-se que a EP no setor saúde pode provocar processos de mudança nos diversos espaços, numa prática social que deve incluir trabalhadores e usuários (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017). Assim, o serviço de saúde na UBS configura-se como um espaço potencial para a educação permanente.

Identificou-se que há várias noções de EP, influenciadas por formulações em diferentes contextos, dos quais emergem vocábulos com significados culturais diversos, que informam a coletivização do discurso. Nos achados acerca da prática de EP como reciclagem, atualização e desacomodação e sua correlação com as repercussões no modelo assistencial, ficou claro que a desacomodação proporciona ação e reflexão, levando a mudanças positivas na atenção aos usuários. No entanto, reciclar e atualizar constituem uma necessidade de readequação do profissional em relação às normatizações, protocolos e direcionamentos de níveis hierárquicos da gestão. E proporciona adequação às tecnologias, sem necessariamente provocar mudanças no modelo de atenção.

Ao valorizarem cursos e treinamentos, os participantes atribuem à instituição a responsabilidade pela oferta e institucionalização da educação permanente num interdiscurso do Ministério da Saúde e Prefeitura. Mas reconhecem e valorizam a EP no cotidiano como

prática social capaz de proporcionar transformações nos processos de trabalho e na atenção aos usuários.

Potencialidades intrínsecas aos trabalhadores e usuários destacam forças possíveis que podem dar potencialidade à EP e provocar mudanças. Como implicações para a prática, recomenda-se ampliar a discussão sobre a potência do cotidiano com os profissionais, para ativar o reconhecimento e valorização das estratégias de EP como instrumento de mudança nas práticas sociais.

Tal constatação, por exemplo, é enfatizada quando a discussão quantidade *versus* qualidade é suscitada durante a ação educativa na sala de coleta de materiais para exames. Os presentes na ação lançam mão da reflexão e busca de melhorias no processo de trabalho voltadas para a assistência ao usuário, como aquele que precisa da qualidade na atenção prestada. Não se pode deixar de ressaltar que inicialmente responsabilizaram a gestão, o que pode ter relação com a facilidade que temos em conseguir ver os aspectos limitadores para algo ligados a outros, e não a nós mesmos.

Na cena supracitada, a potencialidade da educação permanente é mostrada no encontro entre os trabalhadores e entre os trabalhadores e os alunos. Estes últimos, em observação do processo de trabalho, levam problemas que são discutidos com a gestão local, desencadeando ações educativas desenvolvidas com metodologias ativas que provocam o despertar dos sujeitos para o protagonismo, embora se autojulgassem impotentes e dependentes da gestão local e hierarquicamente acima dela.

As situações observadas que envolvem “maior complexidade”, como dos usuários das áreas de alto risco, suscitam discussões que envolvem não somente a ação da equipe, mas também a necessidade da intersetorialidade e interdisciplinaridade. Tais reflexões, e consequentes mudanças na assistência aos usuários, são provocadas pelo encontro das equipes mínimas da ESF com o NASF, significando uma força possível para o desencadeamento de EP e mudanças no modelo assistencial. Nessa questão, a potência é o trabalho compartilhado com diferentes atores, que carregam caixinhas de ferramentas com diferentes estratégias que ao se misturarem e refletirem (trabalho interdisciplinar, multiprofissional) ampliam a visão e, consequentemente, a forma de agir e pensar. O NASF congrega atores diferenciados que

potencializam o conhecimento da equipe mínima da ESF, sendo considerado um campo de força que agrega mais possibilidades para as mudanças, como metodologias ativas - apoio matricial, estudo de caso - que são defendidas para atuação do NASF.

Situações de difícil manejo mostram força potencial advindas do confronto com os usuários, cuja insatisfação se objetiva em abordagens muitas vezes violentas ou desagradáveis para os trabalhadores. O usuário, quando se altera, provoca reação que pode ser entendida como violência ou como potencial para mudança, dependendo do que essa situação provoca e é entendida pelos trabalhadores. No entanto, observou-se a desnaturalização da violência, tirando-a do lugar comum de reclamações e insatisfações, para uma reflexão e discussão coletiva com indicação de necessidade de mudanças de posturas e atitudes dos trabalhadores, como, por exemplo, priorizar o atendimento ou solicitar ajuda para a abordagem ao usuário.

Outras situações de difícil manejo são provocadoras como aquelas situações que envolvem a complexidade de problemas e necessidades de usuários, trazendo para a cena outros atores, como a assistente social do Conselho do Idoso e trabalhadores do CRAS para a discussão e intervenção, trazendo discussões e reflexões sobre situações de usuários em situação de alta vulnerabilidade, como idosos e portadores de distúrbios mentais. A assistência extrapola os muros e chega aos espaços onde estão os usuários, assim conhecendo e aprendendo mais sobre suas necessidades.

Diversas situações pedem a educação permanente e, por vezes, se traduzem em cenas de EP no cotidiano. Dessa forma, se configura como processo potencial que traz à reflexão os incômodos e a necessidade do olhar diferenciado, para desnaturalizar situações complexas e buscar a mudança necessária.

Aspectos vinculados à mudança da gestão municipal e local também provocaram os sujeitos a saírem da zona de conforto. Muitas reuniões e movimentos de discussão, interação e encontros entre os trabalhadores e entre este com os usuários foram requeridos e realizados. No processo de mudanças na UBS, observou-se o protagonismo da gerência local, que foi força potencial para despertar também o protagonismo nos trabalhadores e nos representantes dos usuários, na comissão local, evidenciados pelas constantes reflexões produzidas.

Capítulo 3 - Mudança de modelo assistencial: correlações da educação permanente no cotidiano do serviço na unidade básica de saúde

Foi possível identificar sinais de mudanças a partir da EP no cotidiano da UBS, considerando sinais de mudanças, transformações em atitudes nos atendimentos ao usuário, na organização do processo de trabalho, entre outros. Afirma-se que mudanças relativas a considerar necessidades dos usuários foram registradas em algumas cenas e nestas surgiram elementos potenciais para a EP, como a discussão e busca de solução no coletivo dos profissionais, além da troca de experiências no ato do trabalho.

Mudanças nos modos de assistir os usuários são abstraídas nos enunciados dos trabalhadores, que revelam repercussões positivas dos processos de EP no cotidiano dos serviços na UBS. Os resultados revelaram a aproximações e distanciamentos da centralidade do usuário na atenção à saúde, nos discursos dos trabalhadores e usuários, com preocupação relativa à priorização de tecnologias na atenção à saúde. Já os usuários discorrem sobre ações voltadas para a melhoria de acesso, destacando a centralidade em consultas médicas, exames e medicamentos, colocando nesse modelo necessidades de mudanças.

Os usuários, como dependentes do SUS, demonstram expectativas de melhorias na atenção, conforme prioridade, tempos de resposta relacionada a exames e consultas especializadas.

Olha, eu acho assim, que é preciso muitas melhorias em todas as áreas, principalmente da saúde né? Porque a gente que depende do SUS, às vezes é muito difícil. Eu mesma já fui acometida de cólica renal, eu tenho crises às vezes. E eu já cheguei a ir em centro de saúde que eu não consegui ser atendida e eu achei assim, um descaso, um pouco de descaso. [...] Eu cheguei lá assim com muita dor, ruim mesmo, e eles custaram a me atender. Eu falando com a atendente, que eu precisava, não que eu queria passar na frente das pessoas, mais tinham pessoas que podiam estar esperando mais, aguardando, porque não estavam com dor, estavam só aguardando consulta mesmo. Então, assim, às vezes a gente que tá com dor e é obrigado a esperar, eu acho que poderia tá mudando nesse caso, o atendimento para as pessoas. Porque muitas vezes, a gente entende que todo mundo precisa ser atendido, mas eu acho que nessa questão assim, eu acho que eles não dão muita atenção (U30).

Melhorou, mas tem que melhorar muito ainda, porque exame às vezes demora muito e às vezes também pra marcar um médico também demora muito ainda, então tem que melhorar bastante, tem muuuuito o que melhorar (U17).

Demora, mas atende, né? Mas aqui sobre tratamento ninguém tem o que reclamar não, todo mundo trata bem! Mas só o que demora só as consulta que a gente faz, demora três meses pra poder consultar (risos) (U19) (refere-se a consultas especializadas).

Na Constituição Brasileira de 1988 é destacado o direito social de cidadania, incluindo a saúde, que deve ser garantida por políticas sociais, econômicas e de saúde. Dessa forma, passou a ser considerada, também, como um direito social (BRASIL, 1988). Em 2004 e 2007, a PNEPS traz um discurso da EP como dispositivo para o alcance das mudanças, com o aprendizado no cotidiano do trabalho, envolvendo trabalhadores e gestores no processo.

Os trabalhadores da UBS, ao serem perguntados sobre as mudanças proporcionadas pela educação permanente, detectaram aquelas voltadas para a ampliação da atenção ao usuário, dando-lhe centralidade.

A atenção pro usuário assim, aumenta, né? Fica mais atento àquela pessoa. Você consegue trazer ela pro centro de saúde. Às vezes tem uma... uma demanda de um paciente, que sempre, tá marcando a consulta... ele não vem, ele não vem! Você vai atrás, conversa e consegue trazer a pessoa e criar um vínculo com ela, né? Eu acho que isso é muito bom pro pessoal. [...] Depende do tipo do paciente, né? Se é paciente que tá só com algum diagnóstico, alguma alteração... saúde mental... Cada um é de uma forma. Saúde mental é mais difícil. [...] Às vezes é agressivo, às vezes é... não quer nem te ouvir. Aí tem que ir andando aos pouquinhos, né? Deixar fazer, deixar o limite dele, né? Até conseguir (T6).

Sim, é... Vou dar exemplo de uma mãe que não queria amamentar. Ela passou a gravidez toda falando que ela não ia amamentar. Na cabeça dela, a criança ia crescer de qualquer jeito, independente de estar mamando ou não... e ao longo do tempo eu fui (?) com ela. Igual eu fui dando alguns exemplos... (?) ... do amor que transmite, através desse ato... então assim que ela saiu do hospital... Ela já entrou no hospital com essa ideia, né? De que a partir daquele momento ela ia tentar fazer com que fosse desse jeito, me tendo como referência. E quando ela saiu do hospital, já saiu do hospital amamentando. Pra mim foi, assim, maravilhoso... Saber que eu pude inspirar isso em alguém, porque como eu amamentava antes... [...] (T3).

O enunciado do T6 informado pelos elementos da ACD, de causalidade, avaliação positiva, temporalidade e reflexividade (marcado pelo termo “se”), vincula o efeito positivo da EP na atenção ao usuário ao fato de se importarem com este, numa atitude determinada em fazer a busca do usuário, preocupando-se com a criação de vínculo, respeitando seus limites e sua condição de entendimento, considerando que “cada um é um”. Da mesma forma, pela temporalidade e modalidade no discurso, T3 demonstrou satisfação em se sentir uma referência para a usuária.

Os enunciados trazem comprovações de que a diminuição da verticalidade na interação entre trabalhadores e usuários, com encontros que se dão pelo respeito ao tempo e discurso do usuário, é favorável à mudança no modelo assistencial, podendo ser caracterizada como forças potenciais intrínsecas a cada sujeito, que devem ser exploradas nas interações.

Para Ayres (2004), existe uma tendência à verticalidade entre trabalhadores e usuários e que o trabalho em saúde reclama encontros entre os sujeitos, podendo esses encontros se configurar de várias formas, desde a impessoalidade até a busca de reconhecimento mútuo, numa relação dialógica.

Os trabalhadores afirmam que o retorno dos usuários em relação aos atendimentos é uma indicação de mudança.

O que eu percebo é, em virtude de muitos agradecimentos que eles fazem, quando encontram com algum de nós na rua. Eles agradecem por aquela visita, por aquela orientação. E falar a respeito do que melhorou na vida deles, entendeu? Com a presença da gente, com as nossas orientações. Quanto aos riscos pra saúde e aquilo ali eles falam que nunca imaginaram que ia trazer algum dano à saúde, mas que a partir daquela orientação passada, eles agradecem e veem que mudou muita coisa. Então, a gente vê que houve resultado, entendeu?[...] Então aí a gente tem uma sequência mais rápida, mais fácil. A gente consegue organizar nossa agenda melhor pra gente ter um atendimento e ter uma agilidade mesmo nas atividades, principalmente com eles (T1).

O enunciante T10, lançando mão da causalidade, temporalidade e modo declarativo, fala sobre o tratamento de tuberculose e suas necessidades de conhecer a realidade dos usuários, colocando o trabalho como fonte de aprendizado.

[...]... aí nós discutimos sobre TB [tuberculose], como que chama, pra chamar os acompanhantes... pra chamar os... como é que chama? Esqueci o nome. Ajudo e digo: os comunicantes... Isso, os comunicantes, os contatos todos... como que faz pra ter o tratamento... então, isso tudo toda a equipe tem que saber. [...] Porque a gente faz o TBO, que é o atendimento direcionado com o paciente, então é... a gente estuda o paciente MESMO. Porque tem paciente que dá pra vir três vezes na semana pra tomar medicação com a gente. Duas vezes em casa durante a semana e o fim de semana. Mas a gente vai estudando o paciente, o agente comunitário vai trazendo isso pra gente pra ver se realmente... é uma... poder, ele tomar só em casa, tendo um acompanhamento familiar e o familiar trazer pra gente, é muito mais tranquilo pra ele. Mas quando tem casos, que tem que ser diariamente MESMO, porque nem indo na casa resolve o problema.... tem que ficar bem perto. Então aí ganho é inclusive do agente comunitário que não é formado na área de saúde, tem treinamentos... ele aprende mesmo sobre doença. E isso é mais fácil dele poder captar outros casos, que eu acho que fica mais fácil pra eles. E eles trazem (T10).

A necessidade de conhecer o usuário nos seus hábitos e costumes que vão determinar o uso correto da medicação integra as práticas da ESF, que, na pessoa do ACS, faz um acompanhamento individualizado. Numa relação de causalidade, é evidenciada a necessidade de aprender para oferecer a melhor assistência e, com essa, reconhece que também aprende com o trabalho, mostrando a indissociabilidade da relação trabalho-aprendizado.

O trabalho como fonte de aprendizado é uma premissa da educação permanente. Merhry (2014) confirma que o trabalho proporciona aprendizado e produção do conhecimento e saída do território da imobilidade na complexidade do cotidiano do trabalho em saúde.

Ceccim (2005) comenta:

[...] aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005, p. 162).

Nesse sentido, a equipe, com os conhecimentos científicos sobre a doença e o tratamento medicamentoso, numa objetivação para-si, tem consciência da gravidade e do que pode causar um tratamento incompleto à comunidade, principalmente aqueles que estão mais perto do usuário. A objetivação para-si é manifesta na seriedade da abordagem e do acompanhamento ao usuário portador de tuberculose. Heller (2014) afirma que objetivações para-si são as reflexões mediadas pela ciência, arte, religião e ética, que leva à reflexão da realidade para além da particularidade.

Há também evidências de mudanças no comportamento dos usuários acerca do uso dos serviços de saúde oferecidos pela UBS e nas referências nas especialidades. Essas mudanças são mediadas pelo conhecimento e reflexão do ACS sobre as dificuldades para as consultas na atenção secundária e terciária e a necessidade de o usuário também rever sua posição para a utilização das consultas especializadas.

Ainda tem muita coisa... que as famílias também, são muito ... vejo melhoria. Porque são poucos os que você passa as coisas pra eles e eles te escutam e te entendem. Muitos acham que o SUS "Ah, o SUS é aquilo, é isso, eu perco muita consulta". [...] mas eles... a gente também tem que ensinar o usuário a ter uma reeducação com ele mesmo, porque eles não têm. Eles não têm, eles acham que tudo é obrigação da gente (T3).

Já acostumou com a gente entregar consulta na porta da casa deles, então eles querem tudo... mas pra alguns, que a gente tem acesso, que consegue entender as coisas, eu tô achando que tem melhorado. A gente teve uma baixa de perda de consultas (?), então não tá tendo mais, a gente tá conseguindo conscientizar eles da dificuldade que é quando se perde uma consulta. [...] Eles estão valorizando essa questão de saúde (T2).

A ACS, com o uso da avaliação negativa e avaliação positiva do presente, atribui mudança nos usuários e as relaciona às suas práticas de educação, que podem provocar desacomodação. T2 manifesta consciência de que existem usuários que têm entendimento da necessidade de formação de novos hábitos acerca da utilização racional das consultas especializadas, para as quais a dificuldade de acesso é uma realidade. Em sua opinião, esse usuário precisa ser valorizado. Dessa maneira, conforma-se uma prática voltada não somente para a centralidade no individual, mas também no coletivo de usuários, nos seus territórios, com suas formas de viver.

A centralidade dos usuários, individuais e coletivos, vem de seu território de identidade como aqueles que gastam sua vida de certos modos e não outros, que usam sua capacidade de viver para produzir modos de caminhar na vida, sendo a saúde esta possibilidade de criar seus mecanismos de gastar a potência de viver. Logo, como produtores e portadores das necessidades de saúde (MERHY, 2002, p. 3).

A equipe de saúde da família atua em territórios adscritos à equipe e aos ACS, o que facilita o conhecimento dos usuários e a abordagem oportuna, tendo como uma das características do modelo assistencial à centralidade na família, vista como um agregado de pessoas que vivem e dividem o mesmo espaço de moradia (BRASIL, 2011).

