

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

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho

Maria José Cabral Grillo

Belo Horizonte – MG
2012

Maria José Cabral Grillo

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais como requisito para obtenção do título
de doutor

Orientadora: Prof^a. Dr^a Roseni Rosângela de Sena

Belo Horizonte – MG
2012

G859e Grillo, Maria José Cabral.
Educação permanente em saúde [manuscrito]: espaços,
sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho. /
Maria José Cabral Grillo. – 2012.
222f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Roseni Rosângela de Sena.
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como
requisito para obtenção do título de doutor.

1. Educação em Saúde. 2. Educação em Enfermagem. 3.
Dissertações Acadêmicas. I. Sena, Roseni Rosângela de. II.
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III.
Título

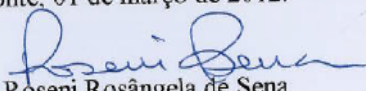
NLM: WI

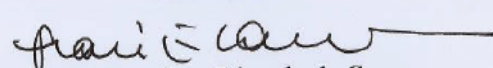


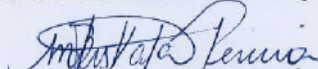
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP.: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 19 (DEZENOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA MARIA JOSÉ CABRAL GRILLO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM ENFERMAGEM.

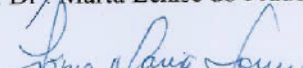
Ao um dia do mês de março de dois mil doze, realizou-se no Auditório Maria Sinno da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa de tese "*EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - ESPAÇOS, SUJEITOS E TECNOLOGIAS NA REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO*", da aluna Maria José Cabral Grillo, candidata ao título de "Doutor em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Roseni Rosângela de Sena (orientadora), Francisco Eduardo de Campos, Maria José Bistafa Pereira, Marta Lenise do Prado e Sônia Maria Soares, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram *Maria José Cabral Grillo*, *aprovada e apta a receber o título de doutora após a entrega da versão definitiva da tese*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária 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, 01 de março de 2012.

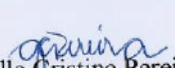

Prof.ª. Dr.ª. Roseni Rosângela de Sena
Orientadora

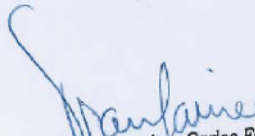

Prof. Dr. Francisco Eduardo de Campos


Prof.ª. Dr.ª. Maria José Bistafa Pereira


Prof.ª. Dr.ª. Marta Lenise do Prado


Prof.ª. Dr.ª. Sônia Maria Soares


Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação


Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 05 / 03 / 2012

Dedico esse trabalho a Izabel dos Santos (1927 - 2010) por considerar que é a melhor representante de um grupo de enfermeiras que merece essa homenagem. Um grupo incomum que luta pelo resgate da cidadania, contra as desigualdades e injustiças sociais, pautado na incansável busca por uma assistência de enfermagem cada vez mais profissional e qualificada. Espero que meu esforço para fazer o melhor possível seja digno dela.



Crédito foto: Arquivo Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/Ministério da Saúde

Agradeço

A meu pai, Agenor, e a minha mãe, Elisabeth, pela vida.

A meu irmão, Sérgio, e minha irmã, Margareth, por tudo o que me fizeram aprender.

A minha família mineira, representada, em especial, por Dona Lúcia e Dr. Júlio, pela possibilidade de construir uma trajetória feliz nas Minas Gerais.

Aos meus filhos, Juliana, Fernanda e Bruno Henrique, pela paciência, compreensão e carinho constantes.

Aos amigos da Escola de Enfermagem, pelo convívio harmonioso e fraterno que sempre me fez sentir acolhida, produtiva e valorizada.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem Básica, pelo companheirismo em uma jornada na qual o ensino, a pesquisa, a extensão e a administração são tecidos em prol do melhor ensino.

Aos colegas do Hospital das Clínicas da UFMG, pela participação ativa que tiveram em minha formação profissional.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde de Ipoema e Senhora do Carmo, pela oportunidade de aprendizado sobre o processo de trabalho na Atenção Básica e no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família.

Aos membros do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Práticas em Enfermagem (NUPEPE), pela juventude e pelo vigor contagiante, em prol da produção de conhecimento.

Aos membros do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), pela oportunidade de convívio em um rico espaço de parceria, estudo e produção.

Aos membros do Programa Ágora, em especial àqueles que fazem acontecer o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pela liberdade de criação, investigação, produção e reflexão.

Ao Prof^o Edison José Correa, pela parceria antiga, por novas oportunidades, pelo apoio e pela acessibilidade ao espaço de construção deste estudo.

À Prof^a Roseni Rosângela de Sena, por ser responsável pela minha iniciação no processo de produção de conhecimento, há algum tempo, e por ter-me conduzido até aqui.

Aos profissionais que forneceram a matéria-prima para que este trabalho fosse possível, por terem compartilhado comigo o seu mundo de trabalho e vida.

Diogo não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: me ajude a olhar.

Eduardo Galeano, 2002

RESUMO

A urgência em transpor a linha da irreversibilidade do processo de mudança do modelo tecno-assistencial brasileiro nos incita a enfrentar todos os problemas ao mesmo tempo, em curto espaço de tempo. Um dos desafios é transformar a rede de serviços de saúde em espaço onde a reflexão sobre o trabalho gere alternativas para fazê-la resolutive. Nesse sentido, o Ministério da Saúde definiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e tem investido em estratégias de enfrentamento desse desafio. O objetivo geral desse estudo foi analisar a possibilidade de desenvolvimento da prática de educação permanente no microambiente de produção de serviços de saúde a partir da inserção de profissionais da atenção básica em um processo de capacitação a distância. Também foram focados pela investigação: potencial de aproximar os alunos da realidade de sua área de abrangência; critérios de escolha das disciplinas optativas e a relação com a prática profissional; apropriação de ferramentas de organização do processo de trabalho; reflexão sobre processo de trabalho; mudança de prática e criação de novos hábitos; visão e participação no Sistema Único de Saúde do futuro. No caso, o processo de capacitação estudado foi o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família que, desde 2008, tem sido ofertado como estratégia de apoio à consolidação do Sistema Único de Saúde na modalidade a distância, pela Universidade Federal de Minas Gerais. Consiste em uma pesquisa referenciada no materialismo filosófico em que a aproximação com os dados empíricos foi realizada por meio de análise documental, questionário e entrevista narrativa, caracterizando uma abordagem mista (quanti-qualitativa). Os dados coletados por meio da entrevista narrativa foram submetidos à Análise de Conteúdo conforme proposta por Bardin. Foram sujeitos da pesquisa cento e vinte profissionais que responderam ao questionário e quinze que foram entrevistados (sete cirurgiões-dentistas, cinco enfermeiros e três médicos). Os critérios de inclusão para entrevista foram: ter permanecido na Estratégia Saúde da Família durante todo o desenvolvimento do curso; residir no município sede do Polo de Apoio à Universidade Aberta do Brasil ao qual esteve vinculado durante o curso. Em todas as etapas da realização desse estudo, foi considerada a Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados quantitativos mostraram que: as disciplinas optativas foram escolhidas em decorrência da necessidade de aprofundar conhecimento e da sua relação com os problemas prioritários na prática do aluno; 82,4% responderam que introduziram ferramenta de organização do processo de trabalho que não usavam anteriormente, sendo elas categorizadas em: Planejamento, Diagnóstico em Saúde, Organização do Processo de Trabalho, Acolhimento, Grupo Operativo, Capacitação e acesso a novos conhecimentos, Formação e Trabalho em Equipe, Reunião de Equipe, Classificação de Risco e Comunicação; 75,6% responderam que adotaram ferramentas voltadas à atenção à saúde dos usuários, com registro de mudanças que introduziram no dia a dia, durante o curso. Na análise de conteúdo foram descritas e interpretadas cinco categorias temáticas: Interrogando e compreendendo a possibilidade de a teoria contribuir com a prática e de a prática enriquecer a teoria; Refletindo sobre o processo de trabalho: incorporação e aplicação de conhecimento; Dificuldades e facilidades vivenciadas na implantação e implementação de um novo modelo de atenção à saúde; Comprometimento com o SUS atual e visão de futuro: o SUS onde quero estar; Questões a serem consideradas em uma avaliação do curso. Após a análise é possível afirmar que o curso potencializou processos de EP já existentes e gerou novos processos; fortaleceu a prática de EP em profissionais que já a exercitavam e despertou uma atitude positiva em relação à EP em outros, ao induzir uma reflexão sobre o processo de trabalho a

partir das atividades exigidas. Portanto, foram revelados indícios de que houve mudança de prática e criação de novos hábitos a partir do envolvimento dos profissionais com as atividades propostas pelo curso. O curso tem uma intencionalidade pedagógica traduzida em atividades que geram espaços e tempo de reflexão no interior do processo de trabalho.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Educação Permanente em Saúde; Educação Profissional em Saúde Pública; Enfermagem; Medicina; Odontologia.

ABSTRACT

The urgency to transpose the line of irreversibility in the process of change in the Brazilian techno-assistential model incites us to face all the problems at the same time, in a short time period. One of the challenges is to transform the health care services network in a space where the reflection about the work can generate alternatives that respond to the population health care needs. In this sense, the Brazilian Health Ministry defined the National Policy for Permanent Education in Health and it has invested in strategies to face this challenge. The general objective of this study was to analyze the possibility of the development of the practice of permanent education in the micro environment where the health care services are provided by inserting the primary health professionals in a distance learning qualification process. The investigation in this work has also focused on other aspects of the qualification process: the potential to bring into focus for the students the reality of the area where they work; the criteria used to choose optional courses and its relation with the professional practice; the appropriation of work process organization tools; the reflection about the work process; the change in the practice and the establishment of new habits. The qualification process studied was the Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família that, since 2008, has been offered by the Universidade Federal de Minas Gerais as a distance learning course as a strategy to support the consolidation of the Sistema Único de Saúde. This study consists in a research based on the philosophical materialism in which the analysis of the empirical data was made by means of documental analysis, questionnaire and narrative interview, characterized by a mixed (quantitative-qualitative) approach. The data collected in the narrative interview were subjected to content analysis following Bardin (1979). The subjects of the research were one hundred and twenty alumni that answered the questionnaire and fifteen that were interviewed (seven dentists, five nurses and three physicians). The criteria to be included in the interview set were: to have been part of the family health-care strategy during the whole duration of the course, to be a resident of the city that is a head office of a Support Center for the Universidade Aberta do Brasil to which he/she was bound during the course. At all parts of this study, we took into consideration the Resolution 196, from 1996, of the Conselho Nacional de Saúde. The qualitative data showed that: the optional courses were chosen as a result of the need to deepen the knowledge in that subject and the relation of the subject of the course and the priority problems of the students' practices; 82.4% answered that they introduced work process organization tools in their practice and these tools are categorized as: Planning, Health Diagnostic, Work Process Organization, Receptivity, Operative Group, Qualification and access to new knowledge, Team Formation and Team Work, Team Meeting, Risk classification and Information; 75.6% answered that they adopted tools related to the attention to the health of the users, with a registry of the changes that they introduced in the day to day work, during their course. Were described and interpreted, in the content analysis, five thematic categories: Interrogating and comprehending the possibility of theory to contribute with practice and practice to enrich theory; Reflecting about the work process: incorporation and application of knowledge; Difficulties and facilities lived in the implantation and implementation of a new model of health care; Commitment with the current Sistema Único de Saúde and the vision for the future: the SUS were I want to be; Some issues to be considered in an evaluation of the course. After the analysis it is possible to say that the Course potentialized the permanent education processes that already existed and generated new ones; it strengthened the permanent education practice in professionals that already

practiced it and aroused a positive attitude towards permanente education in other people because it introduced a refection about the work process with the activities proposed. There were indications of changes in the practice and the creation of new habits as a consequence of the professional involvement with the activities proposed. The course has the pedagogical intention that is translated into activities that generate space and time for reflection within the work process.

Key-words: Primary Health Care, Permanente Education in Health, Education, Public Health Professional; Nursing; Medicine; Dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura de Coordenação Geral do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2011.....	116
Figura 2 - Exemplo de Mapa Conceitual utilizado no CEABSF. Belo Horizonte, 2011.....	124
Gráfico 1 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil - 1994 a agosto de 2011. Brasil, 2011.....	26
Gráfico 2 - Distribuição dos egressos que responderam ao questionário em relação ao vínculo de trabalho no momento da resposta. Minas Gerais, 2011.....	129
Quadro 1 - Fases Principais da Entrevista Narrativa, segundo Fritz Schütze.....	104
Quadro 2 - Síntese da etapa de análise que envolveu a definição de categorias. Belo Horizonte, 2012.....	110
Quadro 3 - Resultado da análise comparativa entre as Categorias de Descrição e os Objetivos Específicos do estudo. Belo Horizonte, 2012.....	111
Quadro 4 - Exemplos de atividades de elaboração de Mapa Contextual do CEABSF. Belo Horizonte, 2011.....	125
Quadro 5 - Perfil dos entrevistados quanto a idade, sexo, estado civil e local da graduação. Minas Gerais, 2011.....	142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos de acordo com os critérios de inclusão. Minas Gerais, 2011.....	99
Tabela 2 - Estados e Municípios representados no processo seletivo do CEABSF para a turma Alfa-2008/1. Brasil, 2008.....	118
Tabela 3 - Fluxo de entrada e saída de alunos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Minas Gerais, novembro de 2011.....	119
Tabela 4 - Distribuição dos alunos matriculados no CEABSF, nas turmas 2008 a 2011, por profissão. Minas Gerais, 2011.....	120
Tabela 5 - Distribuição dos alunos da Turma Alfa-2008/1 por profissão e sexo Minas Gerais, 2008.....	127
Tabela 6 - Distribuição dos alunos da Turma Beta - 2008/2 por profissão e sexo. Minas Gerais, setembro de 2008.....	127
Tabela 7 - Distribuição dos alunos das Turmas Alfa-2008/1 e Beta-2008/2, excluídos até setembro de 2011, por profissão. Minas Gerais, 2011.....	128
Tabela 8 - Número de disciplinas optativas cursadas pelos sujeitos que responderam ao questionário, por profissão. Minas Gerais, 2011.....	131
Tabela 9 - Critérios para escolha das disciplinas cursadas pelos sujeitos que responderam ao questionário. Minas Gerais, 2011.....	131
Tabela 10 - Disciplinas optativas cursadas pelos sujeitos que responderam ao questionários. Minas Gerais, 2011.....	133
Tabela 11 - Fontes de dados utilizadas pelos sujeitos que responderam ao questionário para a realização das atividades do curso. Minas Gerais, 2011.....	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS -	Atenção Básica de Saúde
AC -	Análise de Conteúdo
ACD -	Atendente de Consultório Dentário
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI -	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
APS -	Atenção Primária em Saúde
BNDES -	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CADRHU -	Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
CAED -	Centro de Apoio a Educação a Distância
CAEN -	Coordenadoria de Assistência de Enfermagem
CEABSF -	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CIES -	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DEGES -	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EaD -	Educação a Distância
EC -	Educação Continuada
ENSP-FIOCRUZ -	Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz
EP -	Educação Permanente
EPS -	Educação Permanente em Saúde
EM -	Entrevista Narrativa
EEUFMG -	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FM -	Faculdade de Medicina
GM -	Gabinete Ministerial
GRS -	Gerencia Regional de Saúde
HUUFMG -	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
IDA -	Integração Docente Assistencial
LDB -	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira
MEC -	Ministério da Educação e Cultura

MT -	Ministério do Trabalho
MS -	Ministério da Saúde
MPAS -	Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB/RH-SUS -	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
NESCON -	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OSCIPs -	Organizações Sociais de Interesse Público
OPS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PANEPS -	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PAREP -	Planos Regionais de Educação Permanente
PEC-SC -	Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva
PDR -	Plano de Desenvolvimento Regional
PoloEP -	Polo de Educação Permanente em Saúde
PoloSF -	Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família
PRODEN -	Programa de Desenvolvimento da Enfermagem
PSF -	Programa Saúde da Família
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
REDE MAES -	Rede Multicêntrica de apoio à especialização em saúde da família nas grandes cidades
REFORSUS -	Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RH -	Recursos Humanos
SEGTES -	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB -	Sistema de Informação em Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
THD -	Técnico de Higiene Dental
UAB -	Universidade Aberta do Brasil
UNA-SUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNESCO -	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

PRIMEIRO CAPÍTULO	18
1 COMEÇO DE CONVERSA	18
SEGUNDO CAPÍTULO	21
2 MINHA APROXIMAÇÃO COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	21
TERCEIRO CAPÍTULO	34
3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1 Construindo conhecimento significativo	34
3.2 Conhecimento, Educação e Trabalho	46
3.3 Educação Permanente	57
3.3.1 Conceitos e História	57
3.3.2 Educação Permanente em saúde	69
3.3.3 Política de Educação Permanente em Saúde	76
3.3.4 Educação à distância: um dispositivo para a educação permanente	91
QUARTO CAPÍTULO	96
4 OBJETIVOS	96
4.1 Objetivo Geral	96
4.2 Objetivos Específicos	96
QUINTO CAPÍTULO	97
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	97
5.1 Tipo de estudo e de abordagem	97
5.2 Sujeitos da pesquisa	99
5.3 Coleta dos dados	102
5.4 Análise dos dados	107
5.5 Aspectos Éticos	114
SEXTO CAPÍTULO	115
6 ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO	115
6.1 Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: formalização e estrutura	115
6.2 Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: projeto político pedagógico e sua operacionalização	122
SÉTIMO CAPÍTULO	127
7 TRATAMENTO DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO	127
7.1 O Sentido dos Números	127
7.2 Interpretando as Narrativas	143
7.2.1 Interrogando e compreendendo a possibilidade de a teoria contribuir com a prática e a prática enriquecer a teoria	145

7.2.2 Refletindo sobre o processo de trabalho: incorporação e aplicação de conhecimento	150
7.2.3 Dificuldades e facilidades vivenciadas na implantação e implementação de um novo modelo de atenção à saúde	156
7.2.4 Comprometimento com o SUS atual e visão de futuro: o SUS onde quero estar ...	167
7.2.5 Alguns aspectos que devem ser considerados em uma avaliação do curso.....	171
OITAVO CAPÍTULO	174
8 PARA CONTINUAR CONVERSANDO	174
REFERÊNCIAS	178
APÊNDICES.....	193
ANEXO.....	209

PRIMEIRO CAPÍTULO

1 COMEÇO DE CONVERSA

A maneira pela qual adquirimos conhecimento e a preocupação com o saber – com o processo de cognição – fazem parte do trabalho de cientistas e filósofos desde épocas remotas. Portanto, não tenho a pretensão de resumir tanta história, conjecturas, teoria e prática experimental nessa minha tese. Entretanto, foi em fragmentos da história, constituída de senso comum, conjecturas, prática, teoria e experimentos, entre outras fontes, que lancei meus sentidos na busca de novos conhecimentos e aprendi.

Pelo meu livre-arbítrio, adotei a definição de conhecimento proposta por Navega (2002, p.5), ou seja, a ideia de conhecimento como “coleção de informações situadas no interior de um agente e que o habilita a atuar no meio ambiente com eficácia maior do que se esse agente não dispusesse dessa informação”. Acrescento que devem ser informações contextualizadas e re-significadas, continuamente, pelo agente do conhecimento e da ação. Ou seja, “é o domínio engendrado pela inserção cognitivo-afetiva na realidade, na vida”, apontando para a complexidade do processo cognitivo humano (BECKER, 2008, p.59).

Nesse percurso aprendi que é preciso mais do que organizar o acesso às informações, se o que se quer é contribuir para que ocorram mudanças em certa realidade. É preciso pensar de que forma esse conhecimento fluirá entre as pessoas de modo mais eficaz e de que forma elas, em grupo ou individualmente, poderão utilizar e modificar o que já sabem para a resolução de velhos e novos problemas. É preciso fazer transitar um conhecimento pertinente, que, na perspectiva de Morin (2000), é a capacidade de colocar o conhecimento no contexto. Fica mais complexo ainda se considerarmos que o conhecimento é a reconstrução de uma tradução da realidade observada por cada um (BECKER, 1994; MORIN, 2000). É a informação vista do ponto de vista do sujeito cognitivo.

Em uma abordagem construtivista do conhecimento não é possível aceitar que se possa incorporar cópias exatas do entendimento de alguém para seu próprio uso; que conceitos inteiros possam ser divididos em sub-habilidades distintas; que conceitos possam ser

ensinados fora de contexto. Uma abordagem construtivista defende situações que oportunizem experiências concretas, contextualmente significativas, nas quais cada um possa buscar padrões, levantar suas próprias perguntas e construir seus próprios modelos, conceitos e estratégias (FOSNOT, 1998).

Não é possível afirmar que duas pessoas produziram o mesmo construto; no máximo, observa-se que há situações em que seus construtos “parecem funcionar da mesma forma, ou seja, eles parecem compatíveis” (GLASERSFELD, 1998, p. 22). Portanto, o que uma pessoa percebe e infere a partir de suas percepções não está presente, pré-fabricado para que os outros captem; não pode, simplesmente, ser transmitido. Os significados ou conceitos devem ser construídos a partir da percepção do sujeito, um sujeito cognitivo que está lidando com estruturas perceptivas e conceituais que ele construiu anteriormente (GLASERSFELD, 1998).

É com essa visão de sujeito cognitivo que desenvolvi essa investigação, consciente da necessidade de não fragmentar cada sujeito que contribuiu com a minha busca pelo conhecimento, egressos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), em aluno, trabalhador e pesquisado. Busquei identificar, com o cuidado de preservar o sujeito singular no coletivo, construtos compatíveis, ou seja, na percepção de cada um sobre a experiência vivida, o que me pareceu comum, em especial em relação à Educação Permanente em Saúde.

Para apresentar a experiência que vivi de construção de conhecimentos e de minha transformação, dividi esse trabalho em sete capítulos.

Após este primeiro capítulo introdutório, apresento um breve histórico de minha vivência e sucessivas aproximações com a teoria e a prática da Educação Permanente em Saúde, como enfermeira docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Portanto, no segundo capítulo, faço uma narrativa de parte de minha história e, também, aponto a minha justificativa para a realização desse estudo, ou seja, por que o julgo pertinente.

O terceiro capítulo está dividido em três seções nas quais abordo o suporte teórico das categorias de análise que foram utilizadas na discussão dos resultados: processo de trabalho, construção do conhecimento e educação permanente em saúde. Isso inclui a inter-relação educação e trabalho que, contida em um processo de reflexão, caracteriza a educação permanente em saúde.

Os objetivos estão explicitados no quarto capítulo e dedico o quinto capítulo à apresentação e descrição da trajetória metodológica vivida, do tipo de estudo e dos sujeitos envolvidos. No relato da trajetória, discuto e justifico a escolha das técnicas e os instrumentos de coleta de dados que possibilitaram a aproximação com os sujeitos do estudo, o instrumento e o método de análise e de interpretação dos resultados. Ainda nesse capítulo, abordo os aspectos éticos.

O processo de trabalho em saúde é problematizado a partir das estratégias que têm sido implementadas com o objetivo de utilizar a educação como instrumento gerador de mudanças. Dentre essas estratégias, aponto e discuto o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) no sexto capítulo. Apresento aspectos de seu Projeto Político Pedagógico, o fluxo de entrada e saída de alunos e o índice de evasão. Alguns dados quantitativos são descritos e analisados nesse capítulo.

A essência deste trabalho, por apresentar os resultados e representar a análise do material empírico exclusivo e original, fornecido pelos sujeitos da pesquisa por meio de questionário estruturado e narrativas discursivas, está contida no sétimo capítulo. Nele discuto os dados que permitiram a minha aproximação a um coletivo de profissionais de saúde, formado por egressos do CEABSF, e o cotidiano vivido por eles em algum ponto da rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): autores sem mesa para autógrafos, atores sem palco e sem Oscar, heróis sem monumentos.

No oitavo capítulo, que é o último, eu registro, além de uma síntese dos resultados obtidos, meu esforço na construção de proposições. Espero que elas ajudem na viabilização, na rede de Atenção Básica, de ambientes propícios à valorização de *saberes e fazeres* e de construção coletiva de conhecimentos que façam sentido para todos nós que trabalhamos e usamos o SUS.

SEGUNDO CAPÍTULO

2 MINHA APROXIMAÇÃO COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Em minha inserção no mundo do trabalho em 1978, como enfermeira habilitada na área médico-cirúrgica, tive o privilégio de ser, ao mesmo tempo, docente da Escola de Enfermagem e enfermeira assistencial do Hospital das Clínicas, ambos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Não foi apenas uma coincidência: o fato de ser enfermeira do Hospital das Clínicas (HUUFMG) – recém-admitida após aprovação em concurso público – foi decisivo para a minha admissão na Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG) como Professora Colaboradora. Houve uma intencionalidade nessa contratação, pois fui, imediatamente, inserida em um projeto de integração ensino-serviço, isto é, de integração EEUFMG-HCUFMG.

Apesar de a integração ser uma política até hoje defendida pela instituição, naquele momento, havia uma perspectiva inovadora, assumida pela Coordenadoria de Assistência de Enfermagem (CAEn)¹. Durante a minha jornada matinal como enfermeira assistencial, eu também desenvolvia as atividades docentes que envolviam relação direta com os alunos (aulas teóricas e ensino clínico). Na minha jornada formal de contrato como docente, eu desenvolvia outras atividades inerentes à docência (preparação de aulas, relatórios do projeto de extensão, pesquisa e administração, entre outras).

Logo percebi o quanto era estimulante e produtivo ter um papel de enfermeira-docente para os funcionários e um papel de docente-enfermeira para os alunos. O campo não era

¹ A CAEn, liderada por professoras da EEUFMG, respondeu pela assistência de enfermagem do HCUFMG de 1977 a 1981. A Escola assumiu a direção do corpo de enfermagem do hospital em um momento que foi considerado como de crise. Entre outros fatos que marcaram o Campus Saúde no final da década de 1970 pode-se citar: implantação de um novo currículo do curso de medicina (1975) e do Modelo Assistencial de Cuidado Progressivo do Paciente. Em 1976 foi aprovado o Regulamento Geral do HCUFMG em que foi garantida a representação da diretoria, dos discentes e dos Departamentos da EEUFMG em seu Conselho Administrativo. Naquele momento, o Hospital deixou de ser uma Unidade exclusiva da Faculdade de Medicina, apesar de a Direção do Hospital ter sido mantida como cargo exclusivo de docente daquela Faculdade. A mudança regimental mais importante e geradora de conflitos internos, porém, foi o estabelecimento de um novo objetivo para o hospital, invertendo a relação de prioridade entre ensino e assistência. Assim, surge o desafio do estabelecimento de uma assistência integrada ao sistema de saúde da comunidade, a qual deveria gerar um ensino de qualidade (UFMG, 1976).

um laboratório onde os problemas, da assistência ou do ensino, fossem dicotomizados ou discutidos separadamente com trabalhadores e com alunos. A troca de saberes era contínua e a reflexão era coletiva e permanente.

Inquietava-me o fato de não ser daquela forma que todos os alunos vivenciavam o processo de aprendizagem. Para a grande maioria, o campo de estágio era um laboratório isento das contradições entre a teoria e a prática e dos conflitos relacionais que, após a graduação, enfrentariam como líderes hierárquicos de uma equipe de enfermagem. O restrito mundo da assistência hospitalar que conheciam era uma enfermaria sem a presença de auxiliar ou técnico de enfermagem e uma relação quantitativa profissional-paciente irreal.

Contudo, percebi a dimensão nacional de um processo de repensar a prática docente na área de saúde ao descobrir que havia uma proposta estratégica de Integração Docente Assistencial (IDA) defendida por um grupo de profissionais de serviço e de instituições de ensino; passei, então, a fazer parte desse grupo. Alguns anos depois, em 1985, essa proposta se consolidou enquanto surgia uma rede de projetos de integração ensino-serviço, denominada Rede IDA, cuja primeira secretaria executiva foi sediada pela Universidade Federal de Minas Gerais, sob a coordenação de docentes da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina², com o apoio da W. K. Kellogg Foundation.

Descobri, também, que estava em curso uma nova política nacional de organização do Sistema Nacional de Saúde que focava a integração ensino-serviço enquanto estratégia de qualificação dessa organização, estabelecida pela Lei nº 6229 (BRASIL, 1975).

A referida lei, promulgada em 17 de julho de 1975³, dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Estabelecia que esse fosse organizado e disciplinado abrangendo atividades que visassem à promoção, proteção e recuperação da saúde nos

² Compunham a referida Secretaria Executiva os professores Roseni Rosângela de Sena (EE), Edison José Correa (FM) e Victor Hugo de Melo (FM). Na década de 1990, ao incorporar o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade), a Rede IDA passou a ser denominada Rede UNIDA.

³ A Lei 6229/1975 foi revogada em 1990 pela Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde, promulgada após a Constituição Federal de 1988 - que “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990a, Art. 1º).

campos de ação do Ministério da Saúde (MS), do Ministério da Educação e Cultura (MEC), do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Ministério do Trabalho (MT). Dentre as ações do MEC constavam:

- a) orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área, em quantidade e em qualidade;
- b) manter os hospitais universitários ou de ensino, zelando para que, além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;
- c) orientar as universidades que incorporam a formação de pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde;
- d) promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 1975, p.8921).

Julgo importante assinalar a minha interpretação de que a semente de algo novo germinava no terreno da contradição entre o que era proposto para o Sistema Nacional de Saúde – deveria abranger atividades que visassem à promoção, proteção e recuperação da saúde – e as ações propostas para o setor educação, com foco nas instituições hospitalares. Considero que se pode inferir que, por um lado, refletia o modelo de atenção à saúde biologicista e hospitalocêntrico em vigor e, por outro, permitia que germinasse uma proposta política que ensejava integrar as instituições de ensino ao esforço de organização do um sistema voltado para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reflexo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira⁴. Assinalo, também, a função do Ministério da Educação de orientar a formação do pessoal de saúde que foi atribuída ao Ministério da Saúde nos termos da Constituição Federal, em 1988 (BRASIL, 1988).

Presente nesse cenário, foi a partir de uma proposta de integração ensino-serviço em um hospital universitário – que começava a se preparar para ser referência em atenção de alta

⁴ Desde o final da década de 1960 já estava em curso o movimento da reforma sanitária brasileira, quando são esboçadas algumas críticas ao regime autoritário em espaços acadêmicos e de serviços de saúde, a partir de atores sociais com compromissos democratizantes. O ideário desse Movimento, que refletia discussões internacionais sobre atenção primária e promoção da saúde, repercutiu de forma mais significativa durante a transição do período de ditadura militar para uma democracia civil, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988.

complexidade – que passei a compreender o processo histórico em curso e me engajei em um movimento em prol de um projeto que dava ênfase à atenção primária em saúde.

Isso significou participar de eventos e situações significativas, tais como:

- IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em que foi aprovado um conjunto de diretrizes que deveriam orientar a Política Nacional de Saúde, inscrito na denominada Carta de Montes Claros, datada de 07 de fevereiro de 1985;
- Comitê Pró-Participação Popular na Constituinte, articulando e colhendo assinaturas para emendas populares, em especial para as áreas de Saúde, Educação e Meio Ambiente, no cargo de Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, seção Minas Gerais;
- Primeira secretária da primeira Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, quando de sua implantação após um árduo embate com setores retrógrados, representados principalmente pelo governo do estado, que eram contrários à proposta de controle social que o Conselho representava;
- representação dos docentes da UFMG no Conselho de Saúde do HCUFMG;
- Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como delegada.

Foi nesse processo, portanto, que vivenciei a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Federal de 1988, e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.

Logo, a expressão Estratégia Saúde da Família (ESF) substituiu a expressão Programa Saúde da Família no cotidiano dos sanitaristas e, posteriormente, em 2006, foi incorporada ao discurso oficial. Assim, a proposta foi validada como a estratégia de reorganização do modelo assistencial do SUS, deixando de ser um Programa que, em saúde, transmite a ideia de propostas verticais e centralizadas, o inverso do que era preconizado para o novo modelo. Sua rápida e significativa expansão, estimulada financeiramente pelo governo federal, contribuiu, inicialmente, com a disseminação dos princípios do SUS, dando visibilidade à nova proposta a partir da territorialização, ou seja, da implantação de equipes com definição de área de abrangência.

Considerada a principal estratégia da reorganização hierarquizada dos serviços e de reorientação das práticas profissionais na atenção básica, a ESF traz, em si, muitos e complexos desafios a serem superados para se consolidar enquanto tal. Um claro desafio na lógica de reorientação das práticas foi a identificação prévia, ou seja, antes mesmo de sua implantação, da necessidade de profissionais de saúde com um novo perfil, nos vários níveis de formação. Garantir na Carta Magna que compete ao SUS "[...] ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde" (BRASIL, 1988, art.200) foi a forma de tecer um espaço de intervenção no descompasso entre o profissional necessário à reforma e o profissional que vinha (ou que vem) sendo formado.

A área de saúde tinha acumulado *expertise* em qualificação de profissionais em serviço participando de projetos do MPAS, do MS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). Um exemplo é o Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala⁵, iniciado em 1981, que profissionalizou pessoal de nível elementar que, apesar de não ter formação específica na área, atuava nos serviços de saúde. Aquele Projeto foi sucedido pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), esse instituído por meio da Portaria 1262/GM/1999 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999). A UFMG participou ativamente dos dois projetos – Larga Escala e PROFAE – por meio da Escola de Enfermagem.

A primeira iniciativa para a criação de um Curso de Auxiliar de Enfermagem que possibilitasse àquela Escola contribuir com a qualificação da força de trabalho em enfermagem ocorreu na formulação do *Projeto Nível Médio*, inserido no Programa de Desenvolvimento da Enfermagem (PRODEN), que foi financiado pela W. K. Kellogg Foudantion. Sendo responsável pela proposta, coordenei o referido Projeto até o momento

⁵ O Projeto Larga Escala, como ficou conhecido, propunha ser “uma experiência inovadora, assumindo a educação como prática transformadora”. Para tanto, seu material de ensino trazia para a discussão “situações reais e cotidianas, vividas ou experimentadas pelos próprios trabalhadores no seu ambiente de trabalho, possibilitando o surgimento de um indivíduo ativo, produtor de conhecimentos e capaz de modificar o seu meio” (BASSINELLO; BAGNATO, 2009, p.195). Foi concebido, portanto, como um projeto comprometido com a transformação social. Para a Enfermagem, o Projeto Larga Escala representou a profissionalização de um significativo contingente de trabalhadores em Enfermagem, leigos que atuavam como Atendentes de Enfermagem, Agentes Operacionais de Serviços Diversos e similares que receberam o título de Auxiliar de Enfermagem. Em 1986, os leigos que atuavam na Enfermagem representavam 63% dessa força de trabalho. Outros profissionais envolvidos: Atendente de Consultório Dentário (ACD), atualmente denominado Auxiliar de Saúde Bucal; Técnico de Higiene Dental (THD), atualmente denominado Técnico em Saúde Bucal, e Auxiliar de Farmácia.

que assumi a direção da Escola, em 1994 e, nessa condição, tive a satisfação de ver o Curso de Auxiliar de Enfermagem ser aprovado, implantado e implementado pela instituição.

Posteriormente, participei da criação e coordenei o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (PoloSF/UFMG) e, a seguir, representei a UFMG no Polo de Educação Permanente em Saúde (PoloEP).

Considerando minha experiência de militante no processo de qualificação da assistência à saúde, eu não tinha dúvida de que o êxito do PSF dependia de ações educativas que possibilitassem a desconstrução e reconstrução de conhecimentos relacionados aos modelos de atenção em saúde. Um grande desafio, portanto, era capacitar profissionais para a realização de novas práticas, profissionais que efetivassem a transformação do quadro sanitário do país. Por isso, acreditei na proposta dos PolosSF.

Foi na condição de coordenadora do PoloSF/UFMG que fiz minha aproximação mais consistente com a Educação Permanente em Saúde (EPS) como proposta formal de Governo, em 1997. A perspectiva do Ministério da Saúde era reforçar o movimento de repensar a formação, envolvendo as universidades e os serviços de saúde no desenho de um novo perfil de profissionais que fossem capazes de desenvolver a estratégia desenhada para o Programa Saúde da Família.

Voltados para a atenção básica, os PolosSF tinham objetivos de curto, médio e longo prazos (BRASIL, 2001). Um objetivo a ser atingido em curto prazo, priorizado pelos Polos, foi a oferta de um Curso Introdutório. Por meio desse curso, eram apresentados aos profissionais inseridos no PSF os novos ordenamentos legais (Constituição Federal e as Leis nº 8.080 e nº 8.142) enfatizando os princípios do SUS, a adscrição de clientela, o diagnóstico de saúde da população da área adscrita, entre outros aspectos básicos que deveriam ser concretizados no cotidiano dos serviços.

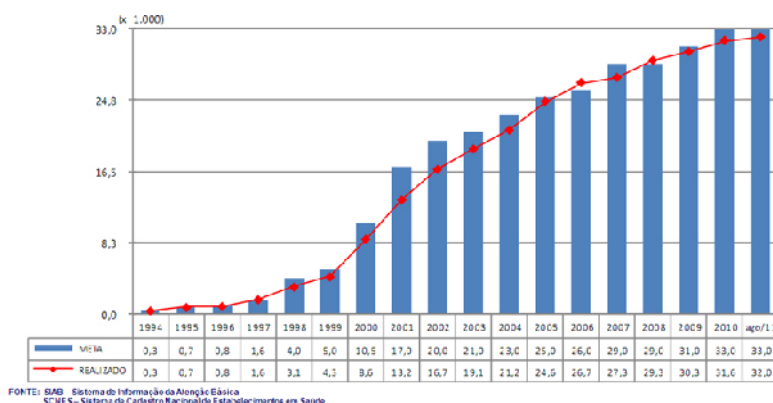
Entre os objetivos a médio e longo prazos constavam:

- implantar programas de educação permanente destinados aos profissionais das ESF, utilizando cursos curtos presenciais, educação a

distância ou modalidades associadas, valendo-se das atividades de interconsultas a especialistas, recursos audiovisuais, telemática e outros;
 - implantar cursos de especialização em Saúde da Família e outras formas de pós-graduação para médicos, enfermeiros, odontólogos e outros profissionais (BRASIL, 2001, p. 1).

Conforme proposto, prioritariamente, esses Polos atuaram na oferta de cursos, o que, do meu ponto de vista, foi fundamental para aquele momento histórico. Ouso dizer que foi um fator decisivo para que possamos comemorar as 32.000 equipes existentes em agosto de 2011, próximas à meta para 2011, conforme disposto no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil - 1994 a agosto de 2011. Brasil, 2011



Fonte: *site* do MS/DAB/SF (BRASIL, 2011a).

No entanto, ainda nos encontramos em processo de transição entre modelos de atenção à saúde, apesar dos esforços de disseminação dos princípios do SUS e a evidente expansão da Estratégia Saúde da Família. Mas é possível afirmar que a execução da Estratégia Saúde da Família no Brasil, em dezessete anos, possibilitou importantes avanços em relação ao acesso, aos modos de produzir e pensar saúde para um território, na construção de vínculo, no trabalho em equipe, entre outros.

É provável que alguns cursos ofertados pelos PolosSF tenham adotado processos inovadores de ensino-aprendizagem, possibilitando vivências para a problematização em uma perspectiva de compreensão e busca de superação de problemas do cotidiano, como aprendemos a fazer no Projeto “Larga Escala”, como Isabel Santos. Contudo, talvez, os processos de capacitação tenham prescindido de um aspecto fundamental da Educação Permanente em Saúde: implicar os profissionais em uma reflexão sobre o seu processo de

trabalho. Em 2009, uma publicação do MS sobre EPS ainda arrolava essa situação, indicando que, talvez, ainda não tivéssemos vencido o desafio de adoção de novas concepções pedagógicas que facilitassem a aprendizagem no trabalho. Afirmava que

enquanto a educação permanente continuar orientada ou desenhada por atores que compartilham os mesmos comportamentos que se tenta eliminar, é normal que não se discutam as rotinas que inibem as mudanças, o que reforça, em muitos casos, os padrões de controle (status quo) (DAVINI, 2009, p.47).

Porém, se as mudanças desejadas para o sistema de saúde não ocorreram na velocidade e na qualidade que se queriam, outras mudanças importantes aconteciam no país naquele momento. O ano de 2003 começa com muitos brasileiros esperançosos com a expectativa de que ocorreriam mudanças sociais e econômicas radicais a partir da posse de Luiz Inácio Lula da Silva como presidente da república. Não sendo de interesse desse estudo uma análise da resposta ou não àquela expectativa, meu comentário será apenas em relação à área de saúde, em especial à linha de abordagem deste capítulo.

Os técnicos que assumiram o Ministério da Saúde analisaram o processo que vinha sendo desenvolvido pelos PolosSF – oferta de cursos – e propuseram um modelo de Polo baseado em rodas de discussão⁶, considerado mais adequado ao conceito de educação permanente em saúde.

Em 13 de fevereiro de 2004, por meio da Portaria Ministerial n° 198, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e a qualificação de trabalhadores para o setor saúde, para todos os níveis do sistema. Para condução locorregional desta política, foi estabelecido um Colegiado de Gestão, configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PoloEP) (BRASIL, 2004a). Esperava-se a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das populações e a organização da gestão setorial (BRASIL, 2004b).

⁶ Para saber mais sobre Rodas de discussão e método da roda, ver: CAMPOS, Gastão Wagner S. Um método para análise e cogestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

No processo de difusão da nova proposta, ficou evidente que o esperado era que os novos Polos tivessem postura e atuação diferentes daquelas adotadas pelos Polos anteriores. Eles deveriam ser espaços de debate e de possibilidades de construção descentralizada de políticas públicas, envolvendo múltiplos sujeitos em rodas de discussão.

Com essa proposta, a EPS foi oficialmente considerada como uma estratégia capaz de trazer, para a arena da formação e da qualificação de profissionais de saúde, abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. Assim, a descontinuidade se justificava, pois as experiências anteriores eram consideradas como portadoras de uma lógica de operação desarticulada e fragmentada (FARIA, 2008).

Em Minas Gerais, em decorrência da Portaria e por indução da Secretaria Estadual de Saúde, foram criados 13 (treze) Polos de Educação Permanente em Saúde (PolosEP) e um Fórum Estadual, composto por representantes dos treze Polos. Cada Polo correspondia a uma das Macrorregiões de Saúde do Plano de Desenvolvimento Regional do Estado (PDR).

Representei a UFMG no Polo da Macrorregião Centro de Minas Gerais, em Belo Horizonte, com sede na Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte-GRS, de 2004 a 2007. Esse Polo agregava 03 (três) GRSs/SES: Belo Horizonte, Itabira e Sete Lagoas, totalizando cento e três municípios.

Investida daquela representação, propus e coordenei um projeto de Apoio à implantação do Polo da Macrorregião Centro de Minas Gerais com o intuito de disseminar o conceito de Educação Permanente em Saúde entre os atores sociais comprometidos com a implantação do SUS, nos municípios que compunham o Polo. Foram realizados Encontros Municipais de Educação Permanente em Saúde em oitenta e dois municípios. Além dos encontros municipais, foram realizados cinco seminários regionais e um seminário da Macrorregião, em Belo Horizonte (entre dezembro de 2005 a dezembro de 2007). O produto desse processo de mobilização municipal deveria ser o Planejamento Estratégico da Educação Permanente em Saúde para o Polo Macrocentro de Minas Gerais.

O Projeto de Apoio à implantação do Polo da Macrorregião Centro de Minas Gerais foi interrompido em dezembro de 2007, pois, em agosto daquele ano, após um processo de negociação entre instâncias nacionais, estaduais e municipais do SUS, foi aprovada a Portaria GM/MS nº 1.996, que modificou o eixo da gestão loco-regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007a). No novo formato, a gestão, antes de responsabilidade dos Polos, passou a ser função dos Colegiados Gestores Regionais (composto por gestores municipais de saúde e representantes do gestor estadual) e foi estabelecida a criação de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – CIES, com participação na elaboração de Planos Regionais de Educação Permanente – PAREP (BRASIL, 2007a). Dessa forma, eram retomadas diretrizes da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a) e da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB/RH-SUS (BRASIL, 2003).

Para Faria (2008), as novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, vieram para corrigir as dificuldades conjunturais que o Sistema PolosEP estavam enfrentando. Entre as dificuldades, a autora aponta: “atividades planejadas e não realizadas, baixa participação dos atores sociais focalizados, especialmente os gestores municipais, e desarticulação de equipes de trabalho experientes” (FARIA, 2008, p.141).

Em alguns Estados, a mobilização seguiu adiante e espaços de encontro e articulação entre os atores sociais (gestão, educação, trabalho e controle social) foram fortalecidos. Em outros locais, houve uma progressiva e total desmobilização (FEUERWERKER, 2008), e essa foi a realidade da Macrorregião Centro de Minas Gerais⁷.

Perante a desmobilização em torno do PoloEP, resolvi fazer o que Gastão Wagner S. Campos solicitou: permanecer aberta “ao novo, a descobertas, que somente acontecerão se não pasteurizarmos o debate e, sobretudo, a experimentação” (CAMPOS, 1997, p.114). Portanto, continuei em movimento.

⁷ Sobre o desenvolvimento da educação permanente em saúde por meio das duas propostas – PoloSF e PoloEP – ver a tese de doutoramento defendida por Regina M. B. Faria, intitulada *Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006*, defendida na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 2008.

Em 2007 passei a fazer parte do grupo responsável pela proposta de elaboração de um Projeto de formulação metodológica e de conteúdos para educação a distância em saúde, que imediatamente ampliou-se e passou a gerar e implementar o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), modalidade a distância. O Curso faz parte de um programa mais amplo de capacitação em saúde, denominado Programa *Ágora*⁸, proposto pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON/FM/UFMG). Inicialmente inserida na Rede Multicêntrica de apoio à especialização em saúde da família nas grandes cidades (REDE MAES), hoje faz parte do sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e do sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Além da minha experiência na coordenação do PoloSF/UFMG e do projeto de Apoio à implantação do Polo da Macrorregião Centro de Minas Gerais (PoloEP), o contato direto com duas equipes de saúde da família desde o segundo semestre de 2003, como supervisora de alunos de graduação em enfermagem em internato rural⁹, ajudou-me a decidir por assumir aquele espaço.

O desafio seria contribuir com a formulação de um curso, que pode ser caracterizado como Educação Continuada (EC), que fosse capaz de mobilizar os alunos para o exercício de reflexão sobre o processo de trabalho, isto é, deveria responder a pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Quando comecei a participar do Programa, em meados do primeiro semestre de 2007, o projeto político pedagógico do curso já estava aprovado e alguns materiais instrucionais já

⁸ Programa *Ágora* foi a denominação dada à proposta de criação de um espaço de articulação, produção e disseminação de material para ensino a distância voltado para a capacitação de profissionais de saúde, idealizado pela Coordenação do NESCON/FM/UFMG. Logo no início do desenvolvimento do Programa, surgiu a possibilidade de oferta de um curso na modalidade a distância, considerando edital publicado pela Universidade Aberta do Brasil (UAB) do Ministério da Educação. *Ágora* significa “praça pública onde se realizavam as assembleias políticas na Grécia antiga; local de reunião da assembleia do povo nas antigas cidades gregas” (HOLANDA FERREIRA, 2009).

⁹ Na UFMG, a expressão Internato Rural designa uma modalidade de ensino-aprendizagem que coloca o estudante de graduação em contato direto com a rede básica de serviços de saúde de municípios do interior do estado, sob supervisão indireta de um professor e direta de um profissional do serviço de sua área de formação. A Faculdade de Medicina da UFMG foi pioneira nessa modalidade de ensino em 1978, seguida pela Escola de Enfermagem em 1999 e pela Faculdade de Odontologia em 2000. No caso da enfermagem, os alunos moram no município parceiro por quatro meses.

estavam elaborados ou em fase final de elaboração (cadernos de estudo e vídeos)¹⁰. A coordenação pedagógica do curso era vinculada à Faculdade de Educação da UFMG, assumida por uma docente daquela Unidade que também era a coordenadora da Cátedra UNESCO de Educação a Distância.

No segundo semestre daquele ano houve um processo intenso de pensar e repensar o curso no contexto da continuidade de elaboração do material instrucional das disciplinas que seriam ofertadas no ano de 2008. Também contribuiu com nossas reflexões a articulação com as coordenações dos Polos onde o curso seria ofertado, o processo de composição do quadro de tutores presenciais e a distância e a seleção de alunos, entre outros aspectos pedagógicos, políticos, acadêmicos e estruturais do curso.

Tendo vivenciado as duas experiências de Polo relatadas anteriormente, eu precisava de uma síntese, uma vez que a segunda experiência (PoloEP), que, em Minas Gerais, não funcionou, foi uma proposta de negação da primeira (PoloSF). Ou seja, no PoloSF, o propósito de oferta de cursos era claramente definido e foi executado, caracterizando uma educação continuada (EC); em contrapartida, no PoloEP, o indicativo era de instalação de rodas de discussão de educação permanente (EP) que não fomos capazes de operacionalizar. Assim, o que me mobilizou foi o desejo de analisar o potencial de um curso atuar como dispositivo capaz de levar um profissional a refletir sobre o seu processo de trabalho, envolvendo-se em um processo pessoal e coletivo de educação permanente.

Consciente da linearidade contida na menção que fiz a momentos históricos, situações e eventos em que me envolvi, ressalto que a minha intenção é contribuir com a reflexão sobre os processos, as inter-relações, as mudanças qualitativas, os conflitos e os contrários contidos na proposta de EPS desenvolvida no Brasil a partir de um pequeno recorte: nos cenários de desenvolvimento do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais¹¹.

¹⁰ A proposta político-pedagógica e a estrutura curricular do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família são apresentadas em outra seção deste trabalho.

¹¹ Para aprofundar conhecimentos sobre a participação da UFMG nesse esforço nacional de qualificação de recursos humanos para o SUS, é importante a leitura da tese defendida por Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, em 2010, na Faculdade de Educação da UFMG, intitulada A Universidade e as Políticas de Educação Permanente para a Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso.

A urgência em transpor a linha da irreversibilidade do processo de mudança do modelo tecno-assistencial que queremos nos obriga a enfrentar todos os problemas simultaneamente, em curto espaço de tempo, e com as alternativas mais efetivas, eficazes e eficientes. Nesse sentido, investimento em processos educativos acrícos e descontextualizados devem ser evitados e a identificação de processos que viabilizem a educação permanente em saúde é essencial. Para tanto, é importante ouvir os principais envolvidos, isto é, aqueles que viveram o processo ensino-aprendizagem em serviço.

Para um curso que faz parte de um conjunto de ações que expressam o esforço do Ministério da Saúde em qualificar a atenção à saúde oferecida à população, considero que esta é uma reflexão pertinente e necessária. Responsável, do meu ponto de vista, pela principal política brasileira de inclusão social – ainda não percebida totalmente na prática como tal – o órgão tem atuado em sua atividade fim sem deixar de pensar e intervir estrategicamente no ensino, na gestão e no controle social, em prol de uma atenção de qualidade.