Os usuários, quando indagados pelas mudanças percebidas no serviço de saúde da UBS, da mesma forma, demonstram que houve mudanças positivas, indicando melhorias de acesso na atenção aos usuários, contudo, demonstram, também, valorização da atenção centrada no médico da área de abrangência.

[...] eu acho que, igual aqui na vila melhorou. A gente tem o médico, [...] aqui, melhorou. Ele é excelente profissional e muitos aqui gostam muito dele. O pessoal gosta dele. O que ele estabeleceu aqui nesse lugar acho que foi muito bom. Acho que foi muito bom mesmo. [...] melhorou porque ficou mais perto pra gente né? [...] a gente teria que às vezes ir pra sede, às vezes a gente não tem condição de estar indo de ônibus... quando veio o FEMAM [Fórum de Entidades do Entorno da Área de Influência da Mineração do Acaba Mundo] pra cá e a gente pôde contar com um médico na vila, melhorou muito mesmo, né? Questão da gente ter mais um lugar pra gente estar vindo perto da gente mesmo. Acho que melhorou demais. [...] eu acho que isso tudo foi bom pra vila. Foi bacana, inclusive em processos dele, em assistência médica melhorou muito pra nós. Foi muito importante (U33).

Nossa, eu acho que mudou muito. Separar as equipes, porque quando começou eu não lembro se tinha isso. Mas depois que separou a equipe, então a gente já sabe o horário da nossa equipe, então ficou bem mais acessível. Já começa a ser mais ágil por aqui. Também o atendimento, que tem o nosso médico da família, que fica com a gente. E depois também mudou muito porque a gente não precisa se deslocar daqui pra ir até o posto, que já ajuda bastante. Aqui mesmo marca consulta, aqui mesmo é atendido, então já ajuda muito. Então acho que nesse ponto melhorou muito. Com fé em Deus, a tendência é melhorar (U32).

Nos dois enunciados é possível perceber um discurso modalizado e temporalizado, indicando um antes e um depois a partir da reorganização de local para atendimento de mais fácil acesso aos usuários. No entanto, o foco está na consulta médica, cujo médico tem pertencimento ao lugar e forte vínculo com os usuários, tanto que é chamado de “nosso médico”. Pelos modos adverbiais nota-se que as mudanças foram muito significativas em relação ao acesso à consulta médica.

Duas análises são possíveis. A primeira diz respeito ao vínculo com a comunidade e a segunda à ausência efetiva dos demais membros da equipe, que precisam se movimentar para participar da atenção à saúde, abrindo-se para o envolvimento com a comunidade dentro e fora dos muros institucionais. A esse respeito há de se aprofundar para a compreensão acerca da participação e reconhecimento como integrantes da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família.

A abordagem oportuna favorece o vínculo, dá-se pelo encontro entre trabalhadores e usuários, no território de abrangência ou na unidade de saúde, onde devem acontecer acolhimento, vinculação e contratualizações acerca do cuidado com a saúde, com compromissos mútuos e com participação ativa no processo de decisão e escolhas, considerando o usuário um sujeito autônomo no seu modo de andar a vida.

Nos espaços da assistência, nos quais existe a possibilidade do encontro entre esses atores, deve-se considerar a centralidade do usuário como necessário à reordenação dos modelos assistenciais, representando um desafio para os que querem construir um SUS implicado com a defesa radical da vida do usuário, família e comunidade (MERHRY, 2015).

No processo de acolhimento, no cotidiano do serviço de saúde já devem acontecer as trocas e as negociações,

[...] afastando-se dos modelos relacionais inadequados como o sacerdotal, o engenheiro e o colegial, que apresentam características de dominação, submissão, acomodação e negociação na relação profissional de saúde e usuários da ESF. Assim, o processo de cuidar e a educação em saúde devem se pautar na autonomia dos usuários e em seu empoderamento, bem como na construção da promoção da saúde, em ajuda mútua e solidária, superando a vulnerabilidade de quem cuida e de quem é cuidado, no processo de acolhimento. O acolhimento torna a relação menos verticalizada, mais contextualizada e humanizada (ALMEIDA LIMA *et al.*, 2014, p. 159).

Na mesma publicação, Almeida Lima *et al.* (2014) afirmam que o acolhimento torna a relação menos verticalizada, mais contextualizada e humanizada. Sublinham que a efetivação verdadeira da relação profissional e usuário pode se dar numa relação contratualizada, que gradativamente resultará em impactos positivos, não só para os usuários e a comunidade adscrita, mas também para os próprios trabalhadores. É possível concluir que a relação contratualista estimula o empoderamento dos envolvidos no processo de trabalho, trabalhadores e usuários.

Acerca do acolhimento, os trabalhadores mencionaram mudanças na forma como lançam o olhar ao usuário nos atendimentos relacionados ao acolhimento à demanda espontânea, manifestando ampliação da visão para a família, numa mudança de abordagem centrada em necessidades para além daquelas que gerou a demanda na unidade.

Muda a nossa perspectiva, igual assim... é, a nossa abordagem em relação ao paciente, a nossa busca mesmo. Às vezes eu tô atendendo um paciente no acolhimento... Ai a gente já tem um outro olhar... “Olha, deixa eu ver o cartão de vacina, né?; sua mãe já tomou vacina?” né? Seu pai, que a gente conhece a família, né? “Ah, fulano de tal tá grávida, lá na sua casa, já tomou as vacinas da gravidez?” né? Então, assim, a gente tem tido esse cuidado maior, tem tido outra visão (T22).

[...] *tudo melhora. Se você tem o saber, com certeza você vai atender o usuário de maneira muito melhor e vai atender à necessidade do usuário. Porque se você não tem uma informação pra atender, como é que você faz? Então, de forma geral, sai ganhando o usuário, e sai ganhando a gente também* (ENTREV. T17).

O uso do termo “*nosso*”, “*nossa*”, “*a gente*” indica que a mudança é atribuída a um conjunto dos trabalhadores. Nota-se que a mudança envolve uma perspectiva para além da tecnicista e pragmática no trabalho em saúde.

O tecnicismo lembra o estudo do cotidiano de Heller (2014), quando fala do pragmatismo, característica de uma vida cotidiana alienada e alienante, o que ao contrário é manifestado pelos trabalhadores quando se preocupam com um “*cuidado maior*”, que amplia o olhar para a família e para as necessidades do usuário.

Os discursos dos usuários revelam a importância do acolhimento e os distanciamentos desse conceito e prática na atenção dos trabalhadores para com os usuários. Modalizam e temporalizam o discurso, indicando que o acolhimento é condição necessária na atenção ao usuário e que houve melhoras nesse sentido, apesar de, em meio às melhorias, ainda estar presente o problema de coerência entre os trabalhadores, acerca das informações dadas ao usuário.

Eu acho que é a forma de acolher, de receber o paciente, receber o usuário. Todos têm que ter uma forma de acolher e receber usuário quando ele chega no centro de saúde procurando uma informação.[...] Eu acho até que melhorou um pouco, desde que eu uso, pelo tempo que eu uso, hoje o atendimento, o acolhimento, pra mim, eu acho melhor. Eu achei que melhorou bastante. Às vezes você ainda tem alguma dificuldade, você tem uma informação de um, aí quando você chega ele te dá outra informação que elas não batem, não contam. Mas sempre, de uns anos pra cá, eu achei que melhorou bastante essa informação. Da minha parte, eu escuto, eu falo... porque como eu sou usuária eu tenho minha opinião de como eu chego e como eu sou atendida. Então eu achei que melhorou, pra mim, hoje, eu posso falar que sou bem atendida aqui no centro de saúde (U30).

Os usuários criticam a forma de acolhimento utilizada, muitas vezes, como obstáculo.

Que às vezes cê chega no posto, cê já sai da sala da médica com o papel agendado... o dia da outra consulta. Aí tem esse tal de COLHIMENTO. Cê tem que passar no COLHIMENTO... (novas gargalhadas) *explicar o que que cê tem pra você poder tá agendando com a médica de novo?* (Dá uma gargalhada, todos riem com ela, e continua) *Até pegar um resultado de exame... Ah! precisa de passar no COLHIMENTO? Se já tá marcado ali, não tem que esperar né?* (U17)

U17, em um discurso modalizado e temporalizado e de forma declarativa, indica insatisfação na organização do processo de trabalho. O acolhimento, como tecnologia das relações, deve servir à escuta qualificada ao usuário, para que de forma oportuna e resolutiva seja resolvido seu problema.

Nos modos de atenção à saúde deve estar incluído o usuário como centro da atenção, tendo em vista suas necessidades sociais e de saúde. Dessa forma, a centralidade do usuário pressupõe uma perspectiva ampliada do cuidado, com reconhecimento da necessidade de atuação dos trabalhadores de saúde, de modo a contemplar as múltiplas dimensões presentes nas necessidades de saúde, não somente no individual de usuários, mas também incluindo as famílias e a comunidade (MERHY, 2002).

Nesse sentido, urge a superação dos modelos centrados em interesses corporativos profissionais ou econômico-financeiros, transformando-os em usuários centrados, com superação da lógica de produção de procedimentos em si, por uma produção em defesa da vida, individual e coletiva, sendo necessário construir novos sentidos para as ações de saúde.

Nessa nova forma de produção estão os trabalhadores de saúde, que podem produzir novos sentidos e se colocarem como “fazedores de atos de saúde” e se apresentarem como tal para negociar o modelo assistencial, podendo ser reconhecidos e legitimados para a atuação e a busca da negociação dos modos de fazer saúde, com foco nas necessidades trazidas pelos usuários (MEHRY, 2002; 2015). O mesmo autor, afirma:

[...] que o usuário pode entrar só com a sua representação das necessidades sobre a forma de situações emergenciais e agudas, mas sempre estará no cenário por ser forma de apresentação das necessidades de saúde, do modo como concebe o para que quer gastar sua vida. A saúde é um valor de uso fundamental para ele, pois expressa esta possibilidade de produzir sua vida (MEHRY, 2002, p. 2).

A visão do usuário, seja do trabalhador de saúde, seja na assistência ou na gestão, deve ser a de que o usuário não percebe mais quem é um cliente em busca de consumo de serviços e procedimentos na saúde. Os papéis devem ser ampliados para a consideração do usuário a partir de sua realidade e seus percursos, devendo-se problematizar suas escolhas também como protagonista na assistência à saúde (ALMEIDA LIMA *et al.*, 2014), dando oportunidade de mudanças pela reflexão do seu papel no serviço e com trabalhadores.

U31 questiona acerca do conhecimento tanto do trabalhador como dos usuários, como tecnologia que deve ser considerada nas respostas às necessidades dos usuários.

[...] E as faculdades, né? Existe uma coisa que é muito técnica. Você vai lá e na faculdade... você tem uma formação técnica, mas você não vê a voz popular. Talvez isso fica faltando um pouco, é um viés entre um e outro. E não pode dar espaço pra isso, tem que (?) essa questão técnica e popular, porque aí vai se descobrir mais coisas. Porque muita coisa tem se perdido também por causa da gente pensar que o popular não tem a resposta do técnico, e ele tem. Só vem técnico dando resposta pra nós, e muitas vezes isso não é o suficiente. Os dois têm que trabalhar juntos (U31).

O enunciante, em um discurso marcado por interrogativas, modalidade deôntica e afirmativas contundentes, expõe a necessidade da consideração do conhecimento do usuário e o que circula como conhecimento popular, para o trabalho em saúde. Na visão do usuário como centro da atenção inclui-se o seu conhecimento, que deve ser levado em conta no trabalho em saúde, dando-lhe mais resolutividade.

Para um modelo assistencial que tem como premissa a centralidade no usuário, a atenção primária precisa se reorganizar, ampliando seu escopo de conhecimento e práticas para proporcionar sua efetivação como centro coordenador do sistema de saúde, como estratégia para a atenção à saúde, com configurações de equipes e novos processos de trabalho marcados pela vinculação ao exercício da cidadania, que favoreça a qualidade da relação interpessoal, o cotidiano das práticas assistenciais com orientação para a integralidade e as necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS (FERTONINI, 2010; FERTONINI *et al.*, 2015).

Para as mudanças em direção à consolidação do modelo assistencial idealizado para o SUS, há de se considerar não apenas os sujeitos em ação na UBS. Estes produzem EP e contribuem para a mudança de modelo, no fazer em ato, no cotidiano do serviço. Já conforme Trapé e Onocko-Campos (2017, p. 2):

A consolidação dos modelos assistenciais em saúde se dá em âmbitos complementares: práticas profissionais (novas tecnologias clínicas, processo de formação, etc.), institucionais (criação de novos serviços, práticas de gestão, etc.) e sistêmicos (arcabouço legal, governança, financiamento e métodos de avaliação e controle). A relação entre eles é plástica. Mudanças organizativas no nível sistêmico influem no cotidiano dos serviços, ao mesmo tempo em que a realidade das unidades impõe alterações no modelo hegemônico, seja a partir de consensos dos atores envolvidos ou ascendência de grupos de interesse no processo político decisório (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017, p. 2).

A mudança no modelo assistencial depende não somente do cotidiano, do agir dos trabalhadores locais, mas também de aspectos que transitam nas práticas sociais dadas pelas políticas de saúde, e acabam por determinar aspectos da realidade local e dificultar as mudanças pretendidas que envolvem as necessidades dos usuários, escolhas e combinação de tecnologias, além da interação, trocas entre os trabalhadores e suas ações cotidianas, no fazer da saúde que reconhece o usuário como centro da atenção à saúde, para o qual a participação é um direito e um dever.

Acerca das tecnologias priorizadas na atenção à saúde, aporta-se na abordagem de Merhy (2002), que nomeia como tecnologias leves aquelas que envolvem o encontro e as trocas, favorecendo a ressignificação dos atos; as leve-duras, constituídas pelos saberes estruturados; e duras, que são relacionadas aos equipamentos, protocolos fechados. A combinação entre elas pode produzir trabalho vivo ou trabalho morto. O trabalho vivo é aquele em que se questionam os sentidos e se valorizam as relações, os encontros, negociações, que aguçam a criatividade e a reinvenção do fazer em saúde. O trabalho morto é aquele em que se privilegia somente a tecnologia dura para as práticas de saúde.

No estudo pode ser registrada, pelos discursos dos trabalhadores, a priorização tecnológica praticada por eles. Rememora-se que na combinação de tecnologias para as práticas de saúde, a priorização dessas tecnologias é considerada indicativo de mudança de modelo assistencial.

Ao serem indagados pelas mudanças proporcionadas pela EP no cotidiano do serviço de saúde, os trabalhadores associam-nas ao processo vivenciado de discussão de mudanças no protocolo de atendimento à demanda espontânea. E demonstraram que valorizam o uso das tecnologias leves.

Bom, nós começamos há pouquíssimo tempo, acho que não tem nenhum mês ainda. Estamos, eu acho que temos que ainda aparar algumas arestas. Porque quando começa a funcionar que você começa a ver algumas coisas, dúvidas que surgem e que a gente vai ter... Até essa semana a gente tem reunião com a equipe de Odontologia e a gerência, então eu quero colocar algumas coisas que eu percebi, por exemplo, o horário de acolhimento que eu acho que não tá o adequado, né... Que a gente deveria mudar. Quanto à questão, agora mesmo eu discuti ali com as meninas, de um familiar vir marcar pra o outro, eu acho que gente não pode tirar essa possibilidade, porque às vezes a pessoa trabalha, né? Então assim, são coisas que só no funcionamento, que vão aparecendo os questionamentos então a gente tem que ir aparando as arestas. Eu acho que vai demorar um tempo ainda pras pessoas se acostumar. Porque a gente trouxe uma organização, mas toda

organização ela é um pouco limitadora, né? Antes a gente marcava consulta o dia todo, chegava e dava o papelzinho. Hoje a gente tá tentando fazer uma escuta mais qualificada, mas tem que ir em horário específicos... então alguns ficam bravos com a gente. “Ah, eu vou ter que vim tal horário pra...?”. Porque antes igual (?). Você organiza dum lado, mas de alguma forma, essa organização limita um pouco né? (T9).

O enunciado da T9, contemplado pela temporalidade e modalidade no discurso, informa uma organização do processo de trabalho que antes não utilizava os critérios de urgência, no entanto, proporcionava acesso livre dos usuários ao serviço de Odontologia. Hoje, após mudanças no protocolo já implantadas, T9 questiona o sentido de algumas decisões.

A modalidade deôntica revela obrigatoriedade, segundo a enunciante T22, de se rever o protocolo para contemplar a necessidade do usuário trabalhador que não consegue ir à UBS para fazer agendamentos.