TERCEIRO CAPÍTULO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

[...] transmitir deliberadamente novos conceitos ao aluno... é, estou convencido, tão impossível e inútil quanto ensinar uma criança a andar apenas por meio das leis do equilíbrio (Tolstoi, 1903, p.143, *apud* Vigotski, 2008, p.105).

3.1 Construindo conhecimento significativo

Julguei importante sistematizar alguns dados teóricos relacionados à opção pedagógica construtivista e à teoria da aprendizagem significativa considerando que, de acordo com a análise do Guia do Especialista, esses são referenciais teóricos que sustentam a concepção pedagógica do CEABSF.

Contrapondo-se à concepção de transmissão de conhecimentos, o construtivismo é uma teoria psicológica de aprendizagem cujos fundamentos proveem dos estudos de Jean William Fritz Piaget (1896-1980), psicólogo suíço que desenvolveu a teoria intitulada Epistemologia Genética (*epistemo* = conhecimento; *logia* = estudo). Segundo o próprio autor da proposta, a epistemologia genética procura “distinguir as raízes das diversas variedades de conhecimento a partir de suas formas mais elementares, e acompanhar seu desenvolvimento nos níveis ulteriores até, inclusive, o pensamento científico” (PIAGET, 2007, p.2).

Tanto no campo da psicologia como no da pedagogia, o construtivismo piagetiano foi muito difundido e permanece sendo tema de muitas reflexões. Apesar de Piaget ter tratado de temas diversos, pode-se dizer que todos convergem para identificar como se dá a construção do conhecimento pelo sujeito, o qual se constitui nessa construção por meio de uma interação com o objeto do conhecimento (GEBER, 1979; BRÊTAS; SANTOS, 2002; CASTAÑON, 2005; SANCHIS; MAHFOUD, 2007; SANCHIS; MAHFOUD, 2010). Nas palavras de Piaget, o seu problema central era o da “formação contínua de *novas* (grifo do autor) estruturas, as quais não estariam pré-formadas nem no meio nem no interior do próprio sujeito, no transcurso dos estágios anteriores de seu desenvolvimento” (PIAGET, 2007, p.60).

Isso significa dizer que Piaget não se ocupou do processo educativo, ou seja, da relação ensino-aprendizagem; de uma teoria de ensino. O que buscou foi desenvolver uma teoria sobre conhecimento e aprendizagem que aborda o que é saber e como viemos a saber (FOSNOT, 1998).

Na tradição ocidental, a busca do conhecimento tem de ter como finalidade uma visão do mundo real, ou seja, “o progresso da ciência, de alguma forma, conduzirá a uma aproximação da verdade definitiva” (GLASERSFELD, 1998, p.19). Piaget é o primeiro a causar uma ruptura nesta forma de pensar tradicional a partir da ideia-chave do construtivismo: “o que chamamos de conhecimento não tem, e não pode ter, o propósito de produzir representações de uma realidade independente, mas antes tem uma função adaptativa” (GLASERSFELD, 1998, p.19). Para Piaget, “[...] o que nós vemos, ouvimos e sentimos – ou seja, nosso mundo sensorial – é o resultado das nossas próprias atividades perceptivas e, portanto, específico dos nossos modos de perceber e conceber” (GLASERSFELD, 1998, p.20). Piaget derruba a ideia de um universo de conhecimento dado, seja na bagagem hereditária (apriorismo), seja no meio (empirismo) físico ou social (GLASERSFELD, 1998; SANCHIS; MAHFOUD, 2007; PIAGET, 2007): “o conhecimento surge de ações e da reflexão do agente sobre elas” (GLASERSFELD, 1998, p.20). Assim, interação não implica “um organismo que interage com objetos como eles realmente são, mas antes, um sujeito cognitivo que está lidando com estruturas perceptivas e conceituais anteriormente construídas” (GLASERSFELD, 1998, p.21).

A Epistemologia Genética ou Psicologia Cognitivista de Jean Piaget considera que organismo e comportamento são um sistema unitário, tendo o equilíbrio entre a estrutura do organismo e o ambiente como a meta da adaptação (equilíbrio biológico); em contrapartida, o mecanismo que promove mudança na cognição é o mesmo da evolução-equilíbrio (equilíbrio cognitivo). Em sua proposta, a adaptação é um processo que põe em equilíbrio dinâmico, em espiral, a assimilação e a acomodação, que são dois comportamentos polares intrínsecos (GEBER, 1979; FOSNOT, 1998; SANCHIS; MAHFOUD, 2007).

A aprendizagem é, portanto, um processo no qual significados são estabelecidos, resultando em *abstrações reflexionantes*¹², produzindo símbolos dentro de um meio (FOSNOT, 1998). Os símbolos são assimilados e se tornam parte do sistema de esquemas assimiladores do indivíduo, sendo usados, novamente, para perceber e conceber (FOSNOT, 1998; PIAGET, 2007). A ideia central do construtivismo é a de que “nós, como seres humanos, não temos acesso a uma realidade objetiva já que estamos construindo a nossa versão dela, enquanto ao mesmo tempo a transformamos, e a nós mesmos” (FOSNOT, 1998, p.40). Contudo, isso não significa dizer que os objetos não existem independentemente do sujeito; o que ocorre é que

[...] os objetos e suas leis não podendo ser conhecidos senão graças àquelas nossas operações que lhes são aplicáveis para esse efeito e que constituem o quadro do instrumento de assimilação que permite atingi-lo, somente são alcançáveis, portanto, por aproximações sucessivas, o que equivale a dizer que eles representam um limite jamais atingido (PIAGET, 2007, p.114).

Contradição e estrutura são, também, dois conceitos básicos na teoria de Piaget, envolvidos que estão na equilibração, assimilação e acomodação (GEBER, 1979; FOSNOT, 1998). Como visto anteriormente, o conhecimento é resultado da interação dinâmica do sujeito que conhece com o objeto a ser conhecido (CASTAÑÓN, 2005), sendo que a construção do conhecimento, pelo sujeito, é que possibilita a construção de estruturas de compreensão mais equilibradas e uma estruturação ou compreensão do mundo, em termos de significado, cada vez mais abrangente (SANCHIS; MAHFOUD, 2010). Em outras palavras, “não poderá haver assimilação de *input* (elementos externos) nas estruturas existentes sem que tais estruturas sejam, em consequência, modificadas”, representando a acomodação (GEBER, 1979, p.17).

Piaget não negligenciou o efeito social sobre a aprendizagem; para ele “a equilibração e a dialética devem ambas ser invocadas para explicar tanto indivíduos como sistemas sociais” (FOSNOT, 1998, p.35). Estabeleceu que o processo de construção do conhecimento se

¹² Termo utilizado por Piaget e que está relacionado ao conceito de construção do conhecimento a partir da coordenação das ações do indivíduo sobre os objetos. Na primeira aproximação com o objeto, o sujeito extrai o que seus esquemas cognitivos de assimilação possibilitam; quando os esquemas existentes não dão conta das transformações do real, o sujeito se volta para si mesmo, reflete, busca novas formas de agir (física e mentalmente) sobre o objeto, ocorrendo a acomodação e o surgimento de novas formas de assimilação (PIAGET, 2007).

apoia na história da evolução biológica da espécie de um lado e no meio histórico e cultural onde transcorre a vida, por outro (GEBER, 1979). Porém, é com a psicologia sócio-histórica do desenvolvimento, de Lev Semenovich Vigotski (1896-1934), que a dialética entre o indivíduo e a sociedade e, conseqüentemente, o efeito da interação social, linguagem e cultura sobre a aprendizagem se tornou foco de pesquisa (FOSNOT, 1998).

Nascido na União Soviética, graduado em direito e especializado em literatura, Vigotski fez cursos na área de medicina, ministrou cursos de psicologia (LURIA, 2007) e estudou, entre outras coisas, a caracterização dos aspectos do comportamento humano e como se dá o desenvolvimento dessas características ao longo da vida. Seus estudos tiveram como foco a relação entre seres humanos e o meio ambiente, físico e social; as formas novas de atividade que fizeram com que o trabalho fosse importante nessa relação e suas conseqüências psicológicas; a natureza das relações entre o desenvolvimento da linguagem e o uso de instrumentos (signos) (VIGOTSKI, 2007).

Vigotski e colaboradores buscaram desenvolver uma teoria marxista do funcionamento intelectual humano, pois “a internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui o aspecto característico da psicologia humana; é a base do salto qualitativo da psicologia animal para a psicologia humana” (VIGOTSKI, 2007, p.58). Assim, as características especificamente humanas não estão presentes desde o nascimento e nem são simples resultado da pressão externa; elas resultam da interação dialética do indivíduo com o seu meio ambiente (físico e social), que é por ele transformado e o transforma (VIGOTSKI, 2007). Essa, também, é uma conhecida proposta de Marx em relação ao trabalho, o qual ele considera que faz a mediação da relação dos homens entre si e com a natureza.

Nessa linha de trabalho marxista, Vigotski introduziu a ideia de *mediadores do conhecimento* no processo de desenvolvimento mental que, para ele, é construído a partir da relação do ser humano com o contexto social. Assim, todas as funções psíquicas superiores são processos mediados, e os signos, incorporados em sua estrutura como parte essencial, constituem o meio básico para dominá-las e dirigi-las. Também os instrumentos são elementos de mediação e regulam as ações sobre os objetos enquanto meio pelo qual a ação humana busca o controle e o domínio da natureza (VIGOTSKI, 2008). Assim,

orientado internamente, “o signo age como um instrumento da atividade psicológica de maneira análoga ao papel de um instrumento no trabalho” (VIGOTSKI, 2007, p.52), analogia que se baseia na natureza mediadora que os caracterizam.

Para aquele estudioso,

o uso de meios artificiais – a transição para a atividade mediada – muda, fundamentalmente, todas as operações psicológicas, assim como o uso de instrumentos amplia de forma ilimitada a gama de atividades em cujo interior as novas funções psicológicas podem operar (VIGOTSKI, 2007, p.56).

A combinação entre o instrumento e o signo na atividade psicológica, ele denominou função psicológica superior ou comportamento superior (VIGOTSKI, 2007). Muito de seu esforço foi para provar que o pensamento adulto é culturalmente mediado e que o principal meio dessa mediação é a linguagem (REGO, 2011, p.31). Seus estudos sobre pensamento e linguagem o fizeram concluir que “a relação entre o pensamento e a palavra é um processo vivo; o pensamento nasce através das palavras. Uma palavra desprovida de pensamento é uma coisa morta, e um pensamento não expresso por palavras permanece uma sombra” (VIGOTSKI, 2008, p.190).

Vigotski discutiu como se dá a formação de conceitos e, em especial, o desenvolvimento de conceitos científicos (não espontâneos, mais formalizados, fruto de acordos culturais, originários das atividades estruturadas da instrução em sala de aula), descrevendo, também, os conceitos espontâneos (pseudoconceitos que emergem da reflexão da própria criança sobre a experiência cotidiana) (FOSNOT, 1998; VIGOTSKI, 2008). Uma construção importante é a definição de que conceito

[...] é mais do que a soma de certas conexões associativas formadas pela memória, é mais do que um simples hábito mental; é um ato real e complexo de pensamento que não pode ser ensinado por meio de treinamento, só podendo ser realizado quando o próprio desenvolvimento mental da criança já tiver atingido o nível necessário. Em qualquer idade, um conceito expresso por uma palavra representa um ato de generalização (VIGOTSKI, 2008, p.104).

Buscando resposta para a questão *o que facilita a aprendizagem que leva a criança a passar dos conceitos espontâneos para os conceitos científicos*, ele desenvolveu o conceito de zona de desenvolvimento proximal (*Zo-ped*), lugar onde os conceitos espontâneos

(ascendentes) encontram os conceitos científicos (descendentes) (FOSNOT, 1998). Em suas palavras, a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) é

[...] distância entre o nível do desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto em colaboração de companheiros mais capazes (VIGOTSKI, 2007, p.97).

Refletindo sobre o construtivismo e a práxis da enfermagem no processo de cuidar, Thofehn e Leopardi constroem a seguinte definição para a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que tem sentido para mim. Ou seja, ZDP

[...] consiste na trajetória que o ser humano vai percorrer para desenvolver funções que estão em processo de amadurecimento e que se tornarão funções consolidadas, estabelecidas no nível de desenvolvimento real. A ZDP refere-se a um domínio psicológico em transformação constante (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006, p.697).

As funções que estão em processo de amadurecimento, presentes na ZDP, são estimuladas pela aprendizagem e, portanto, um processo de aprendizagem “adequadamente organizado resulta em desenvolvimento mental e põe em movimento vários processos de desenvolvimento que, de outra forma, seriam impossíveis de acontecer” (VIGOTSKI, 2007, p.103).

Apesar das diferenças entre a posição teórica de Piaget e Vigotski, ambos enfatizam a necessidade de compreensão da gênese dos processos cognitivos. Além disso, valorizam a interação do indivíduo com o ambiente e veem o indivíduo como sujeito que atua no processo de seu próprio desenvolvimento ao construir conhecimento¹³. Enquanto para Piaget a aprendizagem depende do estágio de desenvolvimento atingido pelo sujeito, para

¹³ Duarte (2001), em seu livro intitulado *Vigotski e o aprender a aprender: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana*, refuta a afirmação de que Vigotski pode ser classificado como construtivista ou interacionista. Argumenta, com veemência, que Vigotski era marxista (concepção educacional marxista) e socialista (concepção política socialista), mas que isso é escamoteado ao ser feita uma aproximação entre Vigotski e a teoria construtivista (Piaget), representada pelo lema aprender a aprender. Para o autor, o fortalecimento desse lema é uma proposta da burguesia neoliberal (e daqueles que propagam o pós-modernismo) que não quer socializar o conhecimento e, portanto, diminui a importância da escola e do professor, tirando da escola a responsabilidade de transmissão do conhecimento objetivo. O autor considera que a concepção política socialista se articula com a concepção pedagógica histórico-crítica (proposta por Saviani, 1997) uma vez que ambas têm como base “o mesmo conceito geral de realidade, que envolve a compreensão da realidade humana como sendo construída pelos próprios homens, a partir do processo de trabalho, quer dizer, da produção das condições materiais ao longo do tempo” (SAVIANI, 1997b, p. 119-120 *apud* DUARTE, 2001, p.24).

Vigotski a aprendizagem favorece o desenvolvimento das funções mentais. Piaget aprofundou estudos sobre o papel da contradição e da equilibração na aprendizagem, Vigotski buscou estudar o diálogo, ou seja, o papel que o adulto ou os pares do aprendiz desempenham na sua aprendizagem, na medida em que eles conversam e constroem conjuntamente (FOSNOT, 1998). Ou seja, o significado é “ajustado socialmente entre grupos de pessoas. Assim como o mundo físico é compartilhado por todos nós, é, também, a percepção que temos dele. O aprendizado [...] é diálogo – interações consigo mesmo ou com outros” (JONASSEN, 1996, p.71).

Na perspectiva construtivista, a construção do sentido decorre da interação social, gerando ajuste quando há falha na obtenção da resposta desejada. Logo, analisar significados gera a experiência individual e o processo social de “acomodar as ligações entre palavras e componentes dessa experiência, até que o indivíduo considere que elas são compatíveis com o uso e as respostas linguísticas e comportamentais dos outros” (GLASERSFELD, 1998, p.22). O sujeito interpreta a experiência para assimilá-la aos seus esquemas e teorias ou para produzir acomodação à realidade, alterando esquemas e teorias (CASTAÑON, 2005).

Um significado pessoal não é, necessariamente, individual. O significado pode ser ajustado socialmente entre grupos de pessoas. Os seres humanos são criaturas sociais que confiam no *feedback* dos companheiros para determinar sua própria existência e a viabilidade de suas crenças pessoais.

Em síntese, construtivismo é uma teoria do conhecimento que estabelece uma estrutura com dois polos em interação recíproca e transformação, possibilitando superação dos conflitos e desequilíbrios, para atingir níveis estruturais qualitativamente superiores (THOFEHRN, LEOPARDI, 2006). A interação recíproca é entre o sujeito histórico e o objeto cultural, num movimento dialético no mundo das relações sociais. Assim, “conhecimento é sinônimo de construção do ser humano” (THOFEHRN, LEOPARDI, 2006, p.695). É construção entendida como processo de formação mental que inclui conceitos, interpretações, deduções e análise, que pressupõe a existência de um sujeito ativo e construtor de suas cognições. Essa construção só é possível através de uma interação, estabelecida pela ação do sujeito que age, tanto quando incorpora a experiência

aos esquemas de interpretação já elaborados, como quando modifica seus esquemas para aproximar-se melhor da realidade.

Para o presente estudo, além da visão geral sobre as bases teóricas do construtivismo, tem especial interesse as investigações de Vigotski sobre a construção de conceitos, uma vez que o objeto de estudo tem relação direta com o potencial de reconstrução e construção de novos conceitos pelos sujeitos profissionais de saúde.

Também tem relação com a construção de conceitos a perspectiva de trabalhar com a concepção de aprendizagem significativa e com mapas conceituais – utilizados como ferramentas no processo de aprendizagem. Essas são propostas do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, cenário deste estudo, que também precisam de uma breve referência teórica.

David Paul Ausubel (2018-2008), psicólogo, médico psiquiatra, nascido em Nova York, é considerado cognitivista e, em alguns pontos, se assemelha a Piaget, como na compreensão do sujeito do conhecimento; mas, em outros, apresenta diferenças significativas. Uma das diferenças diz respeito a sua abordagem sobre a aprendizagem que ocorre em sala de aula, com proposta concreta para o cotidiano escolar, o que não era foco de Piaget.

O conceito e os princípios da aprendizagem significativa foram apresentados por Ausubel na década de 1960, em publicações como *The Psychology of Meaningful Verbal Learning* (1963), *Educational Psychology - A Cognitive View* (1968). Ausubel estabeleceu uma distinção clara entre aprendizagem mecânica e a aprendizagem significativa. A primeira ocorre quando um novo conhecimento é arbitrário e não substantivamente incorporado à estrutura cognitiva; a segunda ocorre quando o aprendiz escolhe, conscientemente, integrar o novo conhecimento em conhecimento que ele já possui, ou seja, no conhecimento já incorporado à sua estrutura cognitiva (NOVAK, 2000a); é, portanto, a integração entre novos conhecimentos e aqueles já existentes na estrutura cognitiva, porém de maneira não arbitrária e não literal ou substantiva.

Uma informação é aprendida de forma significativa quando se relaciona a ideias relevantes (proposições ou conceitos) e inclusivas que estejam claras e disponíveis na mente do

indivíduo. Ocorrendo a interação, ambos os conhecimentos são alterados – o que já existia fica mais elaborado, e o novo passa a ter significado (AUSUBEL, 2003; MOREIRA, 2008).

Entretanto, o ser humano pode absorver um conteúdo novo de maneira literal (ao pé da letra) e, desse modo, a sua aprendizagem será mecânica (por memorização) e ele conseguirá simplesmente reproduzir esse conteúdo de maneira idêntica àquela que lhe foi apresentada. É o que se denomina de *decoreba*; ele não conseguirá utilizar o aprendizado da estrutura da informação apresentada para a solução de problemas equivalentes em outros contextos (TAVARES, 2008; MOREIRA, 2008).

Fazendo referência a algumas diferenças entre os neobehavioristas e os cognitivistas, Ausubel diz que os últimos advogam que

[...] o significado não é uma *resposta* implícita, mas antes uma experiência consciente claramente articulada e precisamente diferenciada que surge quando signos, símbolos, conceitos ou proposições potencialmente significativos se relacionam e incorporam em componentes relevantes da estrutura cognitiva de um determinado indivíduo, numa base não arbitrária e não literal (AUSUBEL, 2003, p.43)

Para ele, o processo de aprendizagem é a apreensão e a criação de significado para o conteúdo estudado e, ainda, a sua transformação em conhecimento funcionalmente disponível (AUSUBEL, 2003). Mas, para que a aprendizagem significativa aconteça em relação a um determinado assunto, são necessárias algumas condições, tais como: material instrucional com conteúdo estruturado de maneira lógica, de forma a ter significado lógico; existência de conhecimento organizado e relacionável com o novo conteúdo, na estrutura cognitiva do aprendiz; interesse do aprendiz, intencionalidade, esforço deliberado de relacionar o novo conhecimento com aquele já existente, que pode ser um conceito, uma ideia, uma proposição ou representação. Os conhecimentos organizados e relacionáveis já existentes na estrutura cognitiva são denominados por Ausubel de *subsunoços* ou *conceitos âncora* (AUSUBEL, 2003; TAVARES, 2008; MOREIRA, 2008).

Os *subsunoços* podem ser desenvolvidos por meio dos *organizadores prévios*, que consistem em estratégias que podem ser utilizadas pelo educador para criar “pontes

cognitivas” entre o que precisa ser aprendido e o que o aprendiz já sabe. Podem ser textos, Figuras, sons, animação, vídeo ou qualquer outro recurso utilizado, nesse caso, como material introdutório ao conteúdo prioritário (AUSUBEL, 2003; TAVARES, 2008; MOREIRA, 2008). No caso do CEABSF, a apresentação de “casos” do cotidiano (como relato de reuniões de equipe e de situações vividas por usuários e por profissionais) no início de um tópico ou tema no Caderno de Estudo é a estratégia utilizada, ou seja, é o organizador prévio.

Já existe uma grande aceitação entre os estudiosos dos processos de aprendizagem de que o ser humano constrói significado desde que nasce e acelera intensamente esse processo quando passa a dominar a linguagem para codificar significados para eventos e objetos em sua volta. É, também, bastante aceito que alguns significados são construídos com erros ou limites e podem distorcer ou impedir que novos significados sejam construídos. O que não se sabe é porque isso acontece e como facilitar a construção de significados aceitos ou válidos e reconstruir ou invalidar os significados indesejáveis (NOVAK, 2000b). Isso significa dizer que o conhecimento prévio é o fator que mais influencia a aprendizagem (MOREIRA, 2008).

Ausubel discute três tipos de aprendizagem significativa: representacional, conceitual e de proposições. A aprendizagem significativa representacional, da qual dependem as outras duas, é pré-conceitual e é a apreensão de símbolos individuais (geralmente, palavras) ou a construção de uma representação deles (AUSUBEL, 2003). Um exemplo é o de uma criança que estabelece a relação significativa entre cachorro e aquele animal que convive com sua família, e só ele. Contudo, progressivamente, ela verá outros cachorros, diferentes daquele com o qual convive e lhe será dito que são cachorros; ela irá relacionar a palavra cachorro a várias características e comportamentos regulares e não mais a um só cachorro. Terá, então, construído um conceito (AUSUBEL, 2003, MOREIRA, 2008).

Ao ser construído um conceito, ocorreu o segundo tipo de aprendizagem significativa discutida por Ausubel, ou seja, aprendizagem conceitual ou de conceito. Assim, “conceitos apontam regularidades em objetos ou eventos e são representados, geralmente, por palavra-conceito” (MOREIRA, 2008, p.27). O autor chama a atenção para a concepção de construção de significado, que diferencia esse processo daquele que é uma associação

estímulo-resposta behaviorista e que esse tipo de aprendizagem significativa, de construção de conceito, é mais comum em crianças. Os adultos aprendem conceitos por assimilação¹⁴, que é o processo já descrito de incorporação, não arbitrária e não literal, de novos conhecimentos à estrutura cognitiva por meio de um processo interativo que depende da existência de conhecimentos prévios, adequados e predisposição para aprender (MOREIRA, 2008).

A aprendizagem significativa proposicional ou de proposições é aquela em que se aprende o significado que está além da soma dos significados das palavras ou conceitos que compõem a proposição; apreende-se o significado de novas ideias expressas na forma proposicional (AUSUBEL, 2003). Caso fosse considerado um contínuo na aprendizagem – de memorização a significativa – a aprendizagem representacional estaria próxima da extremidade da memorização e as aprendizagens conceitual e proposicional estariam na extremidade oposta, local da forma mais elevada de aprendizagem significativa (AUSUBEL, 2003).

A ideia de uma hierarquia na organização cognitiva do indivíduo é de suma importância quando se trata da aprendizagem de conceitos científicos, uma vez que o conhecimento científico é constituído por uma rede de conceitos e proposições, formando uma verdadeira teia de relações. Assim, um recurso para a aprendizagem significativa são os mapas conceituais, que são considerados uma ferramenta estruturadora do conhecimento.

Os mapas conceituais foram propostos inicialmente por Joseph Donald Novak¹⁵ e colaboradores, nos anos de 1970, ao organizar dados de uma pesquisa, conceitos e proposições, de maneira hierarquizada; assim, os primeiros mapas conceituais foram construídos a partir de transcrições de entrevistas com alunos e, só depois, foram introduzidos nas salas de aula para serem produzidos pelos próprios alunos (MOREIRA *et al.*, 2000; TAVARES, 2008).

¹⁴Moreira (2008) diz que a assimilação proposta por Ausubel difere daquela proposta por Piaget, pois a de Ausubel se refere a uma crescente integração e diferenciação de conceitos, ou de conhecimentos de um modo geral, na estrutura cognitiva. Piaget, como visto anteriormente neste capítulo, entende que há formação contínua de novas estruturas, as quais não estariam pré-formadas nem no meio nem no interior do próprio sujeito.

¹⁵ Novak (nascido em 1932) é biólogo, empresário e educador americano, Professor Emérito na Cornell University e Pesquisador Sênior no IHMC.

Novak desenvolveu uma teoria da educação em que a aprendizagem significativa é um conceito chave e o mapa conceitual, uma ferramenta essencial de negociação de significados entre professor e alunos e de organização e assimilação do conhecimento pelos alunos (NOVAK, 2000b). Partindo do pressuposto de que uma teoria da educação deve considerar que o ser humano pensa, sente e age, ele explica que “a aprendizagem significativa está subjacente à integração construtiva do pensamento e das ações que levam à capacitação humana quanto ao compromisso e à responsabilidade” (NOVAK, 2000b, p.13).

Para fundamentar a sua explanação sobre o potencial capacitador da aprendizagem significativa, o referido autor utiliza a experiência de Freire (1970) com a alfabetização de adultos, afirmando que “trabalhar com palavras geradoras, que têm relevância e significado na vida do formando, leva a que estes tenham controle sobre a aquisição e utilização de novos conhecimentos” (NOVAK, 2000b, p.33).

Atualmente, mapas conceituais são empregados em diversas atividades do processo ensino-aprendizagem, inclusive na construção de hipertextos educacionais. Pode ser feito o mapa conceitual para uma aula, uma unidade de estudo, um curso ou para um programa educacional completo. Para cada um, o grau de generalidade e a inclusividade dos conceitos serão diferentes. Em contrapartida, na seleção de materiais instrucionais, um mapa incluindo somente conceitos específicos, pouco inclusivos, pode auxiliar (MOREIRA, 2009).

3.2 Conhecimento, Educação e Trabalho

Não é hora de clamar por algo diferente no sistema de educação? Aprender para viver; aprender a aprender, para ser possível adquirir novos conhecimentos ao longo de toda a vida; aprender a pensar livre e criticamente; aprender a amar o mundo e a torná-lo mais humano; aprender a desenvolver-se no e por meio do trabalho criador (FAURE *et al.*, 1972, p.69).

A educação é considerada um fator tão fundamental para o desenvolvimento de uma nação, que é uma das três dimensões utilizadas na mensuração do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Esse índice, que indica o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população, é um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento (ONU, s/d).

Criado por Mahbub ul Haq, com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH foi publicado pela primeira vez em 1990, mas foi calculado para os anos anteriores, a partir de 1975. Além de computar o PIB *per capita*, depois de corrigi-lo pelo poder de compra da moeda de cada país, o IDH considera educação (índice de analfabetismo e taxa de matrícula em todos os níveis de ensino) e longevidade (expectativa de vida ao nascer). Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um (ONU, s/d)¹⁶.

Portanto, se a educação é um fator essencial ao desenvolvimento humano, gerando qualidade de vida individual e coletiva, deve ser priorizada nas políticas públicas, tanto em qualidade quanto em quantidade, em todos os níveis e em todas as formas de aprender e de ensinar. Uma das formas institucionais de aprender e de ensinar é por meio do sistema formal de ensino escolarizado. A educação escolar é um dos meios que a sociedade utiliza para a transmissão e a assimilação da cultura produzida historicamente. Assim, é possível

¹⁶ No Relatório de Desenvolvimento Humano publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2011, entre 187 países, os quatro primeiros, com respectivos IDH, são: Noruega (0,943), Austrália (0,929); Holanda (0,910) e Estados Unidos (0,910). O Brasil encontra-se em 84º com IDH 0,718, que o coloca entre os países considerados de médio desenvolvimento humano (índice entre 0,500 a 0,799) (ONU, s/d).

conhecer o estágio de desenvolvimento humano atual para que possamos superá-lo, não precisando reinventar, a cada nova geração, o conhecimento já produzido.

Contudo, a escola se constituiu historicamente como uma das formas de materialização da divisão da sociedade em classes e como espaço, por excelência, do acesso ao saber teórico, divorciado da práxis, valorizando a representação abstrata feita pelo pensamento humano. Assim, ela expressa e reproduz, por meio de seus conteúdos, métodos e jeito de organização e gestão, a forma de organização do processo de produção e as relações de interesses contraditórios entre o capital e o trabalho. Ainda não franqueada a todos, em todos os níveis de ensino, o acesso a ela (e a sua falta) marca as diferenças materiais entre os que sabem e os que fazem.

No entanto, a educação não pode ser considerada uma realidade supra-humana, imutável. Pelo contrário, é importante ter em mente que “determinados tipos de homens criam determinados tipos de educação, para que, depois, elas recriem determinados tipos de homens” (BRANDÃO, 1981, p.100), e não existe escola desvinculada da sociedade a que ela pertence. Logo, é possível uma educação a serviço da cidadania; podemos construir um novo tipo de educação para um novo tipo de homem, sem a inocência de que seja um processo fácil, pois, conforme Freire afirmou:

[...] neutra, ‘indiferente’ a qualquer destas hipóteses, a da reprodução da ideologia dominante ou a de sua contestação, a educação jamais foi, é, ou pode ser. É um erro decretá-la como tarefa apenas reprodutora da ideologia dominante como erro é tomá-la como a força de desocultação da realidade, a atuar livremente, sem obstáculos e duras dificuldades (FREIRE, 1996, p.99).

Dito de outra forma, a educação não pode ser entendida como um conceito moralmente neutro (PRADO; REIBNITZ, 2006) e pressupõe desenvolver processos carregados de valores sociais e morais. Só uma educação inovadora, que vá além de sua função de transmissão das aquisições culturais humanas, da transmissão de conhecimentos, poderá realmente formar cidadão com capacidade para se apropriar do saber produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social (PARO, 2000). É por meio da educação que somos preparados e integrados plenamente, como sujeitos, na vida pública (PRADO; REIBNITZ, 2006).

Por outro lado, fundamental é saber que, participando ativamente na coletividade, partilhando das relações de trabalho, o indivíduo também se apropria da linguagem, dos instrumentos físicos produzidos historicamente, do conhecimento acumulado pelas gerações precedentes e culturalmente disponíveis. Isso porque o desenvolvimento das funções psíquicas dos seres humanos ocorre desde o nascimento, a partir da atividade prática, nas relações que os seres humanos estabelecem entre si e com a natureza (VIGOTSKI, 2007).

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, identificada pela sigla LDB, “disciplina a educação escolar, que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias” (BRASIL, 1996: art. 1º, § 1º). Nela fica claro que o seu campo de regulação incide sobre parte do espectro dos processos educativos, pois a educação “abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (BRASIL, 1996, art. 1º). Vai muito além, portanto, da educação escolar.

Na área de saúde tem sido fundamental, para a mudança do modelo de atenção, a valorização e promoção da educação *na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais*. Isso porque a mudança de um modelo de atenção com foco na doença para um modelo com foco na saúde requer um grande esforço para a mudança de hábitos e costumes, da população em geral e dos profissionais de saúde em particular. Nessa análise em particular interessa a educação que ocorre no mundo do trabalho, por esse se constituir em um espaço privilegiado de educação que deveria ser mais reconhecido pela sociedade e mais articulado com o sistema educativo (DELORS *et al.*, 2006).

Dizer que o trabalho é um conjunto de atos intencionais de agir humano incidindo sobre a transformação da natureza para satisfazer necessidades humanas (MISHIMA *et al.*, 2003) é, talvez, a forma mais objetiva de defini-lo na contemporaneidade. Assim, considerando que o ser humano é capaz de imaginar o que vai produzir, o trabalho é sempre uma ação

transformadora intencional (MISHIMA *et al.*, 2003; PEREIRA *et al.*, 2009; PRADO; REIBNITZ, 2006).

Contudo, esta definição não basta para compreender toda a complexidade que envolve a relação entre homem/natureza/sociedade. As autoras nos dizem algo mais quando afirmam que, no processo de trabalho, ao transformar a natureza, o ser humano também se transforma (MISHIMA *et al.*, 2003), caracterizando a possibilidade de conformar e ser conformado por uma conjuntura sócio-histórica (PEREIRA *et al.*, 2009; PRADO; REIBNITZ, 2006). É nesse processo histórico que conhecimento, trabalho e educação se encontram, pois foi “porque nos tornamos capazes de *dizer* o mundo, na medida em que o transformávamos, em que o reinventávamos, que terminamos por nos tornar ensinantes e aprendizes. Sujeitos de uma prática que se veio tornando política, gnosiológica, estética e ética” (FREIRE, 2001, p.12).

Martins e Albuquerque (2007, p.352) afirmam que é no trabalho “que o homem se realiza como sujeito, expressando sua subjetividade e utilizando suas potencialidades”. Como a expressão da subjetividade tem relação com a existência do “outro”, o trabalho possui tanto sentido individual quanto social, exercendo uma função mediadora na vida de cada um para além da garantia da subsistência.

Por meio de sua função mediadora, o trabalho contribui para a construção de sentidos existenciais e para a estruturação da identidade e da subjetividade do trabalhador. Assim sendo, fica evidente a brutalidade de um trabalho alienante, que retira do trabalhador a capacidade de identificar todo o processo e de re-inventar formas de fazer o seu trabalho.

Estudioso que é referência quando se discute esse tema, Marx disse que:

o trabalho, como criador de valores de uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem - quaisquer que sejam as formas de sociedade - é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza, e, portanto, de manter a vida humana (MARX, 1968, p.50).

Com o advento do capitalismo, o único meio de sobrevivência a ser oferecido pelos que não possuíam o capital era sua força de trabalho comprada pelos donos do capital como

mercadoria e meio de enriquecimento (BRAVERMAN, 1987). Contudo, “é primeiramente junto à maquinaria que o trabalhador luta de imediato contra a força produtiva desenvolvida pelo capital como sendo aquele princípio antagônico fundado no trabalhador mesmo - o trabalho vivo” (MARX, 1994, p.104).

Demo (2006), avisando que pretende polemizar, retoma a noção original marxista do trabalho como categoria fundante da sociedade, mas afirma que as razões marxistas precisam ser revistas. Explica por que o trabalho não pode ser visto como única atividade que produz valor e porque não é correto identificar trabalho produtivo com trabalho capitalista. Propõe, assim, uma revisão da noção de “valor”. O que o autor pretende, segundo suas palavras, “é apenas repor a discussão com outro contexto, tendo como um dos objetivos fundamentais a valorização do trabalho na vida humana” (DEMO, 2006, p.5).

Não é meu objetivo reproduzir a proposta do autor. Quis, apenas, contextualizar mais uma possibilidade de definição do que é trabalho, pois, segundo o autor:

[...] trabalho expressa a capacidade humana de fazer coisas e de fazer-se sujeito, num processo de autovalorização. [...] É fundamental superar a sociedade-fábrica, na qual o trabalho é aviltado, para imaginar uma sociedade aberta e criativa, em que trabalhar é viver, conviver (DEMO, 2006, p.7).

Contudo, ainda convivemos com o parcelamento de tarefas, a supervalorização do saber técnico, o fetiche da tecnologia, a gestão autoritária e hierárquica, além de outros aspectos característicos da administração idealizada por Taylor e Fayol. Infelizmente, a realidade ainda é aquela descrita por Karl Marx, longe, portanto, do que propõe Pedro Demo.

Nas duas últimas décadas, tem sido apontado que estão em curso mudanças no processo de produção capitalista indicando o fim da centralidade do trabalho. São debatidos, mundialmente, temas como o fim do emprego e o fim do proletariado. Em 1980, a publicação do livro intitulado *Adeus ao proletariado*, do sociólogo francês André Gorz, causou grande polêmica e respostas (a favor e contra) de vários outros estudiosos do assunto, tais como Claus Offe, Benjamim Coriat, Alain Touraine, Ernest Mandel, Robert Kurz (ANTUNES, 2010). Em 1995, o sociólogo brasileiro Ricardo Antunes, opondo-se à

proposição de que a classe proletária esteja sendo eliminada, apresentou sua argumentação no livro intitulado *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho*, onde ele destaca a necessidade de levar em consideração o trabalho concreto e o trabalho abstrato (como concebido por Marx) ao serem abordadas as mudanças que estão em curso; destaca, ainda, a dupla precarização do trabalho tanto no *taylorismo-fordismo*, passando pelo *neofordismo*, *neotaylorismo*, *pós-fordismo*, quanto, mais recentemente, na acumulação flexível e no toyotismo ou modelo japonês.

Para Antunes (2010), acumulação flexível é a maneira encontrada pelo capitalismo para superar uma de suas crises, iniciada em torno de 1973 (com a crise do petróleo¹⁷), e uma contradição interna constante, que é a necessidade de garantir consumidores para as mercadorias que produz, garantindo valor de troca, que gera lucro. É naquele momento que o “toyotismo” passa a representar um novo modelo, “tanto pela revolução técnica que gerou na indústria japonesa, quanto pela potencialidade de propagação que *alguns dos pontos básicos do toyotismo* têm demonstrado, com expansão em escala mundial” (ANTUNES, 2010, p.30) (grifo do autor).

A acumulação é de capital, seguindo a racionalidade capitalista da acumulação e concentração de renda. Em contraposição aos padrões rígidos do *fordismo*, a acumulação agora é flexível, pois flexível é o mercado e, por isso, flexível deve ser o processo de produção e a exploração da força de trabalho. Também a legislação deve ser flexível, com a desregulamentação do ordenamento jurídico, considerado rígido (ANTUNES, 2010; ALVES, 2011).

Antes daquela crise, meados da década de 1940 até 1973, os países mais desenvolvidos registraram um crescimento sem precedentes. Esse crescimento teve como sustentação um modelo de produção em massa, de produtos relativamente homogêneos, com o processo de trabalho cronometrado na lógica taylorista e a produção em série referida no modelo fordista, hegemônico até hoje (ANTUNES, 2010). O método por excelência é o científico e o modelo de produção tem como características a divisão do trabalho, a separação entre

¹⁷ O conflito entre árabes e israelenses, entre 1967 e 1973, com derrota dos árabes, foi um dos principais fatores que fez do petróleo uma arma econômica. Para pressionar os Estados Unidos e a Europa, que apoiaram Israel nos conflitos, os árabes uniram-se, reduzindo a produção do petróleo, forçando o aumento drástico no preço do barril, originando a maior crise do petróleo, que afetou toda a economia mundial.

gerência e linha de produção, centralização da autoridade e redução do arbítrio, aumento do controle rígido e burocrático.

Contudo, em alguns países, outros processos produtivos emergiram e, especificamente no Japão, teve início uma experiência alternativa de produção em menor escala e com custo adequado à economia do país naquele momento. O modelo, implantado inicialmente na Toyota (1940-50), fez com que o Japão causasse uma revolução na produção de bens e serviços e, no início dos anos 1980, fosse altamente competitivo (ANTUNES, 2010). Paralelamente, a produção e incorporação tecnológicas ocorrem e também respondem por mudanças no processo de produção, gerando, gradativamente, um real desemprego estrutural.

Ao analisar as mudanças que estavam ocorrendo no mundo do trabalho, Deluiz (1996) adverte que a emergência dos processos de acumulação flexível estava gerando fenômenos tais como: ampliação do trabalho precarizado e informal; emergência de um trabalho revalorizado; exigência de que o trabalhador tivesse novas capacidades. Em relação ao trabalho revalorizado, a autora disse que, na automação, o trabalhador polivalente passaria a exercer funções muito mais abstratas e intelectuais, “implicando cada vez menos trabalho manual e cada vez mais manipulação simbólica” (DELUIZ, 1996, p.15). Como novas capacidades exigidas, a autora aponta: capacidade de diagnóstico e de solução de problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, se auto-organizar e enfrentar situações em constantes mudanças (DELUIZ, 1996).

Mundialmente, é possível identificar um projeto para a área de saúde que surgiu no período registrado como sendo o de uma das crises do modelo econômico capitalista e da reestruturação produtiva, esta gerada pela busca de solução para a crise e pelo crescente desenvolvimento tecnológico. A Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, é exemplar na discussão do referido projeto e indica a redefinição do paradigma da assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 2003), desviando o foco do processo de trabalho em saúde para as formas coletivas do viver humano.

Após o lançamento da meta Saúde para todos no ano 2000, em 1977, e a realização da referida Conferência, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) passaram a estimular a reorganização dos sistemas nacionais de saúde para que os países conseguissem alcançar aquela meta. Como consequência, o conceito assumiu uma nova dimensão, pois a atenção primária à saúde passou a ser a forma de reorganização, fortalecimento e expansão dos sistemas nacionais de saúde. Nesse processo, a qualificação dos trabalhadores, por meio da educação permanente, adquiriu um caráter institucionalizado, passando a ser uma preocupação em diferentes países.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, que abordou o tema *Promoção da Saúde nos Países Industrializados*, é outro marco na busca mundial por uma saúde pública eficiente (BRASIL, 2002b).

Do ponto de vista mais geral da economia, o Brasil, particularmente na década de 1980, foi palco de situações contraditórias, pois “de um lado, ocorre uma desregulação impulsionada pela tendência de desestruturação do mercado de trabalho; de outro, ocorre uma tentativa de regulação motivada pela regulamentação desse mesmo mercado pela Constituição de 1988” (BRASIL, 2006a, p.130). É, ainda, naquele momento que algumas das propostas do Movimento da Reforma Sanitária se transformam em princípios constitucionais, tais como universalização do atendimento, equidade, integralidade da atenção, controle social, descentralização, hierarquização e gestão única em cada esfera de governo.

Não surpreende, portanto, que o sistema de saúde brasileiro conviva com conflitos gerados pelo processo contraditório citado acima. São conflitos intensificados pela instabilidade econômica local e mundial, pela intensificação da tensão entre capital e trabalho, entre desenvolvimento e preservação da natureza, entre a periferia e o centro, indo de encontro a uma proposta que prioriza o respeito à vida, a preservação da saúde com qualidade e o resgate dos direitos dos cidadãos.

É o Conselho Nacional de Secretários de Saúde que afirmou que “as mudanças têm impacto na vida das pessoas, no seu estado de saúde e no seu trabalho; as mudanças

ocorrem em função e a partir de mudanças na dinâmica social, sendo ao mesmo tempo determinantes e determinadas por novos comportamentos sociais” (BRASIL, 2006a, p.132). Ainda, afirmou que, nesse contexto, os secretários têm de respeitar as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, a qual se contrapõe à necessidade de incorporação de pessoal para atender às novas demandas.

Para enfrentar essas mudanças, os gestores do SUS, nas três esferas, vêm lançando mão de estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem:

contratação temporária; terceirização por meio de empresas ou cooperativas; contratos por órgãos internacionais; contratos através de serviços prestados; bolsas de trabalho; estágios; triangulações por meio de empresas privadas; contratos com entidades privadas não lucrativas; contratos de gestão com organizações sociais; convênios com Organizações Sociais de Interesse Público – OSCIPs (BRASIL, 2006a, p.133).

Outro desafio tem relação com as consequências negativas dessa luta de contrários sobre as condições e a qualidade de vida e de trabalho da população em geral e sobre o índice de desemprego e suas consequências. O resultado é o aumento da demanda por atenção à saúde. Soma-se a isso a liberação de uma demanda historicamente reprimida, que é, principalmente, a demanda por medicamentos e tratamento de agravos, decorrente do processo de aproximação geográfica dos profissionais à população.

Se, em qualquer setor da economia, a situação sinteticamente relatada pode causar desconforto ao trabalhador, na área de saúde, essa possibilidade é ainda maior se forem consideradas algumas características do processo de trabalho em saúde. Nogueira (1997) discute três dimensões do trabalho em saúde que ele considera intercomplementárias e interatuantes e ajudam a entender a questão que quero ressaltar. Uma dimensão diz respeito a sua inserção no mundo do trabalho em geral, compartilhando algumas características, como aquelas relacionadas à direcionalidade técnica, envolvendo instrumentos e força de trabalho. Outras duas apontam para a especificidade do trabalho em saúde enquanto inserido no setor de serviços. Ou seja, sendo serviço, diferencia-se dos processos de trabalho da indústria tão bem estudados pela economia clássica e, apesar de ser serviço, diferencia-se dos demais serviços. É um serviço “que se funda numa inter-relação pessoal

muito intensa [...] um laço interpessoal [...] particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato” (NOGUEIRA, 1997, p.183).

No caso do processo de trabalho assistencial em saúde, a inter-relação em análise é aquela que se dá em um espaço intercessor “de relação que se produz no encontro de ‘sujeitos’ e que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato”, denominada por Merhy (1997, p.132) como “intersecção partilhada”, em contraposição à “intersecção objetual” - aquela que ocorre entre um marceneiro e a cadeira que ele fabrica, por exemplo (MERHY, 1997). Em contrapartida, tem também uma dimensão objetiva, que contrasta com esse subjetivismo, pois é também um trabalho que se desenvolve com características da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, na lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), com hegemonia de um profissional em detrimento dos demais.

No cenário do SUS, principalmente na Atenção Básica, tem-se buscado materializar e potencializar aquela característica do processo de trabalho em saúde incentivando a criação de vínculo profissional-usuário. Na dinâmica que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário no ato da produção da atenção à saúde - relação intercessora profissional-usuários - há dois sujeitos, com finalidades que podem coincidir ou não, ambos com potencial para intervir na situação de saúde em análise (MERHY, 1997; NOGUEIRA, 1997). Assim é que o profissional se vê, às vezes, constrangido frente a sua impotência para atuar sobre o objeto de sua ação, seja objetivamente sobre o sujeito ou sobre uma situação, sendo agente de um processo de trabalho em que os meios adequados não estão disponíveis.

Outros problemas que interferem significativamente na capacidade de produção de atos de saúde são: processos de trabalho com ausência de participação efetiva dos trabalhadores, rotatividade da ocupação de postos de trabalho, normalização de formas de contratos precários, eventuais, treinamentos e especializações que visam a mudanças comportamentais e não à formação específica mais qualificada (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Contudo, é nesse tempo e espaço que temos de entender a diferença entre o trabalho na sua dimensão de construção do ser humano - dimensão ontológica - e o trabalho mercadoria força de trabalho - trabalho/emprego, trabalho assalariado no capitalismo (FRIGOTTO, 2001). É um direito do ser humano, junto e de acordo com os demais seres humanos, apropriar-se “da natureza e dos bens que produz para produzir e reproduzir a sua existência, primeiramente física e biológica, mas não só, também, cultural, social, simbólica e afetiva” (FRIGOTTO, 2001, p.74). Para tanto, é preciso re-significar o valor de uso e de troca do trabalho. É preciso re-significar o trabalhador enquanto sujeito que aprende para intervir na natureza, investindo conhecimento e usando o que produz em prol de vida saudável e digna. “É preciso uma boa dose de utopia, pois sem esta não há educação, nem futuro humano. [...] A utopia é que nos ajuda a afirmar os princípios da igualdade, solidariedade e a generosidade humana” (FRIGOTTO, 2001, p.84).

3.3 Educação Permanente

3.3.1 Conceitos e História

Ao longo dos tempos, a educação permanente transitou por alguns formatos, iniciando pela ênfase na produção, objetivando as atualizações científica, tecnológica e artística, passando pela fase em que o objetivo foi o consumo de bens e serviços. O aperfeiçoamento do indivíduo passou a ser promovido pelas empresas com o propósito de manter seus profissionais atualizados, revertendo em produção e lucro. Com controversas interpretações, posicionamentos e denominações, representou um procedimento importante no processo de industrialização e fortalecimento do capitalismo. Naquele momento, a educação e a cultura de massa foram consideradas fundamentais para o desenvolvimento econômico sem, necessariamente, repartir ou igualar as oportunidades (LAMPERT, 2005). Posteriormente, passou a ser focada, também, como fundamental para preencher o tempo livre em decorrência da progressiva mudança do quadro demográfico mundial (LAMPERT, 2005).

Alguns autores usam indistintamente os termos educação ou formação continuada, educação em serviço, educação permanente, educação ao longo de toda a vida, educação de adultos. Outros, contudo, apontam distinções, reforçando a não similaridade, por exemplo, entre educação permanente e educação continuada (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; BRASIL, 2004a; MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005a, 2005b; FARIA, 2008; SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2008; VIANA *et al.*, 2008).

Na lógica econômica, por muito tempo, a educação realizada em serviço foi claramente sinônima de reciclagem ou de treinamento, ambos com conotação negativa em relação aos trabalhadores que, vistos como elementos reciclados, podem ser descartados ou, ainda, serem adestrados como animais irracionais. Essa situação era coerente com os princípios tayloristas que predominavam nas empresas, com parcelamento da produção e alienação do trabalhador em relação a seu processo de trabalho.

Com o processo de automação, a reciclagem passou a fazer parte do processo de trabalho das empresas na substituição do trabalho vivo pela máquina. Processo educativo, rápido e permanente, considerando a velocidade da incorporação técnica e tecnológica, a reciclagem,

[...] como fenômeno que diz respeito à educação e que constitui a base a partir da qual se começou a pensar em educação permanente, está ligada, portanto, à especificidade do processo de acumulação do capitalismo tardio, correspondendo às exigências colocadas pelos setores mais modernos da economia capitalista à qualificação da força de trabalho (PAIVA, 1985, p.69).

Porém, romper com esta concepção passou a ser uma exigência para garantir a autonomia dos indivíduos em um mundo de rápida transformação onde “as pessoas precisam recorrer, constantemente, a seus conhecimentos e à sua capacidade de discernimento para poderem orientar-se, pensar e agir” (DELORS *et al.*, 2006, p.117).

Há autores que consideram que a educação permanente

[...] foi pensada de forma genérica, para um modo idealizado, que via, no tecnicismo e nos meios de comunicação de massa, os recursos básicos para o desenvolvimento do homem e da sociedade, escamoteando a questão das classes sociais, a realidade concreta e suas contradições (OTT; KRAHE, 1991, p.108).

As autoras problematizaram a educação permanente, discutindo-a na perspectiva de se constituir em um processo de alienação ou um processo de libertação e apontaram a fragmentação da consciência e o individualismo como fatores que estão presentes na sociedade atual e contribuem para o processo de alienação. Para elas, caso o processo de aprendizagem não se dê de forma crítica, “[...] as informações vão sendo agregadas, acumuladas horizontalmente, como um cabide ao lado do outro” (OTT; KRAHE, 1991, p.9), e a nossa consciência se forma fragmentada.