(09) Uma questão que a gente tá pensando muito, ultimamente, é essa questão do acolhimento, né? Aqui existia tipo um protocolo de atendimento que era assim toda pessoa que entrava e falava em dor a gente, nem sempre era urgência e a gente fazia. Então, hoje em dia a gente tá muito saindo do automático que era esse antigamente e realmente fazendo o acolhimento qualificado... a gente conversa com mais calma com o paciente, [...] Então eu vejo muito essa questão agora, essa questão do acolhimento. Feito pra gente parar e raciocinar um pouquinho nessa questão do trabalho, é? Método de trabalho. [...] Hoje em dia a gente traz o paciente pra dentro do consultório, tem uma salinha que a gente separou. A gente conversa, explica o nosso atendimento, que é feito, o nosso trabalho.. [...] Então isso, a gente tá aprendendo, eu tô aprendendo a fazer muito, né? A gente ter essa conversa qualificada com o paciente. E o que mudou em mim foi isso, eu me colocar um pouco no lugar do paciente, porque às vezes a gente tá na correria, no bate-bate, a gente fica até nervoso de tanta bateção na porta e a gente num tem um horário pra poder sentar, conversar, né? [...] E a gente tá ficando, eu vejo que a gente fica mais perto do paciente assim. Mais, é mais fácil deles nos entenderem. Isso eu tô achado legal. [...] eles estão tendo uma escuta mais qualificada. [...] Agora chega, entra, escuta qual que é sua queixa, entendeu? Ali você pode detectar um caso que precise de mais urgência do que outro que não... né? Antes era simplesmente por um papelzinho na porta, hoje não. Hoje entra, senta, o paciente, escuta a queixa dele, qual que é o caso que precisa passar primeiro... se as meninas têm dúvida elas vêm até a gente. Porque quem são as (?) então assim, eu acho que qualificou essa escuta. Virou um verdadeiro acolhimento, né? (T22).

Os trabalhadores demonstram preocupação e movimentos de mudança para melhorar o acolhimento. Os usuários reconhecem pequenas mudanças, porém modalizam e temporalizam o discurso, indicando que o acolhimento é condição necessária na atenção ao usuário e reconhecendo que houve melhoras nesse sentido, apesar de, em meio às melhorias, ainda estar presente o problema de coerência entre os trabalhadores acerca das informações dadas ao usuário.

Eu acho que é a forma de acolher, de receber o paciente, receber o usuário. Todos têm que ter uma forma de acolher e receber usuário quando ele chega no centro de saúde procurando uma informação. [...] Eu acho até que melhorou um pouco, desde que eu uso, pelo tempo que eu uso, hoje o atendimento, o acolhimento, pra mim, eu acho melhor. Eu achei que melhorou bastante. Às vezes você ainda tem alguma dificuldade, você tem uma informação de um, aí quando você chega ele te dá outra informação que elas não batem, não contam. Mas sempre, de uns anos pra cá, eu achei que melhorou bastante essa informação. Da minha parte, eu escuto, eu falo... porque como eu sou usuária eu tenho minha opinião de como eu chego e como eu sou atendida. Então eu achei que melhorou, pra mim, hoje, eu posso falar que sou bem atendida aqui no centro de saúde (U19).

O discurso dos usuários é marcado por modalizações, temporalizações e por expressões declarativas que informam uma prática social de reivindicação. Conhecem seus direitos de acesso à medicação e à informação oportuna sobre as ações de saúde e organização do serviço. Revelam também a não participação no conjunto dos usuários para entender as dificuldades do serviço de saúde. Conhecer seus direitos não o faz um usuário que sai do cotidiano e reflita para-si, saindo do cotidiano em direção à genericidade sobre as questões da assistência, tornando o ato particular de conhecer seus direitos como uma atividade muda no que diz respeito ao conhecimento dos direitos e à ação na reivindicação dos mesmos. Segundo Heller (2002b), uma atividade muda é aquela em que os dois elementos, particularidade e genericidade funcionam sem relação, sem se elevar à consciência.

Ao responder sobre educação permanente, chamou a atenção, em enunciados dos usuários, a associação da EP com a necessidade de se melhorar o entendimento do que o usuário quer expressar. Ele chama a atenção para a necessidade de se ter humildade, interpretada aqui como boa vontade e atenção para entender o outro, que muitas vezes não sabe se expressar, assim como ter o entendimento de cada um precisa ser visto como ser humano único, seja usuário, seja trabalhador, entendendo que os confrontos acontecem e passam.

Eu acho assim, pessoalmente, as pessoas que trabalham com muita gente tem que ter muita compreensão, muita sabedoria, tem que saber lidar com as pessoas porque nós somos seres humanos, então cada um de nós tem uma natureza, só dela, às vezes, a gente tá um pouco mais mal-humorado, fala mais alto um pouquinho, fica mais agressivo. Mas isso faz parte do dia a dia, então nós que somos pacientes, somos as pessoas que eles atendem ... também, porque às vezes a pessoa está ali atolada. É um pra atender, outro pra atender, é muita coisa assim, então a pessoa fica agitada às vezes. Acontece alguma coisinha assim, mas passa né? (U4)

Ser tratado com jeito. A gente quer o bem pra gente e tem que querer o bem pras pessoas que estão trabalhando. [...] Ou talvez a pessoa, talvez a pessoa tá num tá num bom dia, ela né? [fala expressando também com as mãos, um cuidado no falar] [...] Muitas vezes aconteceu da pessoa até no posto mesmo, o jeito de falar, talvez a pessoa não sabe expressar direito, arranja aquela guerra ali, tá entendendo? A pessoa que tá atendendo não pára para entender (U5)

No discurso modulado em causalidade, os enunciantes U4 e U5 afirmam os conflitos a partir da não compreensão de que todos são seres humanos e podem ter mudanças no humor com agressividade, que não é pessoal, mas circunstancial. Nesses momentos, parece existir um economicismo denunciado pelo usuário no que se refere a gastar tempo para entender o que o usuário precisa, expressado pela modalidade e temporalidade no discurso.

Entende-se aqui que a particularidade está sobreposta à genericidade na atenção ao usuário. Heller (2014) defende que permanecer na particularidade muitas vezes sobrepõe a busca da genericidade e que essa sobreposição suscita a ética como intimação para que o indivíduo submeta sua particularidade ao humano-genérico, cujas escolhas, tendo a ética como norteadora, converte as motivações particulares em motivação para a realização humano-genérico.

Nesse ponto, é preciso pensar no investimento da educação permanente dos trabalhadores no que diz respeito ao modelo assistencial e também dos usuários, utilizando-se a reflexão e a interação de saberes, para que estes também compreendam a importância da participação para se gerar mudanças.

No entanto, reconhecem melhorias vindas dos trabalhadores. Ao serem indagados sobre mudanças que consideram ter acontecido, comentam que houve mudanças, mesmo que pequenas, que vão ao encontro dos usuários na comunidade e se abrem para a participação para tomadas de decisões, com temporalidade, modo declarativo e avaliação positiva.

[...] eu vejo isso. Que mudou alguma coisa, através das reuniões. Antes eu acredito que não tinha muitas, hoje é mais frequente... dá pra ter uma avaliação com a turma. Eles procuram sair do posto pra atender nas casas, a gente tem mais acesso ao posto e o posto também procura ter acesso às pessoas. (U31).

Os usuários apresentam suas expectativas de melhorias como, por exemplo, no acesso, no acolhimento e no atendimento, quando esperam ser ouvidos e compreendidos em suas

necessidades, apesar de enxergar suas necessidades nas consultas médicas, nos exames e medicações. Para isso, os usuários também precisam de investimento em EP para a compreensão do funcionamento do sistema de saúde e seus serviços no modelo assistencial proposto pelo SUS.

Para melhorar a atenção, os usuários, em seus enunciados, sugerem alternativas voltadas para o olhar, também, para os trabalhadores e suas condições de trabalho, atribuindo responsabilidade ao governo:

Eu acho que, primeiramente, melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores pra que eles passassem isso pros pacientes, pras pessoas que eles estão atendendo. Porque a gente também verifica que o sofrimento deles acaba que isso é de, alguma forma, passado pro paciente. Porque eles também conversam, eles também acabam falando sobre, inclusive, na deficiência do governo em tratar eles na maneira que eles têm que fazer o trabalho, a quantidade de trabalho que eles têm que fazer. Isso acaba afetando a saúde deles e um fica transmitindo isso pro outro. Eu acredito que isso é a parte ruim da saúde nossa, atualmente, entre o usuário e o profissional. [...] ô gente, a melhoria que poderia ser feita, eu penso que é nós... na verdade é no espaço físico mesmo. Na verdade, não existem muitas melhorias, apesar da tentativa, são os espaços físicos construídos que não têm mudado. A demanda cresce e o espaço físico é o mesmo, o material é o mesmo e não há tecnologia acompanhando tudo isso. Então a melhoria para o usuário seriam essas, os espaços físicos serem melhorados de alguma forma. Porque a saúde ela tem uma maneira diferente de atender, né? E esses espaços eu acho que eles falam muito sobre isso (U31).

O enunciante, em discurso modalizado por condicionamento, causalidade, obrigatoriedade e de modo declarativo, associa a melhoria da atenção à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e dos espaços físicos onde são prestados os atendimentos. Assim, relaciona a falta de investimento do governo na APS pela estrutura que é oferecida para a atenção à saúde na UBS.

Os achados indicam também, pelo discurso modalizado, a necessidade de se compreender o que tem acontecido com os trabalhadores, que “andam alterados e com má vontade”, seja em consequência da carga de trabalho, cansaço ou adoecimento.

Olha, no meu ponto de vista [...]. Eu não posso reclamar comigo, mas eu vejo alguns, a forma como eles tratam algumas pessoas, eu não gosto. [...] porque tá assim, sem paciência. Não sei se é porque tá na hora de aposentar, ou se está cansado... mas tem muita gente que as vezes altera... então eu não sei o que que tá acontecendo que alguns andam alterados, ou com má vontade... então eu não sei o que que está se passando, se está doente... ou se é a carga que tá pesada (U29).

Mudanças na assistência de enfermagem a usuários em tratamento de feridas foram citadas pelos trabalhadores, com a implantação do protocolo de curativos, construído após ação educativa para tratamento de feridas, revelado pela temporalidade, modalidade deontica, com avaliação positiva, o reconhecimento da participação de todas as categorias de enfermagem - o técnico de enfermagem e o enfermeiro, conforme o protocolo construído. E também a melhoria para o usuário que tem recebido avaliação e tratamento correto.

[...]tem o seguinte, tem muita coisa o que não era protocolado, já tá protocolado, entendeu? Que a gente vê principalmente [...] que eu achei até correto, que tem que ter um plano de cuidados para com... cada qual com cada paciente que se trata de curativo... hoje tá protocolado, isso não tinha antes... numa pasta lá que... pra mim eu acho que já tá funcionando, que há um certo controle. Agora tem mais acompanhamento pela enfermagem, não só pelos técnicos, mas pelas enfermeiras, os enfermeiros no geral. E outra coisa, a gente tem que ir atrás da enfermeira e tem que saber, eu acho assim, se tem o horário do curativo da equipe tal, o enfermeiro está disponível, ele tem que tá pronto pra tá ali acompanhando. Porque a avaliação do paciente ali, não é só do técnico, principalmente dele (T16).

A gente tem que dar um atendimento qualificado pras pessoas e não sentar pra um curativinho, manda embora... uma coisa que você não vai resolver o problema, né? Então assim, a gente mudou a forma de marcação, de uma semana pra outra. Então nesse um ano que eu tô aqui, eu consegui reduzir o... a minha... o absenteísmo. Muito. Quando eu cheguei aqui era 41% de absenteísmo. Eu fiz as contas (?) do ano e parece que a gente vai fechar em 31%. Então já diminuiu dez pontos percentuais e eu quero diminuir mais ainda, entendeu? Eu quero chegar, pelo menos, nuns 25%, que era o índice que a gente tinha lá no Cafezal. Então assim, eu acho que foi um ano rico nesse sentido, né? Eu trouxe minha experiência, né? Das coisas que tinha lá, organização. Também peguei coisas daqui. Eu acho (?) a gerente é muito empenhada, nossa gerente, em discutir, sentar e discutir com a gente. Aceitar as mudanças, ela é muito aberta a isso. Então eu acho que a gente já evoluiu muito aqui na odonto nesse sentido, sabe? Agora, é isso, acostumar a população, acho que vai demorar um pouquinho né? (T9).

A temporalidade marcou também o enunciado da T9, que compara o antes e o depois da revisão do protocolo de atendimento a urgências odontológicas. Ela afirma que a nova organização tem proporcionado mais tempo para uma escuta mais qualificada e reflexão acerca do modo de trabalhar.

Nota-se que os trabalhadores da saúde na UBS buscam um olhar diferenciado para o uso de ferramentas adequadas às necessidades dos usuários, no mundo complexo da atenção à saúde, em que é necessário pensar os processos de trabalho, a linguagem e conteúdo que circulam entre os profissionais, que geram orientações aos usuários, revisão de protocolos, no sentido de facilitar acesso e qualidade no atendimento.

No cotidiano, o processo reflexivo remove o indivíduo para objetivações voltadas para além de si e de sua sobrevivência (HELLER, 2014). Assim, a reflexão acerca do acesso ao usuário trabalhador levou as trabalhadoras da saúde a experimentarem um momento de saída do cotidiano, ou seja, a problematizar as possibilidades de acesso, “desengessando” possibilidades.

O acesso do usuário à informação consistente e de forma clara também é descrita pelos trabalhadores da UBS.

É... eu acho assim, dessas poucas oportunidades que a gente teve de falar sobre, por exemplo, o papel dos profissionais da atenção básica, no caso da equipe... a equipe toda conversar de uma mesma forma. Então, assim, até passar essa informação para o usuário de forma regular, de forma que todo mundo fala a mesma língua, porque senão acontece... já acontecia antes de uma falar uma coisa, outro falar outra e às vezes vim e aí não dá pra falar da forma que a gente quer no momento em que o usuário chega, às vezes é um acolhimento, às vezes é uma... tá confuso, né? Então, isso assim isso eu acho que melhorou, o usuário ficar mais ciente mesmo. Igual, por exemplo, teve mudança de horário, então, assim, se a gente combina isso faz uma conversa com a equipe, passar isso de forma consensual pro usuário. Então acho que teve melhoria nessa questão do usuário às vezes não precisar ficar esperando ou fazendo alguma coisa aqui, às vezes sem necessidade, então eu acho que essa melhoria (T15).

(12) Pois é, eu acho que assim, de certa forma, alguma coisa o usuário vai também captando, né? Porque todo mundo tá falando a mesma coisa, se eu falo a mesma coisa, o técnico fala, o enfermeiro fala, o assistente social, né? Todos os profissionais, né? Então, de uma certa forma, ele também começa a perceber que a fala é uma só, que não é a opinião de um ou a opinião de outro, é um consenso. E acho que com isso a gente consegue que ele também incorpore essa informação, e que de certa forma também ele seja melhor tratado, do ponto de vista em que todo mundo detém conhecimento único e um conhecimento atualizado... o cuidado com ele é um cuidado melhor (T12).

A centralidade do usuário fica evidente na temporalização do enunciado de ENTREV. M01, mostrando que o aprendizado dado pelas oportunidades de conversas entre a equipe proporcionou consenso e uma fala única acerca das decisões sobre horários de atendimento, indicado pelo uso da metáfora “mesma língua”. Da mesma maneira, T12 valoriza a construção coletiva das informações a serem oferecidas ao usuário como um consenso que contribua para sua incorporação pelos usuários, contribuindo para melhor usufruto do serviço de saúde.

A convergência de discursos e seus horizontes é uma necessidade nos modos de operar e gerir a assistência à saúde oferecida a indivíduos e coletivos (AYRES, 2004). Assim, tais

convergências requisitam enfrentamentos e superações em busca de transformações de si mesmo e de seu meio. Heller (2002a; 2002b) reconhece que o homem, ao enfrentar a realidade, experimenta a superação e vê os demais que vivenciam a realidade, pela educação, se tornarem um representante do mundo onde estão inseridos.

Dessa forma, afirma-se que a educação permanente é potencial para a mudança, com necessidade de investimentos tanto nos trabalhadores como nos usuários e parcerias possíveis, na assistência à saúde, para que compreendam o modelo assistencial praticado e as mudanças que precisam ocorrer.

Os trabalhadores, ao se preocuparem com o acesso, no sentido da oferta de informação ao usuário, para melhor se inserir na porta de entrada do sistema de saúde, remetem-se a Assis e Jesus (2012, p. 2868), que alertam que o acesso envolve:

[...] o papel dos usuários, dos trabalhadores de saúde e gestores como os protagonistas na efetivação do acesso aos serviços de saúde [...] A acessibilidade refere-se aos custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade de pagamento do usuário; e a aceitabilidade do serviço que abrange o subjetivo, o social e o cultural, tal como o grau que um determinado serviço é culturalmente seguro, por isso, defendem que a informação é essencial para que um potencial acesso transforme-se em uso de serviços (ASSIS E JESUS, 2012, p. 2868).

O acesso envolve vários elementos e, entre eles, o entendimento do funcionamento do serviço pelos usuários, cuja organização deve contemplar a linguagem, informações que facilitem não só o entendimento, mas também a entrada no sistema.

Um dos enunciantes, que é ativo na vila em relação à mobilização comunitária, revela em seu depoimento que o trabalho dos ACS teve mudanças positivas. E que, apesar das condições de trabalho, eles despendem atenção, que ele considera humanizada.

Os ACS eles mudaram a maneira de trabalhar, apesar das dificuldades deles, eles permanecem firme e forte. Geralmente, isso deve ser por causa da atenção deles com o ser humano, não por causa do trabalho. O trabalho deles a gente sabe que é muito desgastante, mas eu acredito que eles fazem isso por causa do treinamento que eles têm pra cuidar das pessoas. O trabalho deles em si, eles deixariam pra lá, se eles não tivessem essa atenção maior que um simples trabalho (U31).

O enunciante U31 atribui o valor do trabalho do ACS ao treinamento e a uma atenção que tem significado para esses trabalhadores e que vai além da tarefa diária. Pode-se inferir aqui que o significado dado ao trabalho com a comunidade se dá pelo fato de o ACS muitas vezes ser morador das comunidades e viver na pele as desigualdades sociais e sofrimento dessa população, em um sentimento de empatia entre eles e os usuários, numa escolha ética na atenção aos usuários.

Outro ponto que é evidenciado nos discursos dos usuários é a importância das informações oportunas e de forma unificada entre os profissionais, para que o usuário não fique confundido.

Acrescenta-se que, durante as observações, os dados produzidos e expostos em narrativas revelaram melhoras no processo de trabalho após de ações educativas disparadoras de EP.

O usuário chega à sala de curativos dizendo que estava sem material para fazer o curativo do seu pai. T23 pergunta: *como o Sr. está, como está a ferida*, ele diz: *está mais ou menos, mas agora vou vim fazer o curativo na unidade a partir da próxima semana*. T23 puxa mais assunto enquanto separa o material. Depois orienta que ele não pode faltar mais e que verá a possibilidade de ir à casa dele para olhar a ferida. O usuário recebe o material, gazes estéreis e soro fisiológico, agradece e vai embora. T23 comenta: (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 15 DE JUNHO DE 2017. ATORES: TÉCNICO DE ENFERMAGEM E USUÁRIO. CENÁRIO: ATENDIMENTO NA SALA DE CURATIVO).

O usuário é chamado pelo nome por T36. Esse chega na sala para a coleta de sangue para exame. T33 posiciona-o no local onde será feita a coleta, com explicações sobre o procedimento, de uma maneira lúdica com sorrisos e boa recepção. O usuário senta-se e ao final agradece, elogiando a trabalhadora que fez a coleta. Eu digo a ela: já estou notando diferença para melhor, T33. Ela gosta do elogio e diz: *mas afirma que muitas vezes não é possível gastar tempo com o usuário, pois a fila é grande para a coleta* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 16 DE JUNHO DE 2017. ATORES: TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E USUÁRIO. CENÁRIO: SALA DE COLETA DE MATERIAIS PARA EXAME).

T16 cumprimenta o usuário e pede para que ele assente na cadeira e coloque o pé na escada de dois degraus, onde está uma bacia que será usada no curativo. Ela pergunta como ele está e ele responde que *está tudo do mesmo jeito*. Ela dá um suspiro, um sorriso e diz: *é preciso lutar para ficar melhor. Deus me ajude*. Durante o procedimento, notou-se que houve melhorias na técnica do curativo. T3 diz: *os enfermeiros das equipes tá fazendo avaliação das feridas. Isso tem me ajudado muito... eu me sinto mais segura*. Fala sobre as anotações: *“Aqui, minhas anotações, que antes eu não queria fazer*. Fala a T3 com entusiasmo. Mostra que as anotações têm sido feitas de todas as feridas, com acompanhamento do tamanho e aspecto. Mostrou os formulários criados pelas alunas de Enfermagem, todos preenchidos e assinados. E a enfermeira que estava ao lado, verificando o material da sala, diz: *“melhoramos muito. Os usuários têm apresentado melhoras”* (NOTAS DE OBSERVAÇÃO DO DIA 22 DE JUNHO DE 2017. ATORES: TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E USUÁRIO. CENÁRIO: SALA DE CURATIVO).

Mudanças aconteceram após as ações educativas, visualizadas na maior implicação no processo de trabalho. Novas atitudes foram observadas, como, por exemplo, a forma de receber o usuário e as anotações. A ação pode ser tida como disparadora, mas precisaria de mais observações para conhecer se as necessidades desses usuários são levadas em conta na consulta do enfermeiro e se eles disparam alguma ação voltada para tal na equipe de saúde da família.

Nota-se, também, nas narrativas, que nem sempre os trabalhadores buscam aprofundar-se acerca das necessidades do usuário, as quais poderiam ser encaminhadas para discussão com os demais membros das equipes de saúde da família para busca de soluções. No entanto, se o usuário reivindica, os técnicos de enfermagem providenciam a resolução de suas demandas, na medida da autonomia de cada um, pensando na possibilidade de sucesso. Assim, foram encontradas melhorias nos procedimentos técnicos e nos registros, bem como na interação entre os trabalhadores e os usuários. Contudo, a preocupação permanece concentrada no biológico e na cura, com pouca evidência de um olhar mais integral sobre as necessidades sociais e de saúde.

Apurou-se certo espontaneísmo e certo automatismo nas ações de atenção, desencadeados pelo economicismo, muitas vezes explicados pelas dificuldades relacionadas à demanda crescente de usuários e à falta de trabalhadores na UBS e na sobrecarga de trabalho, ficando o foco voltado apenas para organização do processo de trabalho.

Heller (2002a) corrobora o esclarecimento de que tentar fazer atalhos para se chegar à conclusão da ação é denominado economicismo. Este gera o espontaneísmo, que explica o agir automaticamente em atitudes e pensamentos. Podem ser explicadas muitas cenas do dia a dia da UBS tendo como sustentação a grande demanda de usuários e os problemas estruturais que rondam o setor saúde, especialmente na atenção primária à saúde, que precisa de investimentos. No entanto, uma boa estrutura não garante que os processos e os resultados sejam satisfatórios.

Melhorias na técnica, nos registros, na interação entre os trabalhadores e os usuários foram acusadas, mas a preocupação tanto na coleta de exames quanto na sala de curativos demonstra que o foco ainda é muito forte no biológico.

Os trabalhadores valorizam a experiência, o conhecimento, o trabalho em equipe e os protocolos, em um julgamento positivo sobre a contribuição para a organização do processo de trabalho, repercutindo na melhora de resultados da atenção à saúde aos usuários.

[...] e de um dia pra noite resolvi virar médica de família eu tive milhões de dificuldades e não tinha resultados como tenho hoje, com anos de experiências de atualização, de estudo de protocolos e eu vejo uma mudança enorme no impacto na saúde dos profissionais inclusive na organização, né, do trabalho, porque a gente não dá conta de atender à demanda toda através de consulta médica, né... se não tiver uma organização na agendas de atendimento, de grupos, grupos operativos de atendimento compartilhado, de atendimento de enfermagem, né, não dá conta, e dos profissionais da equipe também, né... quanto mais trabalha unido, é qualificada, né, melhores são os resultados, entendeu?...então eu vejo isso como fundamental (T13).

Teve, mudança teve sim. Teve porque agora a gente tá fazendo as coisas assim, fazendo acontecer. Tem sido cobrado e a gente tem feito, entendeu? Tem melhorado muito porque a partir da hora que eles direcionam o trabalho e te dão meios pra fazer, aí você acaba fazendo até com gosto. Eu tô fazendo uns cursos assim, que eu tô amando. Porque eu tô aprendendo muito nos cursos, então a gente chega aqui curiosa e prá colocar em prática. Então eu, quando pego alguma coisa pra fazer, eu já chego aqui, já vou, olho quem pode ajudar. Tem um trabalho pra gente fazer que, inclusive, a gente vai precisar da ajuda de entrar na intranet, pessoal da odonto tem ajudado muito. A gerente também se empenha muito, quando a gente precisa de alguma coisa ela ajuda a gente. Material, quando ela não pode ela direciona alguém pra ajudar... então, assim, eu vejo que teve uma melhora boa e tá ajudando bastante (T2).

(13) Melhorou e muito, melhorou muito. A forma de atendimento, a forma de trabalho entre colegas, né? Que ainda tem muito o que melhorar, mas isso daí faz parte do ser humano, a gente tem que um aceitar as diferenças do outro, mas assim a gente aqui melhorou muito, até o atendimento ao usuário, da gente mesmo, né? Porque a gente tem que tá bem, pra depois atender a outra pessoa que te procura, também não só aqui dentro do centro de saúde, mas na rua, na comunidade, a gente... falo por mim que moro na comunidade, sou tipo uma referência... se a pessoa tem alguma dúvida vai na minha casa, pergunta, né? Então assim, eu não nego de atender, não nego de responder e mesmo que também de outras equipes, né? Assim você tem que sempre estar aberta, né? Pra poder resolver na medida do possível que você dá. Se não der conta, se chegou um ponto que você não dá conta então... procurar e encaminhar pra outras instâncias (T23).

Há de se considerar os trabalhadores da saúde como ricas fontes de criatividade na assistência à saúde, cujo centro é o mundo das necessidades dos usuários, não podendo contar com fórmulas prontas para a organização da produção de saúde e dos processos tecnológicos que esta pressupõe. Na combinação de tecnologias, fica claro que há sobreposição destas, com forte presença de tecnologias leves, mas com predominância de tecnologias leve-duras, dada a valorização dos protocolos, mesmo que adaptados à realidade. Assim, a centralidade está na tecnologia leve, mas na maior parte do tempo faz falta a tecnologia leve-dura. Dessa forma, os

trabalhadores operam as tecnologias em uma predominância da visão tecnicista do trabalho, mesmo sendo visível o trabalho criativo.

Sobre o trabalho criativo, Heller (2002a; 2002b) assegura que só é evidenciado quando há objetivações para-si, que faz com que o homem se torne consciente do eu e do nós, despertado pelo atributos do ser social pelo trabalho, sociabilidade, universalidade e liberdade. Há, então, experimentação da superação do cotidiano em direção ao não cotidiano, podendo retornar ao cotidiano com um olhar diferenciado para a realidade que o rodeia.

Cardoso (2012) defende que nem sempre é necessária uma atividade educacional programada para a resolução de problemas, mas é necessário proporcionar oportunidades para o desenvolvimento dos trabalhadores para alcançar mudanças e qualificação na atenção à saúde. Ao longo da trajetória de conformação de um modelo que atenda às necessidades de saúde dos usuários, no Brasil fez-se uma aposta na educação permanente como estratégia para as mudanças necessárias, especialmente a partir da década de 1970, pois se buscava que os profissionais pudessem ser capazes de atuar criticamente em relação à realidade, transformando-a (HADDAD; ROSCKOE; DAVINI, 1994).

Os trabalhadores da saúde precisam ter a formação profissional com vistas às necessidades de saúde da população, para se pensar o modelo assistencial voltado para aquele que dele precisa, também durante sua atuação nos serviços de saúde. Logo, a EP deve repercutir nos processos de trabalho e na forma de se organizar a atenção, principalmente tendo em vista o lugar dos sujeitos, as tecnologias priorizadas e a busca de soluções para os problemas e necessidades cotidianas dos usuários. Por outro lado, os usuários, interpretam suas demandas e necessidades como direitos, mas também responsabilidade, quando atribuem a necessidade de mais participação do conjunto de usuários para a resolução de problemas.

Sendo a APS a porta preferencial de entrada para o Sistema Único de Saúde, o modelo assistencial deve atender aos princípios do SUS e da atenção primária para a organização da atenção ofertada pela ESF. No entanto, alertam Trapé e Onocko-Campos (2017, p. 7), “Os modelos nunca serão modelos puros, mas uma síntese entre o que é proposto e induzido pelas políticas públicas oficiais [...] e o que se constrói no cotidiano da relação serviço-profissional-usuário”.

Há de se atentar que a atenção à saúde não pode ser focada somente em sinais e sintomas, mas também nos determinantes sociais e de saúde, como afirmam Trapé e Onocko-Campos (2017). Sendo assim, o modelo assistencial é resultado, no cotidiano, do que se entende acerca da indução das políticas oficiais e o que se constrói nas relações cotidianas entre o serviço, o profissional e o usuário.

Nessa linha, é preciso formar vínculos para que a população tenha confiança no serviço, nos trabalhadores e em si mesma, para que se obtenha uma atuação, não só na atenção individual, mas também na atenção coletiva, que inclua a família e a comunidade, buscando transformação na qualidade de vida.

Concluiu-se que a EP proporcionou mudanças com aproximações do modelo requerido pelo SUS, principalmente no que se refere à priorização de tecnologias leves. No que se refere à centralização do usuário, houve indícios de mudanças evidenciadas mais fortemente na ação multiprofissional e interdisciplinar que envolve o matriciamento do NASF. Não se pode afirmar que houve mudança de modelo assistencial, mas sim aproximações.

A necessidade de mais investimentos é visível, para que a EP, produzida no cotidiano da APS, se mostre reconhecida como potencial para provocar mudanças e crescimento tanto dos trabalhadores como de usuários, na produção em saúde no SUS. Na organização da atenção à saúde na APS devem-se buscar estratégias que provoquem a valorização da experiência e os saberes, interações e trocas no dia a dia e cada vez mais aproximações com os modelos alternativos, que buscam captar e entender as necessidades de saúde dos usuários.

A visão biologicista e médica centrada precisa sair de cena e a EP se colocar como força potencial composta pelas forças possíveis de todos os atores envolvidos na assistência à saúde, trabalhadores (todos comprometidos no cotidiano do serviço de saúde) e usuários. É preciso provocar a saída da zona de conforto, ampliar o olhar requerendo o protagonismo dos sujeitos, numa espiral de novas reflexões, novas mudanças voltadas para o modelo que combine promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, associados à EP como dispositivo cotidiano que produz protagonismo dos sujeitos, numa relação contratualista, corresponsável e empoderadora, como mote de atuação da equipe.

Não se podem reafirmar mudanças, tendo em vista que a participação do usuário ainda é tímida nas discussões mensais nas reuniões da Comissão Local. Um ponto a ser considerado como indício de superação é o reconhecimento da necessidade de participação no conjunto dos usuários nas reivindicações para melhorias da atenção à saúde, tanto para os usuários como para os trabalhadores que julgam precisar de atenção para a sua qualidade de vida no trabalho.

No cenário atual, estamos diante de grande desafio: fazer reconhecida a EP no cotidiano dos serviços de saúde, com construção de novos saberes e produção de mudanças, já que uma nova ordem pode ser estabelecida e fortalecida com a produção de cotidianos marcada pela repetição, regularidades, automatismos e economicismos, que são desfavoráveis à assistência universal e equânime. Nesse desafio ainda a enfrentar, deve-se pensar em como a EP, como política e como cultura no cotidiano dos serviços de saúde, pode ser de fato prática social das equipes de saúde e dos usuários de saúde, inclusive como estratégia de resistência.

Apesar do pragmatismo, de repetições e regularidades que afirmam a hegemonia de um modelo biomédico, foram observados indicativos de mudança de modelo no cotidiano, enunciada pelos trabalhadores, como, por exemplo, a preocupação expressa de direcionar ações com centralidade nos usuários e combinando tecnologias em saúde com priorização das tecnologias relacionais. Esse indicativo pode se revelar, por exemplo, no acolhimento cuja forma precisar ser realmente de escuta.

Nesse sentido, a análise crítica realizada nos capítulos da tese implicou considerar também importância da gestão local como uma grande possibilidade para disparar processos de EP no cotidiano, como foi observado durante reuniões ocorridas na unidade. Aconteceram diversas reuniões com discussão e reflexão sobre processos de trabalho e propostas de mudança, que ocorreram, mas se perderam nas acomodações, pragmatismo e economicismo, escondendo o potencial para mudanças.

A gestão local é complexa, principalmente em uma unidade organizada na modalidade mista, atendendo a baixo e elevado risco. Dessa forma, a EP possui potenciais na disseminação da cultura do trabalho em equipe, da escuta qualificada, corresponsabilização e participação tanto de trabalhadores e profissionais.

Com isso, pode-se aproximar do que indica Ceccim (2010, p. 77): “gestão seria um avanço poder nos reunir e conversarmos sobre o que fazemos, colocar em análise aquilo que fazemos em conjunto, estabelecer diretrizes para a nossa prática coletiva. Precisamos de autoria no cotidiano do trabalho”.

Outros desafios se apresentam, considerando a atual realidade política - que é a de construção de um clima organizacional que favoreça tais movimentos, garantindo aos trabalhadores estratégicos, como a gestão local e componentes das ESFs, o “aprender a aprender”, “aprender a fazer”, “aprender a conviver” e “aprender a ser”. Trabalhadores da ESF estratégicos, porque estão em contato direto com a população não somente nos muros da unidade de saúde; e a gestão local, pela potencialidade do seu lugar para a mobilização. Nesse ponto, a gestão local foi considerada em seus movimentos cotidianos como potencial para superação, a qual buscou avaliar o serviço entre os diversos trabalhadores da unidade em reuniões conjuntas e particulares, com aparência de EP.

Quem sabe, tomando como referência a expressão de Merhy (2005), em seu texto “Engravidando palavras: o caso da integralidade”, a gestão local possa proporcionar as condições para o engravidamento da EP pelos trabalhadores da saúde, podendo experimentar “um estado de EP” com representantes do serviço, ensino e usuários. Ou seja, todos aqueles implicados no trabalho em saúde, para um movimento de produção de protagonismo dos sujeitos, que podem se desacomodar e experimentar e saídas do cotidiano, em visitas mais frequentes à genericidade.

Foge-se, assim, das encomendas educativas, do engessamento dos protocolos, que por vezes são cumpridos sem reflexão e questionamentos, entre outros, incluindo o usuário, que aprende e ensina o tempo todo na interação com o serviço de saúde e seus trabalhadores.