De acordo com Freitag (2001, p.14) “Paulo Freire desenvolveu, de forma original e criativa, uma concepção de educação conscientizadora que chega muito próximo àquilo que hoje se compreende como educação permanente na Europa e nos Estados Unidos.” Contudo, para a autora, a educação permanente não é só para os oprimidos, que não tiveram acesso à educação formal, excluídos sociais; ela é para todos, na perspectiva de

(re) educar para a cidadania plena. Ela existe desde antes da organização de sistemas escolares formais, tanto na família, na tribo, como nas outras formas de organização social, preservando a bagagem cultural e transmitindo saberes e ofícios. Entretanto, na Sociedade Moderna, a EP surge a partir de dupla revolução: a Revolução Francesa e a Revolução Industrial (KNECHTEL, 2001). Ainda em relação aos pressupostos históricos de sua origem,

A Educação Permanente se propõe em sua tradição iluminista, iniciada por Rousseau e Kant, reforçada por princípios pedagógicos elaborados por Pestalozzi e Grundvig, transformar o homem e a mulher (*Émile e Sophie, Lienhard e Gerturd*, entre outros), em cidadãos do mundo, pessoas responsáveis e autônomas que, ao se formarem e aprimorarem, formam, reformam e aprimoram o mundo em que vivem... (KNECHTEL, 2001, p.81).

Analisando a educação permanente como uma das estratégias educacionais que foram utilizadas para a reunificação da Alemanha (1990) após a queda do Muro de Berlim (1989), a autora informa que, antes da reunificação, ela já era conhecida por denominações como educação popular, educação dos trabalhadores, educação de adultos e foi retomada como estratégia para reconstrução da unidade do país (KNECHTEL, 2001). Também chama a atenção para o momento em que a EP, após a Segunda Guerra Mundial, utilizada como “forma de erradicar o nacional-socialismo (...), passou a oferecer práticas com uma forte tendência de reeducação do povo, de redemocratização do país com um fim antinazista (desnazificação)” (KNECHTEL, 2001, p.94). Neste contexto surgiram duas correntes: a educação de adulto para a cidadania plena *versus* a educação de adultos para profissionalização ou Aperfeiçoamento Educacional Profissional ou Educação Contínua (aprendizagem e currículos tecnicistas). Assim, “o efeito valorativo da ação pedagógica é transportado para efeitos e benefícios diretos das organizações de produção” (KNECHTEL, 2001, p.95).

Em uma afirmativa bastante atual, em 2001, a autora disse que, no Brasil, “a Educação Permanente precisaria ser *revalorizada* em sua função *social e política* e considerada como exigência do povo, numa democracia que quer avançar...” (KNECHTEL, 2001, p.140) (grifos da autora)

Kallen (1996) discute a simultaneidade do surgimento da ideia de educação ao longo da vida em organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCED) e o Conselho da Europa, no final da década de 1960. Segundo ele, o desafio dessas organizações era delinear uma nova relação entre a educação e a formação, por um lado, e, por outro, responder às suas respectivas atividades na área social, cultural e econômica (KALLEN, 1996).

Expressando sua descrença na educação ao longo da vida, o autor afirma que as razões pelas quais ela foi proposta

[...] vão desde a simples correção da política educativa e social a inspirações inovadoras, largamente abrangentes e até revolucionárias; os seus objetivos sociais vão desde o radical-igualitário ao conservador e preservador da ordem vigente; os seus grupos-alvos englobam os jovens e os idosos, os trabalhadores e os reformados; os seus modelos estruturais vão desde uma rede de programas liberais de educação de adultos a sistemas de formação profissional para quadros baseados ou ligados ao trabalho (o atual sector de ‘aprendizagem empresarial’) e a modelos que abarcam toda a educação e formação (KALLEN, 1996, p.16).

Nessa perspectiva ampla, fica compreensível a afirmação de que a educação permanente, “conforme a ótica, pode ser um princípio, um pressuposto, um sistema, um sistema complementar, um modelo, um meio, uma ideologia, uma doutrina, um movimento, um movimento irreversível” (LAMPERT, 2005, p.2) ou, ainda, uma estratégia.

Com grande influência sobre a área de educação do Brasil, o conceito de Educação Permanente proposto pela UNESCO surgiu mais explicitamente na 15ª Conferência Geral, realizada em 1968, após meio século de guerras e com a área de educação em crise, e visava, essencialmente, a uma educação para a paz. A situação pós-guerra em si foi suficiente para estabelecer a necessidade de pensar soluções para introduzir, em um mercado com muitas mudanças tecnológicas causadas pela guerra, aqueles que regressavam e precisavam de se familiarizar com as novas técnicas e competências exigidas (KALLEN, 1996).

Desde o Relatório Faure¹⁸, intitulado *Aprendendo a ser: o mundo da educação hoje e amanhã*, publicado em 1972, há sinais claros da necessidade de maior unidade ao se ensinar, equilibrando posições antagônicas que vão do polo onde estão as propostas, e algumas iniciativas práticas, de formação do ser humano integral ao polo extremo, onde a proposta é de reforço à prática do instrucionismo, separando informação da educação. Naquele relatório consta que

A escola do futuro deve tornar o objeto da educação o sujeito de sua própria educação. O homem que se submete à educação deve tornar-se o homem que educa a si mesmo; a educação de outros deve transformar-se em educação de si mesmo. Esta mudança fundamental na relação do indivíduo consigo mesmo é o problema mais difícil que enfrenta a educação para as décadas futuras da revolução científica e técnica (FAURE *et al.*, 1972, p.161).

Entre os pressupostos fundamentais apontados no Relatório Faure está o conceito de democracia como o direito de cada homem de se realizar e de participar da construção do seu próprio futuro; assim como também está contido o objetivo de se buscar a completa realização do homem, em toda a riqueza de sua personalidade, nos seus compromissos sociais e na complexidade de suas formas de expressão. Além disso, o documento alerta para o fato de que, com essa educação, os homens não mais adquirem conhecimentos definitivos, de uma só vez, mas passam a elaborar, ao longo de toda a vida, o seu próprio conhecimento - o aprender a ser (FAURE *et al.*, 1972).

Na V Conferência Internacional sobre Educação de Adulto, ocorrida em 1997, em Hamburgo, na Alemanha, quando e onde foi instituído o decênio da Alfabetização em homenagem ao educador brasileiro Paulo Freire, o tema central foi “A Aprendizagem dos Adultos: uma chave para o século XXI”. Nessa Conferência foi proposta a substituição dos modelos com base em conceitos de educação compensatória e supletiva por uma visão de educação permanente (TEBCHERANI, 2001). Foi também nessa Conferência que foi aprovado o documento denominado Declaração de Hamburgo, onde consta que a educação de adultos

[...] é tanto consequência do exercício da cidadania como condição para uma plena participação na sociedade. Além do mais, é um poderoso

¹⁸ Primeiro-ministro francês em 1952 e de 1955 a 1956 que presidiu a Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação criada pela UNESCO.

argumento em favor do desenvolvimento ecológico sustentável, da democracia, da justiça, da igualdade entre os sexos, do desenvolvimento socioeconômico e científico, além de ser um requisito fundamental para a construção de um mundo onde a violência cede lugar ao diálogo e à cultura de paz baseada na justiça (UNESCO, 2004, 41).

Antes daquela Conferência, em 1996, a UNESCO publicou o relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, que passou a ser compreendido como o documento que expressava a concepção daquele organismo internacional. A Comissão propôs a ampliação do conceito de educação permanente substituindo a denominação por *educação ao longo da vida*. Ainda, definiu educação como produto de uma dialética com várias dimensões que implica a repetição ou imitação de gestos e de práticas, sendo, também, um processo de apropriação singular e de criação pessoal (DELORS *et al.*, 2006). No relatório há um forte apelo ao uso da educação como processo de construção do ser, das relações entre as pessoas, grupos e nações, e do conhecimento que sirva à promoção do ser humano.

De forma bem explícita, a Comissão afirma que deve ser repensada e expandida a concepção de educação permanente propondo que

[...] além das necessárias adaptações relacionadas com as alterações da vida profissional, ela deve ser encarada como uma construção contínua da pessoa humana, dos seus saberes e aptidões, da sua capacidade de discernir e agir. Deve levar cada um a tomar consciência de si próprio e do meio ambiente que o rodeia, e a desempenhar o papel social que lhe cabe enquanto trabalhador e cidadão (DELORS *et al.*, 2006, p.18).

Os membros da Comissão afirmam a fé na educação como essencial para o desenvolvimento de pessoas e sociedades. Contudo, frisam que a educação não pode ser vista como

[...] um “remédio milagroso”, não como um “abre-te sésamo” de um mundo que atingiu a realização de todos os seus ideais, mas, entre outros caminhos e para além deles, como uma via que conduza a um desenvolvimento humano mais harmonioso, mais autêntico, de modo a fazer recuar a pobreza, a exclusão social, as incompreensões, as opressões, as guerras... (DELORS *et al.*, 2006, p.11)

Fica explícita nessa afirmação a preocupação dos autores de não serem classificados como idealistas e, também, alguns aspectos desejáveis para o mundo real - por mais que pareçam

utópicos - entre eles a redução da pobreza e da exclusão social. É preciso outra educação, que seja diferente da tradicional, que seja um caminho possível para uma vida melhor para todos.

A educação, ao longo de toda a vida, aproxima-se do conceito de sociedade educativa onde tudo pode ser oportunidade para aprendizado, sem diminuir o papel da educação formal neste processo de emancipação, por meio da habilidade de aprender a aprender. A proposta é para a construção de uma sociedade educativa que tenha como base a aquisição, atualização e utilização dos conhecimentos por todos (DELORS *et al.*, 2006).

Denominados como os quatro pilares dessa nova educação, e uma demonstração da expectativa humanista contida no documento, os autores discutem o *aprender a viver junto*, considerado pela comissão o pilar mais importante e uma utopia necessária, o *aprender a conhecer*, o *aprender a fazer* e o *aprender a ser* (DELORS *et al.*, 2006). Aspecto similar ao que já vinha sendo apontado no Relatório Faure, em 1972.

Especialmente relacionado com o objeto do presente trabalho, o aprender a fazer pressupõe a necessidade de adquirir uma competência ampla, muito além de apenas a aprendizagem profissional, que possibilite enfrentar situações imprevisíveis e, fundamentalmente, que facilite o trabalho em equipe, segundo os autores, tão negligenciado pelos métodos pedagógicos. Pressupõe, também, relacionar o estudo (teoria) com atividades profissionais e sociais (prática), concomitantemente. Portanto, ressaltam a “necessidade de atribuir cada vez maior importância às diferentes formas de alternância entre escola e trabalho” (DELORS *et al.*, 2006, p.20).

O Ministério da Educação brasileiro, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, respondeu pela disseminação da ideia de EP proposta pela UNESCO a partir da década de 1960. Esta é a posição defendida por Paiva (1985) que considerou a EP como tema pedagógico contemporâneo e apresentou uma análise crítica de textos publicados na Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, cujo número 113, em 1969, foi inteiramente dedicado ao tema. Em sua análise comenta a posição de alguns autores considerados pioneiros e referência na discussão do tema no Brasil: Dumerval

Trigueiro Mendes, Stuart B. Schwartz, Archer Deléon, Alain Touraine, Pierre Furter e Aníbal Buitrón.

A autora contextualiza aquele momento histórico comentando que o golpe militar de 1964 desarticulou o movimento de educação popular e a produção intelectual da área de educação, gerando uma demanda por aqueles que faziam reflexão e crítica à educação existente, tais como: Lauro de Oliveira Lima, Paulo Freire e Pierre Furter. Do ponto de vista de Paiva (1985), Pierre Furter¹⁹, perito da UNESCO no Brasil por algum tempo, é, entre os autores, aquele que mais influenciou a elite acadêmica brasileira da área de educação à época. Pode ser considerado o responsável pelo fato de o Brasil, em 1985, ser incluído entre os países onde mais se falava em Educação Permanente (PAIVA, 1985).

Para Furter, a educação permanente significava a possibilidade de o homem, ser inacabado, caminhar para o que é sua tendência – a perfeição; considerava a educação permanente um instrumento de realização de utopias-mudanças (PAIVA, 1985), um processo ao longo de toda a vida, vinculado ao desenvolvimento socioeconômico e cultural. Nesse processo, a educação seria “um processo em que cada um aprende a se formar e a se informar a fim de transformar-se e transformar o mundo” (FURTER, 1975, p.69 *apud* PAIVA, 1985, p.49). Apontava para o aprender a aprender, tão em voga atualmente.

A autora também comenta a posição de Deléon, então diretor do departamento de educação de adultos da UNESCO, sobre a importância do “aprender a aprender, criar disposição para aprender durante toda a vida” (PAIVA, 1985, p.18). Considerando o mundo em rápida transformação e a educação como consequência e causa dessas transformações, a educação permanente seria a solução para os problemas vivenciados no sistema formal de ensino em decorrência do desenvolvimento tecnológico, do prolongamento do tempo de lazer, das lutas de classe, das guerras de libertação, entre outros problemas (DELÉON, 1969 *apud* PAIVA, 1985). Portanto, uma visão bastante idealista da EP.

¹⁹ Pierre Furter, filósofo e pedagogo suíço, viveu no Brasil na primeira metade dos anos 60 e trabalhou com educação e cultura popular no nordeste brasileiro anos antes do golpe militar. Furter lançou dois livros no final de 1966 (*Educação e vida* e *Educação e reflexão*) quando, no Rio de Janeiro, representava a UNESCO, ministrando o curso de filosofia da educação (PAIVA, 1985).

Em relação à Schwartz, também vinculado a UNESCO, autor de *Burocracia e sociedade no Brasil Colonial*, a autora avalia que ele aborda a EP “apenas como uma maneira de enfocar a educação de adultos, uma direção de trabalho pedagógico com públicos adultos em função de objetivos concretos” (PAIVA, 1985, p.19). Ou seja, no micronível social, nos programas ou sistemas educacionais. A autora evidencia as posições extremas dos dois autores, entre a valorização da EP para resolver grandes e quase todos os problemas sociais, exaltada por Furter, e a total ausência de relevância social na abordagem de Schwartz.

Sobre Dumerval Trigueiro Mendes, referência na área de educação superior brasileira entre 1952 e 1987, a autora aponta a sua defesa a favor da EP como alternativa para atingirmos educação para todos, em uma compreensão de que “a nação moderna seria aquela em que a educação se democratiza, tornando mais fácil sua evolução” (PAIVA, 1985, p.21), construindo uma nação moderna e próspera. Continua a análise afirmando que Trigueiro considera que “esta seria uma educação para a eficiência (devido ao caráter industrial da sociedade moderna) e uma educação que, destinada às massas, reduz ou elimina a marginalidade social, porque a nação moderna ‘aproveita todos os indivíduos no projeto comum’” (PAIVA, 1985, p.22), relacionando a educação ao projeto nacionalista desenvolvimentista dos anos 1950. Portanto, para o autor analisado, a EP é democrática, participativa e solidária e, por isso, a elite cria obstáculos para sua operacionalização.

Outro trabalho analisado pela autora é o de Arlindo Lopes Corrêa (ex-presidente do Mobral: 1974-1981), que discute a EP na ótica do desenvolvimento econômico e da qualidade de vida da população. Na atualidade, em seu *blog* na rede mundial de computadores, Corrêa (2011) sugere que a escola seja transformada no centro da comunidade, que seja criado o conceito de *garantia de qualidade* em educação, obrigatório para instituições públicas e privadas e, por último, mas tão importante quanto os demais, propõe a implantação da

[...] educação continuada – que deve acontecer em todos os lugares, para todos, durante toda vida – o lar, e mais especificamente a família, passa a ser o sujeito/objeto privilegiado do processo. De tal forma que, a exemplo do ‘médico de família’, devemos instituir de imediato o ‘professor de

família²⁰, que irá aos lares necessitados e atuará sobre todos os seus membros – crianças, adolescentes, adultos e idosos – principalmente orientando-os sobre os caminhos da educação continuada disponíveis localmente, para superar as barreiras do conhecimento” (CORRÊA, 2011)²¹

Estudioso da concepção de aprender ao longo da vida (tradução literal da expressão *life long learning*), Valente (2001) apresenta uma interpretação que vincula a produção de conhecimento na infância e na terceira idade ao desafio de superar obstáculos e resolver problemas. A partir daí, faz a crítica ao sistema escolar tradicional, afirmando que o sistema reprime a capacidade que o ser humano tem de aprender ao longo da vida. Para a sua análise, o autor cria duas expressões: caçador-ativo e receptor-passivo.

O autor é adepto das concepções teóricas sociointeracionistas que consideram a aprendizagem como contínua e permanente, ou seja, aprende-se o tempo todo, desde o primeiro minuto de nossas vidas, em todas as direções e dimensões. Do nascimento até a pré-escola, a criança atua como caçador-ativo conhecendo o mundo, o outro e a si, pois a aprendizagem é fruto da interação do aprendiz com o mundo dos objetos e das pessoas (VALENTE, 2001).

A criança e o idoso, com seus respectivos limites biológicos, aprendem a partir da necessidade de superar desafios, de resolver problemas concretos do ambiente onde estão imersos, construindo conhecimento. Para as duas extremidades etárias, o ato de andar, por exemplo, pode representar grandes desafios a serem superados e conhecimentos a serem produzidos (VALENTE, 2001).

Ao iniciar o processo de escolarização, necessário em decorrência da complexidade do mundo, há uma mudança radical de enfoque, e o ser humano passa a ser ensinado e é induzido a adotar a posição de receptor-passivo. A escola tradicional não tem como

²⁰ Desde 2005, a prefeitura de Taboão da Serra, região metropolitana de São Paulo desenvolve o Programa Interação Família e Escola, por meio do qual “Foi batendo à porta da casa dos seus alunos que a professora Josefina Reis pôde entender determinadas atitudes, dificuldades de relacionamento e aprendizado que eles apresentavam. Essas visitas passaram a ser uma importante ferramenta de trabalho” (PEROZIM, s/d). Em Minas Gerais, o governador lançou, em abril de 2011, o Projeto Educacional Professores da Família com os objetivos de melhorar o rendimento dos alunos em sala de aula, reduzir a evasão escolar e aumentar a participação dos pais na educação dos filhos a partir da presença dos Professores da Família nas residências. Em Cruz, no Estado do Ceará, também foi implantado programa semelhante.

²¹ <http://arлиндolcorrea.blogspot.com/>

objetivo desenvolver a capacidade que o ser humano tem de aprender, mas sim de transmitir o conhecimento já produzido; o aluno ideal é aquele capaz de armazenar o maior número de informações. Esse é um jeito de ser que permeia a nossa cultura e os meios de comunicação. Assim,

a predisposição de caçador-ativo de informação é gradativamente oprimida e os estudantes não aprendem mais interagindo com o meio que os cerca e, sim, sendo formalmente ensinados. Eles são encorajados a ser receptores passivos de informação e adquirem a ideia de que aprender não é divertido e que esta atividade depende sempre de um professor que prepara a aula e transmite a informação de que o aprendiz necessita (VALENTE, 2001, p.5).

Condicionado à passividade, na vida profissional é comum o trabalhador manter a postura de receptor-passivo buscando, quando muito, informações em eventos como cursos, seminários, congressos. Alguns poucos mantêm a assinatura de uma revista científica de sua área de conhecimento ou utilizam a Internet com alguma frequência. Segundo o autor, para ser um aprendiz efetivo, é preciso saber usar, alternadamente, as duas modalidades de aprendizagem, caçador-ativo e receptor-passivo, de forma complementar e não antagônica (VALENTE, 2001).

Isso posto, é fácil compreender por que alguns autores fazem a distinção entre Educação Continuada (EC) e Educação Permanente (EP). Sendo também um processo permanente, a EC considera satisfatórios os processos educativos que possibilitam o acúmulo sistemático de informações e “o cenário de práticas como território de aplicação da teoria”; a educação permanente, no entanto, “entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.49).

Podemos dizer, ainda, que a EC se constitui de uma prática profissional autônoma, geralmente buscada para aperfeiçoamento de temas de especialidade ou área de interesse pessoal, de forma esporádica, e ministrada em processos de transmissão de conhecimentos. Na maioria das vezes, a EC é desenvolvida por meio de cursos, congressos ou outros eventos técnico-científicos, leitura de revistas científicas, busca na Internet. Podemos dizer, ainda, que a EC caracteriza-se pelo retorno ao ensino sistematizado/formal (DELORS *et al.*, 2006).

Por outro lado, EP é um processo contínuo de desenvolvimento máximo da pessoa, incluindo habilidades e atitudes para viver em uma sociedade cambiante, por meio do contato com o conhecimento já produzido e, sobretudo, aprender a viver e conviver em melhores condições com seus semelhantes. É a educação durante toda a vida, para todos os homens, sem limites e sem fronteiras, em um processo de construção de sua própria história, com autonomia e autodeterminação, se afirmando como cidadão (GOULART, 1997).

Na mesma lógica, Gadotti (1984) afirma que o conceito de educação permanente deve ocorrer enquanto a vida durar, pois engloba a formação total do homem e, conseqüentemente, vai além da qualificação para o trabalho, de uma cultura geral ou reciclagem.

Na área de saúde, o conceito de EP segue a linha proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), explicitada, principalmente, em uma publicação de 1994, intitulada *Educacion Permanente de Personal de Salud* (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Esta concepção começou a ser formulada em 1975, quando foi constituído um grupo de consultoria para prover linhas e orientações gerais para “planos de Educação Contínua para as equipes de saúde” (OPS, 1979 *apud* HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994: xvii). Se para os consultores da UNESCO, Educação Permanente é uma exigência para garantir a autonomia dos indivíduos em um mundo de rápida transformação, para um consultor da OPS “parece estranho começar as motivações pela velocidade do conhecimento porque é uma motivação habitual para as formas clássicas de educação no setor” (ROVERE, 2005, p.1), referindo-se ao setor saúde.

O processo histórico que coloca a EPS no cenário do Sistema Único de Saúde é relatado seguir.

3.3.2 Educação Permanente em saúde

A inadequação dos perfis profissionais e técnicos dos trabalhadores em relação às demandas do novo modelo de atenção à saúde, proposto e inscrito na Constituição de 1988, vinha sendo apontada muito antes da aprovação da Carta Magna. No conjunto de ações em prol de uma reforma da atenção à saúde ofertada à população, identificado como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, são inscritas as críticas à formação dos profissionais de saúde. Elas refletem e são refletidas no confronto entre o modelo hegemônico - voltado para a doença, medicalizado, centrado em um único profissional e na atenção hospitalar - e o modelo defendido pelo Movimento, que traz uma nova compreensão do processo saúde-doença, com priorização da Atenção Primária à Saúde. Ao mesmo tempo, era e continua sendo fundamental que o novo modelo não represente uma atenção a saúde pobre para pobre, com uma cesta básica de procedimentos sendo ofertada de forma acrítica, por profissionais descomprometidos com os resultados coletivos de suas ações.

No Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, consta, entre as causas dos graves problemas do sistema de saúde brasileiro, a “inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho” (BRASIL, 1986a, p.6).

A definição de que o SUS deve orientar a formação de recursos humanos, estabelecida no artigo 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), contribuiu para a intensificação ou acirramento daquelas críticas. Alguns estudiosos registram essa compreensão sobre a realidade daquele momento histórico (TEIXEIRA, 1993; MOTTA; BUSS; NUNES, 2001), em um cenário em que a necessidade de o SUS aceitar esse desafio e elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde passa a ser requerida (BELACIANO, 1996). A capacitação gerencial, em todos os níveis e, de forma especial, no nível local, também era inserida como uma necessidade e um desafio (TEIXEIRA, 1993; PAIM; NUNES, 1992).

Em um artigo intitulado *Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva*, datado de 1992, Paim e Nunes contestam os diferentes projetos, estranhos ao nosso país, que influenciaram doutrinariamente a formação de recursos humanos em saúde coletiva. Diziam que, de modo geral, os projetos representavam movimentos ideológicos, sem preocupação com as bases científicas das questões colocadas. Consequentemente, não era possível delinear um campo teórico de investigação que propiciasse aprimoramento conceitual de apreensão das práticas de saúde, concluindo que,

na ausência deste trabalho teórico, confrontavam-se posições ou visões de mundo distintas, ainda que tivessem a ideia subjacente de operar mudanças de mentalidade dos "recursos humanos" que, teleologicamente, mudariam as práticas de saúde (agentes de mudanças) (PAIM; NUNES, 1992, p.262).

Passados quase vinte anos, não é mais possível a afirmação de que as mudanças ocorreram de forma teleológica, dando ao termo o significado de acontecimento causado pela vontade de alguma entidade sobrenatural. Muito se investiu, intelectual, física, emocional, ideológica e politicamente. Logo, é preciso buscar as bases teóricas que foram construídas ao longo dos últimos anos ou, mais precisamente, nas duas últimas décadas.

Voltando à proposta, o *Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva (PEC-SC)* a ser elaborado deveria ser coerente com a proposta da Reforma Sanitária Brasileira e considerar “os momentos constitutivos da prática em saúde coletiva (objeto, meios de trabalhos e atividades), as relações técnicas e sociais, integrantes desse trabalho, e as organizações em que se realiza” (PAIM; NUNES, 1992, p.263). Isso posto, deveria respeitar alguns princípios, tais como: a educação é um processo contínuo; todo grupo social é educativo; a educação permanente é integral; a educação é um processo dinâmico; a educação é um processo ordenador do pensamento; a educação é um processo inovador; o conhecimento se origina nas necessidades ou problemas sociais dentro de um projeto histórico; as práticas de saúde coletiva devem ser o eixo integrador do processo educacional; os problemas de saúde e dos serviços devem ser reconhecidos como geradores de áreas temáticas a serem abordadas no processo educativo.

Fruto de um pensar institucional (Ministério da Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz) posicionado dentro de um movimento reformador, um dos

objetivos da proposta era contribuir com a implantação das diretrizes do Sistema Único de Saúde, de acordo com a Constituição da República e as Leis 8080/90 e 8142/90 (PAIM; NUNES, 1992).

Especificamente no que se refere ao processo de capacitação (quarto momento operacional do Programa), este deveria ocorrer na prática cotidiana dos serviços, com reuniões de equipe, sessões técnico-científicas, organização de conselhos ou comissões técnicas (com representantes das diversas categorias de trabalhadores de saúde), levantamento de dados para compreensão da realidade, pesquisas em cooperação etc. Todas as oportunidades, iniciativas, ações e atividades deveriam ter o trabalho como eixo educativo, privilegiando o enfrentamento e a solução de problemas.

Entre outros recursos, como autoinstruções e educação a distância, um aspecto interessante é a proposição de uma supervisão capacitante, auxiliar de um monitoramento e seguimento, com análise de desempenho e investigações educacionais operativas, para correções e ajustes do programa e, particularmente, do processo de capacitação (PAIM; NUNES, 1992).

A intenção, ao fazer a síntese de uma proposta apresentada ao público da área de saúde em 1992, é deixar registrado que, no Brasil, algumas ações e princípios básicos da Educação Permanente em Saúde que hoje são operacionalizados já eram discutidos há vinte anos ou mais. Julgo importante registrar, também, que, apesar da crítica que os autores fazem à ausência de proposta teórica nativa, considero que não ficou evidente qual proposta teórica sugerem. Contudo, apontaram para uma formulação que vai ao encontro da proposta da educação como processo contínuo demandado pelos movimentos constantes de mudanças e de produção de conhecimento; mas, também, de transformação do sujeito do processo de trabalho, das condições objetivas e objetivadas da prática e da relação teoria-prática, tendo o trabalho como eixo. Assim,

[...] a formação, nesse caso, se daria ao longo da vida profissional, alimentando-se das inovações tecnológicas e da recriação das práticas, cujos conteúdos próprios seriam também gerados desse processo contínuo. A busca de complementos educacionais mais especializados seria uma definição decorrente da relação profissional/trabalho e da maturidade alcançada no desempenho dessa atividade, seja pelo

movimento pessoal do trabalhador, seja pela recomposição das práticas onde ele estaria inserido (PAIM; NUNES, 1992, p.263).

No final dos anos oitenta, indicando a compreensão da importância da educação como instrumento de mudança, mas, também, de que era preciso transformar as práticas educativas para que elas dessem conta de transformar as práticas em saúde, a concepção de Educação Permanente em Saúde (EPS) da OPS já se consolidava como

[...] processo permanente, que tem o trabalho como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar, e que favorece a construção dinâmica de novo conhecimento por meio da investigação, do manejo analítico da informação e o intercâmbio de saberes e experiências (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994, p.xviii).

Portanto, EPS é um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde a ser analisado em espaços coletivos de reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005a). É, também, definida como "toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar uma mudança de atitudes ou comportamento a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes" (DESTRO, 1995, p.25).

Mais que requisição de uma metodologia pedagógica inovadora a ser aplicada nos processos de EP, na saúde a proposta é de que ela mesma assuma dimensões metodológicas, organizacionais e estratégicas. Assim, a partir da reflexão sobre uma situação existente (geralmente uma situação-problema) buscar-se-á superá-la ou transformá-la em uma situação diferente ou desejada (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Embutida na proposta de educação permanente em saúde há o que Merhy (2005) denomina de pedagogia da implicação, que se volta para "a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa individual e coletiva" (MERHY, 2005, p.174).

É essencial que a EPS permita que os trabalhadores, refletindo sobre o processo de trabalho, cumpram um papel crítico, inclusive sobre o modelo de atenção à saúde proposto. Debatendo com Ceccin (2005a), Merhy concorda, e considera o um grande desafio, que

todo processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente têm de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações (MERHY, 2005, p.173).

É no dia a dia que o conhecimento pode ser apreendido, construído e reconstruído, ressignificado na prática, reafirmando ou mudando comportamentos. Sendo assim, no contexto do trabalho em saúde, é na relação cotidiana, entre os trabalhadores, entre estes e os usuários, entre os conselheiros e seus representados, que devem ser sistematizados processos educativos que promovam reflexão sobre a teoria e a prática (MERHY, 2004).

Assim sendo, é consequente afirmar que as instituições de ensino precisam fortalecer (ou incorporar) a utilização de cenários de aprendizagem e práticas pedagógicas que favoreçam vivências de processos reflexivos sobre o mundo do trabalho. Estrategicamente, o sistema de saúde e o sistema formador devem trabalhar articulados, privilegiando a formação para a área da saúde enquanto processo de educação em serviço, ou seja, construindo a educação permanente em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Grosso modo, é possível dizer que essa é uma proposta concreta do que é apontada como necessária por Valente (2001), ou seja, transformar o adulto jovem em um *caçador-ativo*, sujeito que busca o conhecimento em uma realidade concreta, em seu cotidiano social e laboral.

Nesse sentido, julgo pertinente a afirmação de Ceccim (2005a) de que a Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, à Educação Continuada ou outra denominação qualquer, desde que estas se voltem para o que deve ser central à Educação Permanente, ou seja, a “[...] introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional” (CECCIM, 2005a, p.162). E mais: que a Educação Permanente deve conter a Educação Continuada, se compreendidas nas concepções aqui discutidas.

Em Ceccim (2005b), a sociedade educativa de Delors *et al.* (2006) se transforma em Rede-escola, constituída por todos os equipamentos do SUS. Mas, antes, como indicado pelo autor, é preciso fazer com que a educação seja a estratégia de transformação do setor saúde e, para tanto, é preciso disseminar capacidade pedagógica em seu interior (CECCIM, 2005b). Assim, dos espaços externos, a escola interessa nessa análise ao mundo do

trabalho, por constituir-se, igualmente, em um espaço privilegiado de educação que deveria ser mais reconhecido pela sociedade e mais articulado com o sistema educativo (DELORS *et al.*, 2006).

A necessidade de transformar uma cultura institucional tem gerado o uso da expressão e a busca de soluções para a *aprendizagem organizacional*²², sabendo que os indivíduos, e não as organizações aprendem. Nos bastidores dessa discussão, considera-se que as capacitações que ainda consideram suficiente a exposição de conteúdos aos trabalhadores não são capazes de transferir o aprendizado individual para uma ação coletiva (DAVINI, 2009).

A metáfora *aprendizagem organizacional* representa situações onde são integradas, compartilhadas e postas em ação as individualidades, por meio da coordenação da conduta de indivíduos distintos, o que inclui, necessariamente, aqueles que ocupam posições de hierarquia e poder diferenciadas na organização. Espaço de conflito, portanto, principalmente quando

[...] as aprendizagens têm menos relação com habilidades técnicas individuais e mais a ver com mudanças em dinâmicas complexas, tais como o estilo de liderança ou a tomada de decisões, ou com mudanças culturais. A questão é particularmente crucial quando o que se procura são mudanças nos modelos de atenção e participação, o que representa uma transformação nas regras do jogo das instituições (DAVINI, 2009, p.42).

Na área de administração de empresas já é consenso de que é preciso fortalecer a capacidade de aprendizagem das organizações buscando transformá-las em lugares onde se ensina e se aprende, permanentemente, com estratégias que envolvam todos os integrantes da empresa (VASCONCELOS; FELÍCIO JÚNIOR, s/n).

Senge (1990) define as *learning organizations* como organizações em que: “[...] as pessoas expandem continuamente sua capacidade de criar os resultados que realmente desejam,

²² O termo aprendizagem organizacional foi usado pela primeira vez na década de 50, mas só no final da década de 1970 começou a aparecer de forma mais regular na literatura. Os estudos na área se configuram em duas vertentes: aprendizagem organizacional (descritiva, crítica e analítica, tendo como foco o *como as instituições estão aprendendo*; geralmente abordada por acadêmicos) e organizações que aprendem (normativa e prescritiva, tendo como ângulo de visão *o que as organizações devem fazer para aprender*; geralmente abordada por consultores) (BASTOS; GONDIM; LOIOLA, 2004).

onde surgem novos e elevados padrões de raciocínio, onde a aspiração coletiva é liberada e onde as pessoas aprendem continuamente a aprender em grupo” (SENGE, 1990, p. 11).

Fazendo uma análise na perspectiva da economia da aprendizagem, Tomasini (2006) afirma que os limites tradicionais entre dimensão econômica e social, trabalho e aprendizagem ou conhecimento e organização estão cada vez mais tênues. Para ele,

[...] a aprendizagem depende da acumulação e da utilização eficaz de conhecimentos tácitos, adquiridos no âmbito de contextos organizacionais específicos, e de um sistema dinâmico que permita integrar continuamente este conhecimento contextual e o conhecimento codificado (dados e informações de diferentes tipos). A dimensão organizacional é crucial na economia da aprendizagem, estando a sua dinâmica estreitamente interligada a formas coletivas de criação, utilização e difusão do conhecimento. O conhecimento e a organização encontram-se numa relação mútua de contínua criação conjunta (TOMASINI, 2006, p.113).

Nessa proposta fica subentendido que a educação deve ser um dos dispositivos que operam um projeto amplo de transformação de uma organização tradicional em uma organização que aprende, pressupondo uma nova gestão, baseada na participação. Contudo, é preciso complementar o conceito de organização da aprendizagem proposto por Senge em 1990 “com referências conceptuais mais alargadas sobre a natureza dos processos de aprendizagem que têm lugar nas organizações” (TOMASINI, 2006, p.113).

Estas reflexões apontam para a necessidade de ampliar a compreensão sobre as mediações possíveis entre educação e trabalho em situações nas quais a produção do cuidado, por ser necessariamente coletiva, envolve atores com interesses e intencionalidades diferenciadas, em constante conflito.

3.3.3 Política de Educação Permanente em Saúde

A mobilização popular em torno da proposta de reforma sanitária brasileira foi capaz de agilizar o processo de regulamentação do sistema e, dois anos após a promulgação da Constituição, foi aprovada a Lei nº 8.080. Denominada Lei Orgânica da Saúde, esse instrumento “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990a, art. 1º).

Demonstrando, de forma ainda mais incontestável, aquela mobilização e insatisfeitos com a abordagem sobre controle social e financiamento, contida naquela lei, as lideranças que defendiam a reforma sanitária conseguiram, em exatos 100 (cem) dias, que outra lei fosse aprovada: Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A Lei nº 8.142 “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b, preâmbulo).

Contudo, o financiamento continua sendo um dos maiores gargalos para a concretização de uma atenção à saúde de qualidade, e a pressão popular não se faz presente, principalmente em governos democráticos que, em tese, representam a esquerda brasileira antes mobilizada para promover mudanças. A debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular na formulação e no controle das políticas e dos serviços de saúde, é, com certeza, o grande problema.

Assim, mesmo sendo um dos maiores orçamentos da República, ainda há restrições para um projeto da saúde que, com a consistência e abrangência necessárias, tem como objetivo uma real transformação das práticas que caracterizam um determinado modelo.

Obviamente, podem ser apontados, com a mesma relevância, avanços, retrocessos, desafios e nós críticos espalhados ao longo dessa história de implementação e consolidação do SUS. Alguns resultados apontam para o acerto na escolha da Estratégia Saúde da

Família (ESF) como dispositivo de sua implantação, tendo como foco a Atenção Primária à Saúde (APS).

Dentre os avanços na trajetória de formatação, implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), vários estão relacionados com aspectos do mundo do trabalho e da relação educação-trabalho. Nas tentativas de operacionalizar espaços e construção de projetos de Educação Permanente em Saúde, essa relação tem como base o pressuposto de que

[...] a educação é uma estratégia para que o indivíduo tenha maior capacitação e maior possibilidade de construir-se dentro do mundo do trabalho, como sujeito que constrói e desconstrói, em um movimento dinâmico e complexo, mediado por valores políticos, culturais e éticos (RICALDONE; SENA, 2006, p.838).

Do ponto de vista teórico, a ESF possibilita às equipes ampliar sua compreensão do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção para além de práticas curativas, por sua proximidade com a realidade dos usuários. Além disso, a definição de área de abrangência, o território, melhora o acesso e permite criar vínculos de compromisso e co-responsabilidade, além de viabilizar um diagnóstico local, o que permite planejamento e execução de ações mais efetivas (ROSA; LABATE, 2005; SILVA; ATHAYDE, 2008). Também permite ampliar a cobertura, otimizar recursos e favorecer a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (CAVALCANTI, 2009).

Ao pautar-se pelos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, a ESF busca operacionalizá-los, resgatando o direito de cidadania, criando possibilidades de responder às demandas heterogêneas dos diferentes grupos sociais (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2006). Com a ampliação do acesso, a continuidade da atenção, o trabalho em equipe e a presença de profissionais capacitados e vinculados a uma clientela de um território bem delimitado, o esperado é que haja uma redução de internações por causas evitáveis, situação já relatada na literatura (REZENDE, 2010).

Concretamente, pode-se afirmar que, no curto espaço de tempo de sua operacionalização, a estratégia gerou uma expansão no mercado de trabalho para milhares de profissionais de nível médio, técnico e universitário que vieram se juntar àqueles que já atuavam nesse

nível de atenção. Isso porque a estratégia, como dito antes, foi a forma escolhida para a reorganização de um modelo de atenção fundamentado em princípios reformistas inscritos na Constituição Federal. Contudo, com raras exceções, esses profissionais precisavam de conhecimentos, habilidades e atitudes diferentes daqueles que haviam adquirido em sua formação. Não seria possível fazer a reforma com o mesmo *modus operandis* profissional hegemônico ao longo do século XX.

Essa situação gerou importantes implicações para as políticas de desenvolvimento da força de trabalho em saúde. Ao mesmo tempo em que havia a necessidade de se capacitar um significativo contingente profissional em um curto espaço de tempo, havia também a necessidade de induzir mudanças no processo de formação de novos profissionais mais adequados ao projeto de reforma.

Como dito anteriormente, a área de saúde já tinha experiência acumulada de qualificação de profissionais em serviço, em projetos envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde, a Organização Panamericana de Saúde e Universidades Públicas. No final da década de 1980, o Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU) foi considerado uma proposta exitosa e relevante para o desenvolvimento institucional. Seu foco foi na capacitação de quadros técnico-políticos para a área de recursos humanos em decorrência de um diagnóstico da necessidade de novo perfil profissional para a proposta de sistema de saúde que era gestado pela Reforma Sanitária Brasileira (SANTANA; CASTRO, 1999).

Principalmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde, realizadas em 1986, gradativamente, o reconhecimento e o espaço de direito dos trabalhadores de saúde está sendo politicamente construído. Principal marco da reforma sanitária brasileira, a 8ª Conferência ocorreu sob a gestão do último presidente eleito pelo voto indireto e no momento em que a saúde experimentava a descentralização, com intensiva expansão de cobertura promovida pelas Ações Integradas de Saúde (AIS).

Em momento de abertura política, após anos de ditadura militar, cargos-chave de estruturas governamentais ocupados por representantes da esquerda, reestruturação de partidos

políticos, mobilização de associações de moradores e de profissionais de saúde, sindicatos fortalecidos, apoio de profissionais ligados às instituições de serviços e de ensino e pesquisa e a parceria com a OPS são fatores que contribuíram com o avanço das discussões (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006). Por outro lado, o programa de orientação neoliberal do governo Collor (1990-1992) impactou negativamente a implementação da reforma por restrição financeira, retrocesso na descentralização e quase nenhum encaminhamento no sentido de aplicação da Lei Orgânica da Saúde - Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b).

A leitura do Relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde permite identificar que, naquele momento, a proposta de Educação Permanente como compreendida hoje ainda não estava elaborada. Os participantes daquela Conferência recomendaram que a educação continuada devesse ser uma das estratégias que favorecessem a organização do serviço, com foco na “atualização dos profissionais, através dela, visando à introdução de novas técnicas que garantam a melhoria de qualidade do desempenho profissional, propiciando a integração interprofissional e o trabalho coletivo” (BRASIL, 1986b, p.24).

Na 11.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, são aprovados os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) que deram origem, em novembro de 2003, à *Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS*, por meio da Resolução n.º 330 do Conselho Nacional de Saúde. O objetivo era “contribuir para uma gestão de qualidade, que possibilite a valorização do trabalho no SUS como instrumento essencial da atenção à saúde e a criação de vínculo dos trabalhadores com a população e os serviços de saúde pública” (COSTA, 2006, p.11).

Na definição da NOB/RH-SUS, o conceito básico atribuído à *Educação Permanente* foi o de que ela

[...] constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização,

o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (BRASIL, 2005a, p. 32).

De alguma forma, a definição retoma a concepção proposta pela UNESCO (1996) de educação ao longo de toda a vida, quando inclui uma visão ampla dos espaços de aprendizagem, o tipo de conhecimento e a forma como é adquirido e, principalmente, não reduz a educação permanente a um processo após a formação profissional. Por outro ângulo, não menciona o trabalho e as necessidades da população com eixo do aprendizado e, portanto, ainda não há uma aproximação com a proposta atual de educação permanente em saúde.

Para responder à necessidade de qualificação para a mudança, por meio do Edital Público nº 04, de dezembro de 1996, foram selecionados dez projetos de constituição de Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Polos-SF), propostos por instituições de ensino e de serviço. Estes Polos foram concebidos como

espaços de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e a educação permanente, vinculadas às universidades, a instituições isoladas de ensino superior que se consorciam ou celebram convênio com as secretarias estaduais e ou municipais de saúde, para implementar programas destinados ao pessoal envolvido com a prestação de serviços em saúde da família (BRASIL, 2001, p.1).

Em junho de 2001, aproximadamente quatro anos após a implantação da proposta, existiam trinta Polos em todo o país, congregando em torno de cento e quatro instituições de ensino superior, sendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) uma delas. Para o Ministério da Saúde, esses Polos exerciam um “importante papel junto aos gestores do SUS na formulação e operacionalização de uma agenda de trabalho voltada para orientar a formação, capacitação e educação permanente das ESF” (BRASIL, 2001, p.1). Ainda naquele ano, cada estado da federação tinha pelo menos um Polo.

As principais atividades desenvolvidas pelos Polos-SF foram: Curso introdutório (abordando princípios e diretrizes do SUS, trabalho em equipe, processo de territorialização, cadastramento e diagnóstico da saúde da população adscrita etc); Cursos para enfermeiros coordenadores do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e

para Agentes Comunitários de Saúde (ACS); eventos em áreas temáticas como DST/HIV e Aids, hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão arterial, nutrição, saúde bucal, saúde mental e assistência farmacêutica; Curso de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); Curso sobre Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) etc; seminários de sensibilização de gestores, encontros regionais, mostras de produção em Saúde da Família; atividades envolvendo cursos de graduação: estágios, seminários, discussão sobre mudança curricular, entre outros; especialização e residência em Saúde da Família (BRASIL, 2001, p.1).

Ainda, os Polos-SF apoiaram o desenvolvimento do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), gerenciado por técnicos do Ministério da Saúde, executando o processo de seleção de alunos e tutores e oferecendo a formação como especialista em saúde da família.

Em 2003, na perspectiva de que o MS melhorasse o seu desempenho no papel constitucional de formulador das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES). Compondo a Secretaria, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde foi estabelecido como o órgão “responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde, em todos os níveis de escolaridade” no setor da saúde (BRASIL, 2004a, p.6).

É nesse cenário que surgem os Polos de Educação Permanente em Saúde (Polo-EP). Para os novos propositores da política, os novos Polos deveriam ser capazes de fazer o que os anteriores não tinham conseguido: produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde (BRASIL, 2004a). Assim, os Polos deveriam “funcionar como *dispositivos* do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva – Rodas” para a EPS (BRASIL, 2004a, p.11).

De acordo com tese defendida por Faria (2008, p.131), houve uma ruptura entre uma proposta e outra e, de nove Polos-EP analisados, apenas quatro consideravam a proposta

anterior, de Polo-SF. Segundo a autora, “a experiência anterior foi descontinuada em todos os sentidos”, pois as equipes foram substituídas, as sedes dos Polos-SF foram desativadas e o projeto institucional foi totalmente remodelado.

Faria (2008) apresenta um quadro comparativo entre os dois tipos de Polo, sistematizando características em relação à definição, aos níveis de atenção envolvidos, aos componentes da estrutura, às diretrizes para organização do ensino e ao financiamento. Analisando os itens que ela sistematiza, percebe-se que, além da fonte de financiamento (REFORSUS para o Polo-SF e orçamento do MS para o Polo-EP), são destaques diferenciais a favor do Polo-SF: definição de papel para os gestores do sistema estadual e municipais, uma vez que é a partir das necessidades identificadas na prática dos serviços que deve ser negociada a participação das instituições de ensino; ampliação do foco, que era na ABS, para todos os níveis do Sistema; formalização da vinculação do Polo a órgão central formal (SGTES); inserção da ideia de controle social²³ sobre as ações dos Polos, considerando que, nesse espaço, deveriam ser gestadas estratégias e políticas de formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS.

No entanto, a estratégia que deveria ser o eixo transformador da formação de recursos humanos e das práticas dos serviços de saúde do SUS era a educação permanente, considerada

[...] capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004a, p.9).

Aceitar que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores devem ser feito de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar é o marco conceitual que suporta a proposta e, baseada nesses fundamentos, a educação permanente seria capaz de promover

[...] a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de

²³ Em relação ao controle social, apesar de ser mencionado no Polo-SF, em nenhuma das duas propostas havia a indicação formal de que os projetos deveriam ser aprovados pelos Conselhos municipal ou estadual de saúde. A CIB era o órgão de referência para a aprovação dos projetos.

enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde; a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2004a, p.10).

O conceito pedagógico principal é o de aprendizagem significativa, “que promove e produz sentidos”, e a estratégia, inerente ao conceito de EP, é a “transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004a, p.10).

Para tentar identificar melhor a concepção pedagógica subjacente à proposta, é preciso retomar a ideia de Polos conformados enquanto Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde. Nas Rodas se negocia, se debate e se constrói, coletivamente, alternativas de qualificação para o trabalho, a partir dos problemas que emergem do próprio trabalho. A ideia do estabelecimento de rodas de discussão vai para além dos limites do Polo e surge como possibilidade de construção de microespaços dentro dos serviços, pois “permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação” (BRASIL, 2004a, p.13). Contudo, não foram definidos mecanismos institucionais que garantissem o estabelecimento de espaço e tempo, nos cenários do processo de trabalho, para que as rodas acontecessem.

Campos (2006) defende a criação de espaços coletivos, rodas de discussão²⁴ entre sujeitos implicados em um projeto como um passo metodológico importante para um processo de mudança. Para o autor, “desta interação é que deveriam surgir os problemas prioritários a serem enfrentados: alguns ofertados pela equipe profissional e outros demandados pelos próprios usuários” (CAMPOS, 2006, p.30). Isso vai ao encontro da proposta de Polo-EP dessa nova conjuntura: educação para a autonomia do sujeito reflexivo que discute os objetivos de suas ações, que reflete sobre qual objeto está atuando, sobre como está

²⁴ As rodas de discussão fazem parte do método Paideia, proposto por Gastão Wagner Souza Campos. Tem como objetivo instrumentalizar as pessoas para atuar modificando o mundo e a si mesmas, “contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social” (CAMPOS, 2006, p.20). São pressupostos básicos do método: “1. Reconhecer que uma das finalidades principais da política, da gestão e do trabalho humano é a construção de bem-estar e justiça social; 2. A política, a gestão e o trabalho deveriam ser julgados também por sua capacidade de construir os maiores coeficientes possíveis de autonomia e de liberdade para as pessoas e instituições; 3. Assegurar a resolução de conflitos e a elaboração de contratos entre interesses e valores diferentes sem o uso da violência, mas graças ao uso de instrumentos de convencimento e de negociação” (CAMPOS, 2006, p.26).

executando determinada ação - com que meios e métodos, e qual o resultado que está produzindo (CAMPOS, 2006).

O autor reconhece que

realizar o percurso analítico acima sugerido não é uma tarefa simples. Ao contrário, depende de apoio externo e do estabelecimento de uma série de condições objetivas, entre elas a possibilidade de se organizarem espaços protegidos para a reflexão – rodas; depende ainda da substituição da violência como método para resolver conflitos, por processos de negociação entre interesses e perspectivas distintas (CAMPOS, 2006, p.22).

Acreditando que as Rodas seriam criadas e efetivariam a EPS, em 2004, por meio da Portaria GM nº 198/2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) “como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (BRASIL, 2004b, art. 1º). A Portaria dava força de legislação ao que havia sido proposto, inclusive para os Polos.

Era preciso difundir a nova concepção de Polo, dirimir dúvidas que iam além da questão semântica e, para tanto, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 2004, o MS iniciou um projeto de formação de tutores e facilitadores de EPS, como uma das estratégias de fortalecimento da Política Nacional de EPS (BRASIL, 2005a). O Curso de Formação de Facilitadores de EPS introduziu a *roda de EPS* como o principal dispositivo a ser utilizado pelos facilitadores.

O tutor do curso de facilitadores de EPS desempenhava o papel de acompanhar o processo pedagógico, tanto nos momentos presenciais como nas atividades de educação a distância, junto às instâncias oficiais. Pode-se dizer que exercia a facilitação do processo de aprendizagem.