Heller (2002a; 2014) afirma que sair do cotidiano, ou seja, das objetivações em si, que garantem a sobrevivência no meio em que se vive, não provoca mudanças e não dão sentido à vida, ficando longe da autonomia e do protagonismo.

É preciso experimentar a genericidade, ou seja, como afirma Heller (2002a; 2014), as objetivações para-si, proporcionadas pela reflexão na ciência, arte, religião, que produz

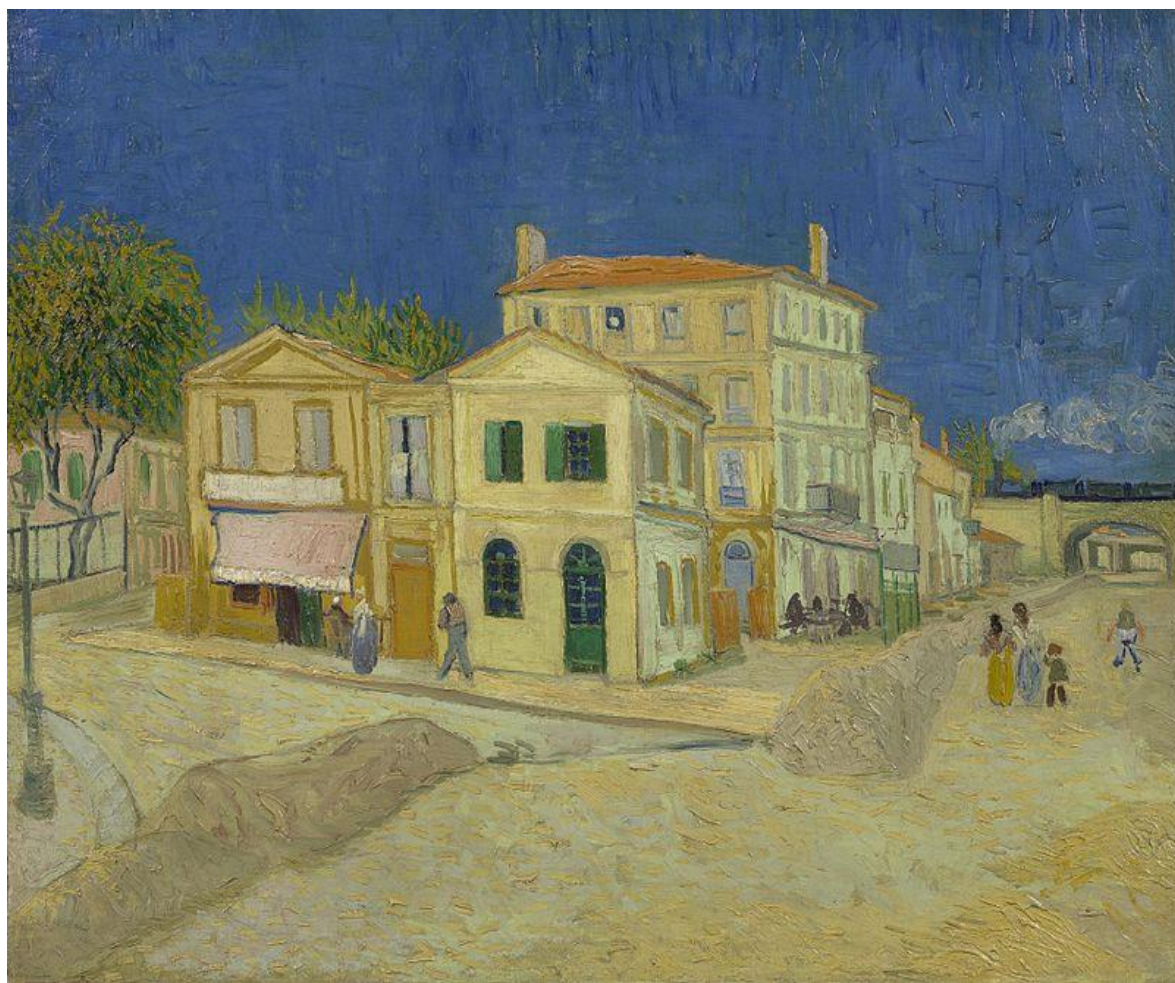
sentidos cujas características são a homogeneidade. Granjo (2011), em seu livro “Agnes Heller: Filosofia, moral e educação”, reporta críticas à segunda fase de produção de Heller, asseverando que as objetivizações para-si podem contribuir tanto para a manutenção do *status quo* como para sua mudança, considerando que a Filosofia, religião e ciência podem legitimar apenas uma ordem de domínio. Com isso deve-se ter cuidado.

Independentemente de política, a EP acontece, deve ser reconhecida e valorizada no cotidiano dos serviços de saúde na UBS e provocar passagens para além desse cotidiano.

Outro desafio, observado e revelado nas entrevistas, foi a importância das metodologias ativas nas capacitações formais, oportunamente necessárias. Essas produziram entusiasmo e motivação que impulsionaram os trabalhadores a darem continuidade. No entanto, esse entusiasmo e motivação foram consumidos no dia a dia atarefado e por vezes angustiante para os trabalhadores, pois querem a mudança, mas se sentem impotentes para produzi-la, ao se sentirem exauridos pela constante demanda que aumenta a cada dia e por afirmarem precisar do apoio da gestão. Dessa forma, o protagonismo, de certa forma, também é diluído nesse processo.

Para a superação da crítica, pelo observado e nos enunciados, considera-se que a EP possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores e o desenvolvimento das instituições como estrutura social, sendo, assim, uma via de mão dupla. Heller (2002a; 2014) define estrutura social como o conjunto de instituições interligadas e que se sustentam.

***7 REFLEXÕES CRÍTICAS: REPENSANDO SUPERAÇÕES
NECESSÁRIAS***



*The Yellow house (The street). Vincent Van Gogh.1888
Van Gogh Museum*

Capítulo 4 - Reflexões críticas: repensando superações necessárias

Os resultados trouxeram pontos a serem analisados criticamente. Tudo parece, por vezes, calmo e belo em sua aparência, mas com pontos de reflexão e crítica, para a busca de superações na sua essência, e então voltar novamente à esse cotidiano.

O cenário atual sinaliza para o desmonte de conquistas do Sistema Único de Saúde e políticas públicas, que têm produzido importantes avanços na saúde da população brasileira, assim como de instituições e nos serviços públicos que exercem sua função de proteção social aos usuários de saúde. Faz-se necessária uma reafirmação do SUS, com posicionamentos que valorizem a atenção primária e sua forma de organização com a Estratégia de Saúde da Família como foco de prioridade para a equidade e integralidade na atenção à saúde.

Muitas ameaças se apresentam. Entre elas, deve ser considerada a tendência ao desmonte do SUS observado no desinvestimento, sucateamento e a não priorização do modelo assistencial voltado para as necessidades dos usuários que incluem a educação permanente como importante estratégia. Nesse contexto, ao chegar ao final deste estudo, faz-se necessário alinhar o produto da tese nos diversos momentos que envolveram os trabalhadores e usuários da UBS, nos espaços de atenção à saúde, com os indícios que foram reconhecidos como desafios a serem enfrentados tendo em vista a EP e seu potencial para provocar mudanças no cotidiano do serviço de saúde na APS.

A concepção de limitações das ações influenciadas pela infraestrutura física inadequada e insuficiente limita e representa dependência dos trabalhadores pelos espaços físicos dentro da UBS. Tal fato captura o trabalho, naturalizando-o ao pragmatismo e economicismo nas ações e atendimentos. Contrapõe-se aqui que os espaços no território devem ser explorados e ocupados com ações que educam o olhar dos trabalhadores, oferecendo mais proximidade com a comunidade, implicando trazer para a roda outras possibilidades.

Apesar de os trabalhadores reconhecerem que a EP pode acontecer e acontece pelo protagonismo dos sujeitos, eles estão apegados ao reconhecimento da responsabilização institucionalizada. Ora, a instituição tem responsabilidades com os serviços, com o desenvolvimento dos trabalhadores e usuários no que diz respeito ao aprendizado para o

alcance dos objetivos na assistência, mas o que é trazido pela instituição, em contraposição à EP no cotidiano, nem de longe consegue se aproximar da produção nesse espaço capaz de produzir mudanças. Nesse sentido, a EP não pode ser vista como temas institucionalizados, mas sim assunto da vida cotidiana na produção das práticas de saúde. Nesse caso, é preciso rever conceitos tanto com trabalhadores do nível local, quanto dos níveis gerenciais e de gestão institucional., espaço para que o cotidiano dê o tom necessário à EP.

Dessa forma, remete-se a Furter (1974) e sua definição de educação. Para ele, é um processo, e não um bem adquirido e utilizado para toda a vida, capaz de gerar transformação graças ao desenvolvimento humano. Educação deve ser vista como uma forma de expressar-se em seu meio e no mundo, informando mudanças a si próprio e à realidade que o rodeia (FURTER, 1974).

Portanto, a educação não pode ser mais considerada como uma técnica de adaptação, mas como uma função da dinâmica em transformação. Paulo Freire (2016) afirma que a educação precisa proporcionar capacidade de compreensão da realidade e desenvolvimento, de modo coletivo, de possibilidades potenciais de transformação do mundo. É preciso provocar a manifestação, no cotidiano, das subjetividades, lugares onde a consciência pode ser afetada. Trazer à reflexão o dia, a semana, o mês, num recolhimento e questionamentos do que e como foi produzido, buscando compreender o cotidiano, para avançar nas ações para o crescimento de todos os envolvidos na assistência à saúde e, assim, aumentando as possibilidades de ultrapassagem das barreiras do modelo biologicista e médico centrado.

Situações de confronto entre usuários e trabalhadores constituem uma constante no cotidiano, e o fato de ser vista prioritariamente pelo olhar da normatização do direito do outro, outorgado por quem se sente com poder para tanto, coloca-se como urgência a ser trazida à roda, para que situações de insatisfações manifestadas com agressividade não sejam naturalizadas como violência, mas como necessidade de se ver ambos os lados, num processo dialógico e educativo, na prática do cuidado.

Na prática do cuidado, não se pode ver o outro como objeto, nem como problema, mas sim ver sua realidade e suas afetações no sujeito. O reconhecimento do direito do outro é ponto que necessita de buscas reflexivas para a superação, pois a violência pode colocar em

evidência outras naturalizações que estão incorporadas no cotidiano e afetando os sujeitos e o serviço.

A superação da crítica impõe responsabilizações e correponsabilizações, tanto de trabalhadores como de usuários, professores e alunos, com a prática da saúde, que é um espaço de domínio de todos os envolvidos na assistência. Sendo assim, *feedbacks* precisam ocupar os espaços de interação no cuidado, nos diversos momentos nos serviços de saúde.

Dessa forma, novas demandas surgem e convocam a presença da EP, para a reflexão-ação-reflexão, acerca do que realmente é violência no cotidiano dos serviços de saúde e como lidar com as diversas situações que se apresentam. Há de se considerar que não é possível criar protocolos para lidar com as insatisfações e reivindicações de direitos. Seja de qual forma for, é necessário um processo dialógico que considere a singularidade de cada situação e usuário.

Refletir, problematizar e interagir demandam tempo e disponibilidade dos sujeitos implicados na assistência à saúde. São necessários a valorização, reconhecimento e aproximação com as questões cotidianas para disparar aberturas em contextos em que os automatismos e economicismos estão muito presentes, como as situações familiares vivenciadas, que não exigem diretamente uma mudança de rota na condução profissional. Outro ponto importante tem relação com as dificuldades para mudanças organizacionais, que disparam incômodos e exigem sair de posições confortáveis para as quais já se tem um resultado esperado, como as situações que estão muito presentes e são familiares.

Os elementos do cotidiano que favorecem situações familiares, que aparentemente só se repetem, podem ser contestados com a chegada de sujeitos externos à unidade, como a integração ensino-serviço. O olhar distanciado da realidade traz o confronto e pode provocar mudança de atitude. É importante esclarecer aqui que a reflexão acontece e deve acontecer a todo o momento, não sendo uma condição para tanto a presença de algum agente externo.

A integração ensino-serviço foi revelada como uma força positiva para a EP, pois provoca reflexões sobre o cotidiano. Contudo, a não continuidade dos processos de reflexão disparados pelos alunos constou como campo de força negativa para a EP, pois provoca, mas não considera, que a sustentação de mudanças precisa vir do próprio sujeito no serviço de

saúde. As relações ensino-serviço devem ser mais bem discutidas e pactuadas, mudando a lógica dessa integração, incluindo o cumprimento da responsabilização mútua.

As situações que fogem à rotina, que se apresentam como não familiares, fazem emergir a discussão do modelo ideal *versus* o modelo real no cotidiano dos serviços. Tal discussão favorece a reflexão, mas muitas vezes as discussões não têm foco na assistência e no cuidado, mas sim em queixas e vitimizações dos sujeitos. A superação, aqui, consiste em lançar mão da gestão como algo que todos devem fazer, tanto na formalidade dos cargos, como na informalidade, no dia a dia do serviço de saúde. Investimentos nesse sentido são necessários para o reconhecimento da corresponsabilidade de todo trabalhador com a organização e prestação da assistência, de forma a enxergar e contemplar as necessidades trazidas pelos usuários.

A respeito de mudanças no modelo, forças positivas e negativas foram observadas no cotidiano em análise, tendo em vista os indicativos utilizados na tese.

O apoio e presença ativa da gestão, o NASF, a integração ensino-serviço e o próprio processo de trabalho da equipe na Estratégia de Saúde da Família, no seu cotidiano, são forças positivas para a educação permanente, com potência para mudar o modelo assistencial. No entanto, forças negativas também se apresentam como distanciamento dos discursos dos trabalhadores e usuários acerca das prioridades que cada um enxerga no serviço de saúde.

Os trabalhadores discorrem sobre aproximações da centralidade do usuário, priorização de tecnologias leves, mesmo que haja uma sobreposição das leve-duras sobre as leves. Por outro lado, os usuários fazem críticas ao acolhimento, colocando-o, às vezes, como dificultador do acesso e reconhecem a centralidade do médico, exames e consultas especializadas.

Nesse sentido, esses distanciamentos dos discursos mostram que não há convergência de entendimento do modelo assistencial proposto pelo SUS, com dificuldades tanto dos trabalhadores quanto dos usuários. É preciso criar, no serviço e na própria comunidade, espaços para a discussão de modelo a partir do que acontece na realidade como possibilidade de gerar mais compreensão e convergência de pensamentos e ações para mudanças proporcionadas pelo conjunto de trabalhadores e usuários.

Existe a preocupação de um modelo que centraliza o usuário, mas as ações ainda partem das decisões dos trabalhadores. Nesse sentido, há de se considerar que é preciso colocar em discussão a verticalidade das ações frente a uma realidade mutável no mundo dos usuários. Dessa forma, podem ser pensadas estratégias para despertar a autoanálise e autogestão para a construção de pensamentos e experimentação de ações que envolvam os usuários, com relações menos verticalizadas para fortalecimento de vínculos e contratualizações do cuidado à saúde, aliando conhecimento técnico e popular para as respostas aos problemas.

A atenção ao que está submerso nas demandas expressadas por eles, nas suas diversas formas, é necessária para a compreensão das escolhas dos usuários em seu modo de vida, aproximando-se da compreensão das suas necessidades. Tal processo pode ser disparado pela educação permanente como cultura nos serviços de saúde.

Outra força possível e positiva foram os indicativos como discussão coletiva para a tomada de decisões no conjunto de trabalhadores, contando com o envolvimento da gerência local. A gerência provocou o pensar, o refletir, a troca de ideias e experiências, num contexto de mudança nos diversos níveis de gestão e organização do SUS BH. Esse quadro implicou mudanças na UBS, ao provocar incômodos e necessidade de colocar a realidade em análise, para a reorganização do trabalho. Dessa forma, a presença e condução democrática da gestão local estimularam os trabalhadores a problematizar as situações dos processos de trabalho e do atendimento ao usuário, com tomada de decisões no coletivo, configurando também como um indicativo, não previsto na matriz construída para análise.

O NASF, por sua vez, ativa a intersetorialidade e interdisciplinaridade como forças possíveis que dão forma ao modelo assistencial do SUS. Citam-se as situações de difícil manejo, como aquelas que envolvem a complexidade de problemas e necessidades de usuários, em especial no âmbito de alta vulnerabilidade, trazendo para a cena outros atores e setores, como a assistente social do Conselho do Idoso e trabalhadores do CRAS, para discussão e intervenção. Com isso, são provocadas reflexões sobre as diferentes realidades existentes no território, em especial quanto a idosos e pessoas portadores de distúrbios mentais. Tais demandas também suscitam os trabalhadores da ESF e NASF a se mobilizarem com

preocupação em aprender a se portar e atuar nelas, com organização do processo de trabalho, integrando as forças possíveis para mudança de modelo assistencial.

O NASF congrega atores diferenciados que potencializam o conhecimento e atuação da equipe mínima da ESF. No entanto, as discussões da promoção da saúde, dos modos de vida dos usuários ficam para segundo plano e não apareceram nas narrativas dos trabalhadores. Nas observações, aparecem sob a forma de “grupos operativos” conduzidos pelos profissionais do NASF, concluindo-se que a doença ainda tem sido o foco principal no apoio matricial e nas ações da ESF.