Fortuna *et al.* (2011) pesquisaram *movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores* na região de Araraquara, São Paulo, e identificaram dois planos de análise que consideram imanentes e interdependentes: micropolítica e organização. As autoras relatam contradições entre a proposta de EPS e a vivência dos facilitadores, tais como

a dificuldade de democratização dos espaços de trabalho; a construção da corresponsabilidade, a dificuldade de avançar nas práticas educativas conhecidas de produção de cursos predeterminados, para categorias específicas; o desejo de permanência, de controle dos processos, de ocupação de cargos, dentre outros (FORTUNA *et al.*, 2011, p.9).

Outro achado importante foi a “desautorização dos coletivos pelos próprios gestores, a exclusão e pouca instrumentalização dos facilitadores em produzir estratégias de negociação nas disputas de projetos” (FORTUNA *et al.*, 2011, p.9). Do meu ponto de vista, esses achados contribuem para fortalecer a posição de Campos (2006) em relação à necessidade da constituição de espaços de co-gestão, compreendida como compartilhamento de poder, na construção dos processos de mudança.

Com o mesmo objetivo do curso de facilitadores em EP, foi criada a rede de municípios colaboradores da educação permanente, aumentando o quantitativo de técnicos capacitados em EPS, em municípios que aderiram à proposta. Buscava-se a ampliação da capacidade de formulação, de ensino-aprendizagem, de desenvolvimento e de ação dos municípios. Também foi criada e oferecida, no ano de 2005, a Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, parceria entre o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e a Rede Unida.

Em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente foi reafirmada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.996 (BRASIL, 2007a), com o estabelecimento de novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, de modo a adequá-la à Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080) e às diretrizes operacionais e regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). No Pacto pela Saúde, a política de recursos humanos foi definida como eixo estruturante que deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS.

Colocando um ponto final nos Polos-EP, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, com base no Artigo 14 da Lei 8.080/1990, define que a condução regional da política nacional da EPS se dará por meio de Colegiados de Gestão Regional, com a participação de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2007a). Essas instâncias também estavam previstas no regulamento do Pacto pela Saúde, na linha do

Pacto de Gestão, representando o desejo de que a qualificação profissional passasse a ser item relevante na agenda dos gestores do SUS (BRASIL, 2006b). As CIES devem assessorar os Colegiados de Gestão Regional na elaboração do Plano Regional de Educação Permanente (PAREP).

No final de 2011, quatro anos e alguns meses após a redefinição do espaço político de gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, alguns desafios à sua efetivação ainda precisavam ser enfrentados. Entre eles, podem ser citados: constituição e institucionalização das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES); qualificação dos gestores municipais para atuação nas CIES e nos Colegiados de Gestão Regional (CGR); formulação do PAREP em consonância com os princípios da Política de EP e ter como referência a organização dos serviços (Redes de Atenção) (FERRAZ, s/d).

Paralelamente, em 2005, o Ministério da Educação estabelece uma política pública de Educação a Distância com vistas à expansão da educação superior, no âmbito do Plano de Desenvolvimento da Educação - PDE. Posteriormente, entre outras estratégias, foi criado o Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) por meio do decreto nº 5.800, de 8 de junho de 2006. O Sistema tem como finalidade “o desenvolvimento da modalidade de educação a distância, com a finalidade de expandir e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior no País” (BRASIL, 2006c, art.1º).

Por meio de editais, foram selecionados projetos para a oferta de cursos a distância, sendo contemplados curso de graduação e de pós-graduação *latu sensu*. Entre os cursos de pós-graduação *latu sensu* propostos pela UFMG se encontravam o Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde – Enfermagem (CEFPEPE) da Escola de Enfermagem e o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), proposto pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Faculdade de Educação.

O CEFPEPE já tinha sido criado e ofertado de forma exitosa pela Escola de Enfermagem, na modalidade a distância, no contexto do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Esse Projeto foi desenvolvido com o propósito de profissionalizar a força de trabalho leiga que atuava na área de enfermagem, genericamente

denominados de atendentes de enfermagem. O CEFPEPE era dirigido aos enfermeiros que passaram a responder pela transformação dos atendentes de enfermagem em auxiliares de enfermagem, com formação em serviço.

O CEABSF foi proposto pela Faculdade de Medicina, em parceria com a Faculdade de Educação, especificamente em resposta ao edital da UAB. No momento da oferta, outras Unidades da UFMG foram incorporadas: Escola de Enfermagem e Faculdade de Oontologia. Posteriormente, a Escola de Educação Física da UFMG foi incorporada como propositora da oferta de duas turmas para profissionais de sua área. Começou a ser ofertado no primeiro semestre de 2008 em oito Polos Municipais de Apoio à UAB/MEC, com quatrocentas vagas. Naquele mesmo ano ele recebeu a chancela e financiamento do Ministério da Saúde, integrando o Projeto Universidade Aberta do SUS (UNASUS), coordenado pela SEGTES/MS.

Com a publicação do Decreto nº 7.385, em 8 de dezembro de 2010, foi oficialmente instituído o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) com os seguintes objetivos:

- I - propor ações visando atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS;
- II - induzir e orientar a oferta de cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras espécies de qualificação dirigida aos trabalhadores do SUS, pelas instituições que integram a Rede UNA-SUS;
- III - fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas;
- IV - contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País, por meio da equalização da oferta de cursos para capacitação e educação permanente; e
- V - contribuir com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde (BRASIL, 2010, art. 1º).

Além da oferta de cursos a distância, outro instrumento importante da UNA-SUS é a Plataforma Arouca, que é constituída de um banco de dados com informações sobre os profissionais de saúde que atuam no SUS. O que o MS pretende é que a Plataforma venha a se constituir no Sistema Nacional de Informação referente à formação (técnica/

graduação/especialização) proposto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Atualmente, participam da rede quatorze universidades públicas, duas secretarias estaduais de Saúde (Bahia e Minas Gerais), cinco núcleos do Telessaúde Brasil e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Desde 2008, ano de criação do UNA-SUS, foram contratados cursos para especializar mais de vinte e três mil profissionais em áreas prioritárias para o SUS: Programa Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde Ambiental, Saúde Materno-Infantil e Gestão Participativa.

Atualmente, são Universidades que compõem a UNA-SUS: Universidade de Brasília - UnB; Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA; Universidade Federal de Goiás - UFG; Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG; Universidade Federal de Pelotas - UFPel; Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP; Universidade Federal do Ceará - UFC; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UniRio; Universidade Federal do Maranhão - UFMA; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS; Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

Com a regulamentação da Lei nº 8.080 pelo Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011b), em 28 de junho de 2011, surpreendendo alguns sanitaristas históricos, fica atual a análise que Pierantoni, Varella e França (2001) fizeram, situando a reforma do sistema de saúde no cenário de dois fatos historicamente significativos: a definição constitucional do SUS, na década de 1980, e a definição macropolítica da reforma do Estado, em meados de 1990. De acordo com a autora, um deles se caracteriza como um projeto técnico e ideológico, a reforma sanitária, e o outro como uma proposta racionalizadora, com princípios próprios do mercado e de serviço privado (desregulamentação profissional, flexibilização de leis trabalhistas etc), problematizado em outra parte desse trabalho.

Uma primeira leitura e análise individual do conteúdo do Decreto nº 7.508 sugere um predomínio de uma racionalidade administrativa, com evidente definição de limite e instrumentos de controle financeiro. Em uma interpretação muito particular, considero que

há uma aposta no controle social como indutor da mudança do modelo, menos por meio de instâncias colegiadas exercitando processos democráticos e mais na lógica de mercado de consumo. Também não menciona acolhimento, vínculo, saúde da família, qualidade da atenção e não aborda recursos humanos sob nenhum aspecto. Em relação a esse último item, é possível afirmar que há um vazio em relação à regulamentação do Título IV - Dos Recursos Humanos, da Lei nº 8.080, que dispõe sobre o Plano de Educação Permanente e sobre a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

O Decreto traz como novidade estruturas como: Região de Saúde, enquanto espaço geográfico contínuo constituído por conjunto de Municípios limítrofes; Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, significando acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada (lembrando a ideia de consórcios); Ampliação da Porta de Entrada do usuário no SUS; Mapa da Saúde, representando a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, compreendidos como instrumentos de gestão que contêm critérios para o diagnóstico e para o tratamento, como os medicamentos e demais produtos apropriados; contém, ainda, os mecanismos de controle clínico, acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos pelo gestor.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), em 2000, representou uma importante conquista, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, com mais controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde. Porém, de forma incompreensível, o governo federal, declaradamente comprometido com o social, postergou a sua regulamentação até que tivesse garantia de que a proposta original não fosse aprovada (ROCHA, 2011). A votação só ocorreu em 07 de dezembro de 2011, após ser retirada do texto original a vinculação dos 10% das receitas brutas da União. A União continuará destinando à Saúde o valor aplicado no ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores. Para os Estados e Municípios, os percentuais são de 12% e 15%, respectivamente, conforme previsto no texto original.

Também foi excluída do texto a possibilidade de se contar com a criação da Contribuição Social para Saúde (CSS). Outro desfalque nos recursos destinados à saúde foi realizado no dia seguinte, também no Congresso Nacional, quando foi aprovada no Senado, em primeiro turno, a prorrogação da DRU, que permite ao Governo Federal a redistribuição de 20% de suas receitas - as da Saúde aí incluídas - para outras despesas até 31 de dezembro de 2015 (ENSP, 2011). Portanto, essa foi uma derrota marcante do movimento social institucionalizado (participantes de Conselhos e Conferências de Saúde) que terá de continuar convivendo com o subfinanciamento do SUS. O resultado das votações no Congresso Nacional vão de encontro ao que reivindicaram usuários e trabalhadores do SUS por meio da Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira, aprovada no evento que reuniu 2.937 delegados, vindos de todo o Brasil.

Nesse cenário, parece necessária a consolidação da UNA-SUS, com o fortalecimento de suas instâncias (Conselho Consultivo e Colegiado Institucional), para que a Política de Educação Permanente não perca seu caráter institucional e substantivo. De alguma forma, é preciso articular processos que permitam identificar as necessidades educativas que emergem do cotidiano dos profissionais de saúde, racionalizar o uso dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis e qualificar a atenção requerida pela população. Os Colegiados Regionais de Secretários, assessorados por Comissões de Integração Ensino-Serviço, poderiam, por meio da UNA-SUS, desenvolver as propostas contidas nos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPSs). Assim, poderia ser aberto um espaço de discussão e implementação de ações que favorecessem a reorientação da formação de recursos humanos em saúde, a partir de um processo de gestão e execução compartilhadas.

3.3.4 Educação à distância: um dispositivo para a educação permanente

Apesar dos importantes progressos ocorridos na área de educação brasileira nas últimas décadas, ainda é necessário um grande esforço para eliminar a exclusão de grande parte de brasileiros, para equilibrar a demanda e a oferta e garantir a qualidade de ensino (BRASIL, 2002b). Contudo, até o final da década de 1990, não houve espaço sociopolítico para oficialização de uma proposta de educação a distância²⁵ (EaD), considerando seu potencial de cobertura quantitativa. Isso significa dizer que a Constituição da República Federativa do Brasil, aprovada em 1988, não fez menção à EaD.

É por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB), publicada em dezembro de 1996, que a EaD foi formalmente incluída como alternativa de ensino. Sua regulamentação ocorreu por meio do Decreto n.º 2.494, de 10 de fevereiro de 1998²⁶. Assim, é permitido dizer que a LDB “inova ao prever a possibilidade de a educação a distância ser utilizada como estratégia para ampliar as oportunidades educacionais” (BRASIL, 2002b, p.2), com o Setor Público sendo responsável por incentivar o “desenvolvimento e a veiculação de programas de ensino a distância em todos os níveis e modalidades de ensino” (BRASIL, 1996, art. 80).

Independentemente de qual tenha sido a motivação dos legisladores e evitando a polêmica se realmente a LDB foi inovadora ou não, é impossível negar a pertinência da inclusão da Educação a Distância (EaD) no cenário educacional brasileiro naquele momento.

Minha iniciação em EaD ocorreu, aproximadamente, dez anos antes da aprovação da LDB, ou seja, no final da década de 1980, nos Estados Unidos da América. Naquele momento,

²⁵ Educação a distância é o processo de ensino-aprendizagem, mediado por tecnologias, no qual professores e alunos estão separados espacial ou temporalmente, ou ambos.

²⁶ Em 20 de dezembro de 2005, esse decreto foi revogado em decorrência da publicação do Decreto nº 5.622, que continua em vigor. Neste dispositivo legal, a educação a distância caracteriza-se como modalidade educacional na qual “a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos” (BRASIL, 2005b, p.1).

eu participava da coordenação do Programa de Desenvolvimento da Enfermagem (PRODEN), implantado pela Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG), financiado pela W. K. Kellogg Foundation. Participei de dois eventos promovidos pelo Programa que envolveu aprendizado em EaD. O primeiro foi um Seminário *Viajero*, que teve como objetivo conhecer várias instituições americanas e seus programas de EaD. O segundo foi mais específico, abordando tecnologias de ensino em uma perspectiva inovadora, incluindo construção de material instrucional para cursos a distância. Ambos tinham como objetivo a capacitação para aplicação em propostas de educação em enfermagem no Brasil.

Contudo, naquela época, discutir EaD no Brasil ainda gerava polêmica, e a imagem que predominava era a de Cursos por Correspondência de qualidade duvidosa.

A preocupação com a qualidade do ensino ofertado na modalidade de EaD foi explicitada em abril de 2003, com a publicação dos *Referenciais de Qualidade para Educação Superior a Distância*, atualizados em agosto de 2007. No momento dessa atualização, a EaD já era formalmente assumida como uma modalidade importante para o desenvolvimento da política permanente de expansão da educação superior no País (BRASIL, 2007b).

A radiodifusão e os correios foram amplamente utilizados em EaD, mas foi a integração entre a tecnologia de informação e de comunicação (TIC), dando origem à Internet, que a colocou em evidência, na perspectiva de ampliar o acesso à educação. Porém, o fato de se utilizar um processo tecnológico moderno não implica, *per si*, mudança nas concepções de conhecimento nem significa que são utilizadas práticas mais inovadoras de ensino e aprendizagem ou adotados novos significados para os papéis do aluno e do professor (ALMEIDA, 2003).

A organização e disponibilização de bancos de dados, a circulação da informação e a consequente construção e reconstrução de conhecimento têm-se transformado em potente fator de competitividade, estimulando a introdução das novas tecnologias de comunicação nos diferentes áreas de conhecimento. Por consequência, o potencial econômico da evolução tecnológica tem contribuído para o crescimento e a credibilidade da EaD, abrindo espaço para o aprendizado sobre seu uso e parâmetros para avaliação de seus resultados.

Oliveira (2007) considera que a EaD constitui uma estratégia que possibilita um fazer mais qualificado na área de saúde por seu potencial de democratização do acesso ao conhecimento, produzindo processos continuados de acesso à informação. Aponta como facilitador a possibilidade de desenvolvê-la na própria unidade de trabalho, utilizando algum tempo laboral para processos educativos transmitidos por meio de recursos tais como tele ou videoconferência.

A autora chama a atenção para o risco de a EaD ser utilizada, de forma equivocada, como o caminho mais barato para atingir, rapidamente, um número maior de trabalhadores (OLIVEIRA, 2007). Contudo, julgo ser possível considerar essa característica como uma vantagem, desde que a meta estabelecida seja atingida e, mais ainda, seja uma meta que tenha a vida humana e sua qualidade como referência, qualquer que seja a área da economia aplicada.

Contudo, em um país como o Brasil, caracterizado por diferenças sociais e econômicas regionais tão marcantes, por qualidade da rede de ensino formal tão desigual, até em uma mesma região, é fundamental ter em mente o quanto é linear e acrítico o discurso de acesso ao conhecimento por meios que dependem tanto de recursos tecnológicos como de recursos cognitivos.

Alvim Toffler, economista americano conhecido por ter escrito dois *best sellers* - *O Choque do Futuro* (1970) e *A Terceira Onda* (1980) -, respondendo a um entrevistador da BBC Brasil sobre como identificar os efeitos da terceira onda de mudanças tecnológicas, políticas e culturais no dia a dia dos brasileiros, apresentou uma foto virtual de nosso país que merece ser reproduzida na íntegra:

Há o Brasil da primeira onda, em que as pessoas trabalham na terra da forma que seus ancestrais faziam há centenas de anos, produzindo só o necessário para sobreviver. O Brasil da segunda onda é visto em São Paulo e em várias outras regiões do país, com grande urbanização, muitas indústrias, engarrafamentos e poluição. E também é possível encontrar no Brasil, de uma forma ainda incipiente, uma parte da sociedade que já vive a terceira onda. São pessoas que estão na internet, usam computadores de forma rotineira e têm empregos que exigem um conhecimento cada vez mais sofisticado. O Brasil é um país heterogêneo, cultural e racialmente,

e hoje também comporta três estruturas econômicas diferentes (TOFFLER, 2002)²⁷.

Um exemplo concreto da baixa acessibilidade dos brasileiros à Internet de qualidade é que, no final do primeiro semestre de 2011, a banda larga fixa só chegava a 26% da população, e 90% dos domicílios com o serviço eram da classe A e apenas 3%, das classes D e E. A perspectiva é de que essa situação não seja alterada em curto prazo, pois o Plano Nacional de Banda Larga (PNBL) do governo federal foi adiado de 2011 para 2012, e o novo presidente da Telebrás assumiu anunciando que iria estreitar o diálogo com as empresas de telecomunicações, ou seja, ouvindo o mercado que conseguiu derrubar seu antecessor (DOMINGUEZ, 2011).

É para este Brasil que precisamos pensar a educação geral, a formação profissional em saúde e, em especial, no cenário do SUS, a educação permanente por meio da educação a distância. Um grande desafio, certamente.

Com a nossa diversidade socioeconômica e cultural, é preciso pensar a EaD como uma das estratégias para a construção da democracia plena; nem mais potente e nem mais competente do que a educação formal, a Internet, a televisão, o vídeo, o cinema, o rádio, jornais, revistas, viagens culturais, turismo, movimentos sociais etc.

A EaD tanto pode “explorar o potencial de interatividade das TIC e desenvolver atividades a distância com base na interação e na produção de conhecimento” como pode reforçar a forma habitual de transmissão do conhecimento (ALMEIDA, 2003, p.330). A autora destaca a possibilidade do uso das TIC no desenvolvimento de um processo educacional interativo e colaborativo que permite a produção de conhecimento individual e grupal, não se restringindo à disseminação de informações.

Jonassen (1996) discute a possibilidade de as tecnologias serem usadas para proporcionar aos estudantes a oportunidade de interagir e trabalhar juntos em problemas e projetos significativos, se utilizada a filosofia construtivista. Ou seja, colocando em prática a

²⁷ Entrevista concedida a Rodrigo Amaral, disponível em http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/020815_eleicaoct8ro.shtml.

concepção de que o conhecimento não é um objeto que pode ser transmitido ou adquirido: ele é construído.

O ser humano constrói conhecimento ao observar e interpretar o mundo físico, explicando fenômenos e ideias novas a partir de conhecimento anterior, ou seja, “a realidade é o sentido que fazemos do mundo e do seu fenômeno” (JONASSEN, 1996, p.70). Portanto, a construção do conhecimento depende de como “os alunos interpretam as informações no contexto do percurso em que as experimentam, então, o conhecimento está ancorado nos contextos nos quais eles aprendem” (JONASSEN, 1996, p.70).

Nessa perspectiva, as políticas públicas que pretendem fazer da EaD uma alternativa para formação de profissionais em serviço, precisam considerar o binômio trabalho-educação como ponto imprescindível para alcançar a qualidade na formação.

No Brasil, a criação da Universidade Aberta do Brasil (UAB), em 2006, está entre as estratégias de ampliação das vagas no ensino superior por meio da educação a distância. A UAB é um Sistema integrado por instituições públicas de ensino e estão entre seus objetivos

estabelecer amplo sistema nacional de educação superior a distância; e fomentar o desenvolvimento institucional para a modalidade de educação a distância, bem como a pesquisa em metodologias inovadoras de ensino superior apoiadas em tecnologias de informação e comunicação (BRASIL, 2006c, art.1º, incisos VI e VII).

Na UFMG há uma Diretoria de Educação a Distância que tem a finalidade de implantar, estruturar e articular a Educação a Distância na UFMG. Vinculado a essa Diretoria existe o Centro de Apoio a Educação a Distância (CAED), criado em 2003. Atualmente, a UFMG atua em vinte e três Pólos Municipais de Apoio Presencial, ofertando cinco cursos de graduação (Ciências Biológicas, Geografia, Matemática, Pedagogia e Química) e quatro cursos de especialização (Ensino de Artes Visuais, Ensino de Ciências por Investigação, Formação Pedagógica de Educação Profissional na Área de Saúde e Atenção Básica em Saúde da Família), além de cursos de extensão.

QUARTO CAPÍTULO

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a possibilidade de desenvolvimento da prática de educação permanente no micro ambiente de produção de serviços de saúde a partir da inserção de profissionais da atenção básica em um processo de capacitação a distância.

4.2 Objetivos Específicos

- Compreender os critérios utilizados pelos egressos na escolha das disciplinas optativas e a relação da trajetória desenvolvida com a sua prática profissional.
- Analisar o potencial das atividades que são realizadas de aproximar os alunos da realidade de sua área de abrangência;
- Identificar se os alunos se apropriaram das ferramentas de organização do processo de trabalho oferecidas pelo curso.
- Identificar evidências de que os egressos desenvolveram reflexão sobre seu processo de trabalho durante o curso e, portanto, estiveram em processo de Educação Permanente.
- Analisar se há indicativo de mudança de prática e criação de novos hábitos a partir do desenvolvimento do curso pelos egressos.
- Identificar se os egressos projetam uma visão de futuro para o SUS e se projetam sua participação nesse futuro.

QUINTO CAPÍTULO

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Tipo de estudo e de abordagem

A opção por ser pesquisador nos remete, obrigatoriamente, ao mundo dos conceitos e à diversidade deles, o que inclui a diversidade de conceitos sobre o termo, a ideia e a prática de pesquisa. Chegando a esse lugar, descobrimos que é preciso realizar um exercício de autoconhecimento para que, antes de qualquer definição metodológica, compreendamos a nossa forma de conceber o surgimento do(s) universo(s), o surgimento e a evolução da vida em nosso universo e a relação do ser humano com tudo que o cerca e com os outros seres humanos, de modo específico. Disso depende uma práxis científica coerente.

Assim, após leituras e reflexões, julguei ser possível assumir que há, na minha identidade, marcas do materialismo filosófico, entendido como corrente do pensamento que se apoia nas conclusões da ciência para explicar o mundo, o homem e a vida por meio da primazia à matéria, em uma perspectiva histórica (TRIVIÑOS, 2007).

Quanto à abordagem, a consciência de que valores, inclusive do pesquisador, influenciam o processo de pesquisa, assim como a aceitação da compreensão como princípio de conhecimento (GÜNTHER, 2006) indicaram a adequação de uma abordagem qualitativa para este estudo. Nesse caso, uma abordagem qualitativa considerada como capaz de

incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos *atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2000, p.10).

Contudo, acredito que não faz sentido dicotomizar quantidade e qualidade; como afirma Demo (1998), o possível é que, com justificativa, uma delas seja priorizada, mas nunca uma possibilidade deve ser colocada contra a outra. Creswell (2010) considera que uso de métodos qualitativos e quantitativos de forma sinérgica, um potencializando o outro, caracteriza um tipo de pesquisa denominada de pesquisa de métodos mistos. Assim, neste

estudo, utilizei as duas abordagens tanto na coleta quanto na análise dos dados, buscando significado de um fenômeno, explicitado pelo ser humano histórico, em um contexto material, temporal e espacial.

A abordagem mista me aproximou do universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos pesquisados, na sua trajetória de vida, no recorte de ser profissional de saúde em processo de formação, em uma realidade complexa e dinâmica. Uma realidade dialeticamente concebida como um conjunto de processos sempre em movimento: “o fim de um processo é sempre o começo de outro” (MARCONI; LAKATOS, 2009, p.101).

São realidades e sujeitos permeados por conflitos e contradições que são permanentes e explicam a transformação (MINAYO, 2000). Ou seja, uma existência vivida na contradição que gera desenvolvimento e possibilidade de transformação do quantitativo em qualitativo. Contradição que é fonte genuína da transformação dos fenômenos com as seguintes características apontadas por Marconi e Lakatos (2009): é interna, resultado da luta de contrários existentes na realidade, que é movimento; é inovadora, enquanto luta entre o que perece e o que se desenvolve; é unidade de contrários.

É assim que percebo o Sistema Único de Saúde (SUS) e os sucessivos aumentos quantitativos, gradativos que fazem parte de seu processo histórico, na perspectiva de uma transformação qualitativa. Construído antes, durante e após o golpe militar de 1964, o SUS faz parte da realidade social brasileira e, como todo fenômeno social, tem uma dinâmica interna própria que, se compreendida, pode ser potencializada naquilo que a fortalece no sentido da mudança qualitativa. Uma constatação é que “todo fenômeno qualitativo, pelo fato de ser histórico, existe em contexto também material, temporal, espacial. E todo fenômeno histórico quantitativo, se envolver o ser humano, também contém a dimensão qualitativa” (DEMO, 1998, p.92).

5.2 Sujeitos da pesquisa

Foram considerados todos os duzentos e setenta sujeitos egressos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) que o concluíram até outubro de 2010, quando iniciei a coleta de dados. Para concluir o curso e receber o certificado, eles precisaram cumprir os seguintes requisitos: integralização de vinte e quatro créditos e apresentação pública do trabalho de conclusão de curso (TCC).

Compondo o grupo de duzentos e setenta egressos, cento e noventa e dois eram alunos da Turma Alfa, iniciada no primeiro semestre de 2008 (Alfa-2008/1), e setenta e nove eram da Turma Beta, entrada no segundo semestre do mesmo ano (Beta-2008/2). Estes dados preliminares foram retirados do banco de dados do curso, na Plataforma Ágora, com acesso autorizado pelo responsável institucional por este banco de dados (Anexo A). A abordagem dessas duas turmas decorreu do fato de que os sujeitos da pesquisa são oriundos de uma ou da outra.

A partir dos dados levantados junto à coordenação do curso, na Plataforma Ágora, foram identificados o endereço de residência e o Polo aos quais os alunos estiveram vinculados, possibilitando contato com os mesmos. Para os duzentos e setenta egressos foram enviados um questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desses, cento e vinte responderam ao questionário e retornaram o TCLE assinado. A partir da análise dos dados informados via questionário, foram estabelecidos os critérios de inclusão dos sujeitos na segunda etapa de coleta de dados, quais sejam: ter permanecido na Estratégia Saúde da Família durante todo o desenvolvimento do curso; residir no município sede do Polo de Apoio à Universidade Aberta do Brasil (Polo UAB) ao qual esteve vinculado durante o curso. Após a aplicação dos referidos critérios, trinta e seis profissionais egressos do CEABSF estavam aptos a serem considerados na etapa de entrevista.

Após a realização da décima-quinta entrevista válida²⁸, julguei que foi atendido o critério de saturação (TURATO, 2003). Levei em consideração também que o mais importante não é contar o número de pessoas que pensam de forma similar em relação a algo, mas o número de representações sobre algo que possam ser descritas em um ambiente social específico (GASKELL, 2007). O mesmo autor, em texto que tem como objetivo fornecer fundamentação teórica e orientação prática para a pesquisa qualitativa, comenta que há um limite de entrevistas que é necessário fazer, e possível de analisar, e sugere que cada pesquisa deve ter de quinze a vinte e cinco entrevistas. Comenta, ainda, que, quando for considerado fundamental um número superior - por exemplo, quando o número da variedade de representações é conhecido e indica um número maior de entrevistas -, a pesquisa pode ser dividida em fases, intercalando um conjunto de entrevistas e a análise.

Os números resultantes de cada momento de seleção dos sujeitos da pesquisa, consideradas apenas as entrevistas válidas, estão na Tabela 1, com distribuição por turma, para que o processo possa ser bem compreendido.

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com os critério de inclusão. Minas Gerais, 2010

Descrição Turma	Egressos out. 2010		Questionário e TCLE devolvidos		Respondentes 100% na ESF		100% na ESF e residentes no munic. do Polo		Entrevistados	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Alfa-2008/1	191	70,7	93	77,5	57	76,0	26	72,2	15	100,0
Beta-2008/2	79	29,3	27	22,5	18	24,0	10	27,8	00	0,0
TOTAL	270	100,0	120	100,0	75	100,0	36	100,0	15	100,0

Fonte: Plataforma do Programa Ágora/NESCON/FM/UFMG e questionário respondido pelos egressos, 2010.

Como pode ser visualizado no quadro, após o procedimento de abordagem dos egressos, cento e vinte forneceram dados para a análise. Este grupo é constituído de 63 (52,5%) enfermeiros, 47 (39,2%) cirurgiões-dentistas e 10 médicos (8,3%). Daqueles que responderam ao questionário, 30,0% (36) responderam aos dois critérios de inclusão, sendo 17 enfermeiros (47,2%), 11 cirurgiões-dentistas (30,6%) e 08 médicos (22,2%). Dentre

²⁸ Foram realizadas dezessete entrevistas, porém consideradas somente quinze na análise; durante a entrevista, em um caso, e após a entrevista, no outro, identifiquei que os profissionais não respondiam aos critérios de inclusão: um não desenvolveu a estratégia Saúde da Família durante todo o curso e o outro não tinha apresentado o TCC antes do momento definido como início da pesquisa.

esses foram entrevistados 07 (46,7%) cirurgiões-dentistas, 05 (33,3%) enfermeiros e 03 (20,0%) médicos, totalizando quinze egressos entrevistados que respondiam aos critérios de inclusão. No Apêndice A encontram-se alguns dados que contribuem para a construção de um perfil para os sujeitos que responderam ao questionário.

5.3 Coleta dos dados

Considere o pressuposto de que o processo de pesquisa é um mosaico posto à disposição da descrição de um fenômeno complexo e que “[...] a diversidade nas peças deste mosaico inclui perguntas fechadas e abertas, implica em passos predeterminados e abertos, utiliza procedimentos qualitativos e quantitativos” (GÜNTHER, 2006, p.202). Por conseguinte, o estudo se caracteriza como uma pesquisa de método misto e foram utilizadas como técnicas de coleta de dados: análise documental, questionário estruturado, entrevista narrativa e diário de campo.

A primeira etapa de coleta consistiu no levantamento de dados secundários contidos no banco de dados do Programa Ágora, relativos às Turmas Alfa-2008/1 e da Turma Beta-2008/2. Estes dados possibilitaram a identificação daqueles que tinham concluído o curso, e as informações que facilitaram o contato com eles, inicialmente por correio, e, em seguida, por telefone. Planilhas de Excel foram utilizadas em procedimentos de organização dos dados coletados.

Posteriormente, foram enviados, aos duzentos e setenta sujeitos egressos do curso, o questionário estruturado (Apêndice B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), que deveria ser devolvido assinado. Nesse caso, o egresso autorizava o uso dos dados do questionário que respondeu e se colocava disponível para uma entrevista. Junto, os egressos receberam um envelope com os selos exigidos pelo correio e os dados do remetente e de endereçamento devidamente preenchidos.

Após o retorno da correspondência, os dados informados foram organizados em planilhas de Excel e foi possível aplicar os critérios de inclusão para a etapa de coleta dos dados qualitativos por meio de entrevista: ter permanecido na Estratégia Saúde da Família durante todo o desenvolvimento do curso; residir no município sede do Polo de Apoio à Universidade Aberta do Brasil (Polo UAB) ao qual esteve vinculado durante o curso.

Além de ter possibilitado a aplicação dos critérios de inclusão, o questionário respondeu ao propósito de explorar alguns aspectos objetivos da relação que o sujeito respondente estabeleceu entre seu cotidiano, sua equipe e o desenvolvimento do curso. Esses dados são apresentados e discutidos no sétimo capítulo.

O critério de permanência no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família durante o desenvolvimento do curso está diretamente relacionado ao objeto de estudo, ou seja, o curso enquanto instrumento de educação permanente em saúde para os profissionais que o desenvolveram. Inserção na Atenção Básica e desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram pré-requisitos para inscrição no processo seletivo de alunos para o curso.

O critério de local de residência tem relação com a acessibilidade da pesquisadora aos sujeitos da pesquisa com menor custo. Assim, foi possível utilizar a estrutura física de Polo UAB para as entrevistas, e estas foram realizadas no local, dia e horário combinados, com o meu deslocamento para o município sede do Polo de Apoio à Universidade Aberta do Brasil ao qual o egresso esteve vinculado como aluno. Em apenas um caso houve deslocamento da pesquisadora do município sede de um Polo UAB para outro município, e a entrevista foi realizada na casa do entrevistado²⁹.

A sequência das entrevistas foi definida por sorteio dos Polos de inserção dos egressos durante o curso. Após a definição da sequência, entrei em contato com os sujeitos, em cada Polo sorteado, e agendei a entrevista em horários subsequentes, em um mesmo dia, para todos os sujeitos moradores naquele município. Em três situações, consegui agendar a entrevista quando já estava no Polo, para horário no mesmo dia ou no dia seguinte. Em um dos Polos havia apenas um egresso a ser entrevistado e aproveitamos uma viagem que ele fez a Belo Horizonte para a realização da entrevista.

A técnica de entrevista narrativa (Apêndice D) é considerada como entrevista de profundidade e não estruturada (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007). As entrevistas foram realizadas por mim, gravadas – com o consentimento dos informantes - e transcritas

²⁹ Excepcionalmente, foi entrevistado um egresso residente a 33,5 km da sede de um Polo, com deslocamento da pesquisadora até a sua residência, considerando que a distância e o custo eram pequenos.

com todas as características possíveis. As transcrições foram realizadas após cada entrevista ou bloco de entrevistas realizadas em um mesmo Polo. Após a realização, transcrição e leituras de 05 (cinco) entrevistas e tendo considerado a pertinência da técnica, realizei mais 10 (dez) entrevistas válidas, utilizando os mesmos procedimentos anteriores. Das transcrições, eu realizei 08 (oito) e 07 (sete) foram realizadas por acadêmicas bolsistas do Programa Ágora/NESCON/FM/UFMG e revistas por mim.

O método de geração de dados por meio da *entrevista narrativa* está vinculado ao nome de Fritz Schütze, sociólogo alemão que empregou essa técnica de coleta de dados pela primeira vez em um projeto de pesquisa que buscava analisar as mudanças coletivas em uma comunidade da Alemanha, na década de 1970 (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007).

Contudo, a narrativa tem origem antiga, na *Poética* de Aristóteles (RICOUER, 1994) e tem ganhado destaque como método de investigação pela consciência do papel que contar histórias tem na representação de fenômenos sociais. Apesar de nem todas as narrativas serem histórias, nela “as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007, p.91).

Os mesmos autores consideram que o enredo é fundamental na constituição de uma estrutura de narrativa, pois “é através do enredo que as unidades individuais (ou pequenas histórias dentro de uma história maior) adquirem sentido na narrativa. Por isso a narrativa não é apenas uma listagem de acontecimentos, mas uma tentativa de ligá-los, tanto no tempo como no sentido” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007, p.92).

Conforme proposta por Fritz Schütze (1973 *apud* JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007, p. 97), a entrevista narrativa tem as etapas que apresento a seguir, no Quadro 1.

Quadro 1 - Fases Principais da Entrevista Narrativa segundo Fritz Schütze

FASES	REGRAS
Preparação	Exploração do campo Formulação de questões exmanentes
Iniciação	Formulação do tópico inicial para narração Emprego de auxílios visuais
Narração central	Não interromper Somente encorajamento não verbal para continuar a narração Esperar para sinais de finalização (“coda”)
Fase de perguntas	Somente “Que aconteceu então?” Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes Não discutir sobre contradições Não fazer perguntas do tipo “por quê?” Ir de perguntas exmanentes para imanentes
Fala conclusiva	Parar de gravar São permitidas perguntas do tipo “por quê?” Fazer anotações imediatamente depois da entrevista

Fonte: JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007, p. 97.

Assim, após preparação prévia, a entrevista tem início com a pergunta geradora da narrativa, que pressupõe relação entre a experiência do informante e o tema da pergunta. O entrevistador deve evitar qualquer intervenção diretiva durante a narrativa; após certificar-se da *coda* (fim da história narrada), o entrevistador pode fazer perguntas que esclareçam aspectos abordados pelo entrevistado, expandindo detalhes sobre algo que apareceu na narrativa; na última etapa - a sugestão é que não seja gravada -, o entrevistador pode fazer perguntas sobre aspectos não mencionados na narrativa, incluindo a solicitação de explicações a partir da expressão “por que” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007; FLICK, 2007).

É pertinente registrar que os entrevistados fizeram uma narrativa contínua que teve uma duração, em média, de oito minutos e cinquenta e sete segundos, a partir da minha formulação: *Conte para mim a sua história no desenvolvimento do CEABSF, do momento em que você decidiu fazer o curso até o término, com apresentação do seu trabalho final de curso.* Com a formulação das questões exmanentes, que foram transformadas em perguntas imanentes - referenciadas em questões contidas na narrativa inicial -, a duração média de uma entrevista completa foi de vinte e oito minutos e cinquenta e cinco segundos.

Para calcular a média do tempo de uma entrevista completa, desconsidere aquela que foi mais curta, entrevistado com menor tempo de formado e entrevista que durou onze minutos

e seis segundos; também desconsidere a mais demorada, que foi de uma hora, doze minutos e dezesseis segundos, realizada na casa do entrevistado.

Registro que, neste estudo, não cumpri a sugestão de que a última etapa - denominada conclusiva - não fosse gravada. Os próprios apresentadores da proposta dizem que as regras funcionam mais como guia e orientação para o entrevistador, não indicando uma adesão acrítica. O esperado com o cumprimento das regras é criar uma situação isenta de constrangimento e garantir a disposição do informante de contar a sua história (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007). Portanto, considere que manter a gravação garantiria o esperado da técnica e evitaria algum equívoco de interpretação que eu poderia fazer da fala dos entrevistados em consequência de um registro livre, sem possibilidade de revisão.

Considero que os dados coletados foram suficientes para minha aproximação ao objeto em análise, apesar de consciente de que as representações não foram maximizadas ou esgotadas. Procurei valorizar ao máximo a contribuição de cada entrevistado, para que eu pudesse efetivamente viver um processo que

Não é apenas um processo de informação de mão única passando de um (o entrevistado) para outro (o entrevistador). Ao contrário, ela (a entrevista) é uma interação, uma troca de ideias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. [...] tanto o(s) entrevistado(s) como o entrevistador estão, de maneiras diferentes, envolvidos na produção de conhecimento (GASKELL, 2007, p. 67).

Por último, registro que o diário de campo foi utilizado para anotar fatos observados e considerados relevantes, antes, durante e após as entrevistas, e foi usado como apoio no processo de análise.

5.4 Análise dos dados

A análise dos dados secundários que foram coletados no banco de dados do Programa Ágora, relativos às Turmas Alfa-2008/1 e Beta-2008/2, possibilitaram a identificação daqueles que tinham concluído o curso, a análise do perfil dos alunos das duas turmas e a trajetória temática que realizaram, considerando as disciplinas optativas que cursaram com aprovação.

Antes da análise, os dados coletados por meio do questionário foram sistematizados por item pesquisado e resposta dada por cada sujeito da pesquisa, em uma planilha Excel. Posteriormente, foram dispostos em ilustrações e analisados em termos de distribuição de frequências relativas e absolutas das variáveis. A interpretação de significados contidos nos dados que resultaram dos questionários só foi realizada após o processamento das três etapas iniciais recomendadas pelo referencial teórico que utilizei para análise das entrevistas.

Para a análise dos dados coletados por meio da entrevista, busquei a técnica que mais se adequasse à análise de entrevista narrativa (EN), técnica que foi utilizada para a coleta. De acordo com Jovchelovitch e Bauer (2007, p.105), a entrevista narrativa (EN) é uma técnica para gerar história e, a partir da história gerada, ela é “aberta quanto aos procedimentos analíticos.” Porém, restringindo um pouco a diversidade de possibilidades, os autores sugerem três caminhos para a análise do material coletado por meio de entrevista narrativa: a *análise de narrativa* proposta pelo próprio Schütze; a análise estruturalista e a análise temática. Após refletir sobre o que os autores dizem sobre as três possibilidades, optei pela análise temática tendo, como referencial teórico, a proposta de Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (1979). No Brasil, e em especial na enfermagem, essa autora tem sido uma das principais referências em análise qualitativa. Para ela, análise de conteúdo consiste em

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

A investigação dessas variáveis inferidas (as causas que se procuram determinar no processo interpretativo) a partir dos efeitos (referências no texto) confere à AC o caráter de ser um bom instrumento de inferência, essência do método (LIRA; CATRIK; NATIONS, 2003).

A Análise de Conteúdo surgiu nos Estados Unidos, no início do século XX, tendo como objeto a análise de material jornalístico, com vários estudos quantitativos, estabelecendo “um fascínio pela contagem e pela medida (superfície dos artigos, tamanho dos títulos, localização na página)” (BARDIN, 1979, p.15). Portanto, naquele momento, era essencialmente voltada à pesquisa de caráter quantitativo na sua forma clássica (BAUER, 2007).

O primeiro nome que surge na história da Análise de Conteúdo é o de H. Lasswell (no início do século passado). No final dos anos de 1940 e início dos anos de 1950, outros estudiosos sobressaem – B. Berelson e P. F. Lazarsfeld publicam *The analysis of communications content* em 1948 – e há um aumento do espectro de aplicação da análise de conteúdo, diferenciando-se ao longo desse processo. Para a autora, “é o período significativo de uma prática com uma metodologia nascente, onde as exigências de rigor e de objetividade pressentidas adquirem um caráter obsessivo, susceptível de encobrir outras necessidades ou possibilidades” (BARDIN, 1979, p.16), o que, de certa forma, justifica as mudanças que ocorreram posteriormente, como relato a seguir.

Após um curto tempo de estagnação, nos primeiros cinco anos da década de 1950, há um ressurgir da proposta, com novas nuances e no leito da “querela entre a abordagem qualitativa e a abordagem quantitativa” (BARDIN, 1979, p.16) com a busca de novas perspectivas metodológicas³⁰. Para Bauer (2007), “no divisor quantitativo / qualitativo das ciências sociais, a análise de conteúdo é uma técnica híbrida que pode mediar esta improdutiva discussão sobre virtudes e métodos” (BAUER, 2007, p.190). Nessa perspectiva despojada, progressivamente, a proposta se estabeleceu como uma forma

³⁰ No contexto de argumentações a favor e contra uma das abordagens (Quantitativa e Qualitativa), em 1957, a Editora da University of Illinois lançou uma publicação com o sugestivo título *The measurement of meaning*, de autoria de C. E. Osgood, G. J. Suci, P. H. Tannenbaum, que eram da linha conteudista.

importante de análise de dados em pesquisa qualitativa e, apesar de longa, julgo conveniente fazer a seguinte citação:

De fato, para além dos aperfeiçoamentos técnicos, duas iniciativas ‘desbloqueiam’, então, a análise de conteúdo. Por um lado, a exigência de objetividade torna-se menos rígida, ou melhor, alguns investigadores interrogam-se acerca da regra legada pelos anos anteriores, que confundia objetividade e cientificidade com a minúcia da análise de frequências. Por outro, aceita-se mais favoravelmente a combinação da compreensão clínica com a contribuição da estatística. Mas, para além do mais, a análise de conteúdo já não é considerada exclusivamente com um alcance descritivo (cf. os inventários dos jornais do princípio do século), pelo contrário, toma-se consciência de que a sua função ou o seu objetivo é a inferência (BARDIN, 1979, p.23).

Portanto, liberta-se a AC da mensuração objetiva e do foco em comunicação jornalística (ou similares), permitindo o seu crescimento na abordagem qualitativa de materiais variados, na qual a fala pode ser analisada e significados possam ser desvelados. Ou seja, “não se trata de atravessar significantes, para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes, ou de significados (manipulados), outros ‘significados’ de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, etc” (BARDIN, 1979, p.41).

Ao trabalhar com o conteúdo, trabalha-se a materialidade linguística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação, utilizando técnica composta de três grandes etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Para a autora,

Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermédio, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra (BARDIN, 1979, p.39).

Assim, para a pré-análise, Bardin (1979) indica a leitura flutuante e a organização do material para as etapas posteriores, principalmente para fundamentar a interpretação. Na segunda etapa, os dados são codificados a partir de *unidades de registro*, que podem ser palavras ou frases (grifo meu). Por último são estabelecidas categorias, que consistem na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Essas etapas foram utilizadas como

referência, pois não existe receita para a análise de conteúdo, e a técnica pode ser reinventada a cada momento, adequando-se ao domínio e aos objetivos pretendidos (BARDIN, 1979; FLICK, 2007).

Iniciei o processo de análise lendo e relendo as transcrições até que me familiarizei com elas e passei a identificar sentidos e significados³¹. A partir desse processo de leitura e releitura, estabeleci oito Categorias Preliminares, a partir da percepção de elementos semelhantes e diferentes. Os passos posteriores deram origem a cinco categorias e foram os seguintes:

- em cada entrevista, as unidades de registro (frase ou parágrafo) identificadas com cada categoria preliminar foram marcadas de cor específica; após, essas unidades foram agrupadas em uma lista para cada categoria, com a seguinte identificação: título da categoria - código do sujeito respondente. Exemplo: Dificuldades para fazer mudanças - CD-3;

- recortei cada unidade de registro identificada como descrito acima, fiz uma pilha para cada categoria preliminar e iniciei um processo de reagrupamento, em função de características comuns.

Esses passos resultaram em cinco categorias e o processo que descrevi acima está sintetizado no quadro a seguir (Quadro 2). As lacunas significam que as unidades de contexto que constavam na Categoria Preliminar, que está na mesma linha da respectiva lacuna, foram reagrupadas em alguma das Categorias Temáticas.

³¹ Os dois conceitos são utilizados na formulação feita por Vigotski (2008) quando discute as relações entre o pensamento e a linguagem, teorizando sobre a gênese e natureza do pensamento interno. O autor afirma que a formulação original da diferença entre os dois conceitos (sentido e significado) foi elaborada por Paulhan, (sem data, pois não está referenciado). Conceitua sentido como a soma de todos os acontecimentos psicológicos que uma palavra desperta na nossa consciência; é complexo, fluido e dinâmico, pois é extraído do contexto em que a palavra se encontra; portanto, muda quando o contexto muda. O significado está contido no sentido e é estável, ou seja, não muda quando o sentido muda; é o que se diz da palavra quando se pesquisa um dicionário.

Quadro 2 - Síntese da etapa de análise que envolveu a definição de categorias codificadas. Minas Gerais, 2011

CATEGORIAS PRELIMINARES	CATEGORIAS TEMÁTICAS
Relação entre teoria e prática na perspectiva de organizar o processo de trabalho	Interrogando e compreendendo a possibilidade de a teoria contribuir com a prática e de a prática enriquecer a teoria.
Processo de reflexão sobre o fazer cotidiano	Refletindo sobre o processo de trabalho: incorporação e aplicação de conhecimento.
Dificuldades ou obstáculos para implantação de mudanças	Dificuldades e facilidades vivenciadas na implantação e implementação de um novo modelo de atenção à saúde.
Perspectiva em relação ao SUS	Perspectiva de comprometimento com o SUS atual e visão de futuro: o SUS onde quero estar.
Aspectos relacionados a uma avaliação do curso	Alguns aspectos que devem ser considerados em uma avaliação do curso.
Uso de ferramentas de organização do processo de trabalho	
Sobre aprender fazendo	
Sobre interação profissional, equipe, comunidade e contexto	

Conforme definido por Bardin (1979), é preciso fazer a descrição do conteúdo para, posteriormente, deduzir ou inferir saberes que permitem a passagem da descrição do conteúdo para a interpretação feita pelo pesquisador, e assim foi feito. Posteriormente, fiz uma análise comparativa entre as Categorias Temáticas e os objetivos que estabeleci para este estudo. A síntese dessa análise comparativa encontra-se no Quadro 3, a seguir.

‘Quadro 3 - Resultado da análise comparativa entre as Categorias de Descrição e os Objetivos Específicos do estudo. Minas Gerais, 2011

CATEGORIAS TEMÁTICAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Interrogando e compreendendo a possibilidade da teoria contribuir com a prática e da prática enriquecer a teoria.	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar o potencial das atividades que são realizadas de aproximar os alunos da realidade de sua área de abrangência. - Identificar se os alunos se apropriaram das ferramentas de organização do processo de trabalho oferecidas pelo curso.
Refletindo sobre o processo de trabalho: incorporação e aplicação de conhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar evidências de que os egressos desenvolveram reflexão sobre seu processo de trabalho durante o curso e, portanto, estiveram em processo de Educação Permanente. - Compreender os critérios utilizados pelos egressos na escolha das disciplinas optativas e a relação da trajetória desenvolvida com a sua prática profissional. - Analisar se há indicativo de mudança de prática e criação de novos hábitos a partir do desenvolvimento do curso pelos egressos.
Dificuldades e facilidades vivenciadas no processo de implantação e implementação de mudanças.	
Perspectiva de Comprometimento com o SUS atual e visão de futuro: o SUS onde quero estar.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar se os egressos projetam uma visão de futuro para o SUS e se projetam sua participação nesse futuro.
Aspectos relacionados a uma avaliação do curso: está bom, mas pode melhorar.	

No quadro está representada a análise de conteúdo a que submeti as narrativas dos entrevistados, que gerou cinco descrições (categorias). Comparando com os objetivos pré-determinados, percebe-se que algumas categorias estão relacionadas e outras não estão relacionadas a eles. Do ponto de vista da validade de minha análise, este resultado aponta para meu esforço de rigor metodológico.

Também é fundamental reafirmar o caráter interpretativo da abordagem qualitativa, onde “os pesquisadores fazem uma interpretação do que enxergam, ouvem e entendem. Suas interpretações não podem ser separadas de suas origens, história, contextos e entendimentos anteriores” (CRESWELL, 2010, p. 209). Nesse sentido, procurei o tempo todo estar consciente de que deveria lutar contra a “ilusão da transparência”, apontada por

Minayo (2000) como um dos problemas enfrentados pelo pesquisador no momento de analisar os dados coletados. Em relação à Análise de Conteúdo, esse é um aspecto chave, pois um dos objetivos da análise é *a superação da incerteza*, ou seja, o que o pesquisador julga que vê está efetivamente contido na mensagem? O que ele vê pode ser compartilhado por outros? (BARDIN, 1979).

5.5 Aspectos Éticos

Em todas as etapas da realização desse estudo foi considerada a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, iniciando pela submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), em agosto de 2010 (Anexo C).