Os achados indicaram também que a relação NASF-ESF muitas vezes é despotencializada, pelo pouco envolvimento da ESF, que entende esse encontro como um espaço para encaminhamentos de demandas, frente à quantidade de procura que chega até ela. Por parte do NASF há também desafios para sustentar a mudança de modelo, pois o trabalho está capturado pela lógica do atendimento individual, resolução das demandas encaminhadas pela ESF com pouca abertura e disponibilidade para o trabalho criativo e centrado nas necessidades dos usuários.

O NASF, como um potencial positivo para a mudança de modelo assistencial, pode ser um estimulador da discussão das ações preventivas e de promoção da saúde, como, por exemplo, a utilização dos espaços na comunidade. Exemplifica-se uma ação ocasional de uma equipe juntamente com o NASF, de criação de um espaço de valorização de uma fonte natural de água na comunidade de alta vulnerabilidade social, associado à discussão da água como recurso natural. Nesse espaço, uma trabalhadora do NASF tem desenvolvido atividades de *liang gong* com boa participação da comunidade.

Existem forças possíveis na integração ensinos-serviços, relacionadas ao olhar do professor e alunos, que ainda não estão viciados pelo cotidiano do trabalho e que têm na associação teoria-prática possibilidades de provocar desacomodação e chamadas para mudanças. Apesar dessas forças, que são condizentes com os elementos do quadrilátero da formação, nem sempre são aproveitados na sua potência. Muitas vezes as ações de integração ensino-serviço são potenciais para provocar mudanças nos trabalhadores, no entanto, pontua-se a maior

urgência da presença da escola nos serviços com pesquisa e extensão, além dos estágios, que nem sempre garantem continuidade e avaliação dos projetos de intervenção.

O apoio da gestão distrital e municipal aos processos de mudança no nível local pode ser, em si, um processo de educação permanente. Nessa direção, os encontros para discussão das necessidades e realidades locais em reuniões programadas são forças positivas identificadas no estudo. A presença dos profissionais do Distrito apoiando as tomadas de decisão local pode provocar um olhar mais ampliado sobre a gestão e o trabalho no cotidiano, problematizando aquilo que se apresenta como regular e repetitivo. Mesmo com essa potência, evidenciou-se que a relação gestão local-gestão distrital/municipal prioriza problemas administrativos que capturam o tempo e o pensamento dos atores em cena, com valorização de hierarquias na definição de resoluções que poderiam ser do nível local, vista como potência para mudanças locais.

A lógica burocrática administrativa de cobrança de cumprimento de metas, sem contextualizar e problematizar o que está para além do descumprimento das mesmas, despontecializa a EP e as capacidades para mudanças. Muitas vezes, a forma como são feitas as críticas desvaloriza a experiência, provocando perda de potência, pela desmotivação dos envolvidos. Nesse ponto, provocar a autoanálise crítica e autogestão nos trabalhadores da gestão, em todos os níveis, é importante, como uma cultura no cotidiano.

Essa lógica hierárquica foi observada, também, como reprodução dos trabalhadores com os usuários, como, por exemplo, na criação de protocolos, que contou apenas com a discussão entre os trabalhadores sem a inclusão dos usuários. As práticas sociais implícitas na gestão das políticas e suas práticas influenciam as práticas locais. Nesse ponto, a dialogicidade nessas relações precisa ser uma realidade, dependendo de cada um abrir mão de sua particularidade nessa relação e de sua disposição para as reflexões necessárias.

Ainda é possível observar que o modelo biologicista e biomédico é forte, tendo em vista que as propostas de modelos alternativos, que combinam tecnologias materiais e imateriais, como acolhimento e humanização com atenção às necessidades sociais de saúde dos usuários, ainda não se configuram como uma hegemonia nos processos de trabalhos e atenção ao usuário.

Investimentos são necessários na EP com foco nos trabalhadores e usuários, para que valorizem e reconheçam suas forças no processo de aprendizado do dia a dia, considerando que esse aprendizado pode se concretizar em mudanças nos próprios sujeitos e no seu meio, potencializando a capacidade da EP e, conseqüentemente, mudanças. Ressalta-se que o modelo assistencial é construído no cotidiano da relação trabalhador de saúde-usuário, apesar das induções das políticas.

Nessa relação precisa ser considerada a valorização da experiência, das trocas, interações, encontrando-se na EP, para problematizar e mudar. Conforme conclusão no estudo de Figueiredo *et al.* (2018, p. 1876), é preciso explorar e criar espaços e entrecruzamentos de conhecimentos e experiências, pois a potência está:

Nos espaços em que coletivos (re)pensam o processo de trabalho, o cuidado e a vida a partir do encontro como um fenômeno fundamental para formação em saúde. [...] Os entrecruzamentos de pesquisas, saberes e fazeres em EPS confluíram [...] para a promoção de espaços colaborativos que propiciaram o encontro e produziram novos protagonistas, na intenção de fortalecer o Sistema Único de Saúde.

Os achados do estudo não permitiram aprofundar a análise sobre a concepção dos trabalhadores acerca do modelo assistencial. Apesar de reconhecerem a centralidade do usuário e priorizarem tecnologias que favoreçam o modelo voltado para as necessidades dos usuários, ainda se perdem no pragmatismo e repetições cotidianas, que abreviam o cuidado ao tecnicismo protocolar e muitas vezes não conseguem aliar a reflexão à ação cotidiana.

Num mundo dinâmico como o da assistência à saúde, é preciso consolidar a EP de forma hegemônica, como uma tessitura que não a considere só como estratégia, mas como uma prática social homogênea no cotidiano.

E como afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 77):

A tessitura envolve fazer com que pontos díspares tenham a ver um com o outro e, nessa medida, sejam menos dispersos em ação, intervenção ou produção. Talvez não sejam necessários cursos, mas as pessoas se encontrarem, conversarem, compartilharem textos, compartilharem conceitos. O que está em jogo na educação permanente é um trabalho ou um lugar de trabalho exposto à transformação ou à modificação porque deseja encontrar-se com os seus usuários e deseja construir a integralidade pela rede [...]

Espera-se que esta tese desencadeie apostas por parte da academia, do serviço de saúde e das instituições de saúde, no sentido do reconhecimento e valorização da EP produzida no cotidiano por trabalhadores e usuários, em movimentos contínuos de ação-reflexão individual e coletiva, em direção à superação do cotidiano, no que diz respeito ao modelo assistencial de acordo com os princípios do SUS.

Reconhece-se como limitação deste estudo a estratégia que adotou um único serviço como cenário, o que não permite generalizações dos seus achados, apesar da sua intensidade e exaustividade, na profundidade aqui proposta.

Assim, há de se considerar, também, a necessidade de realizar novas investigações que permitam entender a ocorrência da educação permanente e suas contribuições para transformações do modelo assistencial, ao longo do tempo, bem como conhecer melhor os discursos institucionais externos e sua relação no cotidiano da UBS, na produção da EP e suas contribuições para a APS.

Recomenda-se avançar em outras estratégias que façam com que os trabalhadores da saúde possam manifestar suas compreensões sobre o modelo assistencial, suas ideologias e posturas, visando aos campos de força possíveis, identificação das potencialidades intrínsecas e extrínsecas relacionadas aos trabalhadores, usuários e serviços, como possibilidades de movimentos que possam despertar a valorização do cotidiano e todo o seu potencial de aprendizado e mudanças individuais e coletivas em prol das necessidades de saúde no território.

Dessa forma, da análise das cenas e enunciados, nos três capítulos que compõem os resultados, considerando o arcabouço da ACD (FAIRCLOUGH, 2011) e do cotidiano de Heller, seguem-se, à guisa de conclusão, as considerações, aplicação na prática e indicações de novas possibilidades.

A unidade básica de saúde, em meio a dificuldades em um ano de transição de gestão municipal e local, apresentou movimentos de educação permanente de variadas formas, como discussões coletivas nas reuniões de equipe, nas reuniões por categorias profissionais, nas conversas informais, na troca de experiências e postura colaborativa durante atendimentos, no aprendizado com o outro, entre outros. Esses movimentos demonstraram a potencialidade da

EP no cotidiano da unidade básica, na produção de mudanças de outras formas de organização das relações no processo de trabalho em saúde que, por vezes, leva a mudanças.

A observação participante proporcionou aproximação com mais profundidade dos serviços na atenção primária. Embora já faça parte do cotidiano dos serviços UBS, como docente, a pesquisadora, com a mudança do olhar, pôde observar que a APS na UBS estudada traz consigo grandes desafios, desde a infraestrutura até a compreensão e o estabelecimento do modelo assistencial proposto pelo SUS.

No cotidiano, ficam claras as buscas dos trabalhadores para centralizar o usuário na atenção e priorizar tecnologias que vão ao encontro da reflexão para a decisão, como, por exemplo, na problematização da aplicação de protocolos rígidos advindos de níveis de gestão hierarquicamente superiores. A observação participante periférica proporcionou conhecer situações potenciais para a EP e, entre elas, aquelas que provocam incômodos nos sujeitos, que buscam refletir e mudar os processos de trabalho.

As cenas observadas demonstraram a EP nas trocas de saberes, no aprendizado dado pelo trabalho nas situações cotidianas, nas discussões e tentativas de reorganização do processo de trabalho e melhoria nas relações entre os sujeitos. Contudo, é possível presenciar um trabalho em equipe um tanto fragmentado, falta de autonomia de alguns trabalhadores e/ou categorias profissionais, assim como destituição de papéis, como, por exemplo, a quebra do elo entre equipe e comunidade, que deveria ser garantido pela atuação dos ACS em algumas equipes.

Nas ações rotineiras, foi possível apurar que a EP que acontece no cotidiano e colabora para mudanças como as reuniões de equipes, reuniões colegiadas de gestão, reuniões por categorias profissionais, reuniões multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, assim como reunião de comissão local, entre outras, também as ações extramuros, como visitas domiciliares, em reuniões e ações na e com a comunidade. Enumeram-se, também, as ações educativas, tanto para profissionais quanto para usuários, as quais provocaram reflexões e movimentos importantes em direção a processos de EP e mudanças no modo de agir.

A análise crítica de discurso possibilitou identificar, nos discursos captados, a EP no cotidiano da unidade básica. Os discursos foram marcados por metáforas, coesão, temporalidades,

modalizações e avaliações valorativas positivas e negativas acerca da EP e das mudanças reconhecidas a partir do que denominaram EP.

Os discursos abordam a EP como cursos, treinamentos, responsabilidade institucional e que aprendem nas trocas de saberes e conhecimentos. No entanto, apesar de reconhecer o aprendizado nas trocas cotidianas de conhecimento e experiências, nas reuniões de equipe e outras reuniões que acontecem no centro de saúde, muitos pareciam não associá-lo à EP, valorizando e reconhecendo como EP o que lhes era oferecido institucionalmente.

O cotidiano da unidade básica estudada é dinâmico e heterogêneo, permeado por diversas histórias de vida de cada sujeito trabalhador ou usuário na realidade da atenção primária à saúde. Além disso, abstraíram-se aspectos do cotidiano entre a particularidade, heterogeneidade, repetição, imitação, pragmatismo, hierarquização, juízos provisórios, com entonações próprias dos sujeitos que o compõem.

O trabalho criativo, cooperativo e a socialização foram presentes, redundando em movimentos de autonomia e liberdade com mudanças de práticas, como, por exemplo, na realização de curativos após processo educativo com a equipe de enfermagem, assim como na coleta de material para exames, que também foi alvo de processo educativo formal, oferecido por acadêmicas de Enfermagem. O mesmo foi observado no movimento de parceria com o PET-Saúde-Gestão, que resultou em um plano de ação com criação de roda de conversa com gestantes, envolvendo vários trabalhadores de várias equipes e do NASF, em um pensamento coletivo que reunia as gestantes de todas as equipes e não por equipes específicas.

Nesse sentido, é necessário estimular a criatividade, discussão, reflexão e problematização do próprio fazer, do próprio pensar, do modo de existir, numa reinvenção cotidiana de interações e relações nos processos de trabalho, com aprendizado, independentemente de normativas políticas. Que seja uma invenção cotidiana, numa espiral que considera a interação das formas de conhecimento, das experiências e dos aprendizados.

Há de se considerar que a EP acontece independentemente de dia e hora, mas que é desafiada pela verticalização da organização de saúde, na assistência, cuja porosidade é invadida pelos protocolos, normativas e recomendações. E estes muitas vezes precisam ser discutidos à luz

da realidade cotidiana, para a organização das práticas de saúde, não se limitando a EP a protocolar atualizações que visam colocar em prática o atendimento a intenções políticas que nem sempre são adaptáveis à realidade de cada UBS e área de abrangência.

Chama-se a atenção que, independentemente de política, a EP acontece, mas nem sempre é valorizada entre trabalhadores, que manifestam o reconhecimento de ações educativas formais, livremente de metodologias, ativas não, mas que tragam a atualização necessária à produção no processo de trabalho.

Nas observações e nas entrevistas foi percebida a importância das metodologias ativas nas capacitações formais, oportunamente necessárias. Estas produziram entusiasmo e motivação que impulsionaram os trabalhadores a dar continuidade. No entanto, esses entusiasmos e motivações foram consumidos no dia a dia atarefado e por vezes, angustiante para os trabalhadores, que afirmam o desejo de mudança, mas se sentem impotentes para produzi-la, ao se sentirem exauridos pela constante demanda que aumenta a cada dia e por afirmarem precisar do apoio da gestão. O protagonismo, de certa forma, também é diluído nesse processo.

Ao concluir este trabalho, sustento a tese de que as mudanças no modelo assistencial podem ser proporcionadas, também, pelos sujeitos no trabalho em saúde que, ao experimentarem a EP no cotidiano dos serviços, podem caminhar para a busca da autonomia e liberdade na resolução dos problemas de saúde, problematizando-os em busca de transformações, aprendendo e mudando suas concepções e práticas. Em consequência, podem ser evidenciadas outras e novas formas de organização das relações no processo de trabalho em saúde que induzem, questionam, propõem e, por vezes, se refletem em mudança no modelo assistencial.

Quando o trabalho é colocado em análise nas ações educativas formais, nas reuniões proporcionadas pela gestão local e pela informalidade nas conversas e encontros cotidianos na UBS, direcionados pelas necessidades dos usuários como finalidade, surgem ações que, por vezes, redundam em mudanças. Esse processo é cercado de desafios que reduzem o potencial da EP, em especial pelo caráter pouco problematizador e propositivo de novas formas de organização das relações no trabalho em saúde no cotidiano. Em consequência, há poucas evidências de outras e novas formas do fazer em saúde que poderiam, na sua essência,

induzir, questionar, propor e, por vezes, refletir em mudança mais amplas no modelo assistencial.

As mudanças atribuídas ao modelo assistencial constatadas nos discursos dos trabalhadores de saúde foram marcadas por aproximações da centralidade do usuário e priorização de tecnologias que privilegiam as relações. No entanto, observações e discursos por vezes se contradizem. Ao mesmo tempo em que discorrem sobre ações que têm em conta a centralidade do usuário, a observação mostra uma realidade pragmática, economicista, com regularidades que não promovem o usuário a esse lugar. A aparência é de mudança, mas a essência ainda está presa ao modelo assistencial voltado para procedimentos, atendimentos individuais e lógica biomédica.

Considera-se que a pergunta inicial do estudo foi respondida no que diz respeito a mudanças de modelo advindas dos sujeitos no cotidiano dos serviços de saúde. Essas mudanças podem acontecer à medida que se ocupam de movimentos de reflexão da realidade cotidiana, refletindo na sua atuação individual e no coletivo, sobre os processos de trabalho e necessidades dos usuários.

Os sujeitos são capazes de provocar mudanças, mas precisam sair dos lugares de conforto e indagar sobre a realidade da atenção à saúde dos usuários, buscando compreender as necessidades levadas por eles e, assim, organizar os processos de trabalho e novas formas de racionalidades tecnológicas que caminhem ao encontro dessas necessidades.

Nesse movimento, aproximam-se do não cotidiano, em reflexões “para-si”, oriundas do trabalho colaborativo, trocas que proporcionam a sociabilidade das dificuldades e das necessidades de saúde dos usuários, levando-os a buscar formas criativas e necessárias à atenção à saúde. Nesse movimento de saídas do cotidiano, trazem de volta novas formas de agir e de assistir o usuário, combinando tecnologias que caminhem ao encontro das necessidades e centralidade do usuário nas práticas de saúde.

No entanto, não foi possível afirmar que a EP muda modelo no presente estudo. Nos dados empíricos foram evidenciados movimentos e indícios de mudanças que partem dos sujeitos

em ação. No entanto, a participação do usuário ainda é muito tímida, necessitando de investimento em EP também para ele.

Existem dificuldades do trabalho em equipe que muitas vezes são capturadas pela burocracia nas reuniões, reforçando o pragmatismo e economicismo frente ao pouco tempo para a discussão e a diversidade de problemas.

Importante lembrar também a importância das ações gerenciais, que podem disparar processos de discussão e aprendizados, o que pode ser considerado um campo de força positivo para a EP. Dessa forma, propõe-se a continuidade com estudos sobre o modo de gestão local e sua contribuição no desencadeamento de processos de EP, no cotidiano da UBS, sugerindo-se uma ampliação de forma gradual para os distritos sanitários do município de BH. Recomenda-se, também, o aprofundamento tendo como foco os usuários na produção da EP, pois são forças potenciais para a sua produção no cotidiano do serviço de saúde.

Enfim, o caminho foi longo, inquietante, desafiante, produtivo, com reflexões e aprendizados. Um caminho onde foi necessário confrontar o conhecimento estruturado e por vezes duro, no olhar para a realidade, com a singeleza e complexidade do cotidiano. Esse pode ser um ponto a ser considerado uma limitação no estudo.

O aprofundamento foi necessário e muitas vezes provocou os confrontos e incômodos para saídas da zona de conforto e mudança no olhar, quantas vezes fossem necessárias. Esses confrontos representavam incômodos, mas também redirecionamento do olhar permitindo enxergar no cotidiano singularidades que o olhar viciado ao longo do tempo de vivência na UBS, como campo de estágio, não favoreceu.

Finalmente, muito foi aprendido, houve crescimento, tanto pessoal quanto como pesquisadora, enfermeira e docente. O cotidiano é desafiador e provocador, mas precisa de movimentos de busca na ciência, na arte, na religião e ética, como abordado no cotidiano de Agnes Heller, para produzir reflexões e crescimento. É partir do particular no cotidiano e provocar a busca pela genericidade, pois é no particular, no subjetivo, o lugar da tomada de consciência.

Tanto trabalhadores quanto usuários precisam de escuta e de ampliação de espaços onde o encontro aconteça realmente e provoque confrontos, enfrentando contradições para que mudanças aconteçam. Acredita-se que é necessário apoio para a construção, desconstrução e reconstrução da assistência à saúde, conforme a dinamicidade do cotidiano.

Depois, revestir-se de coragem após encontros com a consciência para-si, para retornar a esse mesmo cotidiano, com novas atitudes e posicionamentos que contribuam para a sua transformação, que não tem um padrão ou meta. Configura-se como transformações processuais e eternas enquanto há vida.

REFERÊNCIAS



Van Gogh - A Noite Estrelada — 1889.

ALMEIDA, A.A. **Fundamentos ontológico-marxistas da vida cotidiana**. Rev Cad Ciênc Soc da UFRPE, ano VI, v. I, n. 10, jan-jul, 2017.

ALMEIDA LIMA, C. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev Bioét** (Impr.), v. 22, n. 1, p. 152-60, 2014.

ANGROSINO, M. Etnografia e observação participante. *In*: FLICK, U. (coord.). **Coleção pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Arned, 2009.

ARAÚJO, G.M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601-13, 2017.

ARAÚJO, G.M. *et al.* Segurança do usuário: cuidados com o processamento de artigos críticos na atenção básica. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, [on line] [citado 2018 Aug. 06]; v. 11 (Supl. 10), p. 4096-102, out. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33200>. Acesso em: set. 2018.

AROUCA, L.S. O discurso sobre a educação permanente (1960-1983). **Proposições**, Campinas, SP, v. 7, n. 2 [20], p. 65-78, jul. 1996. Disponível em: <https://www.fe.unicamp.br/publicacoes/periodicos/pro-posicoes>. Acesso em: 25 jul. 2017.

ASSIS, M. M.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Nov. 2018.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>. Acesso em: 2 jan. 2017. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=s...>

BARBOSA S.P. *et al.* Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BARBOSA, V.B.A; FERREIRA, M.L.S.M.; BARBOSA, P.M.K. Continuing health educating: a strategy for the training of community health agents. **Rev Gaúcha Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 18]; v. 33, n. 1, p. 56-63, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100008>. Acesso em: agosto de 2018.

BÁRCIA M.F. **Educação permanente no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Belo Horizonte-MG, 2014.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. **Documento Complementar 01 - Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. Caracterização do Sistema Atual**. 2010, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para a mudança da forma educação permanente**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documentos preparatórios para 3.^a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros**: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: MS, 2005. 73 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. *In*: I CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. **Relatório final**. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde.. *In*: II CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. **Relatório Final**. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde/CGDRH/SUS, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *In*: 10^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>. Acesso em outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a Organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM - MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde - polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf. Acesso em: outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007. Brasília: MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. 1. ed., 1. reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p. ISBN 978-85-334-2134-9.

BREHMER L.C.F.; RAMOS F.R.S. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de Cursos de Graduação em Enfermagem **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 119-26, 2014. Disponível em: www.ee.usp.br/reecusp. Acesso em: 20 de maio de 2018.

CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para Debate. In: CAMPOS, G.W.S. **Planejamento sem normas**. 2. ed., São Paulo: Hucitec; 1994., p. 53-60.

CAMPOS, K.F.C.; MARQUES, R.C.; SILVA, K.L. Continuing education: speeches by professionals of one Basic Health Unit. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20180172, 2018. Epub Oct 29, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0172>.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R, SILVA, K.L. Permanent professional education in healthcare services. **Esc Anna Nery**, [on line] [citado 2018 May 01]; v. 4, n. 21, p. 1-10, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317.

CARDOSO, M.C. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saude Soc** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 21(Suppl.1), p. 18-28, maio, 2012. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500002&lng=en&nrm=iso.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500002>.

CARVALHO, B.G. *et al*. Percepção dos médicos sobre o curso facilitadores de educação permanente em saúde. **Rev Bras Educ Med** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 35, n. 1, p. 132-41, jan-mar., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100018&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100018>. Acesso em: outubro de 2018.

CASTELLANOS, M.E.P. The narrative in qualitative research in health. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401065&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In. LOBOSQUE, A.m. (Org.) Caderno saúde mental 3 - Saúde mental: os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG. v. 3, 2010.

CECCIM, R.B. Permanent education in the healthcare field: an ambitious and necessary challenge. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. 13. ed., São Paulo: Ática, 2000.

COLLET H.G. **Educação permanente: uma abordagem metodológica**. Rio de Janeiro, SESC, 1976.

CEPAL. COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA. **SLC/PUB.2017/24-PISBN: 9789211219715ISSN: 0252-0257250** p. Editorial: CEPAL dezembro 2017.

CORIOLOANO, M.W.L. *et al.* Continuing education with community health agents: a proposal for care of asthmatic children. **Trab Educ Saúde** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 10, n. 1, p. 37-59, mar-jun., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000100003&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000100003>. Acesso em: agosto de 2018.

COSTA, M.A.R *et al.* Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. **Rev Fund Care Online**. [periódico na internet] [citado 2018 ago. 20] v. 10, n. 2, p. 558-564, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6368>. Acesso em: setembro de 2018.

COSTA W.G.A; MAEDA S.T. Repensando a rede básica do SUS e o distrito sanitário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. V.25, n.57. p:15-29. 2001. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em jan. 2018.

CUNHA, A.Z.S. *et al.* Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Espaço Saúde** (Internet) [cited 2017 Mar 20]; v. 15, n. 4, p. 64-75, out-dez., 2014. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/19911/pdf_48. <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2014v15n4p64>

DALL'AGNOL, C.M. *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm** [Internet] [cited 2016 Feb. 23] v. 33, n. 1, p. 186-90, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a24v33n1.pdf>. Acesso em: set. de 2018.

DELORS, J. (coord) (org.). **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Brasília: Unesco, 2010. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

DUARTE, M.L.C.; OLIVEIRA, A.I. Compreensão dos coordenadores de serviços de saúde sobre educação permanente. **Cogitare Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 17, n. 3, p. 506-12, jul-set., 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/29292/19042>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i3.29292>. Acesso em: agosto de 2018.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Trad. e coord. de Izabel Magalhães. Brasília: Universidade de Brasília, 2001. 316 p.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Coord. trad. rev. técnica e pref. técnica de Izabel Magalhães. 2. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2016. 338 p.

FELICIANO, K.V.O. *et al.* Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. **Rev Bras Saude Mater Infant**. [Internet] [cited 2017 Mar 20]; 8(1):45-53, jan-mar., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000100006&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000100006>.

FERNANDES, I. A dialética dos grupos e das relações cotidianas. *In*: GUIMARÃES, T.D. **Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em Perspectiva**. Porto Alegre: EDIPUCS, 2002.

FERRAZ, F. *et al.* Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura Saúde & Transformação Social. **Health & Social Change**, v. 3, n. 2, pp. 113-128, 2012.

FERTONANI, H.P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o que dizem os usuários da atenção básica**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - UFSC, Florianópolis, 2010.

FERTONANI, H.P. *et al.* Health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, E.B.L. *et al.* Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho. **Rev Bras Enferm**. [on line] [citado 2018 ago. 23]; v. 71 (Suppl 4), p. 1768-1773, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001768&lng=pt. Acesso em novembro de 2018.

FLICK, W. Introdução à pesquisa qualitativa. *In*: FLICK, U. (coord.). **Coleção pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Armed, 2009.

FORTUNA, C.M. *et al.* Movements of permanent health education triggered by the training of facilitators. **Rev Latino-Am Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; 19(2):411-20, mar-abr., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692011000200025&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200025>.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FRANÇA, T. *et al.* Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc Saúde Colet** [Internet] [cited 2017 Jul 12]; v. 22, n. 6, p. 1817-28, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817.pdf>. Acesso em: maio de 2018.

FRANCO T.B, CHAGAS R.C, FRANCO, C.M. Educação permanente como prática. *In*: Pinto S, Franco TB, Magalhães MG, organizadores. Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta RedondaRJ. São Paulo: Hucitec; 2012.

FREIRE P. **Conscientização** - teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 37. ed. ver. e atual. São Paulo: Paz e Terra. 2016.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 65 ed. Rio de Janeiro/ São Paulo. Paz e Terra. 2018.

FULAT, O. Os murmúrios de uma esperança. *In*: FULAT, O. **A educação permanente**. Petrópolis: Vozes, 1979.

FURTER P. **Educação permanente e desenvolvimento cultural**. Tradução de Teresa de Araujo Penna. Petrópolis: Vozes, ed. limitada, p. 111-159, 1974.

FURTER P. **Educação permanente e vida**. Petrópolis: Vozes, 5. ed., 1973a. 190 p.

FURTER P. O novo e o velho, a continuidade e a descontinuidade na pedagogia. *In*: FURTER, P. **Educação e vida**. Petrópolis: Vozes. 5. ed., 1973b.

GADOTTI. M. Pedagogia da terra: ecopedagogia e educação sustentável. **Mundo Universitário**, n. 010, 2006.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n. 2, 2000.

GARNELO, L. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2986-2988, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200032&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: maio de 2018.

GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. amp., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA L, ALMEIDA P.F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00118816, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2019.

GIOVANELLA L, MENDONÇA M.H.M. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575- 625.

GONÇALVES, L.C.; CORTEZ, E.A.; CAVALCANTI, A.C.D. Permanent education in relation to family health strategy: a descriptive-exploratory study. **Online Braz J Nurs** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 12, p. 593-95, out., 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4528>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134528>. Acesso em: setembro de 2018.

GRANJO, M.H.B. **Agnes Heller**: filosofia, moral e educação. 5.ed., Petrópolis-RJ: Vozes, 2011.

GUIMARÃES, G.T.D.G. O não cotidiano do cotidiano. In: GUIMARÃES. G.T.D. (org). **Aspectos da teoria do cotidiano**: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, 147 p.

HADDAD, J.Q.; MOJICA, M.J., CHANG, M.I. Proceso de educación permanente en salud. **Educ Med Salud** [Internet], v. 21, n. 1, p. 11-29, 1987. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/938.pdf>. Acesso em: outubro de 2018.

HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. **Educación permanente del personal de salud**. Washington (DC): Organización Panamericana de Salud, p. 1-30, 1994 (OPS. Serie Desarrollo Recursos Humanos, 100).

HELLER, A. **Agnes Heller entrevistada por Francisco Ortega**. Trad. Bethânia Assy. Rio de Janeiro. N.2 EdUERJ. Coleção: Pensamento Contemporâneo, 2002a.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. Barcelona: Ediciones Península. 2. ed. 2002b.

HELLER, A. **Para mudar a vida**: felicidade, liberdade e democracia. Entrevista a Ferdinando Adornato. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Brasiliense, 1982.

HELLER. A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2014.

HOUAISS, A. Potencial. In: HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/23184965/2016/v40n3/a5357.pdf>. Acesso em: 15/05/2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panoramamarajan.-mar.>; v. 7, n. 1, p. 2001-2010, 2018.

KNECHTEL, M.R. **Educação permanente**: da reunificação alemã e reflexões e práticas no Brasil. 2. ed., UFPR. Curitiba. 2001.

KOERICH, C.; ERDMANN, A.L. Meanings attributed by nursing staff about permanent education in cardiovascular institution. **Rev RENE** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; 17(1):93-102, jan-fev., 2016. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2223/pdf_1. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000100013. Acesso em: julho de 2018.

LAMPERT, E. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. **Revista Linhas, Capa**, v. 6, n. 1, 2005.

LAVADO, M.M. *et al.* Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. **ACM Arq Catarin Med** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 36, n. 2, p. 75-81, 2007. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/485.pdf>. Acesso em: agosto de 2018.

LEITE, M.T.S. *et al.* Perspectivas de educação permanente em saúde no norte de Minas Gerais. **REME Rev Min Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 16, n. 4, p. 594-600, out-dez., 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/566>. <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000400016>. Acesso em: julho de 2018.

LEMOS C.L. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: março de 2017.

LENGRAND, P. **Introdução à educação permanente**. 2. ed., Lisboa: Livros Belo Horizonte, 1981. 110 p.

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab Educ Saúde** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 12, n. 2, p. 425-41, maio-ago., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200012. <http://dx.doi.org/10.1590/S198177462014000200012>. Acesso em: agosto de 2018.

MAFRA J.F. O cotidiano e as necessidades da vida individual: uma aproximação da antropologia de Agnes Heller. **Educação & Linguagem**, [periódico na internet] [citado 2018 ago. 20]; v. 13, n. 21, p. 226-244, jan-jun., 2010. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/.../2019/2055>. Acesso em: set. de 2018.

MARANDOLA, T.R. *et al.* Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Espaço Saúde** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 10, n. 2, p. 53-60, jun. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=528446&indexSearch=ID>. Acesso em: agosto de 2018.

MARCUSCHI, L.A. **Da fala para escrita**: atividades de retextualização. 4 ed., São Paulo: Cortez, 2003.

MARQUES, C.M.S.; EGRY, E.Y. The competencies of health professionals and the ministerial policies. **Rev Esc Enferm USP**, [on line] [citado 2018 aug. 20]; v. 45, n. 1, p. 187-93, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/26.pdf>. Acesso em: set. de 2018.

MATTA, G. C.. MOROSINI, M. V. G. Atenção a Saúde. In: Isabel Brasil Pereira; Júlio César França Lima. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>. Acesso em: jan. 2018.

MENDES EV. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDONÇA, A.W.C. *et al.* Pragmatismo e desenvolvimentismo no pensamento educacional brasileiro dos anos de 1950/1960. **Rev Bras Educ**, [on line] [citado 2018 aug. 06], v. 11, n. 31, jan-abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n31/a08v11n31.pdf>. Acesso em: ago. 2018.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porteno estado do Paraná, Brasil. **Interface** (Botucatu) [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 15, n. 38, p. 871-82, jul-set., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300020&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300020>. Acesso em: setembro de 2018.

MERHY, E.E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1. P. 07-14, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310%2F2446-48132015v1n1.309g15>.

Merhy E.E; Cecílio L. C. O; Nogueira, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. Cadernos da 9a Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol. 1. Brasília. 1992.

MERHY, E.E; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación Permanente en Salud. **Salud Colectiva**, v. 2, p. 147-160, 2006.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, Feb. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de maio de 2018.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes. 2016.

MISHIMA, S.M. *et al.* Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. **Rev Esc Enferm. USP** [Internet]. 2015 July/Aug; [cited 2017 Mar 20]; v. 49, n. 4, p. 0665-73, jul-ago., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400665&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400018>. Acesso em: setembro de 2018.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Permanent education in nursing: survey to identify the necessities and the expected results based on the workers conception. **Rev Esc Enferm USP** [Internet] [cited 2017 Jan 8]; v. 44, n. 3, p. 597-604, set., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300007>. Acesso em: agosto de 2018.

MONTEIRO, P.H.N. *et al.* Avaliação pedagógica nos cursos do polo de educação permanente da grande: fragilidades e desafios. **Mundo Saúde**, v. 31, n. 3, p. 336-45, 2007.

MORAES, K.G.; DYTZ, J.L.G. Política de educação permanente em saúde: análise de sua implementação. **ABCS Health Sci. [periódico na internet]** [citado 2018 jun. 01]; v. 40, n. 3, p. 263-9, 2015.

NEGRI B; WERTHEIN J. Apresentação. In: STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

NICOLETTO, S.C.S. *et al.* Centers for permanent healthcare education: an analysis on the experience of social players in the north of the state of Paraná. **Interface** (Botucatu) [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 13, n. 30, p. 209-19, jul-set., 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300017&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300017>. Acesso em: julho de 2018.