Os sujeitos foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e sobre o seu direito de manifestar livremente o interesse em participar ou não, em qualquer fase do processo, sem nenhum tipo de prejuízo. Foi prometido a eles, e estou cumprindo, o preceito de que nenhum deles será identificado em qualquer documento produzido em decorrência da pesquisa, e que as informações serão mantidas em segurança até que possam ser inutilizadas, após aprovação do relatório final por banca examinadora.

Apesar de considerar que já é consenso no meio científico, principalmente para aqueles que aprofundaram estudos quanto à abordagem qualitativa em pesquisa, que não é possível anular a subjetividade do pesquisador, procurei explicitar claramente minha implicação com o objeto deste estudo, ou seja, com o desenvolvimento do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Consciente dessa implicação, fiquei atenta para não reduzir à formalidade do contrato assinado entre os demais sujeitos da pesquisa e eu (ou seja, os preceitos contidos no TCLE) a necessária postura ética que deve ser permanente, nas relações individuais e coletivas, nas diversas situações de vida, o que inclui a elaboração e desenvolvimento de uma pesquisa.

SEXTO CAPÍTULO

6 ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO

6.1 Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: formalização e estrutura

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), modalidade a distância, foi idealizado para ser oferecido a uma clientela específica, ou seja, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família.

O curso foi proposto pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), órgão complementar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FMUFMG), em 2007. Desde a sua concepção, contou com a participação da Faculdade de Educação da UFMG por meio de docente vinculado à Cátedra da UNESCO de Ensino a Distância. No segundo semestre de 2007, o curso foi aprovado pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e sua execução foi assumida pelas Faculdades de Medicina, de Educação e de Odontologia e pela Escola de Enfermagem da UFMG.

O CEABSF tem o propósito de desenvolver ações interdisciplinares, interdepartamentais, interunidades e interinstitucionais, articulando ensino-pesquisa-extensão, e faz parte do projeto intitulado Programa Ágora. Essa articulação permite acrescentar à oferta acadêmica do CEABSF outras ações complementares, como ações de cooperação técnica com outras universidades e organismos nacionais e internacionais, desenvolvimento de projeto de capacitação de tutoria e produção de material didático em várias mídias (UFMG, 2009).

É uma iniciativa apoiada pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), fazendo parte da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); também é apoiada pelo Ministério da Educação, via Sistema

Universidade Aberta do Brasil³² Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED), e recebeu apoio financeiro do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para a produção de material instrucional. Em seu início, foi apoiado pela Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família, já extinta.

A proposta de oferta do CEABSF foi submetida ao Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) do Ministério da Educação, em 2007, junto com a proposta geral da Diretoria de Educação a Distância da UFMG.

Os recursos liberados pelo MEC respondem pela manutenção de tutorias e, desde a primeira turma, o curso é ofertado tendo como referência 08 (oito) Polos Municipais de Apoio Presencial em Minas Gerais:³³ Araçuaí, Campos Gerais, Corinto, Conselheiro Lafaiete, Formiga, Governador Valadares, Teófilo Otoni e Uberaba. Posteriormente, no primeiro semestre de 2010, foi incorporado o Polo de Lagoa Santa e, no segundo semestre do mesmo ano, foi incorporado o Polo de Pompéu, todos em Minas Gerais. Mais recentemente, para a oferta do primeiro semestre de 2012, foi introduzido o Polo do Município de Bom Despacho, Minas Gerais.

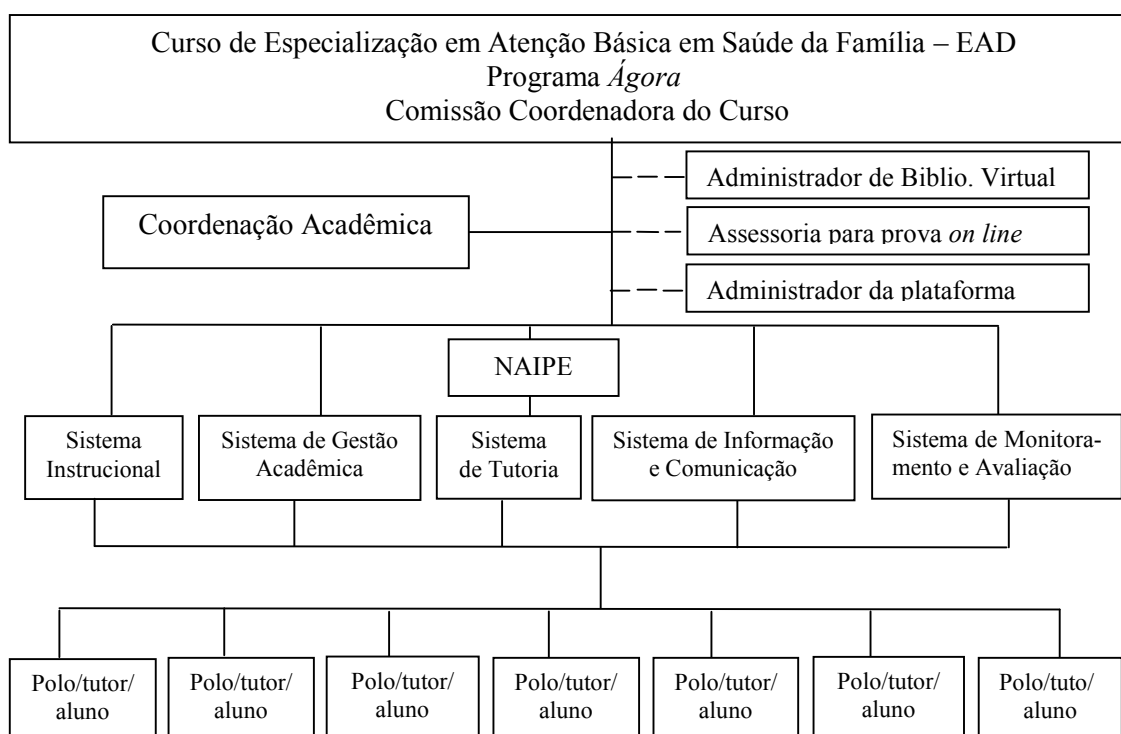
Em 2009, o Programa Ágora e o CEABSF passaram a fazer parte de um movimento nacional de implementação da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), proposta pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A UNA-SUS foi criada em junho de 2008, com o objetivo de incrementar as condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender às necessidades de formação e educação permanente do SUS (BRASIL, s/d). O Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) foi oficialmente instituído por meio do Decreto nº 7.385, em 8 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). O Marco Conceitual da UNA-SUS encontra-se no Anexo B.

³² A Universidade Aberta do Brasil faz parte da política de expansão do ensino superior do Ministério da Educação e é constituída por instituições públicas de educação superior que ofertam cursos a distância e pelos Polos Municipais de Apoio Presencial à Educação Superior (constituídos por meio de parceria Municípios e MEC).

³³ Conforme estabelecido na Portaria Normativa nº 02/2007 “o polo de apoio presencial é a unidade operacional para desenvolvimento descentralizado de atividades pedagógicas e administrativas relativas aos cursos e programas ofertados a distância” (BRASIL, 2007a, Art. 2º, § 1º).

A Coordenação do Curso, composta por seis membros, responde pelo Sistema de Gestão Acadêmica, pelo Sistema de Informação e Comunicação, pelo Sistema de Monitoramento e Avaliação e pelo Sistema Instrucional. Para coordenação do Sistema de Tutoria foi criado um Núcleo Interdisciplinar de Apoio Pedagógico (NAIPE) que atualmente é formado por sete profissionais os quais, circunstancialmente, são enfermeiros e médicos; ou seja, no momento não há cirurgiões-dentistas no NAIPE. Essa instância é responsável pelo acompanhamento dos tutores temáticos a distância, que respondem pelo tutoramento dos alunos em disciplinas obrigatórias e optativas, e pelos tutores presenciais, que respondem pelo apoio local que é oferecido aos alunos, principalmente nos Encontros Presenciais que acontecem, mensalmente, nos Polos. Esta estrutura pode ser visualizada na Figura 1. A estrutura curricular atual encontra-se no Anexo D.

Figura 1- Estrutura de Coordenação Geral do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Belo Horizonte, 2011



Fonte: Projeto Político-Pedagógico do CEABSF. Belo Horizonte, 2010.

O CEABSF foi efetivamente implantado em março de 2008, após um período inicial de definição metodológica, elaboração do mapa conceitual das disciplinas obrigatórias, elaboração de três dos quatro módulos obrigatórios, organização da equipe de trabalho,

montagem do sistema de tutoria, articulação das relações interinstitucionais e definição dos recursos básicos de uma plataforma específica – Plataforma Ágora.

Foram ofertadas sete turmas, sendo quatro com quatrocentas vagas cada (primeiro e segundo semestres de 2008, segundo de 2009 e primeiro de 2010); uma turma com cento e vinte e cinco vagas (segundo semestre de 2010) e duas com trezentas vagas (segundo semestre de 2011 e primeiro de 2012). Na turma com cento e vinte e cinco vagas, setenta e cinco foram em resposta a uma demanda específica e com apoio financeiro dos governos municipais de Brumadinho, Diamantina e Pompéu, todos em Minas Gerais, com vinte e cinco vagas para cada município; as cinquenta vagas restantes também responderam a uma demanda específica, nesse caso da Escola de Educação Física da UFMG, para educadores físicos, com criação de disciplinas optativas próprias. A turma para educadores físicos contou com a coordenação da referida Escola e apoio financeiro do Conselho Regional de Educação Física de Minas Gerais.

As cinco primeiras turmas foram designadas com as letras do alfabeto grego (de Alfa a Epsilon) e, por isso, neste estudo, vamos utilizar, quando nos referirmos a elas, a letra correspondente, o ano e o semestre de entrada da turma na Universidade. Assim, será Alfa-2008/1, Beta-2008/1, sucessivamente, para o caso de todas que forem citadas.

O município de Belo Horizonte fez proposta específica de cem vagas para o segundo semestre de 2008 e cinquenta vagas para o segundo semestre de 2009. Em 2011, segundo semestre, o município de Belo Horizonte também teve cinquenta vagas exclusivas para trabalhadores de sua rede básica de serviços de saúde; as vagas foram vinculadas ao Polo de Lagoa Santa.

Para as duas primeiras turmas, as inscrições foram realizadas *on-line*, no *site* da Fundação do Desenvolvimento da Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (FUNDEP/UFMG), e foram registradas hum mil e trinta inscrições para a primeira e oitocentos e vinte e cinco para a segunda. A partir da terceira turma (Gama-2009/2), todos os procedimentos e seleção foram realizados por meio da plataforma do curso (Plataforma Ágora).

Para todas as turmas oferecidas até o momento, a seleção constou de: a) análise de documentos com comprovação de pré-requisitos e outros exigidos pela UFMG; b) análise de *Curriculum Vitae*, valorizando a inserção e o tempo de atuação na Atenção Básica em Saúde, em especial em Saúde da Família; c) entrevista, valorizando a compreensão do candidato quanto à inserção social do profissional na Atenção Básica, à relação do curso com a prática profissional e a disponibilidade para as atividades curriculares. As vagas foram preenchidas pela ordem de classificação. No caso de empate foi classificado o candidato que obteve maior nota na análise do *Curriculum Vitae*; permanecendo o empate, foi considerado o maior tempo de atividade exercida na Estratégia Saúde da Família.

A título de ilustração, na Tabela 2 a seguir, são apresentados os Estados da Federação de origem dos inscritos na turma Alfa com o número de municípios envolvidos.

Tabela 2 - Estados representados no processo seletivo do CEABSF para a turma Alfa-2008/1 segundo número de municípios e de candidatos. Brasil, 2008

Estados	Municípios	Inscritos
Acre	01	01
Alagoas	01	01
Amapá	02	02
Bahia	04	05
Distrito Federal	01	02
Goiás	01	01
Minas Gerais	193	1.013
Mato Grosso do Sul	02	02
São Paulo	03	03
TOTAL	208	1.030

Fonte: Relatório do Processo Seletivo 2008/1 do CEABSF/Programa Ágora, UFMG, 2008.

Os dados sobre inscritos, vagas preenchidas, evasão e conclusão do curso podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 3 - Fluxo de entrada e saída de alunos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2011

TURMAS*	Alfa 2008/1		Beta 2008/2		Gama 2009/2		Delta 2010/1		Épsilon 2010/2		Épsilon2 2011/2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Candidatos inscritos	1030	100,0	825	100,0	1537	100	1573	100,0	156	100,0	1059	100,0	6180	100,0
Nº de vagas ofertadas	400	100,0	400	100,0	400	100,0	400	100,0	125	100,0	300	100,0	2.025	100,0
Nº de alunos matriculados no semestre de oferta	353	88,3	400	100,0	400	100,0	400	100,0	102	100,0	300	100,0	1.955	100,0
Nº de alunos excluídos	106	30,0	120	30,0	69	17,2	67	16,7	17	16,7	05	1,7	384	19,7
Alunos que concluíram o curso	245	69,4	262	65,5	170	42,5	50	12,5	1	1,0	0	0,0	728	37,2
Nº de alunos em curso	02	0,6	18	4,5	161	40,3	283	70,8	84	82,3	295	98,3	843	43,1

Fonte: Plataforma Ágora/UFGM/NESCON/CEABSF, novembro de 2011.

Percebe-se uma evasão de 19,7% (384 alunos), se considerados todos aqueles matriculados no semestre de oferta de cada turma (2008 a 2011). Ressalto que ocorreram dois óbitos que estão computados como evasão, mas, conceitualmente, não são (não houve ato administrativo de exclusão nem desistência por opção).

Os alunos das turmas Alfa-2008/1, Beta-2008/2 e Gama-2009/2 já ultrapassaram os dois anos previstos no Regulamento como tempo máximo de término do curso e tiveram seus créditos revalidados para término do Trabalho de Conclusão de Curso (UFGM /PLATAFORMA ÁGORA, 2011).

Em relação à categoria profissional, em todas as turmas há um predomínio de enfermeiros, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos alunos matriculados no CEABSF, nas turmas 2008 a 2011, por profissão. Minas Gerais, 2011

TURMAS*	C. Dentista		Enfermeiro		Médico		Ed. Físico		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2008/1	95	27,0	213	65,2	45	12,8	0	0	100	353
2008/2	91	22,7	238	59,5	71	17,8	0	0	100	400
2009/2	88	22,0	270	67,5	42	10,5	0	0	100	400
2010/1	89	22,0	262	66,0	49	12,0	0	0	100	400
2010/2	13	12,7	26	25,5	9	8,8	54	53,0	100	102
2011/2	54	18,0	220	73,3	26	8,7	0	0	100	300
TOTAL	430	22,0	1229	63,0	242	12,0	54	3,0	100	1.955

Fonte: Plataforma Agora/UFGM/NESCON/CEABSF, outubro de 2011.

A distribuição das vagas ocupadas por categoria profissional corresponde, aproximadamente, àquela de inscritos para os processos seletivos.

6.2 Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: projeto político pedagógico e sua operacionalização

No endereço www.nescon.medicina.br/biblioteca é possível acesso público a dois Guias do CEABSF nos quais está descrita a sua concepção político-pedagógica. Optei por analisar o Guia do Especialista por sua função de orientar o processo de elaboração do material instrucional do curso.

O propósito do Guia do Especialista é colaborar no processo de produção do profissional que é convidado para elaborar material instrucional, “orientando-o principalmente na escrita e sistematização do material didático” (UFMG, 2008, p.5) e contém:

- Apresentação do Curso;
- Introdução ao Guia;
- Seção 1 - O que é o Programa Ágora e o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (Programa Ágora; Contextualizando o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família);
- Seção 2 - Aspectos Gerais da Educação a Distância e a Estrutura do Curso (Contexto da Universidade Aberta do Brasil; Estrutura e funcionamento do curso);
- Seção 3 - Organização dos Sistemas do CEABSF (Sistema instrucional; Sistema de tutoria; Sistema de avaliação do processo de aprendizagem; Sistema de monitoramento e avaliação do curso; Sistema de informação e comunicação;)
- Seção 4 - A Estrutura do Módulo Didático e seus Aspectos Textuais (Produção de texto para material didático; Estrutura do módulo).

Do ponto de vista político, o curso é proposto como uma alternativa estratégica de contribuição para a consolidação do SUS, na lógica de priorização da Atenção Básica. Esse é um nível de atenção extremamente importante para o sistema de saúde como um todo, respondendo pelos aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde, com potencial para resolução de 80 % dos problemas de saúde da população (UFMG, 2008).

A análise do Guia do Especialista aponta para um comprometimento do Curso com a política de implementação do SUS, em especial com a Estratégia Saúde da Família. A inserção do curso no contexto histórico-social brasileiro está clara, explicitamente contida

em uma Seção e contribui para o que especialista “tenha clareza da concepção deste curso, compreenda a inserção institucional do mesmo e, assim, produza um material coerente com a proposta apresentada” (UFMG, 2008, p.8).

Em relação à concepção pedagógica, é frisada a importância da integração entre a produção do material e a proposta pedagógica do curso, que é apresentada, de forma mais sistematizada, na Seção que aborda os princípios relacionados à educação a distância. Contudo, ao longo de todo o Guia, o especialista vai, paulatinamente, sendo aproximado de uma abordagem com foco no construtivismo e na aprendizagem significativa.

De certa forma, isso implica na exigência de um processo disciplinado de acompanhamento do trabalho de produção por quem responde pelo Sistema Instrucional, se considerarmos que estamos falando de uma abordagem, contra-hegemônica, que pretende ser inovadora. A complexidade é ainda maior, pois, além da necessidade de compreender e concordar com a proposta pedagógica do curso, é solicitado ao especialista que ele tenha “sempre em vista os sujeitos aos quais este material se destina, assim como seus contextos” (UFMG, 2008, p.5).

A educação é caracterizada como “diálogo aberto do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com os instrumentos oferecidos pela cultura e pelo ambiente”. Também está estabelecida a intencionalidade de se estimularem referenciais de aprendizagem que considerem as “conexões entre o mundo do trabalho e o mundo da escola” e as “demandas de formação dos sujeitos que já estão inseridos no campo da ação” (UFMG, 2008, p.15). Os trabalhadores em formação devem ser considerados sujeitos ativos em seu processo de aprendizagem e devem ser estimulados a “aprender a construir e comparar novas estratégias de ação, novas teorias, novos modos de enfrentar e definir os problemas” (UFMG, 2008, p.15). Assim,

a ênfase é educar e não apenas ensinar; é desenvolver as ferramentas cognitivas que possibilitam que os estudantes interpretem e organizem o conhecimento pessoal de forma contextualizada. Dessa forma, quando projetamos este curso e buscamos sua implementação, tivemos como propósito produzir materiais pedagógicos que criassem desafios cognitivos, que promovessem atividades significativas de aprendizagem, enfim, que permitissem o desenvolvimento de novas competências,

necessárias ao campo da ação e de redes de aprendizagem³⁴ (UFMG, 2008, p.16).

A concepção de educação permanente que aparece no Guia tem sua construção histórica baseada em propostas internacionais, principalmente da UNESCO, de educação de adulto, compreendido como “capaz de ser sujeito de seu próprio processo de aprendizagem, processo esse que desenvolverá ao longo de sua vida e de forma colaborativa” (UFMG, 2008, p.15).

Portanto, os especialistas são convidados a produzir materiais pedagógicos que criem desafios cognitivos, que promovam atividades significativas de aprendizagem as quais permitam o desenvolvimento de novas competências, necessárias ao campo da ação. Ainda, que produzam materiais dialógicos que tenham como centralidade a relação sujeito e contexto, ou seja, entre profissionais em formação e os serviços de saúde (UFMG, 2008).

Estão contidas na proposta pedagógica do curso duas ferramentas consideradas importantes para o processo de aprendizagem, ou seja, o Portfólio³⁵, que atualmente não é obrigatório, e o Mapa Conceitual, que tem estreita relação com a teoria da aprendizagem significativa.

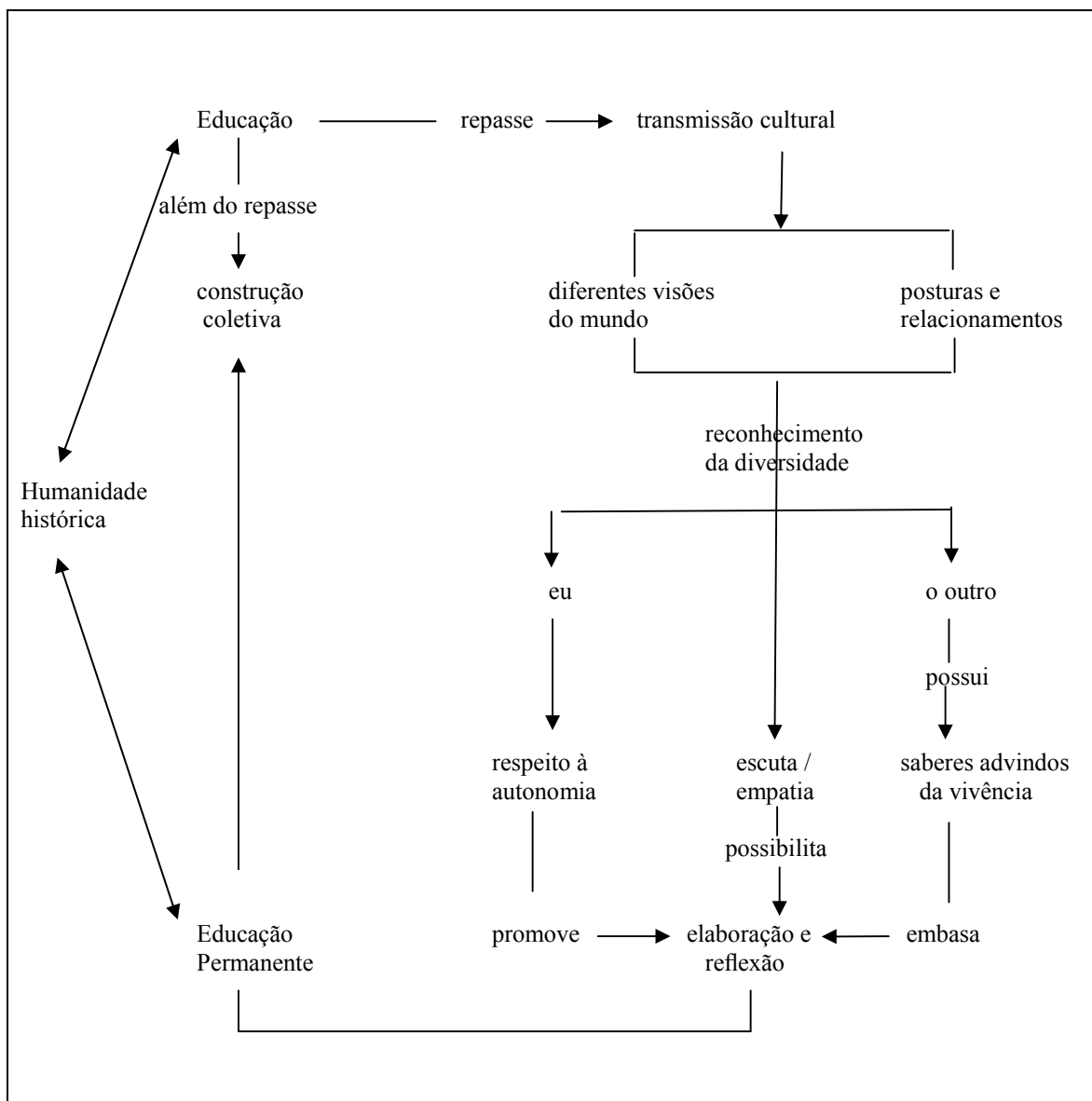
No CEABSF, o mapa conceitual da Unidade Didática I, composto pelas quatro disciplinas obrigatórias, foi realizado previamente, como apoio à definição dos conteúdos a serem abordados na Unidade e na distribuição desses conteúdos em Módulos. No desenvolvimento de cada Módulo, o profissional em formação é estimulado a destacar conceitos contidos no texto e identificar possíveis relações entre eles, elaborando o Mapa Conceitual (UFMG, 2008). À guisa de exemplo, na Figura 2, encontra-se o Mapa Conceitual relacionado à Educação Permanente em Saúde que consta no Módulo do

³⁴ Redes de aprendizagem – possibilitam trabalhar em equipes heterogêneas e desenvolver a capacidade de sistematizar conhecimentos gerados no campo da ação. Além disso, promove a aprendizagem ativa, pois, ao formular questões e ao receber comentários por parte dos companheiros, o aluno está desenvolvendo a aprendizagem colaborativa, está percebendo que o conhecimento, as habilidades e os significados se elaboram de forma social.

³⁵ Portfólio consiste em uma coleção das atividades realizadas. Tem sido utilizado pedagogicamente como uma estratégia que fornece elementos para o profissional em formação e o tutor acompanharem e avaliarem o processo ensino-aprendizagem. A intenção do portfólio é levar o profissional em formação a acumular sua produção ao longo desse processo de formação, de maneira que, ao final do curso, ele tenha dados e análises que contribuirão tanto para a organização da sua prática quanto para levantamento de temas ou problemas a serem estudados com mais profundidade. Esse material será essencial, também, para a elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso (UFMG, 2008, p.28).

CEABSF intitulado *Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.*

Figura 2 – Exemplo de Mapa Conceitual utilizado no CEABSF. Belo Horizonte, 2011.



Fonte: Biblioteca Virtual do NESCON/FM/UFMG. Módulos do CEABSF: Práticas educativas em Atenção Básica à saúde e Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade, p. 30.

No CEABSF também são utilizados Mapas Contextuais, considerados um recurso pedagógico que induz a reflexão sobre uma situação específica do cotidiano. Os Mapas Contextuais resultam de atividades que têm como objetivo o levantamento de dados de uma realidade concreta para posterior análise situacional, conforme exemplificado no Quadro 4. De acordo com Corrêa (2009, p.89), a lógica é de “articular o conhecimento, o

contexto do sujeito, no próprio material a ser utilizado no processo de aprendizagem”, levando os sujeitos envolvidos no processo a problematizar sua realidade e construir conhecimento a partir das informações problematizadas.

Quadro 4 - Exemplos de atividades de elaboração de Mapa Contextual do CEABSF. Belo Horizonte, 2011

Atividade do Módulo Saúde da Criança e do Adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação	Atividade do Módulo Saúde da Mulher
<p>Para começar o seu mapa contextual, você precisará levantar informações sobre a população infantil de sua área de abrangência, que permitam o planejamento das ações, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantas crianças com menos de 12 meses, entre 12 e 24 meses e entre dois e cinco anos vivem em sua área de abrangência? • Quantas estão sendo acompanhadas regularmente pela equipe de saúde? • Quantas são prematuras e de baixo peso ao nascer? • Há mães adolescentes, analfabetas ou de muito baixa escolaridade em sua área de abrangência? Quantas são? • Quantos são os desnutridos? E os obesos? • Você tem informações sobre os índices de aleitamento materno? Quantas crianças menores de seis meses mamam exclusivamente ao seio? • Quantas crianças menores de dois anos de idade ainda são amamentadas? <p>(Veja a nomenclatura proposta pela OMS para os padrões de aleitamento materno na comunidade)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantas crianças estão com a vacinação em dia? • Quantas crianças foram internadas no último mês? • Existem crianças frequentando creches? Quantas são? <p>Faça um quadro com estes dados e guarde-o em seu portfólio.</p>	<p>a) Faça um levantamento de dados sobre as condições de vida das mulheres de seu território com idade acima de 10 anos. As questões a seguir têm por objetivo orientar o processo de coleta de dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual o número de mulheres acima de 10 anos e sua distribuição por faixa etária? • De onde elas vieram e para onde vão quando se mudam de seu território? • Quais as principais estratégias de sobrevivência dessas mulheres? • Quantas são chefes de família? • Quais suas principais ocupações e o que fazem para se sustentar? • Quanto ganham pelo trabalho realizado? • Qual sua escolaridade? <p>b) Com base nesses dados e na observação do seu dia a dia, elabore uma análise reflexiva sobre as condições de vida das mulheres que residem em seu território e suas principais estratégias de sobrevivência.</p>

Fonte: Biblioteca Virtual do NESCON/FM/UFMG. Módulos do CEABSF: Saúde da Criança e do Adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação, p. 13; Saúde da Mulher, p. 20.

SÉTIMO CAPÍTULO

7 TRATAMENTO DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO

Um homem completo possui a força do pensamento, a força da vontade e a força do coração. A força do pensamento é a luz do conhecimento; a força da vontade é a energia do caráter; a força do coração é o amor (FEUERBACH, 1988, p.45).

Espero ter um pouco de cada uma das forças citadas por Feuerbach nessa epígrafe para, em minha incompletude, ser capaz de ter sabedoria para compreender, um justo desejo ao interpretar e força do coração para acreditar que é possível transformar.

7.1 O Sentido dos Números

Os resultados que serão discutidos representam os dois momentos em que me movimentei para a coleta de dados. Um deles tem relação com os dados coletados na Plataforma Ágora e por meio do questionário que foi enviado a 270 (duzentos e setenta) egressos³⁶ do CEABSF e respondido por 120 (cento e vinte) deles (44,4%). Entre os 120 (cento e vinte) ocorreu a seguinte distribuição por profissão: 52,5% (63) enfermeiros, 39,2% (47) cirurgiões-dentistas e 8,3% (10) médicos. O outro movimento que gerou resultados a serem analisados me colocou na trajetória de vida de 15 (quinze) egressos, com os quais pude conversar.

A partir dos dados levantados junto à coordenação do curso, na Plataforma Ágora, foi estabelecida a distribuição de todos os alunos das turmas Alfa-2008/1 e Beta-2008/2 quanto ao sexo, à profissão e à taxa de evasão. Os sujeitos da pesquisa são oriundos de uma ou da outra turma.

Em relação à turma Alfa-2008/1, dentre os alunos classificados para as 400 (quatrocentas) vagas oferecidas, apenas 353 (trezentos e cinquenta e três) efetivaram o cadastro na UFMG e fizeram matrícula no primeiro semestre de 2008. Na Tabela 5 são apresentados os dados que caracterizam os alunos da Turma Alfa quanto à profissão e ao sexo.

³⁶ Foram considerados egressos todos os alunos que, até o momento da coleta de dados, tinham cumprido os requisitos exigidos para a conclusão do curso: integralização de 24 (vinte e quatro) créditos e trabalho de conclusão de curso aprovado.

Tabela 5 - Distribuição dos alunos da Turma Alfa-2008/1 por profissão e sexo. Minas Gerais, 2008

Profissão	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cirurgião-dentista	35	40,23	60	2,56	95	26,91
Enfermeiro	29	33,33	184	69,17	213	60,34
Médico	23	26,44	22	8,27	45	12,75
Total	87	100,00	266	100,00	353	100,00

Fonte: Plataforma Ágora/NESCON/FMUFG, fevereiro de 2011.

Pelos dados apresentados constata-se que, entre os alunos da Turma Alfa-2008/1, houve uma predominância de enfermeiros (60,34%), o que gerou um percentual maior de mulheres na turma (75,35%), visto que a enfermagem é uma profissão marcada pela questão de gênero. Porém, também é significativo o número de cirurgiões-dentistas.

Na segunda oferta do curso, Turma Beta-2008/2, as 400 (quatrocentas) vagas ofertadas foram ocupadas. Na Tabela 6 são apresentados os dados que caracterizam os alunos da Turma Beta-2008/2 quanto à profissão e ao sexo.

Tabela 6 - Distribuição dos alunos da Turma Beta-2008/2 por profissão e sexo. Minas Gerais, 2008

Profissão	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cirurgião-dentista	28	28,00	63	21,00	91	22,75
Enfermeiro	32	32,00	206	68,67	238	59,50
Médico	40	40,00	31	10,33	71	17,75
Total	100	100,00	300	100,00	400	100,00

Fonte: Plataforma Ágora/NESCON/FMUFG, fevereiro de 2011.

Comparada com a turma Alfa, a turma Beta apresenta um aumento percentual de médicos em detrimento de cirurgiões-dentistas. Contudo, mantém a mesma característica quanto ao predomínio de mulheres (75%) e enfermeiras (59,50%).

Quanto à taxa de evasão, na análise dos dados das turmas Alfa-2008/1 e Beta-2008/2, percebe-se que 224 (duzentos e vinte e quatro) alunos são identificados como excluídos, considerando as duas turmas. Essa exclusão pode ter ocorrido por decisão do aluno (solicitação formal de desistência) ou por ato administrativo em decorrência de duas situações: dois conceitos inferiores a D (reprovação com menos de 60 pontos), em uma

mesma disciplina ou em disciplinas diferentes, e não solicitar matrícula em um semestre. Não foram computados como evasão dois óbitos ocorridos na turma Alpha-2008/1. A distribuição dos alunos evadidos das Turmas Alfa-2008/1 e Beta-2008/2, por profissão, consta na Tabela 7 e representam 29,75% de evasão.

Tabela 7 - Distribuição dos alunos das Turmas Alfa-2008/1 e Beta-2008/2, excluídos até setembro de 2011, por profissão. Minas Gerais, 2011

Profissão	Excluídos Turma Alfa		Excluídos Turma Beta		Total de Excluídos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cirurgião-dentista	29	27,62	26	21,85	55	24,50
Enfermeiro	56	53,33	66	55,46	122	54,50
Médico	20	19,05	27	22,69	47	21,00
Total	105	100,00	120	100,00	224	100,00

Fonte: Plataforma Ágora/NESCON/FMUFG, fevereiro de 2011.

Os dados mostram que o maior percentual de evadidos é de enfermeiro. Contudo, considerando o número absoluto de profissionais que fizeram o curso nestas duas turmas, o impacto da evasão é mais significativo para o profissional médico. Fazem parte da taxa de evasão 47 (quarenta e sete) médicos, representando 40,52% desses profissionais cadastrados nas duas turmas; 55 (cinquenta e cinco) cirurgiões-dentistas, representando 29,57% dessa categoria profissional cadastrada, e 122 (cento e vinte e dois) enfermeiros, representando 27,05% dos enfermeiros cadastrados nas duas turmas.

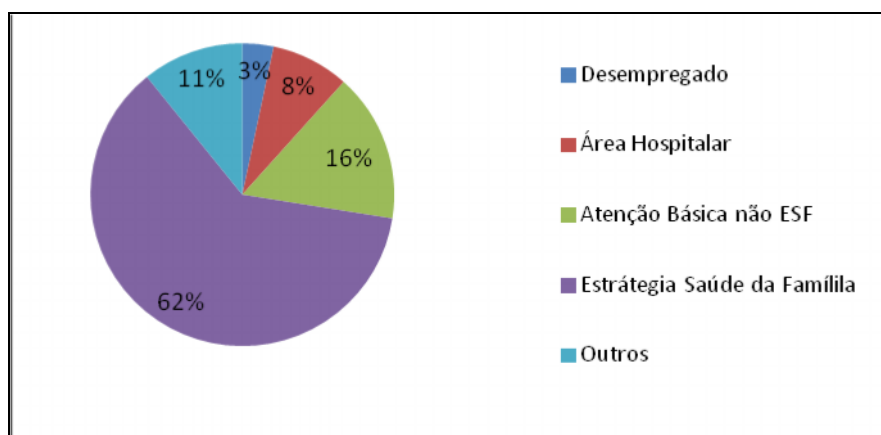
Ao analisar esse aspecto, vale lembrar que as atividades propostas nas disciplinas exigem que o profissional esteja vinculado à Estratégia Saúde da Família e, portanto, sua desvinculação dificulta (ou impossibilita) a execução das mesmas. Assim, pode estar relacionado com a evasão, entre outros motivos, o desligamento do profissional da atenção básica em algum momento do curso.

No caso dos 120 (cento e vinte) sujeitos que responderam ao questionário, 37,5% (45) não permaneceram na Estratégia durante todo o curso. Destes, 19,0% (23) informam que tiveram vínculo com o Serviço de Atenção com Estratégia Saúde da Família em mais de 70% do curso; 13% (15) em mais de 50%; e 6% (7) ficaram em menos de 50% do curso. Portanto, dos egressos respondentes, apenas 62,5% (75) permaneceram no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família durante todo o curso. Não foram

considerados como desvinculados da ESF aqueles que, durante o curso, assumiram cargo de coordenador do PSF ou coordenador de Saúde Bucal do município.

No momento em que os sujeitos responderam ao questionário, a situação era numericamente similar, pois 62,0% (74) informaram que não estavam desenvolvendo a Estratégia. A distribuição por presença ou ausência de vínculo de trabalho dos sujeitos no momento em que responderam ao questionário está representada no Gráfico 2 e confirma a rotatividade que tem sido apontada como um dos desafios a serem enfrentados na busca da consolidação do SUS por meio da ESF.

Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos que responderam ao questionário em relação ao vínculo de trabalho no momento da resposta. Minas Gerais, 2011.



Fonte: Questionário aplicado especificamente para este estudo. Minas Gerais, 2011.

No item *Outros* foram computados apenas aqueles que não assinalaram nenhuma das opções anteriores; portanto, não foram computadas as jornadas duplas, ou seja, vínculo com ESF e ensino, vínculo com ESF e consultório, como exemplos. No item *Outros* estão classificadas situações como: cargo de gestão fora do município, docência em escola técnica, serviço especializado.

A necessidade de manter o consultório foi assim explicada por um dos sujeitos entrevistados:

[...] querendo ou não, a gente não pode largar; o nosso vínculo é precário. O grande problema do vínculo precário eu acho que é esse, assim, você não pode se dedicar mais, crescer pelo serviço. Você tem um vínculo que, hora ou outra, você pode perder. Então,

... você tem que manter um consultório, por menos que goste, você tem que manter porque, se rescindirem o contrato, você volta (CD-13).

Essa fala aponta para outro desafio que precisa ser enfrentado, que é a segurança do trabalhador de que ele não será eliminado do “processo de produção” pelo político de plantão após uma eleição municipal ou em qualquer momento que seja de interesse político. Considero que essa é uma das consequências da flexibilização das relações de trabalho, com prejuízo para os trabalhadores e, conseqüentemente, para os usuários. O significado disso pode ser analisado nas seguintes unidades de contexto:

[...] a gente sempre está recomeçando, construindo. Tem que pegar e fazer tudo novamente. Porque eles mudaram, mudou todos, e eles não tiveram esse treinamento que eu fiz com os outros (ENF-10).

Eu tenho vontade de voltar a trabalhar no PSF, minha esperança é a próxima gestão. Falta pouco tempo: um ano e pouco só [...] (ENF-22).

Daqui a pouco chega um político lá, tira um e coloca outro... Começa tudo de novo, começa a fazer tudo de novo. Aí você vê seu trabalho... (ENF-27).

Outro item pesquisado por meio do questionário foi a motivação dos sujeitos para a escolha das disciplinas optativas, e o resultado será apresentado após a explicação a seguir.

A grade curricular do curso é composta por quatro disciplinas obrigatórias e vinte e uma disciplinas optativas (Anexo A). Entre as disciplinas optativas, somente treze foram ofertadas, sendo que a disciplina Saúde Ambiental passou a ser ofertada no segundo semestre de 2009. Assim, além da disciplina Saúde Ambiental, foram ofertadas para as turmas Alfa-2008/1 e Beta-2008/2 as seguintes disciplinas: Processo de Trabalho em Saúde (OB), Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde (OB), Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (OB) e Práticas Educativas e Tecnologias de Abordagem ao indivíduo, família e comunidade (OB), Saúde da Mulher (OP), Saúde do Idoso (OP), Saúde do Trabalhador (OP), Saúde Mental (OP), Saúde Bucal - Aspectos Básicos e Atenção ao Adulto (OP), Saúde da Criança e do Adolescente - Ações Básicas à Saúde (OP), Saúde da Criança e do Adolescente - Doenças Respiratórias (OP), Saúde da Criança e do Adolescente - Agravos Nutricionais (OP), Saúde Bucal - Atenção ao Idoso (OP), Iniciação à Metodologia Científica (OP), Protocolo de Cuidado à Saúde na Organização do Serviço (OP) e Projeto Social - Saúde e Cidadania (OP).

Para conseguir quatorze créditos de disciplinas optativas, o aluno pode fazer três disciplinas de quatro créditos e uma de dois créditos, ou pode fazer quatro disciplinas de quatro créditos, entre outras composições. Para a minha argumentação, destaco que ele pode fazer apenas quatro disciplinas optativas para conseguir os créditos necessários. No entanto, na análise dos dados relativos ao percurso dos alunos (disciplinas optativas cursadas), percebe-se que a maioria dos sujeitos que respondeu ao questionário (69,7%) cursou seis disciplinas optativas, conforme apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 – Número de disciplinas optativas cursadas pelos sujeitos que responderam ao questionário. Minas Gerais, 2011

Número de disciplinas cursadas	Alunos	
	Nº	%
8 disciplinas	02	1,7
7 disciplinas	08	6,8
6 disciplinas	83	69,7
5 disciplinas	26	21,0
4 disciplinas	01	0,8
Total	120	100,0

Fonte: Plataforma Ágora/NESCON/FM-UFGM, 2011.

Este resultado fortalece a informação dada pelos sujeitos de que o número de créditos não é a principal motivação para a escolha das disciplinas. Assim, apenas 09 (nove) sujeitos consideraram o número de créditos exigidos para integralização do curso como um dos critérios de escolha das disciplinas, como pode ser observado na Tabela 9. Mesmo entre esses, sete também assinalaram outras opções, pois os sujeitos podiam assinalar mais de um critério que motivou a escolha das disciplinas optativas.

Tabela 9 - Critérios para escolha das disciplinas optativas cursadas pelos sujeitos que responderam ao questionário. Minas Gerais, 2011

Itens de análise	Maior freq. de ocorrência do item como resposta	%
Freq. do item como resposta		
Número de créditos	09	7,5
Relação com problemas prioritários	76	66,3
Necessidade de aprofundar conhecimento	93	77,5
Orientação do tutor	04	3,3
Outro motivo	05	4,2

Fonte: Questionário aplicado especificamente para este estudo. Belo Horizonte, fevereiro de 2011.

Os dados mostram que os sujeitos respondentes escolheram as disciplinas a serem cursadas em função da *necessidade de aprofundar conhecimento* (77,5%) e da sua *relação com os problemas prioritários de sua área de abrangência* (66,3%).

Também, por meio das entrevistas, os sujeitos permitiram fazer essa interpretação, conforme as unidades de contexto que apresento a seguir:

As disciplinas que eu escolhi, foi dentro do que eu via na minha necessidade dentro do PSF que eu estava trabalhando; e escolhi em cima disso. Então, eu pensei muito nisso e, também, teve algumas disciplinas que eu não tinha muito conhecimento ainda, na época, aí, acabei optando por essas disciplinas para eu ter um conhecimento maior (ENF-48).

[...] as matérias que eu escolhi, elas foram mais interligadas, ligadas ao dia a dia, às coisas que eu via... Saúde do idoso, saúde do trabalhador (MED-1).

Por isso que eu escolhi, por exemplo, eu escolhi o idoso, a mulher, saúde da mulher, porque aqui vem muita mulher; 80% dos pacientes que veem aqui são mulheres. Então escolhi saúde da mulher, saúde do idoso. [...] É mais na periferia que tem criança; aqui no centro é mais idoso. Por isso que predominam as doenças cardiovasculares. Então, eu escolhi as minhas disciplinas de acordo com que eu precisava aqui (MED-9).

Nesse sentido, os dados da Tabela 10 são pistas sobre as áreas ou conteúdos em que os sujeitos tinham mais necessidade de conhecimento ou que estavam mais relacionados aos seus problemas prioritários, entre as disciplinas ofertadas. Nela estão relacionadas as disciplinas optativas e a frequência com que foram escolhidas pelos sujeitos. Também é possível analisar a trajetória dos egressos que responderam ao questionário, por profissão, em relação às disciplinas cursadas.

Como era de se esperar, houve um predomínio de cirurgiões-dentistas nas disciplinas específicas dessa área profissional. Contudo, talvez não fosse esperado que alguns não as fizessem: 03 (três) cirurgiões-dentistas não fizeram a disciplina Saúde Bucal - Aspectos Básicos e Atenção ao Adulto, e 08 (oito) não fizeram a disciplina Saúde Bucal - Atenção ao Idoso. Estes e outros dados podem ser analisados na Tabela 10, a seguir.

Tabela 10 - Disciplinas optativas cursadas pelos sujeitos que responderam ao questionário, por profissão. Minas Gerais, 2011

Disciplinas optativas	Cir.-dentista		Enfermeiro		Médico		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
S. C. e do Adol.: Ações B. à Saúde	30	33,3	56	62,2	04	4,5	90	100
Prot. de Cuidado à S. na Org. do Serv.	36	40,5	47	52,8	06	6,7	89	100
Iniciação à Metodologia Científica	30	41,7	35	48,6	07	9,7	72	100
Saúde do Idoso	28	40,0	35	50,0	07	10,0	70	100
Saúde da Mulher	13	19,7	46	69,7	07	10,6	66	100
Saúde do Trabalhador	16	27,1	37	62,7	06	10,2	59	100
Projeto Social: Saúde e Cidadania	21	38,9	28	51,8	05	9,3	54	100
S. Bucal: Asp. Básico e At. ao Adulto	44	95,6	01	02,2	01	2,2	46	100
Saúde Mental	09	20,0	28	62,2	08	17,8	45	100
Saúde Bucal: Atenção ao Idoso	39	95,1	02	04,9	00	0,0	41	100
S. da C. e do Adol.: D. Respiratórias	03	10,0	23	76,7	04	13,3	30	100
S. da C. e do Adol.: Agr. Nutricionais	06	20,7	22	75,9	01	3,4	29	100
Saúde Ambiental	04	66,8	01	16,6	01	16,6	06	100

Fonte: Plataforma Ágora/NESCON/FM-UFMG, 2011.

Além das disciplinas específicas, o destaque em relação à opção dos cirurgiões- dentistas é a disciplina Saúde da Criança e do Adolescente: Ações Básicas à Saúde. De acordo com entrevistados

[...] o (módulo) Saúde da Criança faz a gente conhecer o resto da criança em um todo, da saúde da criança em um todo (CD-20).

Apreendi assim, não só da minha profissão, mas aprendi do médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, os agentes comunitários de saúde, nós somos uma equipe hoje, e hoje eu sei o que cada um faz (...) (CD-38).

Em relação aos enfermeiros, mais de 50% fizeram as disciplinas Saúde da Criança e do Adolescente: Ações Básicas à Saúde, Protocolo de Cuidado à Saúde na Organização do Serviço, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Iniciação à Metodologia Científica e Saúde do idoso.

Dentre os médicos, as principais opções foram: Saúde Mental, Saúde do idoso, Saúde da Mulher e Iniciação à Metodologia Científica. Contudo, um deles aponta sua insatisfação com a disciplina quando diz que

...a saúde mental, que eu fiz também, é que foi pouco. A vivência me trouxe pouca coisa. Porque saúde mental é muito complexa; então, você acha que você vai ter pelo menos um rumo sobre o que fazer e o que não fazer e eu achei que não me deu rumo não. Saúde mental eu achei muito... (MED-1).

Entre outros autores, Silveira (2009), em sua tese de doutorado, apontou para a dificuldade de os profissionais da ESF trabalharem de forma eficaz com as demandas de Saúde Mental, com suporte inadequado para articular as propostas teóricas com o vivenciado na prática. Assim, essa unidade de contexto pode contribuir com a compreensão de que há necessidade de uma abordagem mais específica em saúde mental, provavelmente com foco na especificidade profissional.

A análise das informações dadas pelos egressos que responderam ao questionário nos diz que 49,2% (59) dos alunos tiveram outro membro da equipe fazendo o curso. Desses, 61,0% (36) fizeram na mesma turma, 18,6% (11) em turma diferente, e 11,9% (07) não informaram sobre a turma; também ocorreu de 8,5% (05) egressos terem colegas de equipe na mesma turma e em turma diferente da sua.

Para um dos sujeitos que responderam o questionário, o fato de três membros de sua equipe terem feito o curso na mesma turma foi motivo de envolvimento da equipe nos módulos obrigatórios e que “nos módulos optativos houve menos envolvimento” (ENF-19). No entanto, a partir da análise das entrevistas, é possível inferir que fazer o curso junto com mais um membro da equipe, ou ter algum membro da equipe que já fez o curso, é uma estratégia importante de propiciar EP e, conseqüentemente, de indução de mudanças no processo de trabalho. Portanto, esse aspecto deve ser considerado quando da oferta de cursos, como o CEABSF, que têm a intencionalidade de transformar o modelo de atenção à saúde. Foram várias as unidades de contexto identificadas com a importância de “fazer junto” e, a seguir, cito algumas:

O ideal seria, se fosse possível, é que a equipe fizesse (o curso), porque você sozinha tentando mudar dez é complicado, então [...] acaba que isso dificulta; eu acho que, se

houvesse um tipo de coisa que fosse voltada pra equipe, não sei como seria porque é um pouco complicado, porque tem agentes... níveis de escolaridade diferentes... (MED-1).

Eu sozinha, como médica, na minha equipe, às vezes, eu não vou conseguir mudar esse processo de trabalho. Para cada equipe, deveria ser obrigatório o médico e o enfermeiro (MED-8).

[...] aquelas ferramentas que a gente usou, que eu usei há dois anos, eu estou tendo que fazer tudo novamente, mas era bom que o médico e o dentista estivessem juntos, porque fica muito a cargo da enfermeira fazer isso tudo. Então, a questão do diagnóstico, eu estou fazendo tudo novamente (ENF-10).

[...] ele trabalha comigo... então, enquanto eu fazia as disciplinas eu ia aplicando com ele. Ah, isso cabe, isso não cabe. Isso a gente conseguiu fazer, isso a gente não consegue. E a gente foi tentando trazer isso para a prática. Isso foi extremamente importante. Melhorou muito o nosso processo de trabalho (CD-13).

[...] tinha ela e o enfermeiro (fazendo o curso). Hoje a gente vê que é uma das unidades mais estruturadas, tem vínculo maior com a unidade, com a comunidade e consegue melhor resultado; então, é uma proposta que tem alcançado a questão da educação permanente (CD-23).

Pelo fato de só eu da equipe estar fazendo a especialização [...] então, era mais o diálogo através das agentes comunitárias [...], mas a questão da implantação ficou dificultada [...] porque a equipe não incorporava, ela não via aquilo como uma propriedade dela, via como – *Ah, o fulano tá fazendo isso e tá tentando trazer pra cá* (CD-23).

[...] a enfermeira de lá também estava fazendo esse curso. Eu achei muito bom nós duas estarmos fazendo o curso porque, aí, a gente fazia tudo junto, uma ajudava a outra. Muito interessante, dentro da equipe, as duas; se possível, se o médico também tivesse participado, ia ser muito interessante (CD-41).

[...] nós três fizemos juntos o curso. É importante fazer o médico, o enfermeiro, o dentista; para a gente ter uma noção maior. Porque fica bem mais fácil de trabalhar. (Passou a falar com mais ânimo, com o tom da voz modificado, entusiasmada.) Ficou bem mais fácil de trabalhar depois que todo mundo fez o curso (ENF-63).