NICOLETTO, S.C.S. *et al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saude Soc** [Internet] [cited 2017 mar 20] v. 22, n. 4, p. 1094-105, out-dez., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400012>.FREME. Acesso em: novembro de 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde**. Brasília: MS: OMS, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p.1090-1096, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de jun. 2018. Epub Sep 11, 2008.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Desenvolvimento Institucional da OPAS/OMS no Brasil 2010-2011**. Brasília, 2010. 94 p.

PAGLIOSAI, F.L.; DA ROSLL, M.A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev Bras Educ Méd**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, C.C.; ILHA, S.; BACKES, D.S. Educação permanente em saúde em unidade de terapia intensiva: percepção de enfermeiros. **Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)**, 2015.

PAIM, G. Modelos de atenção à saúde no Brasil.. *In: GIOVANELA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 41, n. 3, p. 478-84, set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019&lng=en&nrm=iso. DOI: 10.1590/S0080-62342007000300019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>. Acesso em: outubro de 2018.

PEDUZZI, M. *et al.* Educational activities for primary healthcare workers: "educação permanente em saúde" and continuing education concepts in the day-to-day routine of primary healthcare units in São Paulo. **Interface** (Botucatu) [Internet] [cited 2017 Mar 18]; v. 13, n. 30, p. 121-34, jul-set., 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-3283200900030001110>. Acesso em julho de 2018.

PEREIRA, F.M.; BARBOSA, V.B.A.; VERNASQUE, J.R.S. Continuing education experience for auxiliary nurses as a management strategy. **REME Rev Min Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 18, n. 1, p. 228-242, jan-mar., 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/92>. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140018>. Acesso em: agosto de 2018.

PINTO, E.E.P. *et al.* Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab Educ Saúde** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 8, n. 1, p. 77-96, mar-jun., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000100005&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S198177462010000100005>. Acesso em: agosto de 2018.

QUEIROZ, D.M.; SILVA, M.R.F.; OLIVEIRA, L.C. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface** (Botucatu) [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 18(Supl.2), p. 1199-210, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601199&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0303>. Acesso em: junho de 2018.

RAIMUNDO, J.S.; CADETE, M.M. Qualified listening and social management among health professionals. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n.2, p. 61-7. 2012.

RESENDE, V.M.; RAMALHO, V.C.V.S. Análise de discurso crítica, do modelo tridimensional à articulação entre práticas: implicações teórico-metodológicas. **Linguagem em (Dis)curso-LemD**, Tubarão [on line] [citado 2018 ago. 20]; v. 5, n. 1, p. 185-207, jul-dez. 2004. Disponível em: http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Linguagem_Discurso/article/view/0. Acesso em: out. 2018.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. **Rev Latino Am-Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 14, n. 6, p. 837-42, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/v14n6a02.pdf>. DOI: 10.1590/S0104-11692006000600002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600002>. Acesso em: agosto de 2018.

RICARDI, L.M.; SOUSA, M.F. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 20, n. 1, p. 209-18, jan. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100209&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232014201.20812013>. Acesso em: setembro de 2018.

ROCHA, N.H.N.; BEVILACQUA, P.D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/ as de saúde. **Trab Educ Saúde** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 13, n. 3, p. 597-615, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000300597&script=sci_abstract&tlng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00056>. Acesso em: setembro de 2018.

RODRIGUES, Z.B. Os quatro pilares de uma educação para o século XXI e suas implicações na prática pedagógica. 1999-2016. **Mundo Positivo**, 2018. Disponível em: http://www.educacional.com.br/articelistas/outrosEducacao_artigo.asp?artigo=artigo0056. Acesso em: maio de 2018.

ROSSETTO, M.; SILVA, L.A.A. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; 15(4):723-9, ou-dez., 2010. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/20376/13546>. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i4.20376>. Acesso em: agosto de 2018.

Rovere M. Atención primaria de la salud en debate. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36. **327-42**. 2012. Disponível em: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-234.pdf>. Acesso em jan.2019.

SADE, P.M.C.; PERES, A.M. Development of nursing management competencies: guidelines for continuous education services. **Rev Esc Enferm USP** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 49, n. 6, p. 988- 994, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600988&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6342015000600016>. Acesso em: julho de 2018.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. Continuing education in the development of competences in nurses. **Texto Contexto-Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 23, n. 2, p. 301-8, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201400216000119>. Acesso em: outubro de 2018.

SANTOS, A.M. *et al.* Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Rev APS** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 18, n. 1, p. 39-49, jan-mar., 2015. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2320/857>. Acesso em: agosto de 2018.

SARRETA, F.O. **O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde.** In: VIII SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR (em continuidade ao VII Seminário de

Saúde do Trabalhador de Franca) e VI SEMINÁRIO “O TRABALHO EM DEBATE”. Unesp/ Usp/Sticf/Cnti/Ufsc, 25 a 27 de setembro de 2012. **Anais...**, UNESP- Franca/SP.

SCHWARTZ B. **A educação, amanhã: um projeto de educação permanente**. Petrópolis: Vozes, 1976.

SELL, C.E.; PAULA JR, J. A teoria sociológica e o debate micro-macro hoje. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 15, n. 34, set-dez. de 2016.

SIGNOR, E. *et al.* Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Rev Enferm UFSM** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 5, n. 1, p. 1-11, jan-mar., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766>. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769214766>. Acesso em: setembro de 2018.

SILVA, A.M.; PEDUZZI, M. Caracterização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. **Rev Eletr Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 11, n. 3, p. 518-26, set. 2009. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a08.pdf. Acesso em: agosto de 2018.

SILVA, C.T. *et al.* Nucleus of permanente education in nursing: perspectives in a teaching hospital. **Rev Pesq Cuid Fundam** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 5, n. 3, p. 114-21, abr. 2013. ISSN 2175-5361. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2044/pdf_825. Acesso em: outubro de 2018.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007, p. 27-41.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate do campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, K.L.; MATOS, J.A.V.; FRANÇA, B.D. The construction of permanent education in the process of health work in the state of Minas Gerais, Brazil. **Esc Anna Nery** [on line] [citado 2018 ago 06]; v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0060.pdf. Acesso em: out. de 2018.

SILVA, L.A.A. *et al.* Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto-Enferm** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 20, n. 2, p. 340-8, abr-jun., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200017. <http://dx.doi.org/doi.org/10.5902/217976925364>. Acesso em: agosto de 2018.

SILVA, K.L. *et al.* Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores. **Rev RENE** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 13, n. 3, p. 552-61, jul-ago., 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3977/3140>. Acesso em: agosto de 2018.

SILVA, L.A.A. *et al.* Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev Enferm UFSM** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 2, n. 3, p. 496-506, set-dez.,

2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/5364/pdf>. DOI: 10.5902/217976925364. <http://dx.doi.org/10.5902/217976925364>. Acesso em: julho de 2018.

SILVA, L.A.A. *et al.* Educação permanente em saúde na ótica de membros das comissões de integração ensino-serviço. **Rev Enferm UFSM** [Internet], v. 3, n. 2, p. 296-306, maio-ago., 2014.

SPRADLEY, J.P. **Participant observation**. Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1980.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J. (orgs). **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância saúde da família**. Salvador, Bahia: CEPS-ISC, EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, CF., PAIM, JS., and VILASBÔAS, AL. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 49-60. ISBN 978-85-7541-325-8. Disponível em www.scielo.br. Acesso em: jan.2019.

TESSER, C.D. *et al.* Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet] [cited 2017 Mar 20]; v. 16, n. 11, p. 4295-306, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200002>. Acesso em: setembro de 2018.

TRAPÉ, T.L.; ONOCKO-CAMPOS, R, 2015. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Rev Saúde Pública**, v. 51, p. 19, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf. Acesso em: maio de 2018.

VERONEZE, R.T. Agnes Heller: daily life and individuality - an experience in the classroom. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, [periódico na internet] [citado 2018 ago 22]; v. 12, n. 1, p. 162-172, jan-jun. 2012. Disponível em: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/14217/9626. Acesso em: out. de 2018.

VIANA, A.N.C. *et al.* **Eficiência energética: fundamentos e aplicações**. Campinas: Elektro, Universidade Federal de Itajubá, Excen, Fupai, 2015.

VILAÇA, M.E. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7.

VILLA, E.A. *et al.* Power relations in the work of Family Health Strategy. **Saúde Debate** [online] [citado 2018 may 01] v. 39, n. 107, p. 1044-52, out-dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01044.pdf>. Acesso em: out. 2015.

WERTHEIN, J.; CUNHA, C. **Fundamentos da nova educação**. Cadernos UNESCO. Série educação; 5. ed. UNESCO, Brasília. 2000. 84 p.

YAMAMOTO, T.S. *et al.* Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 617-638, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: jan, de 2016.

Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad Saúde Pública** 2017; 33: e00118816.

Giovanella L, Mendonça M.H.M. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575- 625.

PINHEIRO, R. Integralidade da Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

GIOVANELLA, L. ATENÇÃO BÁSICA OU ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.34, n.8. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Acesso em jan. 2018.

APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo (pesquisa) - Mudança de modelo assistencial: educação permanente e o protagonismo dos sujeitos no cotidiano dos serviços de saúde

Trata-se de pesquisa que será desenvolvida por mim, Kátia Ferreira Costa Campos. Sou enfermeira e estou cursando o Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFMG. Neste estudo sou orientada pela Prof^a. Dr^a. Kênia Lara Silva, da Escola de Enfermagem. Para concluir o doutorado, é necessário que eu conclua a pesquisa, a qual tratará da mudança de modelo de atenção a partir da educação permanente (EP).

A pesquisa tem como objetivo geral analisar a EP como dispositivo para a mudança do modelo de atenção à saúde, no cotidiano do trabalho em saúde. Os objetivos específicos são: identificar as formas de educação permanente no cotidiano do trabalho das equipes na rede assistencial e analisar seus efeitos no cotidiano dos processos de trabalho das equipes, correlacionando-a com o modelo de atenção à saúde.

Para atingir os objetivos da pesquisa farei observação participante periférica, que se configura como minha presença observando tudo o que acontece no centro de saúde e em atividades fora dele, sem interferir no trabalho, conforme é recomendado acerca dessa técnica de observação.

Após o período de observação, os dados serão analisados, o que orientará novos caminhos a serem percorridos no serviço, na unidade e sua área de abrangência. Nesse caso, se for necessário poderá ter outras formas de coleta de dados, em que contarei com sua participação, como entrevistas, entre outros.

Todo o processo de observação será registrado em um caderno, pessoal e intransferível, chamado diário da pesquisa, onde serão feitas as anotações da observação e da pesquisa. Será utilizado também o diário de campo, em que eu, pesquisadora, anotarei fatos, impressões e reflexões. Poderei ter necessidade de gravar o que observei, para não perder detalhes. Esse material será mantido por cinco anos para o caso de necessidade de consulta por qualquer participante e do Conselho de Ética em Pesquisa.

O estudo será realizado considerando-se os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo as normas e diretrizes da Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, a qual regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

De acordo com a resolução supracitada, na pesquisa o participante terá sua identidade mantida em segredo absoluto, tem o direito de ser informado e esclarecido em linguagem acessível sobre todas as suas dúvidas a respeito do estudo e tem direito a receber uma cópia deste formulário de consentimento assinado por ele e pelo pesquisador responsável. E, ainda, tem a liberdade de se retirar do estudo, sem necessidade de justificativa, em qualquer momento, sem ser prejudicado e sem perda de benefícios.

Como riscos considera-se que pode haver desconforto ou constrangimento dos participantes ao serem observados em seu cotidiano na unidade básica ou ao participarem de outra estratégia que for utilizada a partir da observação. E, ainda, pelo receio de serem identificados no relatório da pesquisa. Para que esses riscos possam ser minimizados, inicialmente será apresentado o projeto, com objetivos, metodologia, no início da fase de captação da realidade, oferecendo a cada um todas as informações relativas à sua participação, que é voluntária. Garante-se ainda que o participante poderá se afastar do estudo, a qualquer momento, caso se sinta constrangido ou desconfortável. Solicita-se, nesse caso, que seja feita comunicação formal à pesquisadora, a qual anexará aos documentos que permanecerão guardados por cinco anos.

Visando, ainda, minimizar os riscos, para a captação da realidade haverá um período de ambientação iniciada por uma reunião com todos os profissionais, trabalhadores e gerentes da unidade, para a apresentação como pesquisadora, esclarecendo sobre esse novo lugar que será assumido por ela, que antes estava no campo como professora. Depois disso, a pesquisadora estará presente diariamente iniciando por reconhecimento da unidade, das equipes, já assumindo postura de pesquisadora, até que estejam mais à vontade com essa presença, para depois iniciar a observação de fato. Esclarece-se, ainda, que as informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação dos participantes, os quais serão indicados por códigos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Em todas as etapas do estudo serão atendidas as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, a qual regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes serão orientados sobre o seu direito de manifestar livremente o interesse em participar ou não, em qualquer fase do processo, sem qualquer tipo de prejuízo. Nenhum participante será identificado em qualquer documento produzido em decorrência da pesquisa e as informações serão mantidas em segurança por cinco anos, até a aprovação do relatório final por banca examinadora, quando então serão inutilizadas.

Depois de prestados todos os esclarecimentos, será apresentado o formulário do TCLE para assinatura. É reafirmado aqui que sua participação é totalmente voluntária e que não receberá qualquer benefício financeiro por isso.

Dessa forma, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH) e Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), com aprovação de ambos.

Recomendo a todos os participantes fazerem perguntas a qualquer momento do estudo. Caso tenha mais perguntas sobre o estudo, por favor, solicite às pesquisadoras responsáveis (minha orientadora e eu) nos seguintes endereços:

Kátia Ferreira Costa Campos, – pesquisadora. Kênia Lara Silva. Orientadora.

Se você tiver perguntas em relação a seus direitos como participante do estudo, poderá contatar uma terceira parte/pessoa, que não participa desta pesquisa: o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa das instituições nas quais a pesquisa foi aprovada, nos endereços e telefones: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais: Av. Antônio Carlos, 6.627, Pampulha. Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP 31270-910. Tel: (0xx31) 3409-4592. coep@prpq.ufmg.br. Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte: Av. Afonso Pena, 2,336, 9º andar, tel: (0xx31) 3277-8222.

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-
ASSINATURA**

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado(a) sobre os métodos dos procedimentos a serem realizados, as inconveniências, riscos, benefícios e eventos adversos que podem vir a ocorrer em consequência aos procedimentos.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações aqui registradas. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Autorizo a liberação dos meus registros para a equipe de pesquisa e para o Comitê de Ética em Pesquisa.

Ao assinar esse Consentimento Livre e Esclarecido, não abro mão de qualquer dos meus direitos legais, de acordo com as leis brasileiras vigentes, que poderia ter como participante de uma pesquisa.

Consinto voluntariamente em participar e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para a participação neste estudo.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante:

► Atesto que expliquei ao(à) participante de modo completo e cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da sua participação. Acredito que o(a) participante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em linguagem adequada e compreensível e que ele(ela) compreendeu a explicação.

Assinatura do pesquisador:

Data: ____/____/____

APÊNDICE C - DADOS PARA DIÁRIO DE CAMPO**DIA:** _____**HORÁRIO:** início _____ fim _____**LOCAL:** _____**O QUE FOI OBSERVADO:****DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO:****DIÁRIO DE CAMPO: IMPRESSÕES, SENTIMENTOS E REFLEXÕES**

APÊNDICE D - QUESTÕES PARA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

1. O que é educação permanente para você?
2. Como ela acontece no cotidiano da unidade básica de saúde?
3. Quais mudanças você percebe a partir da educação permanente que você citou e quais facilidades e dificuldades você atribui a essas mudanças?

APÊNDICE E - MATRIZ DE INDICATIVOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

CÓDIGO DO PARTICIPANTE OU NARRATIVA DE CENA OBSERVADA	INDICATIVOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE			
	Problematização/ Reflexão da realidade	Troca de saberes/ Troca de experiências	Trabalho como centro da discussão	Aprendizado

Fonte: elaborada pela pesquisadora e orientadora.

APÊNDICE F - MATRIZ DE INDICATIVOS DE MUDANÇA NO MODELO ASSISTENCIAL

CÓDIGO DO PARTICIPANTE E/OU NARRATIVA DE CENA OBSERVADA	MATRIZ DE INDICATIVOS DE MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL				
	Posição do sujeito: Centralidade no usuário	Conteúdo/ direcionalidade das práticas: necessidades de saúde do usuário.	Organização do serviço/ações trabalho coletivo, interdisciplinar, articulação intersetorial	Tecnologias priorizadas com privilégio das tecnologias leves	Transformação dos sujeitos nas Concepções e práticas de saúde

Fonte: elaborada pela pesquisadora e pela orientadora.

ANEXO A - SIMBOLOGIA PARA USO EM TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTAS

- a) () Incompreensão de palavras ou segmentos.
- b) (Hipótese) – Hipótese do que se ouviu.
- c) / Truncamento.
- d) MAIÚSCULA Entonação enfática.
- e) :: Prolongamento de vogal ou consoante.
- f) - - Silabação.
- g) ? Interrogação.
- h) Qualquer pausa.
- i) ((minúscula)) Comentários descritivos.
- j) -- -- Comentários que quebram a sequência temática da exposição.
- k) [Superposição, simultaneidade de vozes.
- l) (...) Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto.
- m) “ ” Citações literais de textos, durante a gravação

(MARCUSCHI, 2003).