Em uma perspectiva de envolvimento de todos os atores sociais com poder de influenciar o processo de mudança, os gestores também foram lembrados:

[...] porque, se tem a participação de gestores, fica mais claro pra que eles entendam o seu processo de trabalho e a sua necessidade porque, aqui no município, às vezes eles querem te deslocar, tirar do PSF pra atender em outro lugar. Eles não dão importância àquela sequência daquele trabalho (CD-3).

[...] Eu acho que em cada município que funcione, que implante a Estratégia Saúde da Família, os gestores, eles têm que estar engajados; ele tem que saber o que é, tudo, desde o financiamento, o processo todo, porque senão eles não conseguem enxergar a importância e como funciona (MED-8).

Quanto à fonte de dados para executar as atividades solicitadas nas disciplinas/módulos que envolvia levantamento de dados da população de sua área de abrangência, houve predomínio da utilização de informações dadas pelos ACS e de dados formais, institucionalizados em bancos de dados oficiais, como das secretarias municipais de saúde e outros órgãos governamentais. Outros membros da equipe que não o ACS foi a terceira fonte de dados mais utilizada, conforme apresentado na tabela 11. Também neste caso, os sujeitos podiam assinalar mais de uma opção.

Tabela 11 - Fontes de dados utilizadas pelos sujeitos que responderam ao questionário para a realização das atividades do curso. Minas Gerais, 2011

Itens de análise	Maior freq. de ocorrência do item como resposta	%
Freq. do item como resposta		
Conhecia, sem consulta a outras fontes de informação externas	28	23,3
Dados que solicitou aos agentes comunitários de saúde	98	81,7
Dados que solicitou a outros profissionais da equipe	68	56,7
Dados sistematizados pela Secretaria Municipal de Saúde	92	76,7
Bancos de dados de Órgãos governamentais	51	42,5
Outras fontes*	03	2,5

* Três egressos responderam que buscaram dados com informantes-chave da comunidade.

Fonte: Questionário aplicado, especificamente, para este estudo. Minas Gerais, fevereiro de 2011.

Um dos egressos registrou no questionário um comentário sobre a sua resposta que aponta para uma possível falta de compreensão dos profissionais envolvidos na situação sobre o foco da atenção de todos os membros da equipe e a função do AC como elo entre a comunidade e a unidade básica:

Eu mesma colhi os dados, porque tanto os AC como a gestora municipal, como os enfermeiros afirmavam que os ACS deveriam ficar totalmente envolvidos em atividades não relacionadas à saúde bucal (CD-36).

Em uma perspectiva contrária a essa situação, foi mais significativa, numericamente, o relato de outras que indicam um processo de construção coletiva entre e com os membros

da equipe. Essa minha interpretação decorre tanto das informações apresentadas na Tabela acima como de unidades de contexto de entrevistas, tais como:

[...] às vezes, atividades do curso eu levava pra fazer, tipo uma reunião e falava: - *tem que responder isso aqui para o curso*. Aí, sabe, dá pra fazer um trabalho de equipe mesmo, isso aconteceu em várias atividades (MED-1).

[...] eu acho que a maioria dos agentes [...] se você chega, pede dados e explica o porquê... - *Por que eu quero? Porque isso vai resultar em melhora do serviço nisso, naquilo*. Eles se empenham. Assim, eu digo que a minha equipe fez a especialização junto comigo. Eles foram meus colaboradores. E isso melhorou não só o meu trabalho; melhorou o trabalho deles, porque à medida que eles iam aprendendo porque eles estavam fazendo aquilo, eles tinham um objetivo comum (CD-13).

Os agentes comunitários de saúde me ajudaram, me falaram o que que eles fazem, como eles fazem; eu saí com eles, fui na casa dos pacientes com eles, vendo o trabalho deles e o meu, nós dois juntos. E assim fui fazendo lá no PSF que eu trabalho. A gente começou a trabalhar junto com elas, eu trabalho até hoje, não fiquei isolada mais, já faço tudo junto (CD-38).

Portanto, independentemente da categoria profissional, o sentimento de pertencimento a uma equipe pode ser um dispositivo importante para romper o imobilismo e as barreiras virtuais de integração entre pessoas que devem ter um objetivo comum. Segundo Peduzzi (2001) uma das características de uma equipe verdadeiramente *integrada* é um projeto assistencial comum. Para a autora, não existe projeto assistencial comum na equipe que ela caracteriza como *equipe agrupamento*; há projeto assistencial comum na *equipe integração*.

Considerando a análise apresentada por aquela autora, infiro que pessoas integradas e com objetivos comuns se reúnem para planejar e avaliar as suas ações. Essa é uma prática valorizada nos enunciados das atividades propostas nas disciplinas do CEABSF. Há, com certa frequência, a solicitação de que o profissional em formação consulte ou discuta com a equipe determinado assunto. Disse-me um dos entrevistados:

A partir do momento que eu comecei a fazer o curso e tinha aqueles textos da reunião embaixo da árvore, aí a gente começou a fazer reunião (MED-9).

Dando ainda mais sentido a esse achado, é importante frisar que, do ponto de vista do processo ensino-aprendizagem, os sujeitos constroem significados e que estes são ajustados socialmente entre grupos de pessoas. “O aprendizado [...] é diálogo – interações consigo mesmo ou com outros” (JONASSEN, 1996, p.71).

Neste mesmo sentido, organizar uma reunião da equipe ou aproveitar reuniões que a equipe já fazia foi uma estratégia que os sujeitos que responderam ao questionário utilizaram para o desenvolvimento de seu aprendizado, na resolução das atividades solicitadas. Assim, setenta e dois sujeitos (69%) utilizaram reunião que fazia parte da rotina da equipe para aquele fim e apenas seis sujeitos (5%) relataram que nunca reuniram com a equipe para a realização das atividades do curso.

O primeiro ponto a ser destacado é que as equipes estão realizando reuniões e que essas se constituíram em espaços que possibilitaram a apresentação de demanda, problematizações e busca de solução para questões colocadas por um ou mais de um dos membros da equipe que faziam o curso. É, portanto, um espaço já existente que pode favorecer a reflexão coletiva sobre o processo de trabalho e articulação de meios para intervenções positivas na realidade, induzindo um processo de educação permanente.

Alguns comentários sobre a possibilidade de reunir-se com a equipe para realizar atividades que tinham relação com o cotidiano de uma equipe de saúde da família, retirados dos questionários, foram:

- Era bastante proveitoso; a equipe participava bastante. (ENF-5) – aluno aproveitava as reuniões que a equipe fazia, habitualmente.
- Aproveitava as reuniões da equipe, mas, infelizmente, não ocorriam com periodicidade. (CD-7) - aluno, pelo menos uma vez em cada disciplina, discutia conteúdo do curso em reunião de equipe.
- Muitas atividades solicitadas foram discutidas e pactuadas com a equipe. (ENF-8) – aluno aproveitava as reuniões que a equipe fazia, habitualmente e, pelo menos uma vez em cada disciplina, discutia conteúdo do curso.
- A participação da equipe foi intensa e motivou a participação na especialização. (ENF-14) - aluno aproveitava as reuniões que a equipe fazia habitualmente.
- Algumas vezes, especificamente; em outras, aproveitando as reuniões ordinárias. (CD-30) - aluno aproveitava as reuniões que a equipe fazia habitualmente e também em outros momentos.

Por outro lado, comentários registrados pelos respondentes do questionário indicam que ainda há desafios a serem vencidos para que a reunião de equipe seja parte do cotidiano, com a intencionalidade de construir conhecimento e encontrar soluções para problemas da prática. Ou seja,

- Não há completa interação entre saúde bucal e demais profissionais da saúde. (CD-32) - aluno discutiu conteúdo do curso com a equipe apenas algumas vezes.
- Quando precisava reunir com a equipe, solicitava a enfermeira da ESF que explicava o que precisava colher, ou ela aplicava os questionários para mim. (CD-35) - aluno não reunia com a equipe para discutir as atividades.
- Nas equipes das quais eu participava nunca convidavam o CD para reuniões. (CD-36) - aluno discutia conteúdos do curso com a equipe só quando estava explícito no enunciado da atividade.
- Houve dificuldade apenas de reunir com o médico da equipe. (ENF-39) - aluno discutia conteúdo do curso em reunião de equipe pelo menos uma vez em cada disciplina.

Ainda em relação à reunião de equipe como instrumento de EP, há indicativo de que processos de capacitação desenvolvidos com objetivo de qualificar o trabalho coletivo ainda não foram totalmente incorporados na cultura institucional. A busca por conhecimento na área profissional é vista como algo de responsabilidade pessoal, pois o retorno é percebido como sendo individual. Assim, os momentos de reflexão da equipe não são considerados como parte do processo de trabalho e, portanto, não é disponibilizado tempo da jornada de trabalho para essa reflexão e conseqüente aprendizado. Assim:

- Nem sempre é possível reunir a equipe para resolver atividades que, aparentemente, eram de cunho pessoal. (ENF-48) - aluno aproveitava as reuniões que a equipe fazia habitualmente e também em outros momentos.
- Sabemos das dificuldades quando envolve a participação de outros profissionais, pois nem todos se mostram solícitos em colaborar. (CD-43) – aluno discutia conteúdo das disciplinas com sua equipe algumas vezes, quando estava explícito no enunciado da atividade.
- [...] o tempo para realizar as atividades e conciliar com o curso era pequeno. (ENF-60) - aluno discutia conteúdo das disciplinas com sua equipe algumas vezes.

Uma interpretação possível é de que o que foi visto na literatura sobre *organização que aprende* ainda não é uma prática comum na área de saúde como o é em outras áreas da economia. Sem dúvida é preciso fortalecer a capacidade de aprendizagem das organizações de saúde, buscando transformá-las em lugares onde se ensina e se aprende, permanentemente, com estratégias que envolvam todos os integrantes da instituição, aprendendo em grupo (SENGE, 1990). Esse processo favoreceria, inclusive, a incorporação do ensino escolarizado de formação profissional na rede de instituições do SUS, resultando em futuros profissionais mais integrados e qualificados para aplicação de princípios vivenciados em um cotidiano institucional.

Em relação à questão sobre o curso possibilitar que o profissional introduzisse alguma ferramenta de organização do processo de trabalho que não usava anteriormente, 13,4% (16) responderam que não, 82,4% (98) responderam que sim e 4,2% (05) não responderam. Foi solicitado que informassem qual a ferramenta que motivou a resposta positiva e, como a indicação foi livre, ou seja, não era para marcar em uma lista predefinida, considerei necessário organizar as respostas em categorias. O que resultou dessa categorização está contido no Apêndice E. As categorias identificadas foram as seguintes: Planejamento, Diagnóstico em Saúde, Organização do Processo de Trabalho, Acolhimento, Grupo Operativo, Capacitação e acesso a novos conhecimentos, Formação e Trabalho em Equipe, Reunião de Equipe, Classificação de Risco e Comunicação.

Em relação a ferramentas voltadas à atenção à saúde dos usuários, que ele porventura tenha introduzido em sua prática após o curso, 21,0% (25) responderam que não introduziram nenhuma, 75,6% (90) responderam que sim, que introduziram, e 3,4% (4) não responderam. Da mesma forma que a questão anterior, também foi solicitado que os sujeitos indicassem qual ferramenta incorporaram à prática sem que houvesse uma lista para assinalar. As respostas foram analisadas na perspectiva de, também, serem distribuídas em categorias. Contudo, apesar de algumas ferramentas ou estratégias terem sido elencadas – como acolhimento, classificação de risco, trabalho com grupos e visita domiciliar –, o que emergiu nesse espaço foram representações da realidade vivenciada pelos egressos que eles apontam como resultado do desenvolvimento do curso:

Puericultura, atenção à saúde do idoso, com ênfase na prevenção de agravos (MED-4).

Trabalho em equipe (MED-9).

Melhor compreensão do processo de envelhecimento, dos problemas que atingem uma camada da população; consequentemente, maior resolutividade na atenção e maior acolhimento (CD-11).

Acompanhamento das consultas para crianças com datas agendadas, tratamento de IRA, genograma, classificação de risco, busca de parcerias para solucionar problemas etc (ENF-16).

Ações multiprofissionais mais frequentes: na puericultura, nas visitas domiciliares, nos grupos operativos (ENF-19).

Abordagem coletiva voltada para o real problema da população, levando em consideração o conhecimento da população e suas necessidades (CD-22).

Estratificação de risco familiar, organização da demanda espontânea e consultas agendadas (ENF-25).

Acolhimento e escuta terapêutica aos usuários, principalmente com transtornos mentais (ENF-36).

Horário estratégico de atenção à saúde dos trabalhadores (CD-38).

Modificação no protocolo de assistência à criança e ao adolescente (ENF-41)

Consegui a união da equipe na formação de um projeto de ação de apoio específico aos idosos maiores de 60 anos (CD-45).

Passamos a manter uma caixa-fichário exclusiva para pediatria, otimizando o acompanhamento das crianças quando passavam pela antropometria (ENF-52).

O Apêndice F contém outras unidades de contexto que, junto com as que foram aqui apresentadas, são indícios de que houve mudança de prática e criação de novos hábitos a partir do envolvimento dos sujeitos da pesquisa com as atividades propostas pelo curso.

7.2 Interpretando as Narrativas

Nesta seção concentro a minha interpretação sobre os dados coletados por meio de entrevistas e analisados, metodologicamente, à luz do que foi discutido e difundido por Bardin (1979). A interpretação foi sustentada por minha experiência e pelo referencial teórico que busquei antes e durante a trajetória metodológica que desenvolvi é que apresentei no terceiro capítulo.

Foram entrevistados 15 (quinze) sujeitos que estiveram desenvolvendo a Estratégia Saúde da Família durante todo o curso. Foram entrevistados: 07 (46,7%) cirurgiões-dentistas, 05 (33,3%) enfermeiros e 03 (20,0%) médicos. No Quadro 5 podem ser visualizados alguns dados que projetam um contorno para os sujeitos entrevistados.

Quadro 5 - Perfil dos entrevistados quanto à idade, ao sexo e ao local e ano da graduação.

Minas Gerais, 2011

Profissão	Idade em 2011	Sexo	Instituição onde fez a graduação	Ano da graduação
Enfermeiro	62	Fem.	Pontifícia Universidade Católica - MG	1976
Enfermeiro	52	Fem.	Universidade Federal de Alfenas - MG	1981
Cir. Dentista	50	Fem.	Fac. de Odontologia de Gov. Valadares - MG	1982
Médico	55	Fem.	Faculdade de Medicina de Vassouras - RJ	1983
Cir. Dentista	49	Masc.	Universidade Federal de Juiz de Fora - MG	1985
Cir. Dentista	43	Fem.	Universidade Federal de Minas Gerais – MG	1990
Médico	43	Fem.	Universidade Federal de Minas Gerais - MG	1994
Médico	44	Fem.	Universidade Federal de Juiz de Fora - MG	1995
Enfermeiro	40	Fem.	Universidade Federal de Alfenas - MG	1997
Cir. Dentista	39	Fem.	Pontifícia Universidade Católica - MG	1998
Cir. Dentista	37	Fem.	Universidade Federal de Alfenas - MG	1999
Enfermeiro	30	Fem.	Universidade Federal de Alfenas - MG	2000
Cir. Dentista	35	Masc.	Universidade Federal de Juiz de Fora - MG	2001
Cir. Dentista	35	Fem.	Universidade Federal de Juiz de Fora - MG	2001
Enfermeiro	28	Fem.	Universidade Federal de Alfenas - MG	2005

Fonte: Questionário aplicado especificamente para este estudo. Minas Gerais, fevereiro de 2011.

Os profissionais estão ordenados por ordem crescente do ano de graduação, o que gerou uma sequência de idade em ordem inversa, com duas desordens insignificantes. A média de idade é de 42,8 (quarenta e dois vírgula oito) anos, e a média de tempo de formado é de

18,5 (dezoito vírgula cinco) anos, com extremos entre 06 (seis) a 35 (trinta e cinco) anos de formado.

As narrativas dos sujeitos, cujo processo de trabalho em atenção básica é problematizado, dão pistas sobre o *status quo* do projeto SUS no espaço onde cada um está inserido. Respondendo à minha solicitação de que fizessem uma narrativa sobre a trajetória vivida no desenvolvimento do curso, os entrevistados narraram vivências relacionadas ao processo de trabalho assistencial e à gestão do serviço de saúde, sugerindo uma interação curso-cotidiano dos sujeitos da pesquisa.

Procurei não me render à sedução do conteúdo de alguns discursos para não fazer contra-argumentação em relação à verdade de cada sujeito ou aproveitá-las para fazer o meu discurso sobre o SUS. Assim é que o recorte foi feito tendo em mente o objeto deste estudo, que é o potencial do CEABSF de gerar processos de educação permanente no microambiente de produção de serviços de saúde.

A partir do referencial teórico adotado - análise temática de conteúdo proposta por Bardin - fiz várias leituras das transcrições das entrevistas e identifiquei oito Categorias Preliminares fundamentadas em elementos semelhantes e diferentes. Após reagrupamento, em função de características comuns, emergiram cinco categorias: Interrogando e compreendendo a possibilidade de a teoria contribuir com a prática e de a prática enriquecer a teoria; Refletindo sobre o processo de trabalho: incorporação e aplicação de conhecimento; Dificuldades e facilidades vivenciadas na implantação e implementação de um novo modelo de atenção à saúde; Perspectiva de comprometimento com o SUS atual e visão de futuro: o SUS onde quero estar; Alguns aspectos que devem ser considerados na avaliação do curso.

O meu esforço a partir desse ponto é no sentido, enquanto a melhor direção, de explicitar a minha interpretação de cada uma das categorias temáticas que emergiram do processo de análise realizado, nutrida pelo referencial teórico apresentado.

7.2.1 Interrogando e compreendendo a possibilidade de a teoria contribuir com a prática e a prática enriquecer a teoria

As unidades de contexto que deram sentido a essa categoria temática possibilitaram a interpretação de que o curso não causou estranhamento, pois não confrontou a prática com uma teoria não significativa. Os sujeitos se manifestaram sobre a relação entre o que era abordado no curso e sua prática de várias formas, e todas indicando uma possibilidade positiva de aprendizagem significativa. Ou seja:

Não foi tão complicado por causa disso, porque foi uma coisa de vivência (MED-1).

[...] as próprias perguntas, questões suscitadas nos módulos, elas faziam com que você tivesse que ir na prática, buscar dados, coletar dados, reunir equipe para poder desenvolver essas atividades (CD-7).

[...] nunca teve nenhum módulo que assim: esse aqui não tem nada a ver não; acho que todos sempre tiveram tudo a ver. [...] não ficou nada sem aproveitar, assim, fora da realidade (MED-8).

São atividades que você utilizava na sua prática. Então, você fazia as atividades, é, pensando aqui, no nosso trabalho; utilizando o trabalho; utilizando o que a gente fazia aqui. Então, não foi tão difícil. Porque a gente usava a nossa prática. E a gente se envolvia [...] (MED-9).

Não ficou, sabe, aquela coisa muito no teórico e foi legal porque eu podia levar para os agentes em um linguajar, uma dificuldade maior, mas eles conseguiam trabalhar junto comigo, em tudo que ia trabalhar [...] Por que eu acho que entrou bem dentro da vivência da gente. Tudo, a nossa prática do dia a dia mesmo (ENF-10).

[...] eu tinha a prática direto: eu estava no PSF e a equipe de lá, também, muito envolvida com o trabalho; então, a gente pôde aplicar aquilo que eu estava fazendo aqui no Polo, já direto, lá no Programa de Saúde da Família (ENF-22).

As atividades sempre tiveram a ver com a prática, até porque a forma contextualizada que os exemplos eram colocados, o paralelismo que se fazia com a realidade, tinha tudo a ver (CD-23).

[...] tudo que eu comecei a aprender no curso eu comecei, também, a colocar em prática (ENF-30).

Tudo que eu via na teoria eu presenciava na prática (ENF-48).

Com relação às atividades, eu não tive dificuldades, pois sempre estavam voltadas para o PSF. Ficou bem fácil de fazer todas as atividades; então, era tudo que a gente estava vivendo na realidade (ENF-63).

No transcorrer do curso, de acordo com entrevistados, procedimentos que fazem parte do cotidiano dos profissionais e das equipes tiveram uma releitura iluminada pela organização do conhecimento dito teórico, referenciado em uma leitura aproximada da prática. Assim, o uso, por exemplo, da caderneta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e os procedimentos relativos ao controle de câncer foram redescobertos por enfermeiros que, há alguns anos, desenvolvem o acompanhamento da criança e da mulher e se expressaram da seguinte forma:

[...] a Saúde da Criança, que envolveu muito aquele cartão da criança, aquilo lá, para mim, foi assim, maravilhoso, porque focou o cartão da criança que é o que a gente trabalha no dia a dia. [...] a caderneta mesmo, da criança, que tem tudo (ENF-10).

A gente viu instrumentos que a gente utiliza mesmo dentro do PSF. Então, essa parte do cartão de vacinas das crianças, nós fizemos até um trabalho recentemente no PSF para verificar o cartão de vacina, o controle de peso das crianças, então, eu até segui o que estava escrito mesmo dentro, na apostila (ENF-63).

Igual teve o preventivo: uma tabela que tem lá no módulo, que tem certinho mostrando todas as intervenções que a gente tem que fazer. A gente não tinha essa noção. Só anotava o resultado do preventivo e não fazia intervenção nenhuma. Com o curso, dá para perceber o que a gente tem que fazer para melhorar (ENF-63).

Considero que o CEABSF tem algumas características que podem facilitar essas ocorrências. Uma delas é a exigência de que o candidato ao curso esteja vinculado a uma equipe de Saúde da Família, o que é verificado por meio de seu registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Esse pré-requisito pode favorecer a interação entre teoria e prática. O cenário no qual os alunos vivem a situação experiencial do processo de aprendizagem é o SUS, especificamente, o território de desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família.

Estabelecida como pré-requisito para fazer o curso, a inserção do aluno neste processo de trabalho específico é considerado um elemento essencial na construção das experiências de aprendizagem propostas. É a sua experiência no desenvolvimento da referida estratégia a ancoragem para a construção de novos conhecimentos. Há uma intencionalidade pedagógica traduzida em atividades que podem gerar espaços e tempo de reflexão no interior do processo de trabalho. Ainda, do ponto de vista pedagógico, a formulação de atividades que requisitam a construção de mapas contextuais, presentes em todas as disciplinas, podem contribuir com a análise da realidade na qual os profissionais estão

inseridos, favorecendo a reflexão sobre suas ações diante das necessidades de saúde da população.

Reflexões apresentadas por entrevistados possibilitaram interpretar que as disciplinas obrigatórias foram as que causaram algum estranhamento, provavelmente por não pertencer ao elenco de conteúdo de especialidades, por serem aquelas que trazem para a discussão o modelo de atenção, o processo de trabalho, o planejamento e algumas tecnologias de abordagem do indivíduo, da família e da comunidade. Em contrapartida, elas também foram consideradas básicas para a compreensão do todo, fornecendo instrumentos para a organização do processo de trabalho com foco no modelo proposto para a atenção básica. As unidades de contexto a seguir mostram o significado que mais de um entrevistado deu para as disciplinas obrigatórias:

[...] aquelas disciplinas no começo que eram mais difíceis. Mas a gente viu depois que todas iam servir de embasamento para o que a gente ia fazer nas outras, que eram mais específicas (ENF-10).

Achei superimportantes as matérias básicas, essa questão do diagnóstico situacional. [...] Esse diagnóstico a gente nunca fez; ir lá na população e perguntar, sair no campo; apesar da gente fazer visitas, da área da gente já ser bem conhecida, mas eu acho que você escutar da população, fazer essa pergunta: - *O que você quer? Quais os problemas que você está enxergando na sua área? O que você quer mudar? O que é importante para você?* Eu acho que foi superinteressante (MED-8).

Nós buscamos aquilo ali, realmente, levar aquilo ali que estava na apostila pra dentro do PSF. Aquela questão toda de conhecimento da comunidade. Das práticas de como conhecer a comunidade, como fazer para entrar em contato. Pra melhorar a relação do PSF com a comunidade (CD-31).

Um entrevistado diz que as disciplinas obrigatórias trouxeram à memória a história do movimento sanitário, fazendo lembrar a importância da participação para a construção coletiva, cada um fazendo, junto, a sua parte. Dessa forma, as disciplinas fizeram renascer e amplificar a vontade de transformar a realidade. Para ele é importante ter referências nacionais para embasar a atuação local, na assistência ou na gestão (CD-23).

É apontada também como uma experiência de aprendizagem importante a discussão de casos clínicos que envolvia conteúdo de várias disciplinas, que ocorria nos encontros presenciais. Para um entrevistado

“favoreceu muito o processo ensino-aprendizagem; amarrou conceitos importantes; possibilitou as trocas significativas, ali, de conhecimento; possibilitou explicitar experiências que foram exitosas ou não” (CD-7).

No outro extremo, ou seja, no final do curso, o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) surge como uma atividade mais complexa e mais difícil, apesar de, também, ter sido realizado tendo a prática como referência. Nesse caso, a dificuldade emerge da falta de hábito de elaborar trabalhos acadêmicos. Foram comuns unidades de contexto que possibilitaram essa minha interpretação:

Tive muita dificuldade na elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso. Talvez pelo fato de eu não ter feito opção por fazer o módulo de metodologia científica, eu tive muito mais dificuldade. [...] O momento mais difícil para mim foi na construção do TCC (CD-7).

[...] o que eu fiz foi fazer uma análise da realidade da minha população; o que a gente tinha, oferecia e quais eram os anseios dessa população; então, foi isso que eu fiz [...] um trabalho científico, já havia um tempo que eu não fazia; a gente acaba afastando um pouco dessa parte científica. Eu achei muito importante isso (MED-8).

Eu escolhi fazer meu TCC naquela experiência que eu já tinha com adolescente. A saúde envolvendo a sexualidade, DST, da gestação não pro(gramada), indesejada; então, eu escolhi este tema [...] (ENF-22).

A gente abordou a importância da saúde da mulher na prevenção do câncer cérvico uterino porque, sabe, as mulheres [...] não faziam; e eu achei, primeiramente, que era por eu ser muito nova [...] eu fui vendo que não era isso, que um pouco é a cultura delas mesmo [...] Aí, depois que a gente começou a soltar folders, explicar o que que era, para que que servia; aí que elas começaram a aderir mais; a gente fez mutirões com 60, 70 pessoas, 70 mulheres. Depois que eu vivenciei isso, eu falei: “- Ah! eu vou fazer; porque a partir da hora que a gente começou a agir, a população começou a procurar”. Aí, eu quis defender essa tese (ENF-30).

Lá na minha faculdade quando eu formei, a gente fez de três, sabe, então uma podia ajudar a outra e, não sei, era diferente. E aqui, a exigência da UFMG eu acho que era maior. Porque, Nossa Senhora, muita dificuldade. Mas com o decorrer do tempo, tudo, a minha orientadora é ótima, foi muito boa. Aí a gente conseguiu, e eu terminei (ENF-30).

TCC é difícil? É. Só que eu tive muita gente para me ajudar [...] Não foi fácil para mim, mas eu corri atrás; a minha filha me orientando, essa agente comunitária, que é muito boa também me ajudou; a orientadora, excelente; então, eu acho que são obstáculos que a gente tem que passar e tem que atingir (ENF-48).

Nós tivemos muita dificuldade com relação ao TCC. Em relação ao TCC nós tivemos. Porque, igual a minha turma, tinha muita gente que estava fora, já tinha feito a faculdade há muito tempo. Por causa da parte de metodologia [...] Mas sempre a tutora, ela me ajudou na parte de metodologia (ENF-63).

O desenvolvimento do TCC pode ser interpretado como um potente instrumento de aprendizagem, não só para quem está envolvido com sua elaboração: orientando e orientador. Pode, também, ser importante para o município e, conseqüentemente, para a população assistida, quando a gestão municipal percebe esse potencial. De acordo com um dos entrevistados, os TCCs dos profissionais do seu município são discutidos em reunião da equipe de gestão, após a conclusão. Dessa forma, eles podem deliberar sobre a institucionalização das propostas contidas no trabalho. Segundo ele,

[...] a gente sempre conversa lá nas reuniões: - *Qual é a sua experiência? - O que você fez? O que você observou? Para quê? Pra tentar instituir.* [...] isso é útil não só pra ele, mas para o município inteiro ou, [...] no mínimo, para a unidade dele; e isso tem sido adequado [...] esses trabalhos, quando instituídos, monitorados e avaliados, têm tudo pra dar certo (CD-23).

Em relação aos orientadores dos TCCs, um dos entrevistados faz uma crítica à demora de um orientador responder à demanda do orientando. Também foram feitas críticas em relação ao fato de ter sido, inicialmente, orientado que o trabalho final seria o Portfólio, feito ao longo do curso, e, posteriormente, essa proposta foi descartada e os alunos tiveram que fazer uma monografia que, para alguns entrevistados, é mais difícil.

7.2.2 Refletindo sobre o processo de trabalho: incorporação e aplicação de conhecimento

As duas unidades de contexto a seguir representam aquelas que geraram a minha interpretação de que os sujeitos entrevistados consideraram que as atividades propostas no curso exigiram a troca de informações na equipe e o levantamento e análise de dados relacionados com o espaço físico-geográfico e com o modo de levar a vida da população da área de abrangência. Ou seja,

Eu tive a oportunidade de poder fazer isso junto com a equipe. O que pra mim era muito rico. Tinha outros olhares ali, além do meu olhar; isso aí eu acho que favorece muito, que é até um espaço de educação permanente, que a gente está discutindo alguma coisa junto, que a gente está levantando os problemas da prática. Que a gente pode tentar resolver juntos esses problemas. Então, muitas vezes, eu fui e tive o privilégio de fazer isso com minha equipe. [...] Então, isso eu achei positivo. Da gente levantar dados juntos, organizar e até desenvolvemos planilhas para fazermos monitoramento das nossas ações (CD-7).

[...] o curso inteirinho, cada módulo, cada disciplina, a gente sempre tinha que fazer os levantamentos, fazer os trabalhos, em cima do que a gente levantava, propor alguma intervenção (ENF-10).

Essa demanda criada pelo curso revelou a falta de hábito de trabalhar a partir da transformação de dados em informações que subsidiem a tomada de decisão. Cito duas unidades de contexto que geraram essa minha interpretação:

[...] eu tive que fazer, de ir, de consultar, de adaptar ao conhecimento que eu tinha, com a realidade que eu tinha, quase que dedutivo mesmo, entendeu? Porque não tinha um trabalho pronto. - *Você tem classificação disso?* - *Ah! Não tenho; a gente não faz.* Então, não tem essa capacitação, a equipe não é capacitada pra atender nos moldes da Estratégia Saúde da Família (CD-3).

Quando eu comecei a fazer o curso, eu comecei a fazer pedidos, eu fazia assim - *por favor, façam o levantamento, quero que vocês façam o levantamento de quantas mulheres vocês têm na sua área, quantas delas são analfabetas.* Quando eu pedia isso, a primeira resposta: - *Lá vem mais trabalho.* - *Ô gente, não é que lá vem mais trabalho! Estou fazendo um curso; este curso tem exercício que vai me ajudar bastante; isso vai servir não só para mim na pós-graduação como para vocês próprios; conhecer a realidade do município em que vocês estão trabalhando, a microárea de vocês.* E, aos poucos, eu fui convencendo-os a participar (ENF-27).

Um dos sujeitos explicitou que essa forma de elaboração das atividades do curso gerou um aprendizado importante e a incorporação de um modo de agir ao fazer cotidiano. Para ele,

foi fundamental aprender que é preciso analisar dados, refletir sobre o resultado das ações para intervir, pois

A gente tem que ver o resultado para intervir. Então, nessa parte, então, nós fizemos o diagnóstico situacional do PSF e foi bem interessante, porque a gente nem tinha noção do que a gente estava fazendo. Então, foi bem legal essa parte, para saber onde intervir mesmo [...] deu pra gente perceber o que a gente faz, a gente tem que analisar para ver o que tem errado para a gente tentar resolver. Se não fosse o curso, eu não tinha essa noção de intervir (ENF-63).

Outro aspecto mencionado é que o curso induziu o (re) conhecimento da área de abrangência, possibilitando identificar trabalho e trabalhadores que os profissionais não conheciam, conforme frisado por um entrevistado. Esse trabalho, inclusive, precisava ser fiscalizado pela vigilância sanitária e gerou a necessidade de pensar a melhor forma de abordar o problema, de modo que não rompesse a confiança dos usuários:

[...] levantar o que tinha na área, por exemplo, se tinha comércio, que tipo de comércio, tinha indústria; isso tudo foi muito legal, que eles fizeram todo o levantamento; teve um retrato da área. Aí a gente descobriu muita cozinheira, elas fazem marmita pra vender. Só que, assim, tem a questão da vigilância sanitária [...] (ENF-10).

A estratégia de aprendizagem de fazer com que os profissionais analisassem o território onde estavam inseridos, por meio dos Mapas Contextuais, é apontada como positiva por vários entrevistados, evidenciando seu potencial para engendrar a EPS. Um dos entrevistados explica como ele fazia:

[...] eu pegava aquele material que eu estava trabalhando pelo curso, teoria, e as atividades em si, principalmente aquelas que a gente precisava mais dos dados do PSF, e reunia com todo mundo; a gente sentava ali, discutia todo o processo que estava sendo direcionado, para, para o que seja; tinha sido proposta aquela atividade e a gente discutia, comentava os dados, todos juntos; cada um na sua função, médicos, enfermeiros, auxiliar e agentes comunitários de saúde (ENF-48).

Outro aprendizado foi que o tempo que se utiliza para anotar dados é um tempo essencial e importante se as anotações forem aplicadas à organização do processo de trabalho. São esses dados que, transformados em informação, farão a diferença na hora de atender o usuário:

De repente nós começamos a ver que tinha que fazer muito mais, que a gente teria que preencher muito mais fichas, principalmente com relação à saúde dos pacientes [...] Porque precisava da informação, da ficha de saúde, é troca com o médico, com a enfermeira. - *Como que está a saúde desse paciente hoje?* - *Como que era?* [...] organizar o PSF de forma que todo mundo tenha acesso aos documentos [...] toda equipe precisa ter

acesso, para a gente poder acompanhar, realmente, o desenvolvimento da família (CD-31).

É forte o indício de que planejamento foi uma das principais ferramentas fornecidas pelo curso e que foi compreendido como necessário para organizar o processo de trabalho cotidiano. Para planejar, é preciso fazer diagnóstico da situação, conhecer qual é o problema, pensar em soluções estratégicas, definir prioridades e responsabilidades. Essa interpretação é possível a partir de unidades de contexto como as seguintes:

[...] o caminho que eu tinha que percorrer, para chegar realmente no que eu queria, porque assim, empiricamente, você vai notando, pela observação [...]. Mas, aí o curso veio mostrar o caminho [...] porque até então era observação; porque, depois que coloca no papel, levantar as coisas, você vê que ele (o SUS) é muito maior que isso tudo (ENF-10).

O impacto do curso foi em planejamento, em organização. [...] De certa forma nos ajudou no planejamento [...] na organização do processo de trabalho. Assim, se eu ficar atendendo só os riscos altíssimos, eu não vou conseguir; daqui a pouco quem não é de risco vira. Então, como eu vou me organizar para trabalhar prevenção e promoção? Então, o curso, o grande impacto para mim foi esse (CD-13).

Eu acho que a partir do momento em que a gente faz um curso como este a gente está aprendendo a lidar com os problemas, a fazer, a lidar com as transformações. Como diz, aprendendo o processo de trabalho do jeito que ele tem que ser. [...] Porque, quando eu fui pro PSF eu não sabia quais ações, eu não sabia do diagnóstico, sinceramente, não sabia. Sabia como aprendi lá (na graduação), mas não era muito direcionado. Eu acho que o curso me direcionou e me fez refletir muito sobre meu processo de trabalho (ENF-30).

No levantamento de dados sobre a comunidade, as ACS sobressaíram como uma rica fonte, pois têm instrumentos de trabalho onde registram dados objetivos sobre os moradores do território, sobre as visitas que fazem. Elas participaram do processo de elaboração de Mapas Contextuais, conforme relato dos sujeitos entrevistados. Interpreto que isso possibilitou que os sujeitos analisassem esses dados, comparando a qualidade dos mesmos, e avaliassem, junto com as ACS, o trabalho que estava sendo realizado. Houve envolvimento e aprendizado.

Elas têm as pastas: todas as atividades, todos os programas, todas as visitas. Aí eu solicitava e tal. Comparava de uma e de outra, o envolvimento; às vezes, área mais perigosa ou área que estava descoberta, um ACS que saiu... (ENF-22).

[...] o trabalho nosso como médico e o trabalho do posto eu acho que depende, fundamentalmente, do trabalho do ACS. Porque, senão, vira um posto como outro qualquer. É esse intercâmbio da equipe, do ACS com a gente, do fundamental, que é ele ir buscar a realidade do paciente lá e trazer para a gente, é o que enriquece (MED-8).

Há vários vestígios de que alguns dos sujeitos são capazes de desenvolver uma EPS eficiente, potente para fazer mudar comportamento, mudar processos, e o curso foi uma das oportunidades que tiveram para fazer isso. As unidades de contexto apresentadas a seguir contribuíram para essa minha interpretação:

A gente tentava sempre; na verdade, quando eu fiz o curso, era eu, a enfermeira de minha equipe e a dentista. Foi muito bom porque a gente estava junto, na mesma equipe, discutindo os problemas de nosso posto, de nossa área, discutindo o tempo todo e transmitindo isso o tempo inteiro, discutindo com os agentes, sempre passando: - *Olha, como a gente está trabalhando, olha como a gente pode melhorar; isso está legal, isso está dentro, isso está fora; de que jeito a gente pode trabalhar melhor?* (MED-8).

A gente senta, faz reunião para ver o que está certo, o que está errado. Em que nós estamos falhando. Algum caso que acontece aí, que tem alguma falha, a gente tem que assumir. Vamos corrigir isso que está errado (MED-9).

A gente estava conversando outro dia que a gente vai ter que inverter a técnica. Ao invés de chamá-los à unidade a gente vai ter que visitá-los. A gente estava pensando em mudar assim: não visitá-los por problema de saúde, mas visitar por problemas de falta de consciência política, de falta de consciência de que sua voz é importante. A preocupação no sentido de sair, hoje você visita o presidente da Associação de Bairro e fala: - *Ah, eu vim ver como está, quais são os projetos*; fala assim: - *Eu quero conhecer o seu trabalho*. E aí eu posso, aos poucos, ir falando: - *Ah, porque lá na Unidade a gente faz isso...* Por quê? Para tentar motivá-los para o trabalho conjunto e dar voz para aquela comunidade (CD-13).

Eu levava para a minha equipe. E elas gostavam (todas do sexo feminino), elas gostavam, elas eram curiosas, elas ajudavam. Às vezes tinham aqueles levantamentos de dados, de mortalidade, de nascidos vivos. A gente tem esse material todo lá. Elas gostavam também de ir ao serviço de informatização da Secretaria Municipal de Saúde. A história da implantação dos PSFs daqui: eu fui procurar médicos pioneiros, que eram do SESP, fazer entrevistas. [...] Toda reunião de sextas-feiras, na parte da tarde, no PSF, a gente tirava para discussão de caso (ENF-22).

[...] eu pude verificar que uma das coisas que a gente estava monitorando, que era a questão do número de consultas de urgência, em 2010, quando começou a fazer, a nível municipal, a gente teve 4.800 consultas de urgência; então, de janeiro até agora só teve 2.300; questão de aplicação da classificação (de risco). Isso é organizar processo, abrir mais vaga pra demanda programada e número de consulta de urgência ir reduzindo (CD-23).

Muitas atividades a gente tinha que ter a vivência dentro da equipe, como é que era. Então, eu sempre sentava com eles, discutia com a equipe e depois montava; eu sempre fazia à noite porque eu não tinha horário, trabalho oito horas no PSF, mas eu sempre levava pra equipe, sempre levava pra gente discutir dentro da equipe (ENF-30).

Você tá ali trabalhando com os colegas, então você pega a opinião de um, pega a opinião de outro, pega a opinião de outro. A gente sempre tem o horário, assim, que reúne e cada um conta alguma coisa que aconteceu com algum paciente, algum caso, alguma história; então, você sempre tá vendo algumas coisas certas, algumas coisas erradas, algumas coisas que têm que ser mudadas ali durante o trabalho (CD-31).

A partir dessas unidades de contexto, por inferência, interpreto que o curso foi capaz de induzir a busca por conhecimento para solução de problemas do cotidiano, indicando processos de EP gerados por ele.

Ainda indicando um processo de reflexão sobre o trabalho, os estereótipos de que o cirurgião-dentista só enxerga a boca dos usuários e de que o médico só vê a doença foram utilizados para registrar o que os dois profissionais consideraram como salto de qualidade que deram com o desenvolvimento do curso. As unidades de contexto das quais retirei essa interpretação foram:

Eu entrei cruzinha de tudo, eu nem sabia o que era um PSF, como que se procedia, então eu sentava lá, obturava um dente, conversava e ia embora. Hoje eu faço diferente, porque tem a parte curativa sim, [...] hoje eu tenho outra visão, eu tenho um amadurecimento muito grande nesses quatro anos que eu estou convivendo e esses dois anos de curso me ensinou demais (CD-38).

[...] hoje eu olho o paciente, eu olho a família do paciente e olho a comunidade. Antes não. Eu falava: - *Ali vem a insuficiência cardíaca; ali vem a insuficiência aórtica*. Porque eu sou cardiologista; então eu via uma doença, eu não via o paciente (MED-9).

Dois entrevistados explicitam que o curso fez com que eles despertassem para a necessidade de refletir sobre o grau de resolutividade de suas ações e de buscar o conhecimento para responder a uma demanda de usuário. As unidades de contexto para as quais dei esse sentido são as seguintes:

Antes eu não lia, não tinha curiosidade, hoje eu tenho, hoje eu procuro. Às vezes acontece algum problema, eu vou ler sobre aquilo, vou pesquisar, vou ver o que que é; vou lá, converso com a médica, sabe, porque é coisa do nosso dia a dia, a gente nunca prestou atenção, a gente não para para prestar atenção. E faz parte do dia a dia, então eu vou lá, leio, procuro ver se eu consigo ajudar os pacientes em relação àquilo (CD-38).

Então, você fica mais investigativa; você investiga mais; tem os porquês... Às vezes, você vê uma condição de saúde e, às vezes, a pessoa culpabiliza: - *Ah! É porque fulano não faz isso*. Então, o curso te dá aquela noção de o “porquê que ele não faz aquilo”. Então, você não julga os atos apenas, mas todas as circunstâncias que levaram àqueles atos (CD-3).

O curso também gerou uma reflexão sobre a importância de compartilhar o conhecimento de todos com todos, o que pode contribuir com o trabalho em equipe:

Antes do curso, depois do curso. A gente começa a aceitar os colegas, o saber dos colegas, que antes a gente não... todo mundo tem um pouquinho de saber. E a gente começa a respeitar mais o colega, começa a trabalhar em equipe. [...] Eu, por exemplo, não sabia trabalhar em equipe. Hoje eu não sei trabalhar sem trabalhar em equipe (MED-9).

Alguns sujeitos estiveram envolvidos diretamente com a implantação do Plano Diretor do governo estadual, e dois afirmaram que o curso possibilitou um envolvimento mais efetivo com a capacitação como facilitador da implantação daquele Plano, pois tinham os mesmos objetos; permitiu, ainda, uma participação mais qualificada, com capacidade de discutir e argumentar.

Eu participei do plano diretor, na capacitação, eu era uma das facilitadoras [...] o curso me deu um embasamento enorme, esse curso de saúde da família, porque a gente discutia. [...] você observava a troca de ideias, de experiências e a gente reconhece, nas propostas do plano diretor, a importância daquelas propostas, daquelas diretrizes; outros, que não tinham esse conhecimento, eles davam menor importância às propostas do estado (CD-3).

A partir das interpretações registradas nessa categoria infiro que a aproximação dos profissionais da atenção básica ao tema planejamento, desde que seja de uma forma prática e relevante, faz com que eles percebam melhor porque a estratégia saúde da família está sendo priorizada como instrumento de mudança do modelo tecnoassistencial. Ou seja, essa aproximação dá sentido aos conceitos de território, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária, entre outros vinculados àquela estratégia. A etapa de diagnóstico situacional e a elaboração de mapas contextuais na maioria das disciplinas optativas são exemplos de espaços que devem ser explorados nos processos de aprendizagem.

7.2.3 Dificuldades e facilidades vivenciadas na implantação e implementação de um novo modelo de atenção à saúde

[...] o que me angustia muito, falando, repensando, nessa questão da saúde da família, é que tem coisas que eram para ter um impacto maior e eu vejo que não está tendo o impacto desejado [...] eu estou notando, que as coisas não estão fluindo; a gente não monitora, não avalia, e o que a gente sente é que a gente vai apagando incêndio. [...] Eu acho que a gente chegou, agora, num ponto crucial em que tem que ser revisada muita coisa; tem que ver realmente o impacto que isso tudo está causando na saúde da população (...) eu sinto que cada dia isso fica mais difícil. Muito mais difícil (ENF-10).

Considero que a unidade de contexto acima expressa um processo de reflexão sobre o trabalho desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família, em um nível de atenção denominado básico, no estado das Minas Gerais, em um país chamado Brasil. É “a ponta” dizendo que acreditou que era para fazer e, por isso está fazendo; mas avisa que está cansando. Considero, ainda, que esse profissional está em processo de educação permanente e, ao refletir, toma consciência de uma realidade complexa e, ao ter consciência, sofre! O mesmo sujeito fala desse seu sofrimento e do sentimento de impotência frente à identificação de demandas socioeconômicas diversas que fogem de sua governabilidade:

Eu acho assim, é muito linda a questão da universalização, da equidade, mas quando a gente está na ponta, quem está na ponta sofre muito, porque você começa a ver várias situações que, às vezes, ali, você não consegue resolver, precisa duma instância maior. E quando chega nesta instância maior... [...] Então, às vezes, fica muito fácil uma pessoa ficar atrás de uma mesa tendo ideias (ENF-10).

Contudo, existe a compreensão de que estamos vivendo a transição de um modelo de assistência para outro, e que desafios precisam ser enfrentados. Os entrevistados permitiram, também, que eu compartilhasse a compreensão que têm sobre a resistência apresentada por profissionais – da gestão e da assistência – e pela comunidade. Um entrevistado compartilhou a opinião de que as pessoas estão enraizadas, moldadas; elas querem continuar no molde, porque sempre foi assim, resistem e dificultam o processo de mudança (MED-1).

Outro diz que é possível identificar as “pedras que não rolam, que estão cheias de limo e não querem sair da zona de conforto” (CD-23). Mas, diz também, que precisam ser considerados outros determinantes, como os sociais e econômicos, que podem gerar

reações contrárias a uma proposta de mudança. O mesmo sujeito ponderou que a proposta de mudança pode significar mudança na vida das pessoas, seus desejos, interesses, sua economia doméstica etc. Assim é que uma ação considerada benéfica pelos profissionais de saúde, como a instalação de tratamento de água, pode ser rechaçada pela população preocupada com o pagamento da conta. Como dito pelo sujeito que viveu essa situação, o buchicho foi: “lá vem eles querendo arrumar conta pra gente” (CD-23).

Outro considera a necessidade de os profissionais terem um perfil adequado, além de compreenderem e serem abertos às mudanças, e faz a seguinte análise:

[...] a gente tinha quatro exceções; das seis agentes da época, eu tinha quatro que eram muito com perfil, interessadas, e eu diria que eu e elas, a gente tinha uma equipe. Duas e a enfermeira... Nossa Senhora! De jeito nenhum! Que o último lugar que eu achava que ela devia estar era no PSF (MED-1).

Para um dos entrevistados, é preciso capacitar todos os envolvidos para favorecer a implementação de qualquer mudança; idealmente, a capacitação deveria ser realizada antes da implantação da proposta. Contudo, com pertinência, ele mesmo pondera que não é possível, pois não há uma proposta pronta a ser aprendida desde o “início”. O processo é de construção (CD-7). Para concordar com sua afirmativa, basta lembrar, em relação aos últimos vinte e três anos, o número de normas, resoluções, portarias, decretos e leis que normatizam o SUS que foram publicadas – algumas normatizando o cumprimento de norma anterior – evidenciando que o que sabemos sobre ele hoje não será suficiente em relação ao que precisaremos saber amanhã. O risco é que, antes que os profissionais que executam a política se apropriem dela, já tenhamos outro “novo modelo” sendo implantado.

Contudo, também há um sentimento de que já foi feito treinamento demais e que é preciso ver resultados para continuar na luta e labuta: “a gente quer enxergar que as coisas vão melhorar [...] agora que todo mundo já foi treinado” (MED-8).

Um desafio, e um grande nó que precisa ser desatado para facilitar a caminhada rumo ao SUS pleno, é a capacidade de gestão dos municípios. Muitas vezes, por falta de capacidade de liderança daqueles que estão nos níveis de gestão municipal, secretário e seus assessores, todo o esforço que possam fazer, por melhor intenção que tenham de

consolidação do SUS, não é percebido pelos profissionais da rede. Interpreto que a percepção desses é de que os gestores não compreendem e não estão comprometidos com a Estratégia Saúde da Família e, conseqüentemente, não valorizam os profissionais que executam a proposta. É apontada como evidência, entre outros fatos, a troca frequente de profissionais entre equipes ou mesmo o deslocamento para outro nível da atenção, como expresso nas seguintes unidades de contexto.

A rotatividade aqui está uma coisa muito complicada. Então, hoje, da minha equipe, que eu tive lá, só tem uma pessoa que permaneceu, o resto todo, cada um já foi para um PSF ou para outro. Então, a equipe já desmembrou (ENF-30).

[...] aqui no município, às vezes, eles querem te deslocar, tirar do PSF pra atender em outro lugar. Eles não dão importância à seqüência daquele trabalho [...] (CD-3).

Esse é um fator apontado como desmotivador e que incomoda quem consegue ser mais estável, pois é estimulado a criar vínculo com a comunidade, mas não tem tempo de criar vínculo, parceria, com colegas de trabalho. Essa instabilidade gera, também, insegurança e reduz a dedicação. Dificulta, ainda, planejar e executar projetos e ações de médio e longo prazo. O que ocorre é que

Às vezes, o próprio secretário, ele não está tão por dentro do que está acontecendo. Acaba acontecendo uma rotatividade prejudicial. Você acaba de treinar um agente, muda o agente; assim, é uma perda de tempo, de treinamento, e acaba desmotivando, sabe? A equipe inteira. (MED-8).

De acordo com minha interpretação, não é fácil separar uma ação gerencial motivada por questões essencialmente administrativas daquelas geradas dentro do ciclo de eleições municipais, ou seja, demissões e admissões em troca de votos. Por isso, é fundamental que sejam criados espaços de discussão entre gestores e profissionais “da ponta”, favorecendo a compreensão de que, muitas vezes, os problemas são parecidos, só mudam os atores. Ou seja, é preciso que os gestores compartilhem seus desafios, pois devem encontrar obstáculos parecidos com aqueles que os profissionais encontram. Contudo, a capacidade de liderança dos gestores precisa ser aperfeiçoada para que consigam liderar processos e projetos e, para isso, precisam dominar instrumentos de negociação e de gestão de conflitos, entre outros. Como dito por um dos entrevistados:

[...] acho que eles não estão preparados para enxergar o profissional com voz. Porque a hora que o profissional tiver liberdade de falar: *Eu acho que o que vocês estão fazendo é uma porcaria!*, eles vão ter que estar preparados para responder, para entender e aceitar, e transformar... (CD-13).

A essa situação se soma outra, também relacionada com rotatividade, que é aquela decorrente de um processo histórico de construção social da profissão do médico. Essa rotatividade é vista como consequência da melhor oferta salarial, de um tempo de “espera residência” e, também, do processo de formação desse profissional. Para cirurgiões-dentistas e enfermeiros entrevistados, poucos são os médicos que fazem adesão à ESF porque têm compromisso com a proposta, porque gostam, ou seja, “são muito poucos que vestem a camisa, que cumprem horário; não estou falando que é zero não, existe, mas são muito poucos” (CD-23). Por outro lado, apesar de a rotatividade do médico ser considerada a de maior ocorrência, não é exclusividade. Um dos entrevistados ressentia-se da falta de estabilidade de outro profissional da equipe: “[...] tem sempre esse problema de sempre ter um enfermeiro que está mudando, mudando, mudando [...] O enfermeiro, que eu acho que acaba sendo esse elo de coordenação... [...] infelizmente, eu estou sempre tendo enfermeiro novo na minha equipe, que eu acho péssimo” (MED-8).

Há uma situação paradoxal em relação ao médico como membro da ESF. Se ele está ausente, inviabiliza a proposta, do ponto de vista legal e prático: “– [...] não tem médico; então, como é que você... como você volta um cliente assim?” (ENF-22). Contudo, quando ele está presente, não responde ao que se espera de um profissional que atua na ESF: não tem perfil. Esse foi o discurso sobre a participação do médico em atividades na comunidade:

[...] a médica não era envolvida na comunidade não. Ela era aquela pessoa que vai para cumprir e tal; criticava nosso serviço [...] aquelas atividades que a gente fazia de recreação, de palestras, com todo material que a gente tinha, levava, filmes educativos, a gente discutia [...] ela não participava (ENF-22).

Para vários dos entrevistados, a lógica do trabalho médico é o atendimento à demanda que surge para ele de consulta. Não se envolve com visita domiciliar, com grupos educativos. Para um entrevistado, o médico não consegue ver os demais profissionais como parte de um trabalho coletivo do qual ele é um dos agentes, e é o enfermeiro que assume a articulação do processo de trabalho, ou seja

[...] isso, às vezes, fica muito a cargo do enfermeiro, a reunião com os agentes, com a equipe. Eu acho que um médico ou outro, ele consegue estar junto, fazendo, mas [...] a questão até de cumprir horário é outra coisa muito difícil. E, às vezes, a pessoa chega, ela quer o atendimento na hora, e esse atendimento, às vezes, o médico não está (ENF-10).

A percepção é de que é preciso um médico presente, respondendo a demandas que são específicas de seu fazer profissional, mas é preciso que tenha disponibilidade e suporte técnico:

Não existe como você fazer uma atenção primária se o profissional não fica 40 horas, e olha que 40 horas ainda é pouco. [...] Então, não existe serviço de saúde dessa forma, o profissional que vai lá e faz 2 horas... Os problemas continuam, não é só o agente comunitário, coitado, que trabalha 40 horas, faz as 40 horas, ou enfermeiro, ou dentista, ou fisioterapeuta ou o nutricionista... Não. A gente precisa de todo mundo, inclusive do médico (CD-23).

Eu acho que, no PSF, o médico sozinho ele não dá conta, a gente tinha que ter pediatra e ginecologia, as duas (especialidades), que é o básico, tinha que ter; muito pelo contrário, eu acho que vai ajudar muito mais, que seja uma vez por semana, mas a relação do médico, do generalista, ali do PSF, tanto com o pediatra quanto o ginecologista, vai dar um aporte maior, mais segurança. Porque, muitas vezes, eu sinto que, esse tempo todo, que o médico muitas vezes não está preparado para atender uma criança, ele não está preparado para fazer um pré-natal, embora tenha isso tudo, mas eu acho que ter um pediatra e um ginecologista ia dar um aporte mais seguro (ENF-10).

Isso nos remete à formação do médico e a minha interpretação é de que ela é percebida ainda como tecnicista, mecanicista, biologicista, com foco na doença: “tem a visão da doença tal, do coração, do fígado, do rim, do braço, da mente; é fragmentado, ele não consegue fazer isso consolidado; uma minoria são os que conseguem” (CD-23). Para o mesmo profissional, a discussão e a operacionalização da clínica ampliada ficam totalmente prejudicadas, senão inviabilizadas, se mantida essa formação.

Ainda em relação à formação profissional, também há significados relacionados à inadequação da formação dos demais profissionais das áreas de saúde, com a técnica da atenção individual sendo mais valorizada do que a abordagem coletiva. Há também, uma crítica de que os cursos de graduação, de um modo geral, não dão a necessária ênfase à abordagem de questões políticas, econômicas, antropológicas e sociológicas, necessárias à construção de uma compreensão mais ampla dos determinantes históricos e sociais da saúde. Pesa, também, o predomínio de uma metodologia de transmissão do conhecimento, com estímulo à decoreba (CD-3).

O que fica registrado é que a falta de consolidação das equipes é prejudicial ao processo de implantação da ESF e, conseqüentemente, de consolidação do SUS.

Retomando a discussão sobre a gerência, alguns requisitos foram apontados como necessários para fazer uma gestão competente no SUS: conhecer o projeto (princípios, pressupostos) que gerencia; aceitar e acreditar que é preciso construir um sistema de saúde que não seja focado na doença, no hospital e no médico; aproximar-se da prática, da ponta e preocupar-se com o que os profissionais se preocupam. Também foi apontada a necessidade de um gestor do processo de trabalho que ocorre na UBS: “o processo de trabalho está claro, mas tem que ter um coordenador” (MED-8).

Consideradas desde as questões mais complexas, como composição e reposição da força de trabalho, como questões básicas para o bom funcionamento da Unidade, como troca de lâmpada e de torneira, interpreto que há um espaço de gestão que precisa ser formalizado na carreira da área de saúde e ocupado por profissionais com formação adequada. A necessidade de um coordenador tem ainda mais sentido na unidade de contexto a seguir:

Cada dia mais a gente vai ficando sufocado, aí essas coisas que a gente deveria fazer, que é sentar, ver o diagnóstico da minha área, refazer tudo isso, ver o caminho que eu tenho que percorrer, as etapas todas, eu não consigo, porque o dia a dia está me sufocando. [...] Daí vem a questão dos funcionários, também, de recursos humanos; eu tenho uma auxiliar de enfermagem que vai fazer curativo, que faz a triagem e eu estou sem e eu assumo a sala de vacina [...] Aí, a luz que queima [...] torneira que ficou assim, quase um mês pedindo pelo amor de Deus, vem consertar [...] Então, é tudo a gente; isso sufoca, a gente vai ficando bem cansada (ENF-10).

Minha inferência gerou a interpretação de que, como o processo de mudança é demorado e o tempo político é curto, não há tempo para consolidar as pequenas mudanças que podem gerar a transformação qualitativa desejada. Ajudaria no processo de transformação das práticas e do modelo se houvesse uma linha de gestão mais estável, assim como menor rotatividade de profissionais da assistência.

Também interpreto que o sentimento dos profissionais é de que falta monitoramento, avaliação e discussão clara e transparente dos resultados para as metas estabelecidas. Quando o profissional é engajado e faz análise de seu processo de trabalho, ele quer saber o porquê das coisas. Um exemplo é dado por um entrevistado que consegue cem por cento de cobertura de vacina das crianças de sua área de abrangência e, no entanto, o município não consegue atingir a meta pactuada: *Por que não consegue?* (ENF-10). Essa dúvida, tão simples de ser respondida, pode ser um fator importante de resistência a outras propostas

ou de interatividade e predisposição para a ação. O mesmo profissional sente que não há um reconhecimento do esforço em prol de resultados positivos e que, se uma meta não é alcançada, o culpado é sempre o enfermeiro:

Toda vez que a gente tem reunião, são os enfermeiros que são penalizados, o resto da equipe não. Acho isso tão interessante! A gente fica extremamente sufocada. [...] Eles querem que a gente dê conta de tudo (ENF10).

Também há um sentimento de que, por mais que seja feito, continua faltando e não é possível fazer tudo certinho, por exemplo, em relação a um protocolo estabelecido, por falta de tempo para fazer tudo o que precisa ser feito, “porque era muito corrido” (ENF-48). A área adscrita tem sido considerada muito extensa, com muitas famílias, às vezes dispersas naquele território imenso. Mais um fator que gera ansiedade e frustração: não fazer como sabe que deve ser feito. Não ter continuidade na gestão gera demandas e ordens contraditórias que desnorteia a ponta: “[...] você fica nervosa, fica chateada; o seu trabalho não anda; então, é uma coisa assim e a população começa o quê? A desacreditar em seu trabalho. Aí, isso é que eu acho ruim no PSF” (ENF-48).

A demanda espontânea continua sendo um dos vilões da história, pois não permite que os profissionais parem para refletir, girando em um círculo vicioso. Também parece existir baixo domínio de ferramentas que contribuam com a organização do processo de trabalho. Para um dos entrevistados, é preciso

[...] trabalhar isso com a equipe o tempo inteiro, revisar, atualizar, bater em cima, que esse trabalho acaba ficando muito, vira muito rotina; essa questão do dia a dia fica muito maçante! Tudo muito em função da demanda espontânea (MED-8).

Meu questionamento é: eu preciso organizar meu serviço, eu não sei até quando eu vou ficar, mas eu vejo que da forma que está a gente não vai conseguir organizar, por que nós só vamos ficar atendendo demanda espontânea, demanda espontânea e não organiza a atenção da saúde (CD-23).

Outra situação em que a falta de capacidade de gestão prejudica o processo de mudança diz respeito à falta de uma intervenção que refaça as energias perdidas pelos profissionais no processo de construção de vínculo com a comunidade, principalmente. A maioria dos problemas dos seres humanos tem causa multifatorial, e a solução está fora da governabilidade da equipe, principalmente se não tem um gerente de unidade com capacidade para mediar os conflitos e dialogar com os órgãos centrais buscando

intervenções intersetoriais. Isso gera estresse e doença ocupacional, aspecto não contemplado pelo SUS de forma contundente para nenhum trabalhador. Ou seja, são frágeis as intervenções do sistema de saúde, de modo geral, que tenham como foco a saúde do trabalhador. De acordo com um entrevistado,

Nesse tempo todo que eu trabalho, eu nunca vi nada voltado pra saúde do trabalhador, e eu ficava muito preocupado com isso, por que a gente tem uma fábrica aqui na frente [...] tem uma aqui que tem material de construção, que absorve uma mão de obra muito grande, e nada é voltado pra isso. E aí você vê que o horário que a gente trabalha é justamente o horário que eles também estão trabalhando (ENF-10).

Para outro:

A pessoa espera chegar o fim de semana para ir na emergência porque, às vezes, não está conseguindo a vaga no PSF [...] Tem a questão do trabalhador, também. Que no PSF a gente tem esse problema de horário; é de sete às onze e de uma às cinco. O trabalhador que chega em casa depois de cinco horas fica sem atendimento. Aí, para ele, só resta realmente o fim de semana. Então, isso também é um problema; inclusive já tem outras cidades que já tem o horário do trabalhador. Conseguiram conciliar uma equipe que fica até às sete horas da noite (CD-31).

A situação narrada - não encontrar uma UBS com horário adequado para atender a quem trabalha em horário comercial é comum e, como ponderado por um dos entrevistados, esses trabalhadores “serão os futuros hipertensos e diabéticos, porque vão procurar quando? Quando estão doentes, quando têm alguma coisa, quando não estão legais” (ENF-10). Sem uma proposta institucional, os profissionais que se preocupam com essa situação vão fazendo de um jeito ou de outro, conforme relato a seguir:

Eu tenho muito agente que faz visita à noite e no sábado. Mas nem todos fazem, porque não podem por algum motivo; muitos estudam, então, fica até difícil para cobrar. Porque até a prefeitura, no caso a secretaria de saúde, falou que não era para fazer mais isso, por causa da questão de hora extra, se acontecer qualquer coisa. Mas, como eles querem ir, a gente faz; eu dou uma hora depois; eles trazem para mim, direitinho, o horário que eles foram e quais casas visitaram e, depois, eu dou em horas, compenso (ENF-10).

Junto com a saúde do trabalhador vem a discussão sobre a remuneração do trabalho executado, que é um fator importante para que se estabeleça uma relação saudável, uma relação honesta entre empregado e empregador. Cumprir jornada é um dever de qualquer trabalhador, assim como lutar por condições adequadas de trabalho. Remunerar de forma justa, respeitando direitos trabalhistas, é dever de qualquer empregador. Não deveria ser necessária negociação esdrúxula para que esses direitos e deveres fossem cumpridos. Entretanto, ainda persiste o espírito “eu finjo que te pago, você finge que trabalha”. Esse é

“o termo que a gente ouve muito aqui na região” CD-23. Ou, “tinha primeiro de acordar que as pessoas que estão lá, igual PSF, vão se dedicar, mas elas precisam de receber o salário condigno; fica que meio tapando o sol com a peneira, fingindo que está pagando para a pessoa fingir que está trabalhando” (MED-1). Em contrapartida, a precariedade e a flexibilização das relações de trabalho permitem situações como a relatada a seguir:

Para você ter uma ideia do que aconteceu aqui, que os concursados e os comissionados tiveram dez por cento de aumento. Eu sou contratado, oito anos de contrato, a fragilidade deste contrato, e todo mundo está nesta situação, que trabalha na saúde da família, então, isso é muito ruim. Não tivemos aumento e a gente não sabe o que vai acontecer com a gente. Porque não faz concurso público, não tem carteira assinada e a gente fica nessa situação. Então, é lógico que a gente não trabalha o tempo inteiro pensando nisso, porque se fosse também a gente nem... (ENF-10).

Na unidade de contexto citada a seguir, é possível identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros e pelos médicos e algumas questões que compõem uma problematização das competências desses dois profissionais e a resolutividade da atenção básica:

Às vezes, ele está com uma agenda lotada e a gente já encaixou um monte de pessoas; eu falo para o paciente voltar no outro dia ou passo para o médico lá dentro e, aí, geralmente, a gente que se culpa. Fica muito difícil, por que a gente avalia, vê que a pressão está boa, que não está com febre, mas está com uma dor assim, dor é uma coisa muito complicada. Aí, você põe dentro do consultório médico; na hora que sai o médico já fala que não era nada disso, queria um atestado, por exemplo, que aquele dia não queria trabalhar (ENF-10).

Interpreto que, nesse caso, o enfermeiro expressa alguns conflitos, tais como: agenda médica *versus* necessidade do usuário; diagnóstico médico *versus* diagnóstico de enfermagem; culpa *versus* desculpa; objetividade *versus* subjetividade; necessidade biológica *versus* necessidade social; visão do coletivo *versus* perspectiva individual. Essas são algumas das consequências da porta aberta e da busca por um acolhimento resolutivo indo de encontro ao que eu interpreto como sendo resultado de um processo histórico de construção social da doença e de seu valor de uso no seio da cultura de um povo.

Outro contexto desfavorável ao desenvolvimento do projeto SUS inclui o espaço físico onde o atendimento é realizado, isto é, a estrutura física da UBS. Um entrevistado relata que o atendimento que faz ao usuário com necessidade de atenção à saúde bucal é em espaço físico localizado em um bairro diferente daquele onde atua a equipe de saúde da família ao qual está vinculado (CD-3). Outro se queixa:

Eu quero fazer um monte de grupo ali e não tenho condição por causa da infraestrutura; eu não tenho lugar, não tenho espaço. [...] eu só tenho sala na quarta-feira, dia todo que eu vou colher preventivo. É o único dia, porque o resto dos dias está ocupado pelos outros profissionais; então, se eu atendo, eu vou para o corredor, vou pra sala de vacina, eu puxo a pessoa para um canto, eu não tenho um espaço adequado para fazer atendimento (ENF-10).

Não é complexo interpretar que os profissionais sentem a necessidade de investimento para que o espaço físico favoreça a integração entre os membros da equipe e da equipe com a comunidade.

Mas a construção de um trabalho coletivo é complexamente constituída pelo positivo e pelo negativo coexistindo, confrontando e produzindo novas realidades. Sendo assim, também foi possível ver surgir, entre tantas dificuldades, o fenômeno que ancorou processos de mudança de comportamento coletivo, de enfrentamento dos problemas na perspectiva de construção de um fazer de forma diferente pelos sujeitos. É o que denominei *fazer junto com*, diretriz intencionalmente estimulada durante todo o curso. Uma diretriz que se materializa na sistematização de agenda para discussão do dia a dia, na problematizar a realidade, em um processo de agir-refletir-agir consciente, com participação de todos os membros da equipe. Incluiu, também, reuniões com profissionais de outras equipes, de outros municípios. As unidades de contextos a seguir podem ajudar na compreensão dessa minha interpretação:

[...] aqui só eu fiz o curso. Não fez o médico nem a dentista; eles até queriam fazer. Aí, eu acho que isso tinha que ser repensado também, porque só eu fiz. Sentava com todo o grupo, mas acaba que o médico, ele num... Às vezes, alguma coisa para ajudar, para me ajudar, para intervir; a dentista também, eu acho que eles ficam meio perdidos (ENF-10).

[...] as outras unidades que foram comigo, que tinham mais de um membro da equipe fazendo, nossa! Fluía muito melhor, porque a gente sozinha, a gente pena um pouquinho [...] as duas estão fazendo, então a gente vê que flui melhor, porque uma ajuda a outra, os trabalhos são em conjunto, até a abordagem com a equipe fica mais gostosa (ENF-10).

A dentista teve muita dificuldade de fazer. [...] Ela era uma pessoa isolada. Ela não trabalhava em equipe. Depois que começou a ter o curso, ela começou a entrosar dentro da equipe. Ela viu que ela não devia ficar só lá na cadeira atendendo. Ela tem outras coisas para fazer, ela pode ajudar a fazer outras coisas. E ela começou a entender de outras coisas também, que não era só a parte dela. A equipe ficou muito mais unida, muito mais sintonizada (ENF-63).

Então, assim, à medida que eu fui fazendo o curso eu fui também me interagindo com eles. Eu participei com os agentes comunitários de saúde, eu participei com a enfermeira, com a médica, dentro do PSF e fora do PSF, juntamente com a população; eu não trabalhei mais

sozinha, então, depois que eu comecei a fazer o curso, no decorrer do curso, eu consegui trabalhar com elas (CD-38).

Essa enfermeira aí é outra, que entrou agora. Ela passou no concurso e a outra não passou. A outra fazia o curso; igual eu fiz, ela estava fazendo. Acho que acabou agora. Então, a gente falava a mesma coisa. E a gente se entendia, porque ela estava fazendo o curso e eu já tinha feito (MED-9).

Quando eu comecei era um PSF. Ficou fácil porque era sempre a médica, a dentista e eu. Nós três, do primeiro PSF que eu trabalhei, nós três fizemos juntos o curso (ENF-63).

Quanto ao mecanismo de reuniões periódicas e interação com profissionais de outras equipes, propiciadas pelo curso,

Achei que teve uma socialização muito grande porque nos permitiu conhecer realidades de outros municípios, ver as proximidades dessas realidades com as nossas e as diferenças, em termos de valorização do profissional, de recursos pra poder fazer o trabalho... (CD-3)

E o curso nos possibilitou isso. Essa troca de ideias com outros municípios, uma visão mais ampla do processo de trabalho. Não só dentro da odontologia. Mas fora também da odontologia (CD-13).

[...] então, assim, o que a gente pode fazer a nível municipal para que as outras abracem isso, até porque os outros profissionais que não estão fazendo a especialização, para que eles comecem a ter esse tipo de visão. E aí, como a gente tem as reuniões periódicas, e vai colocando isso, as pessoas vão, de certa forma, não na mesma intensidade que a gente, mas absorvendo; estimula o crescimento e tem sido muito bom (CD-23).

[...] aprendi que reuniões são importantes, que é importante a gente discutir as coisas (CD-31).

Vocês estão fazendo isso lá? Eu vou fazer isso também no nosso, porque é interessante. Várias coisinhas, assim: troca de informações entre as equipes de PSF é muito interessante, pra melhorar o atendimento (CD-31).

7.2.4 Comprometimento com o SUS atual e visão de futuro: o SUS onde quero estar

Esta categoria temática é resultado de uma pergunta exmanente, ou seja, que compunha as perguntas que originalmente considerei que gerariam dados que poderiam contribuir para a minha apreensão do objeto em estudo. Projetei que o discurso dos entrevistados poderia ajudar-me a compor um quadro que revelasse um futuro do qual eles fariam ou não fariam parte, desvelando a intencionalidade e a predisposição para construir o SUS.

Após a análise dos dados coletados e, principalmente, após a interpretação que fiz das unidades de contexto que categorizei em *Dificuldades e facilidades vivenciadas na implantação e implementação de um novo modelo de atenção à saúde*, percebo que aquela minha projeção foi confirmada: todos os entrevistados falam de um futuro para o SUS que os inclui, apesar das dificuldades encontradas no trajeto dessa construção. Mesmo aqueles que, no momento da entrevista, não estavam vinculados a uma equipe de saúde da família ou saúde bucal querem refazer o vínculo.

Para um sujeito, a esperança é que tenham aposentado aqueles que não querem mudar e que haja um investimento em novos quadros, ou seja,

[...] são aquelas pessoas que estão ali, que já trabalham há 20 anos, já têm seu vínculo, querem ficar daquela mesma forma, não querem mudar. E eles são os entraves que a gente sabe que, daqui a pouco, eles vão aposentar; eles trocam e a gente... Vamos investir em quem tá entrando, vamos começar a estimular as pessoas, para que não fiquem daquela forma; esses aí daqui a pouco serão substituídos e aí a gente vê melhora (CD-23).

Para esse sujeito, investir significa qualificação, por meio de concretização da política de EP, e concurso público, que dê estabilidade aos profissionais, principalmente aqueles que buscaram por qualificação. Infiro que ele está engajado na ideologia sanitária de consolidação do SUS com uma visão de futuro que precisa ser nutrida, para expandir e contaminar. Dou esse sentido a uma unidade de contexto que, do meu ponto de vista, tem um pensar com o coração e um agir com o pé no chão:

Eu sonho com ele bem estruturado, bem organizado e consigo perceber isso, que vai começar dos pequenos municípios, porque é onde que eu vejo que é mais fácil de se

organizar, que tem um número menor de profissionais, um sistema mais rudimentar. [...] Se você tem uma atenção primária organizada, você consegue aliviar os outros níveis de forma, assim, gigantesca. [...] Então, temos que organizar a nossa demanda aqui primeiro (CD-23).

Na mesma lógica de argumentação, outro entrevistado diz que:

Eu acho que o PSF vai melhorar, vai se fortalecer e vai, realmente, virar o centro da rede. E que a hora que a gente diminuir, a hora que restringir o acesso, a atenção primária vai conseguir, realmente, controlar quem vai para atenção secundária e quem volta; porque, aí, vai ter que fortalecer a referência e a contrarreferência. Fortalecendo a atenção primária e a referência e a contrarreferência, a atenção secundária vai ficar só com aqueles casos que precisam dela realmente. E, aí, vai possibilitar uma melhora grande da atenção secundária e a alta complexidade vai estar ainda melhor (CD-13).

Um entrevistado fala do SUS como um ente (um ser) que deve estar sempre atento, pois a única coisa constante é a mudança e o SUS precisa estar vigilante para não se tornar obsoleto. Ou seja, aqueles que fazem o SUS devem refletir sobre a experiência vivida e essa reflexão deve contribuir para novas escolhas, melhores que as anteriores. Para ele:

[...] todas as políticas de saúde tiveram os pontos positivos e serviram de base para a gente estar no SUS hoje. Nem que seja de base para ponto crítico: isso não pode fazer isso pode (CD-3).

Interpreto que, em uma perspectiva de ser sujeito em um processo de construção, o entrevistado se coloca como guardião de uma proposta em que crê e não quer ver frustrada em sua caminhada rumo ao futuro, pois representa recuperação de cidadania para muitos. Para tanto, diz que “a gente tem que ter esse olhar crítico da política [...] a gente tem que ver para não deixar corromper” (CD-3). Considera, também, que é fundamental que haja maior investimento na divulgação dos direitos dos cidadãos em relação ao SUS, pois, muitas vezes, são os que mais precisam que não conseguem ser atendidos, por falta de informação. Paralelamente ao fortalecimento do SUS, é preciso investir em educação escolar, pois “quem tem conhecimento ganha a vantagem [...] se a população cresce em grau de escolaridade, em nível de conhecimento e tudo, ela tem condições de saber como ela utiliza esse sistema”, ou seja, reivindica seus direitos.

A possibilidade de fortalecimento do SUS, de um vir a ser a partir da participação da comunidade e com valorização de processos educativos, também é argumento de outro entrevistado, conforme unidade de contexto a seguir:

O SUS pode ser lindo, desde que as pessoas, os profissionais estejam engajados com a proposta. Que as pessoas queiram participar ativamente, que elas façam, que elas deem o melhor que podem; que elas possam, realmente, discutir, que elas possam estudar. Inclusive promover o controle social, envolver a comunidade no processo, envolver novos parceiros, investir em educação permanente [...] com a criação de grupos de discussão, de envolvimento com o controle social, com o Conselho de Saúde.... (CD-7).

Dois sujeitos usaram o argumento de que, para qualificar a atenção, é preciso que os profissionais se vejam ou vejam seus familiares entre os usuários do SUS. Um deles, em especial, faz referência a sua opção por ser usuário do SUS, ao expressar sua visão do SUS no futuro:

Eu acredito no SUS. Nem plano de saúde eu tenho. Eu trabalho pelo SUS. Ah, se eu não valorizar o SUS, quem vai valorizar? Eu acredito que tem profissionais muito bons, só que, é lógico, tem a parte, isso que eu falo, toda parte administrativa tem um impasse. Então, sempre vai ter um probleminha que não está se ajeitando. Mas isso, até no plano de saúde tem, que a gente vê muito na mídia – televisão, jornais, revistas – que também tem suas falhas. Então, como os planos de saúde são diversificados e têm problemas, porque o SUS, que é tão amplo, não vai ter problema? (ENF-48).

Ainda em relação à comparação entre Planos de Saúde e o SUS, um entrevistado afirma que

Eu creio sim, que vai melhorar mais ainda [...] todos nós precisamos, até porque plano de saúde, hoje em dia, quase ninguém tem e quem tem é difícil de pagar; quando você paga, não é todo lugar que é credenciado, e o SUS não. O SUS é nacional e qualquer lugar que você precisou ele está ali [...] (CD-38).

Ouso inferir que o entrevistado ficaria surpreso com a informação divulgada recentemente de que o número de pessoas vinculadas aos planos de saúde atingiu 46,6 milhões no segundo trimestre de 2011, um crescimento de 7,6% em relação a 2010, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (CARNEIRO, 2012).

Surge, porém, a possibilidade de interpretar que os profissionais acreditam que, se for feita uma comparação de mérito, ou seja, que envolva a análise de princípios que devem caracterizar a prática desenvolvida no SUS e a de outras propostas, a melhor opção é o SUS. A unidade de contexto a seguir sustenta essa minha interpretação:

Eu não vejo outra opção melhor. Eu acho que com, principalmente, essa estratégia, eu falo assim: o paciente, eu nunca vi o paciente tão próximo, o paciente é muito próximo da gente; do médico, da equipe como um todo. O paciente chega lá, ele sabe a quem ele se refere; (...) o paciente me encontra, ele fala com o enfermeiro, ele fala com o agente, ele fala comigo. Ele tem alguém que o acolha. [...] Ele sabe o nome do médico dele (MED-8).

Porém, o entrevistado faz uma ressalva quanto à visão de futuro promissor que ele visualiza para o SUS, caso não ocorram mudanças relativas ao espaço de gestão e a quem o ocupa. Diz que:

[...] para ser secretário de saúde, eu acho que tem que ter um curso pelo menos [...] não pode ser uma nomeação política. Você tem que ter um mínimo de formação para você saber o que você está fazendo. Eu acho que o entrave é este: quem são os gestores da saúde? O ponto de entrave para o SUS funcionar é esse, os gestores; eles têm que ser pessoas capacitadas. [...] Porque, senão, não vai funcionar. Senão, vai ficar só resolvendo problemas de pessoal, que nem RH, e não vai ficar melhor (MED-8).

7.2.5 Alguns aspectos que devem ser considerados em uma avaliação do curso

Não era objetivo desse estudo fazer avaliação do CEABSF, exceto em relação ao seu potencial de gerar processos de Educação Permanente em Saúde. Conseqüentemente, não propus nenhuma técnica ou instrumento de como colher e analisar os dados com esse foco nem propus indicadores de avaliação. Porém, ao fazer a leitura flutuante das narrativas, as primeiras impressões já marcaram um espaço para uma categoria temática que se firmou como elementos constitutivos de um conjunto que categorizei (classifiquei) como *Questões para uma avaliação do curso*. São elementos que expressam sentido de positividade e de negatividade em relação a alguns aspectos do curso, fornecidos pelos sujeitos entrevistados.

O fato de o curso ser na modalidade a distância aparece como definidor da opção de fazê-lo, pois a modalidade aproxima o curso do profissional, principalmente se houver prole: “Se fosse um curso presencial, eu já não faria de cara; porque eu ia falar: - com Xxxxx (nomeou filho) pequeno, não dá” (CD-13). Contudo, não foi só a proximidade que motivou a entrevistada, pois ela narrou o seguinte:

Comecei pensando assim: - Ah! A distância, vai ser simples; é uma coisa que não vai exigir tanto, eu vou poder fazer nos meus períodos de folga. Não vai me exigir tanto! Se ao mesmo tempo eu tomei um choque, porque não foi assim; por outro lado, foi muito bom por não ter sido assim. O curso me permitiu um crescimento muito grande (CD-13).

Ou seja, junto com a modalidade vinha o estereótipo que ainda existe sobre a qualidade dos cursos a distância e a fragilidade da cobrança de estudo nessa modalidade. Interpreto como evidente, nesta unidade de contexto, que não era esperado que o curso envolvesse o fazer cotidiano e que as atividades pudessem requisitar parte do horário de serviço.

Ainda em relação à modalidade a distância, a falta de familiaridade com a tecnologia que, em geral, é disponibilizada por um curso a distância e a ausência do mediador tradicional do ensino presencial - o professor -, gerou um sentido inverso para outro entrevistado:

Eu achei, como se diz, que ia ter algumas dificuldades por ser a distância, mas não tive. Sempre quando eu precisava os tutores ficavam perto para poder me orientar, para poder me ajudar e, eu gostei demais, muito, muito, aprendi muito com o curso (ENF-30).

Em relação à atuação dos tutores, mencionada na unidade de contexto acima, não foi possível estabelecer uma posição compartilhada pela maioria. À posição como a mencionada somam-se algumas e contrapõem-se outras. Um dos entrevistados, como exemplo, contou que para ele foram positivas as participações de sua turma nos Fóruns virtuais³⁷ que considerou um espaço de construção coletiva de produção de conhecimento. Contudo, sentiu falta de mediação do profissional que era responsável pelo tutoramento da turma (CD-7), o qual teve uma participação pouco significativa naqueles espaços.

Ainda em relação à falta de contato dos tutores, outro entrevistado faz registro semelhante ao contar sobre a falta que sentiu de um retorno que não fosse informar se a resposta estava certa ou errada.

A estrutura disponibilizada pelo Polo e a relação estabelecida pelo coordenador do Polo foram citadas como indicadores da qualidade do curso. Também foram citados: a possibilidade de fazer disciplinas que não são comumente oferecidas para uma determinada área de formação profissional; a qualidade das provas feitas *on line*; a forma como a teoria foi relacionada com a prática; problematização da prática, induzindo solução de problemas.

Alguns aspectos negativos foram apontados: condutas diferentes entre especialistas que respondiam pelo acompanhamento das disciplinas e demora de lançamento de notas na plataforma por parte de um deles; demora na indicação de orientador para o TCC; baixa frequência de contato do orientador de TCC com o orientando; dificuldade de fazer disciplinas com especificidades de outras áreas profissionais; falta de abordagem de conteúdos específicos de odontologia nos módulos optativos que não eram específicos da odontologia; pouco aprofundamento em algumas áreas de especialidade médica; mudança de orientação em relação ao tipo de TCC; encontros presenciais pouco produtivos; cronograma inadequado da disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (pouco tempo para atividades complexas); demora na emissão do certificado.

³⁷ Fórum significa um espaço de encontro público para discussão aberta. Em EaD, Fórum é uma ferramenta que, dentro de um ambiente virtual de aprendizagem, permite a discussão de temas de interesse, possibilitando troca de experiências e atualizações.

O curso tem um ambiente (plataforma) que foi desenvolvido com exclusividade para o CEABSF (atualmente está disponível e é utilizado por outros cursos de capacitação da área de saúde da UFMG). Emergiram, das narrativas, as dificuldades decorrentes tanto do processo de implementação e manutenção do ambiente quanto da sua utilização, no início do curso:

No comezinho nós apanhamos um pouquinho na questão de entrar (na plataforma). Para pôr na plataforma, para postar, mas, aí, no finalzinho, que a gente estava pegando, mudou várias vezes. Mas depois, eu acho que agora acertou tudo direitinho... (ENF-10).

Eu acho que foi um curso excelente, que me deu uma oportunidade muito boa e é lógico que obstáculos têm muitos, mas acho que foram mais por minha parte, porque eu não tinha muita familiaridade com computador; então, ficava meio perdida na plataforma. Mas foi só isso (ENF-48).

Porque, às vezes, a gente não conseguia enviar as atividades. Mas, fora isso... [...] Começou a plataforma de um jeito, depois mudou de outro jeito. Foi mais na plataforma mesmo. Mas o resto... [...] tinha muita gente que tinha dificuldade porque não sabia mexer no computador. Aí, dificultava de mexer na plataforma. Mas, fora isso, era só mesmo de enviar as atividades. Depois que mudou a plataforma, melhorou (ENF-63).

No Apêndice G estão listadas as sugestões que foram oferecidas pelos sujeitos entrevistados e que serão encaminhadas à coordenação do Curso.

OITAVO CAPÍTULO

8 PARA CONTINUAR CONVERSANDO

As técnicas que utilizei no desenvolvimento deste estudo permitiram que eu me aproximasse de universos de crenças, valores, aspirações, atitudes e comportamentos dos sujeitos pesquisados. Essa aproximação me permitiu interpretar sentidos a partir dos significados que cada um formulou, expressos por meio da linguagem, e que permitiram que eu construísse conhecimento sobre o que considerei temas de relevância para eles e para mim. Assim, considero possível interromper essa conversa com algumas considerações e, principalmente, com aberturas para outras possibilidades de aproximação da realidade dos profissionais de saúde e da perspectiva de sistematizar a interação entre educação e trabalho, dando concretude à Educação Permanente em Saúde.

Minha hipótese era de que, nesse espaço de intersecção educação-trabalho, o CEABSF seria uma tecnologia potente para operar processos de EP no cotidiano dos serviços em que os profissionais estão inseridos. Consequentemente, poderiam ser identificados indícios de mudança de prática e criação de novos hábitos surgidos a partir do envolvimento dos profissionais com as atividades propostas pelo curso. Considerei, também, que o CEABSF tem algumas características que poderiam facilitar essas ocorrências: exigência de que os candidatos tenham vínculo a uma equipe de Saúde da Família; perspectiva de valorização da autonomia do profissional em situação de aprendiz; possibilidade de desenvolvimento do curso sem se afastar do cotidiano de trabalhador; formulação de atividades que requisitam a construção de mapas contextuais.

Os resultados permitem afirmar que os sujeitos da pesquisa compartilharam significados e sentidos e permitiram minha interpretação de que o CEABSF potencializou processos de educação permanente já existentes e gerou novos processos; fortaleceu a prática de educação permanente em profissionais que já a exercitavam e despertou uma atitude positiva em relação à educação permanente em outros, ao induzir uma reflexão sobre o processo de trabalho a partir das atividades exigidas. Minha interpretação foi de que houve mudança de prática e criação de novos hábitos a partir do envolvimento dos profissionais

com as atividades propostas. O curso tem uma intencionalidade pedagógica traduzida em atividades que geram espaços e tempo de reflexão no interior do processo de trabalho.

Considerar que a minha hipótese foi comprovada dá significado concreto ao pressuposto de que, na perspectiva de contribuir com a mudança do modelo tecnoassistencial na atenção básica em saúde, deve ser priorizada a teorização das atividades profissionais e sociais, ou seja, do que é visto e vivido na prática. Na relação do homem com o contexto, ponto forte do curso, conhecimentos prévios são mediadores de um aprendizado significativo e o sujeito assimila e constrói conceitos e proposições que servem de ancoragem para outros novos conhecimentos.

Um aspecto que considero relevante tem relação com a minha percepção de que os profissionais estão refletindo e construindo uma consciência coletiva sobre a complexidade das relações que são estabelecidas no processo de trabalho em saúde. Desde a complexidade da relação entre sujeitos-trabalhadores que têm o mesmo objeto de intervenção – e se estranham nessa relação –, até a relação sujeito (trabalhador) e o objeto (sujeito) sobre o qual atua; inclui, ainda, as situações concretas de vida e autonomia do sujeito (objeto) para decidir sobre o seu viver, independentemente do querer do profissional.

Essa consciência gera um sentimento de impotência e, conseqüentemente, de frustração quando o profissional não possui controle ou conhecimento dos meios apropriados à intervenção, seja na gestão dos conflitos intraequipes, seja diretamente em processo de atenção à saúde do usuário. Nas duas situações, a existência de um mediador, com autoridade, habilidades de liderança e capacidade de gestão, aparece como uma necessidade.

A reivindicação de um coordenador do processo de trabalho da Unidade, que emergiu desse estudo, fortalece minha percepção de que há, por parte dos profissionais da atenção básica, a compreensão, já referida, sobre a complexidade do processo de trabalho na saúde, em especial na atenção primária. A necessidade do coordenador surge a partir do momento em que o olhar do profissional deixa de ter como foco apenas os procedimentos ou intervenções de caráter técnico e o espaço de atuação do profissional não é mais somente o

seu consultório ou gabinete dentário. Ao caírem os limites físicos, fica a sensação de estranhamento de si e do outro quando percebem o entrelaçamento de intenções e ações possíveis em função das necessidades de saúde – não mais de tratamento das doenças – da população, agora composta de usuários que não são mais pacientes.

Entre outras habilidades, esse coordenador precisa ter competência para somar talentos e conhecimentos diversificados em função de um projeto comum, elaborado coletivamente, e desenvolver estratégias de concretização de práticas de Educação Permanente no microambiente de produção de serviços de saúde. Portanto, precisa, também, de competências na área de educação, pois deve ser capaz de ajudar o profissional a percorrer o caminho entre o seu desenvolvimento potencial, quando soluciona problemas com apoio de quem é mais capaz, e o seu desenvolvimento real, quando é capaz de tomar decisões adequadas, com independência.

Talvez fosse adequado adotar um novo conceito, ou seja, de um mediador do processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. Um mediador que ajudasse a olhar para o trabalho da equipe e para a comunidade sem os vícios das corporações profissionais de saúde, embora sem confrontar tradições e comportamentos seculares; um confronto que tem gerado resistência à mudança. Gradativamente, o mediador atuaria para reduzir a distância entre a gerência e a “ponta” do processo de produção em saúde, para descentralizar a autoridade, eliminar o controle rígido e autoritário, implantar monitoramento e avaliação processual, valorizar a capacidade do ser humano de criticar e criar. A educação seria incorporada ao dia a dia do equipamento de saúde, transformando-o em lugar onde se ensina e se aprende, permanentemente, com estratégias que mobilizem todos os envolvidos naquele processo de trabalho.

Ainda, é importante que o cargo de gestor / mediador do processo de trabalho da unidade seja inscrito em plano de cargo, carreira e salário. Ou seja, não deve ser cargo comissionado, disponível como moeda de troca em processo eleitoral. Essa recomendação cabe para as relações de trabalho de todos os profissionais da rede de serviços públicos. É preciso garantir uma política de fixação dos profissionais e a ocupação do espaço de gestão por mérito.

É preciso, também, investir em área física que dê conforto a todos os envolvidos no processo de atenção - profissionais e usuários -, seja para o atendimento seja para momentos de reflexão individual e coletiva, para a equipe e para a comunidade. Ou seja, a explicitação da necessidade de viabilizar, com urgência, a ambiência que compõe a proposta de humanização do SUS é apenas mais um aspecto que conforma o desafio de construir território saudável sem financiamento adequado, definido em orçamento das três esferas de governo. Porém, apesar da descrição de cenários inapropriados, o que os sujeitos descortinam é uma prática comprometida com os princípios doutrinários do SUS.

Como a ponta de um *iceberg*, a dificuldade de fixação do médico nas equipes de Saúde da Família é um problema difícil de dimensionar; contudo, sabemos que é um risco para o projeto político ideológico SUS ver seu sucesso dependendo de uma categoria profissional. Há um espaço de atuação para o médico que é inquestionável. Estão em andamento algumas estratégias do MS para enfrentamento desse problema, mas, talvez, tenhamos que desconstruir o que está proposto para construir algo novo em relação à composição da equipe da Estratégia Saúde da Família.

Iniciei este estudo com algumas perguntas e foram elas que permitiram desvelar fenômenos. Assim, desejo que ele suscite novas perguntas, pois elas levarão a outros fenômenos que precisam ser desvelados. Acredito no ditado de que são as perguntas que nos movem, e não as respostas. Portanto, que sejam muitas as dúvidas e as questões geradas por ele.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família**: um estudo de caso. 2010. 216 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ALMEIDA, Maria Elizabeth Bianconcini de. Educação à distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.29, n.2, p. 327-340, jul./dez. 2003.

ALVES, Giovanni. Terceirização e acumulação flexível do Capital: notas teórico-críticas sobre as mutações orgânicas da produção capitalista. **Estudo Sociologia**, Araraquara, v.16, n.31, p.409-420, 2011. Disponível em: < <http://piwik.seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/4513/0>>. Acesso em: 13 set. 2011.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

AUSUBEL, David. P. **Aquisição e retenção de conhecimento**: uma perspectiva cognitivista. Tradução de Lígia Teopisto. Lisboa: Plátano Edições Técnicas Ltda, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979.

BASSINELLO, Greicelene Aparecida Hespanhol; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Projeto larga escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 194-200, 2009.

BASTOS, Antonio Virgillio Bittencourt; GONDIM, Sonia Maria Guedes; LOIOLA, Elizabeth. Aprendizagem organizacional versus organizações que aprendem: características e desafios que cercam essas duas abordagens de pesquisa. **Revista Administração**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 220-230, 2004.

BAUER, Martins W. Análise de conteúdo clássica, uma revisão. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Ed.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p.189-217.

BECKER, Fernando. Aprendizagem: concepções contraditórias. **Scheme – Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas**, Marília, v.1, n.1, 2008. Disponível em:<<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/scheme/article/view/552>>. Acesso em: 14 nov. 2009.

BECKER, Fernando. **O que é construtivismo**. São Paulo: FDE/UFRGS, 1994. p.87-93. Disponível em:<www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_20_p087-093_c.pdf> Acesso em: 14 nov. 2009.

BELACIANO, Mourad Ibrahim. O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. **Divulgação Saúde Debate**, Londrina, v.12, p. 29-33, 1996.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 jul. 1975.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a. 164 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB 41/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de. 2002b. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0041_2002.Pdf>. Acesso em: 03 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 2. Dispõe sobre os procedimentos de regulação e avaliação da educação superior na modalidade à distância. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jan. 2007a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/portarias/portaria_n_2-07_polo.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. **Referenciais de Qualidade para Educação Superior a Distância**. Brasília: MEC, 2007b. Disponível em: <coralx.ufsm.br/ead/arquivos/28.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 27 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 ago. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 fev. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 699**, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº1262**, de 15 de outubro de 1999. Institui o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1262.pdf>. Acesso em 04 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem**: trabalho e relações na produção do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Investigação. Polo de Capacitação. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, n. 10, jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - Relatório Final**. Brasília. 1986b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 05 out. 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 dez. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto 5622 de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 dez. 2005b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 5.800, de 8 de junho de 2006. Dispõe sobre o Sistema Universidade Aberta do Brasil - UAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 jun. 2006c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 1996.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Sub-chefia para assuntos jurídicos. Lei 8080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. São Paulo: Guanabara, 1987.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; SANTOS, Filadelfo Queiroz. Aspectos da Teoria Piagetiana: da Biologia à Cognição. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 87-96, 2002.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; PIERANTONI, Célia Regina; MACHADO, Maria Helena. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v.3, n.1, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva na organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Efeito Paideia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 19-31, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 30-39, 2006.

CARNEIRO, Luiz Augusto. O avanço dos Planos de Saúde. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Sem data. Disponível em: <<http://www.iesssaladeimprensa.institucional.ws/>>. Acesso em 02 fev. 2012.

CASTAÑON, Gustavo Arja. Construtivismo e ciências humanas. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 5, p.36-49, 2005. Disponível em: <www.cienciasecognicao.org>. Acesso em: 06 out. 2011.

CAVALCANTI, M. L. T. Comentários sobre a Estratégia Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamman. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p.1336-1345, 2009. suplemento 1.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-198, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.

CORRÊA, Arlindo Lopes. **Em busca da educação de qualidade**. 2011. Disponível em: <<http://arлиндolcorrea.blogspot.com/>>. Acesso em: 05 ago. 2011.

CORRÊA, Juliane. O ensino superior à distância: avaliando o estado da arte. In: OLIVEIRA, Fatima Bayma de (Org.). **Desafios da educação**: contribuições estratégicas para o ensino superior. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

COSTA, Humberto. Apresentação desta edição Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, Patricia Pol. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. 2006. 135 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa – métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Tradução de Magda Lopes. Consultoria, supervisão e revisão técnica de Dirceu da Silva. 3ª Ed. Porto Alegre: Arned, 2010.

DAVINI, María Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

DEMO, Pedro. Pesquisa qualitativa. Busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 89-104, abr. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13912.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2011.

DEMO, Pedro. Trabalho: sentido da vida! **Boletim Técnico SENAC**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/321/bts32_1-artigo1.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2011.

DELÉON, Archer. Conceito atual de educação permanente e seu planejamento. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, Rio de Janeiro, v, 51, n. 113, 1969 *apud* PAIVA, Vanilda. Educação Permanente: ideologia educativa ou necessidade econômica-social? In: PAIVA, Vanilda; RATTNER, Henrique. **Educação permanente & capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1985.

DELORS, Jacques *et al.* **Educação: um tesouro a descobrir**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006. (Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI).

DELUIZ, Neide. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico SENAC**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.15-21, 1996. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/303/boltec303f.htm>>. Acesso em: 12 set. 2011.

DESTRO, Martha Rosa Pisani. Educação continuada: visão histórica e tentativa de contextualização. **Caderno CEDES**, Campinas, v. 36, p. 21-27, 1995.

DOMINGUEZ, Bruno. Por um marco regulatório mais democrático. **RADIS Comunicação Saúde**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.rededespesquisaaps.org.br/UserFiles/File/radis-108.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

DUARTE, Newton. **Vigotski e o aprender a aprender**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da Teoria Vigotskiana. 2. ed. rev. ampl. Campinas, SP: Autores associados, 2001. Disponível em: <<http://proletariosmarxistas.com/docs/Publicacoes%20diversas/Vigotski%20e%20o%20aprender%20a%20aprender.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. Derrotas para a Saúde. **Radis Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 113, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/derrotas-para-saude>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

FARIA, Regina M.B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde**: Brasil, 1997-2006. 2008. 236 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FAURE, Edgard *et al.* **Learning to be**: the world of education today and tomorrow. 7^o éd. Paris: UNESCO, 1972. 313p. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0000/000018/001801e.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

FERRAZ, Clarice Aparecida. Coordenadora Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde - SGTES/MS/BRASIL. **Apresentação de Clarice Ferraz**. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/forum/viewtopic.php?f=95&t=147>. Acesso em: 12 jul. 2011.

FEUERBACH, Ludwig. **A essência do cristianismo**. São Paulo: Papirus, 1988.

FEUERWERKER, Laura C. M. **Algumas reflexões a partir dos achados nos campos de investigação**. Texto produzido como apoio aos relatórios parciais de pesquisa nacional sobre Educação Permanente em Saúde. São Paulo, 2008. (Texto não publicado).

FLICK, Uwe. Entrevista Episódica. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 114-136.

FORTUNA, Cinira Magali *et al.* Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_25.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2011.

FOSNOT, Catherine Twomey. Construtivismo: uma teoria psicológica da aprendizagem. IN: FOSNOT, Catherine Twomey (Org.). **Construtivismo: teoria, perspectivas e prática pedagógica**. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 32-46.

FRANCO, Túlio Batista; MEHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERY, Emerson Elias *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970 *apud* NOVAK, Joseph D. **Aprender, criar e utilizar o conhecimento: mapas conceituaisTM como ferramentas de facilitação nas escolas e empresas**. Tradução de Ana Rabaça. Lisboa: Plátano Edições Técnicas Ltda, 2000.

FREIRE, Paulo. **Política e educação: ensaios**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FREITAG, Barbara. Prefácio. In: KNECHTEL, Maria do Rosário. **Educação permanente: da reunificação da alemã a reflexões e práticas no Brasil**. 3. ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2001. 149 p.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação e trabalho: bases para debater a educação profissional emancipadora. **Perspectiva**, Florianópolis, v.19, n.1, p.71-87, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/8463/7770>>. Acesso em: 10 out. 2011.

FURTER, Pierre. **Dialética da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1975 *apud* PAIVA, Vanilda. Educação Permanente: ideologia educativa ou necessidade econômica-social? IN:

PAIVA, Vanilda; RATTNER, Henrique. **Educação permanente & capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1985. p. 7-63.

GADOTTI, Moacir. **A educação contra a educação**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Ed.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 64-89.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Tradução de Eric Nepomuceno. 9. ed. Porto Alegre: L&PM, 2002. 270p. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/beb/texto/completo/008802>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

GEBER, Beryl A. (Org.). **Psicologia do conhecimento em Piaget**: estudos de Epistemologia Genética. Tradução de Pedro Dória. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

GLASERSFELD, Ernst Von. Construtivismo: aspectos introdutórios. In: FOSNOT, Catherine Twomey (Org.). **Construtivismo**: teoria, perspectivas e prática pedagógica. Tradução de Sandra Costa. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 12-31.

GOULART, I. B. Educação permanente/educação continuada. **Presença Pedagógica**, Belo Horizonte, v. 3, n. 14, p. 81-84, mar./abr. 1997.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia Teoria Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>> Acesso em: 09 jun. 2010.

HADDAD, Jorge Q.; ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina (Ed.). **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. 247 p.

HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque de. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 90-113.

JONASSEN, David. O uso das novas tecnologias na educação à distância e a aprendizagem construtivista. **Em Aberto**, Brasília, v. 16, n.70, p. 70-88, abr./jun.1996.

KALLEN, Denis. Aprendizagem ao longo da vida em retrospectiva. **Revista Européia de Formação Profissional**, Grécia, v. 8, n. 9, 1996/II/III. Disponível em: <<http://www.youblisher.com/p/38005-Educacao>>. Acesso em: 30 abr. 2011.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Educação Permanente**: da reunificação da alemã a reflexões e práticas na Brasil. 3. ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2001. 149 p.

LAMPERT, Ernani. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. **Linhas**, Florianópolis, vol. 6, n.1, p. 177-194, jan./jun. 2005.

LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 1/2, p. 59-66, 2003. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/408/40816211.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2011.

LURIA, Alexander Romanovitch. Nota biográfica sobre L. S. Vigotski. In: VIGOTSKY, Lev Semenovich; COLE, Michel *et al.* (Org.). **A formação social da mente**. Tradução José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 3. ed. rev. amp. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, Josiane de Jesus; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 351-356. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewPDFInterstitial/4068/2725>>. Acesso em: 24 abr. 2010.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política - Livro I: o processo de produção capitalista. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

MARX, Karl. Maquinaria e trabalho vivo: os efeitos da mecanização sobre o trabalhador. **Crítica Marxista**, Campinas, v. 1, n.1, p. 103-110, 1994.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. **Ver-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.125-142.

MISHIMA, Silvana Martins *et al.* Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação

gestor/trabalhador. In: FALCÃO, André *et al.* **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.137-156.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOREIRA, Marco Antonio *et al.* Introdução: David Ausubel e a origem da Teoria da Aprendizagem Significativa – a contribuição de Joseph Novak. In: MOREIRA, Marco A. *et al.* (Org.). **Teoria da Aprendizagem Significativa**: contributos do III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, Peniche, 2000. p. 3-21. Disponível em: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1320>. Acesso em: 18 out. 2011.

MOREIRA, Marco Antonio. **Mapas conceituais, diagramas e organizadores prévios**: subsídios didáticos para o professor pesquisador em ensino de ciências. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

MOREIRA, Marco Antonio. A teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. In: SALZANO, Elcie F.; MOREIRA, Marco Antonio. **Aprendizagem significativa**: condições para ocorrências e lacunas que levam a comprometimento. São Paulo: Vetor, 2008.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. In: BRASIL. Ministério da Educação. **Bol SEMTEC-MEC Inform Eletrônico da Secretaria de Educação Média e Tecnológica**, Brasília, v. 1, n. 4, jun./jul. 2000.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 3, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

NAVEGA, Sérgio C. Projeto Cyc: confundindo inteligência com conhecimento. In: WORKSHOP BRASILEIRO DE INTELIGÊNCIA COMPETITIVA E GESTÃO DO CONHECIMENTO, 3., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Sociedade Brasileira de Gestão do Conhecimento, 2002. 19p. Disponível em: <<http://www.intelliwise.com/reports/kmbscn.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.

NOVAK, Joseph D. **Aprender, criar e utilizar o conhecimento**: mapas conceituaistm como ferramentas de facilitação nas escolas e empresas. Tradução de Ana Rabaça. Lisboa: Plátano Edições Técnicas Ltda, 2000b.

NOVAK, Joseph D. Meaningful learning: the essential factor for conceptual change in Limited or Inappropriate Propositional Hierarchies (LIPHs) leading to empowerment of learners. In: MOREIRA, Marco A. *et al.* (Org.). **Teoria da aprendizagem significativa**: contributos do III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, Peniche, p.

23-46, 2000a. Disponível em: <<http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1320>> Acesso em: 18 out. 2011.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.5, p. 585-589, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) NO BRASIL. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano**. Brasília: Representação do PNUD no Brasil. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Educação de jovens e adultos**: uma memória contemporânea, 1996-2004. Brasília: UNESCO, MEC, 2004. 210p. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001368/136859por.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Educación Contínua** - guia para la organización de programas de educación continua para personal de salud. Washington: División de Recursos Humanos e Investigación, 1979 *apud* HADDAD, Jorge Q.; ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina (Editores). **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de La Salud, 1994. 247 p.

OTT, Margot Bertolucci; KRAHE, Elizabeth D. Educação permanente: alienação ou libertação? **Revista de Educação da Associação de Educação Católica do Brasil**, Brasília, v. 20, n. 79, p. 07-14, abr./jun. 1991.

PAIM, Jairnilson S.; NUNES, Tânia Celeste M.. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 262-269, 1992.

PAIVA, Vanilda. Educação Permanente: ideologia educativa ou necessidade econômica-social? In: PAIVA, Vanilda; RATTNER, Henrique. **Educação permanente & capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1985. p. 7-63.

PARO, Vitor Henrique. Educação para a democracia: o elemento que falta na discussão da qualidade do ensino. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 13, n. 001, p. 23-38, 2000. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/374/37413103.pdf>> Acesso em: 24 jan. 2008.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, Maria José Bistafa *et al.* A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-777, 2009.

PEROZIM, Livia. Professor da família. **Revista Carta na Escola**, São Paulo, Edição 23. s/d. Disponível em: <http://www.udemo.org.br/Leitura_113.htm> Acesso em: 05 ago. 2011.

PIAGET, Jean. **Epistemologia genética**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 123 p.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. *et al* (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 51-70.

PORTAL, Leda Lísia Franciosi *et al*. **Educação continuada**: um interesse institucional na construção da inteireza dos docentes de Programas de Doutorado em Educação e Universidades do Rio Grande do Sul. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, 2009.

PRADO, Marta Lenise; REIBNITZ, Kênia Schmidt. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.

REGO, Teresa Cristina. **Vigotski**: uma perspectiva histórico-cultural da educação. 22. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011. 139 p.

REZENDE, Verônica Amorim. **A resolutividade da atenção básica**: uma revisão de literatura. 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca_virtual>. Acesso em: 07 jul. 2011.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosângela de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 12 jan. 2006.

RICOUER, Paul. **Tempo e narrativa (tomo I)**. Tradução de Constança Marcondes Cesar. Campinas, SP: Papirus, 1994.

ROCHA, Rogério Lannes. Editorial - Marcha Insensata. **RADIS Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 108, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/radis-108.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.13, n. 6, p.1027-34, 2005.

ROVERE, Mario R. Comentários estimulados por la lectura del artículo "Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário". **Interface Comunic Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14142832005000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2008.

SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de. (Org.). **Projeto de capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde (CADRHU)**. Natal: EDUUFN, 1999.

SANCHIS, Isabelle de Paiva; MAHFOUD, Miguel. Interação e construção: o sujeito e o conhecimento no construtivismo de Piaget. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 165-177, 2007. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>>. Acesso em: 12 abr. 2011.

SANCHIS, Isabelle de Paiva; MAHFOUD, Miguel. Construtivismo: desdobramentos teóricos e no campo da educação. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 4, n. 1, mai. 2010. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/120/86>>. Acesso em: 02 abr. 2011.

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; SANDRI, Juliana Vieira. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p.433-452, 2008.

SAVIANI, Demerval. **Pedagogia histórico crítica: primeiras aproximações**. 6. ed. Campinas: Autores Associados, 1997 *apud* DUARTE, Newton. **Vigotski e o aprender a aprender: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana**. 2. ed. rev. ampl. Campinas, SP: Autores Associados, 2001. Disponível em: <<http://proletariosmarxistas.com/docs/Publicacoes%20diversas/Vigotski%20e%20o%20aprender%20a%20a%20prender.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem**. São Paulo: Best Seller, 1990.

SILVA, A. C. B; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 33, n. 117, p.23-35, 2008.

SILVEIRA, Marília Rezende. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário**, Minas Gerais. 2009. 145 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

TAVARES, Romero. Animações interativas e mapas conceituais: uma proposta para facilitar a aprendizagem significativa em ciências. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 99-108, 2008. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>>. Acesso em: 04 abr. 2010.

TEBCHERANI, Marisete Mazurek. Educação de adultos: um estudo necessário. **Olhar de Professor**, Ponta Grossa, v. 4, n. 1, p. 47-60, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formação de recursos humanos para o SUS. Desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 41, p. 20-23, dez. 1993.

THOFEHRN, Maira Buss; LEOPARDI, Maria Tereza. Construtivismo sócio-histórico de Vygostky e a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 694-698, 2006.

TOFFLER, Alvin. '**3ª onda**' é única opção para o Brasil. Entrevista concedida a Rodrigo Amaral da BBC Brasil.com. 15 ago. 2002. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/020815_eleicaoct8ro.shtml>. Acesso em: 02 ago. 2011.

TOMASINI, Massimo. Aprendizagem e cidadania nas organizações: resultados e perspectivas de estudos de investigação realizados no âmbito dos 4º e 5º Programas da Comissão Europeia. Grécia: Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional (CEDEFOP). **Revista Europeia de Formação Profissional**, Lisboa, n. 37, jan. 2006.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2007.

TURATO, Egiberto Ribeiro. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2003. p.363.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. **Regulamento do Hospital das Clínicas**. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1976.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM. **Guia do especialista**: curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família / Cátedra da Unesco de Educação a Distância FAE/UFMG. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM /UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Plataforma Ágora. Horizonte: NESCON/ FM / UFMG, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Programa Ágora. **Relatório Técnico**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Implantação das turmas Alfa, Beta e Gama, até julho de 2009. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

VALENTE, J.A. Criando oportunidades para aprendizagem continuada ao longo da vida. **Revista Pátio**, Porto Alegre, v. 4, n. 15, p. 8-12, 2001.

VASCONCELOS, M. C. R. L.; FELÍCIO JÚNIOR, J. **Empreendedorismo e Learning Organization**: estudo de caso numa instituição de ensino superior. Disponível em:<http://www.kmol.online.pt/artigos/200505/jun03_1.html>. Acesso em: 10 jul. 2005.

VIANA, A. S. d'Ávila *et al.* (Org.). **Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e Pólos de Educação Permanente no Estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP, 2008.

VIGOTSKY, Lev Semenovich. **A formação social da mente**. Tradução de José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 182 p.

VIGOTSKY, Lev Semenovich. **Pensamento e linguagem**. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 194 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário a ser respondido pelos egressos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

1. Identificação

Nome: _____

Profissão que o habilitou ao curso: _____

Faculdade em que se graduou: _____

Ano em que se graduou: _____

Polo em que começou o curso e tutor: _____

Polo onde terminou o curso e tutor: _____

As questões a seguir permitem mais de uma resposta, se for o caso.

2. Vínculo profissional atual:

- desempregado Atenção básica não ESF Estratégia saúde da família
 Área hospitalar Outros. Especificar: _____

3. Quanto a sua atuação na Estratégia Saúde da Família durante o curso, é possível afirmar que você atuou na estratégia:

- durante 100% do curso. em mais de 50% do curso.
 em mais de 70% do curso. em menos de 50% do curso.

Observação que queira fazer: _____

4. Em relação a critérios utilizados por você para escolher as disciplinas optativas do curso:

- A escolha foi determinada pelo número de créditos das disciplinas.
 A escolha foi determinada pela relação da disciplina com os problemas prioritários de sua área de abrangência.
 A escolha foi determinada pela necessidade de aprofundar conhecimento na área de abordagem da disciplina.
 A escolha foi feita de acordo com orientação do (a) tutor (a).
 Outro motivo. Especificar: _____

5. Outros profissionais que trabalhavam na mesma equipe ou na mesma Unidade Básica de Saúde que você fizeram o curso:

- Não.
 Sim. Na turma Alpha. Em turma diferente (início em outro semestre ou ano).

6. Para executar as atividades solicitadas nas disciplinas/módulos que envolviam levantamento de dados da população de sua área de abrangência, você utilizou:

- dados que você conhecia, sem consulta a outras fontes de informação.
 dados que solicitou aos agentes comunitários de saúde.
 dados que solicitou a outros profissionais da equipe.
 dados sistematizados pela Secretaria Municipal de Saúde.
 dados contidos em bancos de dados de órgãos governamentais.
 outras fontes de dados. Especificar: _____
-

7. Para executar as atividades solicitadas nas disciplinas/módulos, você se reuniu com sua equipe:

- algumas vezes.
 em todas as disciplinas/módulos, pelo menos uma vez.
 quando solicitado explicitamente no enunciado da atividade.
 aproveitando a reunião que a equipe faz, periodicamente.
 nunca, pois era possível fazer as atividades sem reunir a equipe.

Observação que queira fazer: _____

8. O curso possibilitou que você introduzisse alguma ferramenta de organização do processo de trabalho que não usava anteriormente?

- Não
 Sim. Qual (is): _____
-

9. O curso possibilitou que você introduzisse alguma ferramenta de atenção à saúde dos usuários que não usava anteriormente?

- Não
 Sim. Qual (is): _____
-

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Eu, Maria José Cabral Grillo, docente e doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa sob a orientação da Profª DRª Roseni Rosângela de Sena, com finalidade acadêmica e difusão científica, cujo título é: “Educação Permanente em Saúde: espaços e atores refletindo sobre o processo de trabalho em saúde”. O objetivo da pesquisa é analisar a viabilidade de concretização de práticas efetivas de educação permanente no microambiente de produção de serviços de saúde, a partir da inserção dos profissionais no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Os objetivos específicos são: identificar se os alunos se apropriaram das ferramentas de organização do processo de trabalho oferecidas pelo curso; analisar a percepção de egressos do curso sobre a trajetória que construíram no curso, considerando as disciplinas optativas que decidiram fazer, e a relação desta trajetória com a sua prática profissional; analisar o potencial das atividades propostas pelo curso de aproximar os alunos à realidade de sua área de abrangência e gerar reflexão sobre suas ações diante das necessidades de saúde da população adscrita.

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo e queremos contar com a sua colaboração preenchendo o questionário Anexo. Posteriormente, pode ser necessário que você seja entrevistado e, portanto, antecipamos a solicitação de seu consentimento. A entrevista será gravada e lhe será permitido ouvi-la, bem como ter acesso à transcrição, se assim o desejar. Ao final da pesquisa, caso manifeste interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discuti-la com o pesquisador.

A participação é voluntária e você terá a liberdade para desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização. Você terá o direito de se expressar livremente, com a garantia de que nenhuma informação que você der será usada contra você ou para outro fim que não seja a pesquisa.

Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo de dados confidenciais. Ao término da pesquisa, o material será destruído por incineração. Você não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa.

Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador, a orientadora ou o Comitê de Ética da UFMG, poderá fazê-lo pelos telefones ou pelos e-mails que constam no rodapé deste documento.

Solicitamos o seu consentimento e agradecemos a sua participação.

Atenciosamente,

Maria José Cabral Grillo

Profª Drª Roseni Rosângela de Sena

Eu _____ concordo em participar, voluntariamente, deste estudo e declaro ter assinado este documento em duas vias e recebido uma cópia.

Assinatura: _____

- Maria José Cabral Grillo – Escola de Enfermagem da UFMG - Av. Alfredo Balena, 190, Bairro Santa Efigênia – BH/MG. (31) 3409-9936/cel. 99716412 ou pelo e-mail: majo@enf.ufmg.br.

- Orientadora: Profª Drª Roseni Rosângela de Sena – Rua Curitiba 2232/301 – CEP 30.170-122. BH/MG. Cel. 99518838.

- Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG 131270-901, telefax 31 3409-4592.

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista a egressos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Após explicar a metodologia que será utilizada na entrevista, solicitar permissão para gravá-la. Autorizada a gravação, iniciar a entrevista seguindo as etapas apresentadas a seguir.

Primeira etapa

- apresentar o tópico inicial: conte sua trajetória no desenvolvimento do curso de especialização em atenção básica em saúde da família desde o processo de seleção até a conclusão do curso, com a apresentação do seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).
- durante a narração central, não fazer perguntas, apenas encorajamentos não verbais.

Segunda etapa

- a partir da escuta realizada na primeira etapa, o entrevistador, se necessário, faz questionamentos traduzindo perguntas exmanentes (de interesse do pesquisador) em questões imanentes (questões trazidas pelo informante e que têm relação com o objeto da pesquisa) usando as expressões/palavras do informante. Nota: o termo "imanência" compõe-se dos termos *latinos in e manere*, que, juntos, têm o significado original de "existir ou permanecer no interior".

Terceira etapa

- continuar a conversação buscando torná-la mais informal, podendo questionar o porquê de algum acontecimento que tenha surgido durante a narrativa ou deixar que o entrevistado fale sobre o que mais desejar.

Questões exmanentes:

- Os conteúdos das disciplinas cursadas tiveram relação com os problemas de saúde da população da sua área de abrangência?
- As atividades propostas pelo curso têm aproximação com a sua realidade na Estratégia Saúde da Família?
- Você já utilizava as ferramentas de organização do processo de trabalho oferecidas pelo curso?
- O curso gerou processos permanentes de discussão sobre os problemas de saúde e as formas de resolvê-los entre você e a equipe?
- Qual a sua opinião sobre as perspectivas de consolidação do SUS?

APÊNDICE D

Egressos do CEABSF que responderam o questionário elaborado pela pesquisadora. Minas Gerais, 2011.

Nº	Código	Profissão	Instituição formadora	Ano da grad.	Turma
1	ENF1	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA- MG	2002	2008/1
2	ENF2	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL/MG	1985	2008/1
3	ENF3	Enfermeiro	UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS - UNIPAC	2008	2008/2
4	CD1	C. Dentista	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1994	2008/1
5	ENF4	Enfermeiro	UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS - UNIPAC	2007	2008/1
6	ENF5	Enfermeiro	UNIV. FEDERAL DO VALE DO JEQUITINHONHA E MUCURI	2005	2008/1
7	CD2	C. Dentista	UNIVERSIDADE DE UBERABA – MG	1988	2008/2
8	ENF6	Enfermeiro	FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DE PASSOS- MG	2003	2008/2
9	MED1	Medico	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA- MG	1995	2008/1
10	CD3	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG	1990	2008/1
11	ENF7	Enfermeiro	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1990	2008/1
12	ENF8	Enfermeiro	UNIVERSIDADE DE ALFENAS – UNIFENAS	2007	2008/2
13	CD4	C. Dentista	UNIV. FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI	1986	2008/1
14	ENF9	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA	1999	2008/1
15	MED2	Medico	FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DE MINAS GERAIS	1997	2008/1
16	CD5	C. Dentista	CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS – UNILAVRAS/MG	1998	2008/1
17	ENF10	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL	1997	2008/1
18	MED3	Medico	FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA – FAME/MG	1990	2008/2
19	ENF11	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERABA - MG	2007	2008/2
20	ENF12	Enfermeiro	UNIV. FED. DO TRIÂNGULO MINEIRO – UFTM/MG	2000	2008/1
21	ENF13	Enfermeiro	UNIV. ESTADULA DE MONTES CLAROS - UNIMONTES- MG	2005	2008/1
22	ENF14	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG	2005	2008/1
23	CD6	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNCIA - UFU	1997	2008/1
24	ENF15	Enfermeiro	UNIV. FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI	2004	2008/1
25	ENF16	Enfermeiro	UNIVERSIDADE GAMA FILHO – MG	2005	2008/1
26	CD7	C. Dentista	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1998	2008/1
27	ENF17	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL NOVE DE JULHO	2005	2008/1
28	CD8	C. Dentista	UNIVERSIDADE DE TRÊS CORAÇÕES- UNICOR/ MG	1997	2008/1
29	CD9	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA- MG	1974	2008/1
30	ENF18	Enfermeiro	UNIV. DO OESTE PAULISTA – UNOESTE/SP	2006	2008/1
31	CD10	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG	2002	2008/1
32	CD11	C. Dentista	UNIVERSIDADE DE UBERABA- MG	1993	2008/1
33	CD12	C. Dentista	UNIV. VALE DO RIO DOCE - UNIVALE- MG- MG	2004	2008/1
34	CD13	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA- MG	2001	2008/1
35	ENF19	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG- MG	2006	2008/1
36	CD14	C. Dentista	ESCOLA DE FARMÁCIA E ODONTOLOGIA DE ALFENAS – MG	1999	2008/1
37	CD15	C. Dentista	ESCOLA DE FARMÁCIA E ODONTOLOGIA DE ALFENAS – MG	2002	2008/1

38	ENF20	Enfermeiro	CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA- MG	2004	2008/1
39	CD16	C. Dentista	UNIVALE - UNIV. VALE DO RIO DOCE- MG	1979	2008/1
40	CD17	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA- MG	1975	2008/1
41	ENF21	Enfermeiro	FACULDADES FEDERAIS INTEGRADAS DE DIAMANTINA- MG	2003	2008/1
42	MED4	Medico	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA- MG	1988	2008/1
43	ENF22	Enfermeiro	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1976	2008/1
44	ENF23	Enfermeiro	UFMG - FACULDADE DE ENFERMAGEM DE PASSOS- MG	2005	2008/1
45	CD18	C. Dentista	UNIVALE - UNIV. VALE DO RIO DOCE- MG	1993	2008/1
46	ENF24	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA- MG	1998	2008/1
47	ENF25	Enfermeiro	UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO VERDE- MG	2007	2008/2
48	ENF26	Enfermeiro	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1999	2008/1
49	ENF27	Enfermeiro	UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA- MG	2007	2008/2
50	ENF28	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA- UFJF	2005	2008/1
51	CD19	C. Dentista	UNIVERSIDADE DE UBERABA- MG	1981	2008/1
52	CD20	C. Dentista	UNIVALE - UNIV. VALE DO RIO DOCE- MG	2004	2008/1
53	ENF29	Enfermeiro	UNIVALE - UNIV. VALE DO RIO DOCE- MG	2004	2008/1
54	ENF30	Enfermeiro	UNIFENAS - UNIV. FED. DE ALFENAS- MG	2005	2008/1
55	ENF31	Enfermeiro	UNIV. PRESIDENTE ANTONIO CARLOS - BARBACENA- MG	2008	2008/2
56	ENF32	Enfermeiro	FUNED - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE DIVINÓPOLIS- MG	2005	2008/1
57	CD21	C. Dentista	UNIVALE - UNIV. VALE DO RIO DOCE- MG	1995	2008/1
58	ENF33	Enfermeiro	FAC. DE EDUCAÇÃO SÃO LUIS	2007	2008/1
59	CD22	C. Dentista	FACULDADE FEDERAL DE DIAMANTINA- MG	1992	2008/1
60	CD23	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA- MG	2001	2008/1
61	MED5	Medico	FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA- MG	1981	2008/1
62	MED6	Medico	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG	2006	2008/2
63	CD24	C. Dentista	FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE BARRETOS	2003	2008/2
64	CD25	C. Dentista	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1999	2008/1
65	MED7	Medico	ESCOLA DE MEDICINA STA CASA DE M. DO ESPIRITO SANTO	1989	2008/2
66	ENF34	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO- MG	2005	2008/1
67	ENF35	Enfermeiro	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS- MG	2006	2008/1
68	ENF36	Enfermeiro	UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - MG	2002	2008/1
69	CD26	C. Dentista	UNIV. ESTADUAL DE MONTES CLAROS - MG	2003	2008/1
70	ENF37	Enfermeiro	UNIFENAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - MG	2004	2008/2
71	ENF38	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA - MG	1998	2008/1
72	ENF39	Enfermeiro	CENTRO UNIVERSITARIO DE BARRA MANSA - RJ	2006	2008/1
73	ENF40	Enfermeiro	UNIVERSIDADE DE UBERABA – MG	2006	2008/1
74	ENF41	Enfermeiro	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	2007	2008/1
75	ENF42	Enfermeiro	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1995	2008/1
76	ENF43	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA- MG	2004	2008/1
77	ENF44	Enfermeiro	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1996	2008/1
78	ENF45	Enfermeiro	UNIV. ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES/ MG	2007	2008/2
79	CD27	C. Dentista	UNIVALE - UNIV. VALE DO RIO DOCE - MG	1990	2008/1
80	CD28	C. Dentista	UNIV. FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI	2001	2008/2

81	ENF46	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA- MG	2005	2008/1
82	ENF47	Enfermeiro	CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA – MG	2005	2008/1
83	CD29	C. Dentista	UNIVERSIDADE VALE DO RIO VERDE/ MG	1998	2008/2
84	CD30	C. Dentista	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1994	2008/1
85	ENF48	Enfermeiro	UNIV. FEDERAL DE ALFENAS – UNIFENAS/ MG	1981	2008/1
86	CD31	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA - MG	1985	2008/1
87	CD32	C. Dentista	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	1993	2008/1
88	CD33	C. Dentista	UNIV. FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI	2007	2008/2
89	ENF49	Enfermeiro	UNIFOR - CENTRO UNIVERSITARIO FORMIGUENSE/ MG	2005	2008/2
90	CD34	C. Dentista	FAC. ODONTOLOGIA DE GOVERNADOR VALADARES - MG	1980	2008/1
91	MED8	Medico	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG	1994	2008/1
92	ENF50	Enfermeiro	FACULDADE PITÁGORAS - MONTES CLAROS/ MG	2006	2008/1
93	MED9	Medico	FACULDADE DE MEDICINA DE VASSOURAS - RJ	1983	2008/1
94	CD35	C. Dentista	UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOCE – UNIVALE/ MG	2001	2008/1
95	CD36	C. Dentista	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	2003	2008/1
96	CD37	C. Dentista	UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOCE - UNIVALE	2000	2008/1
97	ENF51	Enfermeiro	UNIV. EESTADULA DE MMINAS GERAIS – DIVINOPOLIS/ MG	2007	2008/2
98	ENF52	Enfermeiro	UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOCE – UNIVALE/ MG	2005	2008/1
99	CD38	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFENAS/ MG	2000	2008/1
100	ENF53	Enfermeiro	CENTRO UNIVERSITARIO DE FORMIGA - MG	2004	2008/1
101	CD39	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG	2007	2008/2
102	CD40	C. Dentista	FAC. ODONTOLOGIA DE GOVERNADOR VALADARES - MG	1992	2008/1
103	ENF54	Enfermeiro	FUNDAÇÃOD E ENSINO SUPERIOR DE PASSOS – EESP/ MG	1994	2008/1
104	CD41	C. Dentista	FAC. ODONTOLOGIA DE GOVERNADORS VALADARES - MG	1982	2008/1
105	ENF55	Enfermeiro	PONTIF. UNIV. CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUC/MG	2007	2008/2
106	CD42	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFENAS/ MG	1994	2008/2
107	CD43	C. Dentista	FACULDADE FEDERAL DE DIAMANTINA - MG	1993	2008/1
108	ENF56	Enfermeiro	DOCTUM - TEOFILO OTONI – MG	2007	2008/1
109	ENF57	Enfermeiro	CENTRO UNIVERSITARIO FORMIGUENSE – UNIFOR/ MG	2004	2008/2
110	ENF58	Enfermeiro	DOCTUM - TEOFILO OTONI – MG	2006	2008/1
111	ENF59	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG	2004	2008/2
112	CD44	C. Dentista	UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOCE - UNIVALE	1994	2008/2
113	MED10	Medico	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG	2009	2008/2
114	CD45	C. Dentista	UNIVERSIDADE DE UBERABA - MG	1975	2008/1
115	ENF60	Enfermeiro	UNIV. ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES/ MG	2005	2008/1
116	ENF61	Enfermeiro	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MINAS GERAIS - DIVINOPOLIS	2007	2008/2
117	ENF62	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFENAS/ MG	2006	2008/1
118	CD46	C. Dentista	FAC. DE ODONTOLOGIA DE GOVERNADOR VALADARES/MG	1979	2008/1
119	CD47	C. Dentista	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG	2004	2008/1
120	ENF63	Enfermeiro	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFENAS/ MG	2003	2008/1

APÊNDICE E

Respostas sobre qual o instrumento de trabalho o egresso incorporou ao seu processo de trabalho após o curso.

1. Sobre Planejamento (38):

- “Planejamento Estratégico Situacional”.
- “O diagnostico através do levantamento dos dados e após a intervenção com o quadro de prioridades”.
- “Planejamento participativo”.
- “Pude aplicar vários levantamentos utilizados nas disciplinas no setor de odontologia. Ex.: levantamento de necessidades de prótese dentaria”.
- “Principalmente planejamento a partir do diagnostico realizado da área”.
- “Planejamento das ações”.
- “Planejamento a partir da identificação dos determinantes e condicionantes da população adscrita”.
- “Organizar melhor com melhores conceitos e planejamento na ESF, fortalecendo os determinantes sociais”.
- “A melhoria no planejamento das ações da equipe na criação de estratégias”.
- “Planejamento das atividades voltadas para as necessidades dos usuários e não das que achávamos necessárias”.
- “Trabalhar em cima de diagnósticos de realidades”.
- “Realizar o diagnostico de saúde, priorizar problemas e planejar ações”.
- “Participação em reuniões para planejamento com a equipe”.
- “O tempo todo estou pensando nos objetivos, planejando alcançá-los discutindo, pactuando e avaliando e muitas vezes refazendo para alcançar os resultados”.
- “Procuramos direcionar os atendimentos a fim de atingir metas da secretaria municipal de saúde”.
- “Avaliação dos programas”.
- “Avaliação das ações”.

2. Específico sobre diagnóstico em saúde, que é uma fase do Planejamento (17):

- “Diagnostico territorial”.
- “Diagnostico de saúde”.
- “Diagnóstico situacional”.
- “Principalmente em relação ao diagnostico da área de abrangência”.
- “A territorialização com visitas para reconhecimento de realidade local e parceiros”.
- “Levantamentos epidemiológicos periódicos”.

- “A utilização de banco de dados como forma de obter informações que norteassem as ações propostas”.
- “A noção de território, objetos e produtos”.
- “Reconhecimento da área de abrangência”.

3. Sobre Organização do processo de trabalho (35):

- Organização do processo de trabalho.
- Organização do processo de trabalho a partir dos dados epidemiológicos.
- Busca de fatores que interferem nos determinantes do processo de trabalho.
- Organização do processo de trabalho via levantamento epidemiológico.
- Organização das ações de saúde.
- Sistematização das ações.
- Pensar nos usuários segundo suas faixas etárias.
- Aprimorei as consultas de enfermagem.
- Organização da agenda de consultas médicas.
- Horário estratégico de saúde dos trabalhadores.
- Fichário de cartões para mulheres em idade fértil.
- Organização sistematizada da assistência
- Estamos articulando com a equipe para implantar, arquivo rotativo.
- Elaboração conjunta (equipe) da agenda, no SIAB.
- Prioridades.
- Cronograma de atendimento a saúde da criança.
- Calendário da puericultura.
- No módulo Saúde da Criança, relacionado ao cartão de vacina e crescimento e desenvolvimento da criança.
- Elaboração de Agenda de trabalho.
- Agendamento da demanda espontânea e programada.
- Melhor organização da demanda.
- Orientações quanto as visitas dos ACS
- Elaboração de ficha diária para as AC onde as mesmas possuem uma ficha cadastral, ficha "A" mas caso houvesse uma intercorrência naquela visita não teria o local de anotar.
- Compreensão e busca pelo uso de protocolos.
- Protocolos.
- Trabalhos pautados por protocolos.
- Linha Guia.
- Implantação de protocolos.

4. Sobre acolhimento (20):

- “Acolhimento na saúde (melhoria, fluxo)”.
- “Acolhimento de forma sistematizada”.
- “Acolhimento”.
- “Sistematização do processo de acolhimento”.
- “Implantação do acolhimento, eliminando as filas para marcação de consultas”.
- “Acolhimento (com o curso foi sistematizado)”.
- “Acolhimento com classificação de risco”.
- “Houve uma melhora significativa em temas como acolhimento”.

5. Sobre Grupo Operativo (09):

- “Antes não fazíamos grupos operativos, palestras; eram feitos somente atendimentos e visitas”.
- “Conceituar trabalho em grupo operativo”.
- “Organização e planejamento dos grupos operativos”.
- “Grupos gestantes”.
- “Grupos operativos”.

6. Sobre capacitação e acesso a novos conhecimentos (09):

- “A efetivação da educação permanente em saúde”.
- “Educação permanente”.
- “Atividades educativas com toda equipe e clientes, educação continuada para ACS.
- “Educação continuada para equipe”.
- “Práticas pedagógica.
- “Aqui na nossa ESF os médicos e enfermeiros fizeram residência em saúde da família, então, desta forma, o curso reforçou práticas que já estávamos desenvolvendo”.
- “Prioridade a educação permanente”.
- “Maior conhecimento dos determinantes e condicionantes da saúde”.
- “Notificação de acidente de trabalho”.
- “Maior esclarecimento na saúde do trabalhador”.
- “Promoção da saúde e prevenção de agravos, integralidade e multi-disciplinariedade nas ações de abordagem ao paciente”.

7. Sobre formação e trabalho em equipe (06):

- “Formação de equipe”.
- “Trabalho em equipe”.

- “Maior entrosamento com toda a equipe (o CD ficava muito isolado) para planejamento estratégico e elaboração da agenda (participação efetiva no fechamento do SIAB)”.

“ESB mais próximo da ESF”.

- “Mais discussão de ideias/metapas, mais espírito de equipe”.

- “Interatividade com o grupo e com a população”.

- “Maior entrosamento com toda a equipe”.

8. Sobre reunião de equipe (06):

- “Reunião”.

- “Reuniões periódicas com a equipe”.

- “Reuniões de equipe mais estruturada”.

- “Reuniões frequentes”.

- “Reuniões com as equipes de saúde”.

- “Participação em reuniões para planejamento”.

9. Sobre Classificação de Risco (05)

- “Classificação de risco a grupos (gestantes, hipertensos, etc) ”.

- “Trabalhar com classificação de risco em crianças”.

- “Classificação de risco familiar”.

- “Classificação de risco odontológico como critério para oferta de serviço”.

10. Sobre comunicação (03):

- “Conhecer a importância da comunicação no processo de trabalho em saúde”.

- “Comunicação interna”.

- “Comunicação externa”.

APÊNDICE F

Respostas que foram dadas pelos egressos que responderam ao questionário sobre ferramentas que foram incorporadas por eles na atenção aos usuários.

Comentário	Sujeito
Levantamento rápido necessidades de aperfeiçoar mapa inteligente (informantes chaves)	CD1
Melhor compreensão do processo de envelhecimento, dos problemas que atingem uma camada da população, conseqüentemente maior resolutividade na atenção e maior acolhimento.	CD11
Acolhimento, maior humanização do atendimento (por parte de toda a equipe)	CD12
Acolhimento e avaliação de desenvolvimento infantil.	CD13
Humanização em atendimento odontológico durante o tratamento. Ao final de tal, os laços se estreitam profissional usuário, com confiança por parte dele.	CD14
Visita domiciliar e prioridade para atendimento a gestantes e diabéticos	CD16
Visita domiciliar, trabalho com grupos, acolhimento	CD18
Visitas domiciliares e intensificar o acolhimento	CD19
Principalmente quanto cursando os módulos: saúde da criança e saúde bucal do idoso.	CD2
Abordagem coletiva voltada para o real problema da população, levando em consideração o conhecimento da população e suas necessidades.	CD22
No atendimento da demanda, priorização de atendimento, acolhimento entre outros	CD24
Acolhimento mais adequado e humanizado.	CD25
Atendimento às gestantes	CD28
Mais cuidados com a saúde do trabalhador e do idoso através dos conhecimentos obtidos através do curso	CD29
O levantamento de necessidades e classificação de risco.	CD30
Fizemos o diagnostico situacional com definições, priorização de problemas, etc. Implantamos algumas operações e projetos, mas alguns não deram certo ao esbarrarem nos "recursos críticos".	CD31
Saber ouvir, identificar as necessidades reais dos usuários em impar atividades e regras.	CD32
Classificação de risco	CD33
Planejamento estratégico (acompanhamento prioritário aos diabéticos, gestantes e crianças)	CD34

O curso possibilitou mas a execução na minha prática cotidiana foi barrada pela gestora. Por estes e outros motivos negativos desisti do PSF e larguei meu emprego. Não basta conhecimento e vontade de melhorar se a política e o "cabresto" são mais fortes.com concursos pode haver o perigo de acomodação, sugiro que os gestores tenham um curso superior em gestão de saúde.	CD36
Horário estratégico de saúde dos trabalhadores.	CD38
Planejamento de ações e acolhimento	CD39
Visitas domiciliares, interação com a ESF, atenção aos grupos por idade, grupos de gestante, hipertensos, diabéticos.	CD4
Protocolo	CD41
Todos os módulos me proporcionaram conhecimentos que durante os atendimentos são aplicados com mais praticidade, segurança, de forma natural e rotineira.	CD42
Integralidade e multidisciplinariedade na abordagem de nossos pacientes.	CD43
Acolhimento, levantamento de necessidades, priorização do PCT em situação de risco ou com alguma deficiência.	CD44
Consegui a união da equipe na formação de um projeto de ação de apoio específico aos idosos maiores de 60 anos.	CD45
O acolhimento passou a ser entendido como uma ferramenta de vínculo, planejamento estratégico priorizando hipertensos, diabéticos, gestante e crianças 0 a 2 anos.	CD46
Participar de campanhas com a equipe principalmente na vacinação ao idoso.observamos que nossos idosos não procuram a unidade para serviço odontológico. Com isto fizemos busca ativa e diagnosticamos muitos problemas.	CD5
A forma de abordagem ao usuário e uma visão mais ampla do funcionamento da estratégia da ESF's	CD6
Visitas eram feitas mais frequentes, a escovação supervisionada era feita com mais frequência, exame de prevenção de câncer bucal para a população.	CD8
Principalmente no que diz respeito á humanização	CD9
Consultas de enfermagem melhor elaborada para atender aos usuários.	ENF1
Saúde do trabalhador foi maravilhoso e caderneta da criança, usar de uma forma mais otimizada.	ENF10
Consulta de enfermagem	ENF12
O curso possibilitou entender a importância no atendimento ao homem dentro da unidade que atua. Elaboramos ações e estratégias no atendimento ao homem o que me motivou a elaborar o TCC.	ENF14
Acolhimento, um atendimento diferenciado com o individuo.	ENF15
Acompanhamento das consultas para crianças com datas agendadas, tratamento de iras, genograma, classificação de risco, busca de parcerias para solucionar problemas, etc.	ENF16
Plano de ação em todos os níveis de atenção primaria de forma mais ampla.	ENF17

Muitos; a assistência e os conceitos melhoraram, por minha parte e por toda equipe.	ENF18
Ações multiprofissionais mais frequentes: puericultura, nas visitas domiciliares, nos grupos operativos.	ENF19
Na verdade norteou melhor meu trabalho.	ENF2
Calendário da puericultura	ENF21
Saúde da criança e adolescente e saúde do idoso	ENF22
Acolhimento, estratégias de grupos, estimulação de maior participação da comunidade nas ações de saúde.	ENF24
Estratificação de risco familiar, organização da demanda espontânea e consultar agendadas.	ENF25
Canal minas saúde	ENF3
A equipe ficou mais atenta para trabalhar as questões que envolvem a saúde do trabalhador.	ENF31
Ações do 5º dia do RN, através do diagnóstico situacional foi possível implementar ações nos problemas levantados, como planejamento familiar, atividades educativas sobre sexualidades com os adolescentes.	ENF32
Puericultura, cadernetas da criança (preenchimento adequado)	ENF33
Aplicação das linhas-guias da SES MG (principalmente saúde criança e mulher)	ENF35
Acolhimento e a escuta terapêutica aos usuários, principalmente com transtornos mentais.	ENF36
Cuidados específicos aos idosos	ENF37
Protocolo de asma/bronquite	ENF38
Já utilizava e melhorei: consulta de enfermagem/consulta de pré-natal (não fazia e comecei a fazer)	ENF39
Atendimento priorizando grupos de riscos e, outros de acordo com a organização do processo de trabalho, por exemplo.	ENF4
Através do curso pude conhecer melhor a realidade da área de abrangência (diagnostico local) e, assim, as principais determinantes da saúde.	ENF40
Modificação no protocolo de assistência á criança e adolescente	ENF41
No atendimento a saúde da mulher e saúde do idoso	ENF42
Determinantes sociais	ENF43
Cartão de acompanhamento da mulher, caderno de puericultura.	ENF44
Reunião de saúde mental voltada principalmente para poliqueixosas.	ENF45
Praticas educativas com crianças e principalmente adolescentes.	ENF47
Passei a ver PCT como objetivo principal	ENF48
Estruturação da visita domiciliar.	ENF5

Grupo de educação em saúde (mulheres e adolescentes)	ENF51
Passamos a manter uma caixa fichário exclusivo para pediatria, otimizando o acompanhamento das crianças quando passavam pela antropometria.	ENF52
Planilhas para controle das condições crônicas.	ENF53
Agendamentos.	ENF54
Acolher melhor o paciente, organizar a unidade.	ENF55
Acolhimento, grupos de conveniência.	ENF57
Planejamento na atenção voltada á saúde do adulto.	ENF58
Acolhimento.	ENF6
Elaboração de protocolo de saúde mental, idoso saúde da criança e também em projetos sociais que proporcionam melhora na qualidade de vida da comunidade.	ENF60
Melhor organização da demanda programada e dos grupos operativos.	ENF8
Classificação de risco, protocolo com desenvolvimento infantil, mapeamento do uso iniciado com a equipe na coordenação.	ENF9
Puericultura, atenção a saúde do idoso com ênfase na sua prevenção de agravos.	MED4
Descobrimos que já usávamos varias ferramentas de atenção propostas pelo curso. Foi uma feliz surpresa.	MED5
Trabalho em equipe	MED9

APÊNDICE G

Sugestões dos egressos para a coordenação do CEABSF

Eles fecharam só pra quem era de PSF e eu achei isso aí um ponto crítico do curso; ele deveria abrir a profissionais interessados em saúde pública porque, as vezes, muitos dos que não tiveram chance nem de fazer a entrevista nem a prova é porque não conseguiram uma declaração que eram de PSF e, às vezes, posteriormente, eles vem ocupar o cargo (CD-3).

[...] importância que tivesse um curso para gestores também (CD-3).

Abrir espaço para os outros profissionais; não ficar só com enfermeiro, médico e o dentista. Porque agora, hoje em dia, o PSF não está trabalhando sozinho; trabalha com outros profissionais. Então, eu acho que tem que dar chance para os outros profissionais também... porque fica muito mais fácil trabalhar quando se tem essa base teórica, igual teve no curso. Então, eu acho que fica muito mais fácil da gente trabalhar (ENF-63).

[...] que o curso também fosse um convite a gestores para que eles pudessem entender porque quando você chega e fala a sua proposta, mostra o seu trabalho, as vezes, contrapõe à ideia deles; eles as vezes tem uma formação com base técnica e eu acho que na atenção básica ainda é, eles preocupam muito com números, com produtividade, com quantidade e não com a qualidade (CD-3).

Você passa a conhecer e você passa a entender a parte de política. E você percebe que todas as políticas, tanto a de saúde, as políticas públicas, as políticas econômicas, elas têm o mercado envolvido, elas tem um processo e o porquê que elas foram desenvolvidas naquele momento e a importância delas naquele momento. Então, tudo tem uma ligação e eu acho que a formação escolar ela tinha que ter isso, ela tinha que dar essa noção. [...] eu acho que, no caso do curso, ele deu, ainda que a parte econômica menor, você tem uma noção. Às vezes, até acrescentar uma disciplina de política, economia, mercado (CD-3).

[...] uma coisa que motiva a gente são exercícios, mas exercícios diferentes, que você entra, por exemplo, você tem que obrigatoriamente ler, si não ler você não consegue passar, avançar; tem tem palavras cruzadas, exercícios que, se você acerta, você vai, se não acerta não adiana e que você não flui. Então acho que isso é legal, é uma forma mais descontraída, mais dinâmica [...]. Que aí estimula bastante e não fica tão cansativo (ENF-10).

[...] eu acho que tinha que aprofundar um pouquinho mais no modulo Saúde da Mulher, porque é muito grande (violência contra a mulher). Porque está aumentando demais, eu não sei se é porque está aumentando ou se é porque as mulheres estão tendo mais liberdade de falar (ENF-10).

Eu achei que foi muito bom, precisava existir um saúde da família 2, 3 (risos). [...] A nossa educação ficou parada no curso e acabou. Então, a gente teria que ter uma continuidade pra tá sempre reciclando, por que está sempre acontecendo coisas novas, estão sempre acontecendo modificações no PSF (CD-31).

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM – DEP. ENFERMAGEM BÁSICA
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Belo Horizonte, 01 junho de 2010.

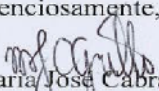
Prezado Senhor,

Como é de vosso conhecimento, estou vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG, nível doutorado. Para desenvolvimento de minha tese (projeto em Anexo), que aborda aspectos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, venho solicitar o vosso apoio.

Concretamente solicito: autorização para acesso ao banco de dados do curso, para identificação de perfil e trajetória dos alunos; autorização para acesso ao endereço dos alunos, para envio de convite para participação da pesquisa, termo de consentimento e questionário; apoio para deslocamento até os Polos, quando necessário. Esclareço que, sempre que conveniente para o informante, eu aproveitarei o deslocamento habitual, mensal, que são feitos para os Encontros Presenciais.

Certa de seu inestimável apoio, agradeço antecipadamente.


Atenciosamente,


 Maria José Cabral Grillo
 Profª da E. Enfermagem UFMG

Ilmo Sr. Prof. Edison José Correa
 DD Coordenador do NESCON
 Faculdade de Medicina da UFMG

Edison José Correa
 Vice-Coordenador
 NESCON/ FM/ UFMG

Autorizado.
 BHR 1/6/2010



ANEXO B - Marco Conceitual UNA-SUS

A proposta didático-pedagógica da UNA-SUS pressupõe uma aprendizagem ativa, fundamentada a partir de saberes que o aluno traz de sua prática cotidiana, de suas experiências no trabalho e na vida. Uma aprendizagem que tem como base o trabalhador coordenando seus estudos, de acordo com seu tempo disponível, tecnologias que tem acesso e prioridades do SUS.

Assume-se a posição de Paulo Freire, em que os papéis de aprendiz e professor são dinâmicos. Aprendemos o tempo todo, uns com os outros. Para isso, é importante estabelecer um itinerário, apontar claramente onde é o ponto de partida e onde se pretende chegar. Reconhece-se que hoje predomina – mesmo em processos ditos de educação permanente – o ensino tradicional, centrado no professor, implicando na universidade entendida como uma instituição fechada, corporativa, em que os alunos são visitantes que vêm beber na fonte do saber.

A Universidade Aberta entende o processo de aprendizagem sob uma dinâmica diferente, já que é centrada no profissional-estudante, onde se reconhece que o saber é construído e reconstruído cotidianamente por todas as pessoas. Onde se valoriza o saber produzido no serviço, na experiência e no conhecimento prévio de cada aprendiz.

Nesse contexto, o papel do professor ganha uma nova dimensão, atuando não como aquele que detém todo conhecimento e sim como um facilitador, uma oportunidade a mais de aprendizado. A Universidade torna-se um ponto de enlace e diálogo entre diversos tipos de saber, cada um com sua legitimidade e contexto de aplicação.

Se a meta é que todos os profissionais atinjam determinados objetivos educacionais, balizados pela necessidade social de um maior padrão de qualidade no atendimento à saúde dos cidadãos, a abordagem deve ser a da aprendizagem e não do ensino. Deve-se admitir que o tempo de cada profissional-estudante para atingir os objetivos necessários à

aquisição e processamento de novos saberes vai variar, e os processos de educação permanente tem que se adaptar a essa realidade.

Assumida a perspectiva da aprendizagem, fica claro que a produção de conhecimento ocorre em todos os lugares, entre todas as pessoas. Organizar essa produção, dar-lhe cientificidade e garantir a qualidade do material produzido para disseminar esse conhecimento, requer, porém, um esforço direcionado dos órgãos do governo, das entidades da sociedade civil e da academia. Um dos papéis da UNA-SUS é ser o elo entre essas instituições.

Fonte: site do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://portal.universidadeabertadosus.org.br/node/3>. 02 ago 2011.

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0262.0.203.000-10

Interessado(a): Profa. Roseni Rosângela de Sena
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de agosto de 2010, o projeto de pesquisa intitulado **"Educação permanente em saúde: espaços e atores refletindo o processo de trabalho em saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO D

Estrutura curricular do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Unidade Didática I: Organização do Processo de Trabalho em Atenção Básica à Saúde
Disciplina I-1: Processo de Trabalho em Saúde – 30h
Disciplina I-2: Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde – 30h
Disciplina I-3: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde – 30h
Disciplina I-4: Tecnologias para a Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde – 30h

¹Unidade didática I: todas as disciplinas obrigatórias. Carga horária da UD I, 120h/ 8 créed.

Unidade Didática II: Tópicos Especiais em Atenção Básica à Saúde
Disciplina II-1: PSF – Saúde da Mulher – 45h
Disciplina II-2: PSF – Tópicos Especiais em Saúde do Adulto – 60h
Disciplina II-3: PSF – Criança e Adolescente: Ações Básicas – 30h
Disciplina II-4: PSF – Criança e Adolescente: Agravos nutricionais – 30h
Disciplina II-5: PSF – Saúde do Idoso – 30h
Disciplina II-6: PSF – Saúde do Trabalhador – 30h
Disciplina II-7: PSF – Endemias e Epidemias “A” – 30h
Disciplina II-8: PSF – Endemias e Epidemias “B” – 30h
Disciplina II-9: PSF – Endemias e Epidemias “C” – 30h
Disciplina II-10: PSF – Doenças Sexualmente Transmissíveis, SIDA/AIDS e Hepatites Viróticas – 30h
Disciplina II-11: Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde. Aspectos Gerais – 30h
Disciplina II-12: Acidentes e Violência – 30h
Disciplina II-13: Saúde Mental – 30h
Disciplina II-14: Protocolo de Cuidado à Saúde e Organização do Serviço – 15h
Disciplina II-15: Elaboração e Apresentação de Pôster e Trabalho de Atenção Básica à Saúde em Evento Científico – 15h
Disciplina II-16: Projeto Social – Saúde e Cidadania – 30h
Disciplina II-17: Formação Complementar “A” – 15h
Disciplina II-18: Formação Complementar “B” – 30h
Disciplina II-19: Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde. Atenção à Criança e ao Adolescente – 30h
Disciplina II-20: Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde. Atenção ao Adulto e ao Idoso – 30h
Disciplina II-21: Saúde Ambiental – 30h

Unidade didática obrigatória, disciplinas optativas: necessidade de integralizar pelo menos 210h /14 créditos. Elenco de 36 disciplinas; oferta inicial de 21 disciplinas, com meta de mais 12 disciplinas em um ano.

2. Unidade Didática III: Trabalho de Conclusão de Curso
III – 1: Trabalho de Conclusão de Curso 30h

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano, 2002