

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Marina da Silva Sanes

**Discursos Possíveis da Educação Permanente na Estratégia Saúde
da Família**

**RIO GRANDE
2010**

Marina da Silva Sanes

**Discursos Possíveis da Educação Permanente na Estratégia Saúde
da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Ética, educação e saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elisabeth Cestari

**RIO GRANDE
2010**

DEDICATÓRIA

Aos sujeitos que me ensinaram ao conhecer o mundo e construir conhecimento significativo, meus pais (minha permanente educação)...

Aos que caminham para “*consoludar*” o SUS: profissionais da saúde, estudantes, usuários, em especial à Beth e ao Núcleo de Estudos e Práticas em Educação Popular e Saúde (NEPEPS-FURG).

AGRADECIMENTOS

Beth, pela paciência, primeiramente, pelos momentos juntas, pelas palavras serenas de sempre que me mantinham inquieta, por compreender a minha dificuldade de trabalhar a própria autonomia, por dispor-se sempre.

Geani, Luiz e Rose pela disponibilidade de construir junto comigo e com a Beth, mais uma etapa de vida, pela abertura ao diálogo.

Universidade Federal do Rio Grande e Escola de Enfermagem, pela gratuidade da formação desde a graduação, pela possibilidade de sonhar a vida aqui dentro e voar agora por outros ares.

Professores do PPGEnf, pelo desafio de “ser mais”, o que me trouxe até aqui e o que me move a seguir caminhando.

Pessoal da Secretaria do PPGEnf, em especial à Nívia, pela abertura e pelas facilidades na negociação das coisas.

Trabalhadores e participantes da pesquisa, pelo aconchego quando cheguei, pela construção do ser mais juntos, pela amorosidade das nossas relações, por despertar sonhos dormentes.

Angela e Katia pela disposição de dialogar sobre os meus defeitos, me motivar a seguir caminhando, dizer que tudo é possível, me fazer acreditar na força que está em mim.

Amigos e colegas do mestrado pelos momentos compartilhados, pelos orgulhos que somos uns dos outros: Ana, Andrea, Ariane, Berenice, Cyntia, Daniela, Evelyn, Eliana, Grazielle, José Francisco, Lenice, Michele, Pablo, Rafael, Sidnéia.

Tatiane, por caminharmos juntas, parar e emperrar juntas. Conscientizar-se e educar-se nunca foi tão difícil.

Zezé, pelo acolhimento de muitos dias, pela paciência com meus atos levianos e loucos, pelo amor de mãe, pela forma de amar a vida.

Pessoal da residência e da Nave do Jardim Itu pela compreensão do meu momento de vida.

Amigas, de perto e de longe, Adri, Ju, Joana, Isabelle, pela amizade repleta de vida, de risos e sorrisos e pela motivação.

Natália e Karin, amigas bibliotecárias (sim!), pelas dicas, pela disposição

sempre, pelas risadas sobre “produzir conhecimento”. Comemoraremos no Parangolé!

Freire, por um dia ter sido fiel aos seus sonhos, dar vazão a sua esperança, procuro reescrever algumas palavras com tuas essências.

Paulo, por seres a materialização do amor, dedicado a sonhar comigo, dividir nossas realizações, dizer sim às minhas loucuras, às nossas indisciplinas.

Mãe Maristela, Pai Enir, Lucas e Phillipi por aprender a amar os outros como fui amada, vocês me ensinaram a querer/conhecer o mundo, a ter possibilidades, a dizer sim aos desafios e eu quero muito mais.

Força maior que me deixa viver, respirar, sentir saudade, sentir a raiva justa, mudar, sonhar, amar.

A alegria é o que sentimos quando percebemos o aumento de nossa realidade, isto é, de nossa força interna e capacidade para agir. Aumento de pensamento e de ação, a alegria é caminho da autonomia individual e política. A tristeza é o que sentimos ao perceber a diminuição de nossa realidade, de nossa capacidade para agir, o aumento de nossa impotência e a perda da autonomia. A tristeza é o caminho da servidão individual e política.

Chauí

RESUMO

SANES, Marina da Silva. Discursos Possíveis da Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família. 2010. 110 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Mudanças significativas na área da educação dos profissionais de saúde vêm ocorrendo no Sistema Único de Saúde. O assunto torna-se relevante na medida em que a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde coloca a área da saúde como único setor público a estabelecer a educação permanente como processo formalizado. A necessidade de por em prática, nos diferentes cenários de atenção, os novos conhecimentos produzidos sobre a temática é urgente, visto que estabelece íntima relação com a organização do processo de trabalho do setor. O objetivo deste estudo foi compreender como ocorre o processo de educação permanente em saúde, tendo em vista a construção de uma intervenção educativa com uma equipe multiprofissional de saúde, no âmbito da Atenção Básica. Utilizou-se como referencial teórico-filosófico os ideais de Paulo Freire. O processo de investigação contemplou a utilização do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, sendo realizados seis círculos de cultura. Observação participante, entrevista não-estruturada e registro de dados em diários de campo foram técnicas complementares utilizadas como forma de entrada e conhecimento do campo. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família, no município do Rio Grande-RS, com dez membros que compõem a equipe multiprofissional, no período de março a julho de 2009. Para análise do material produzido adotou-se a análise de discurso. Os discursos evidenciaram concepções sobre educação, aprendizagem e educação permanente em saúde e como tais discursos são praticados no cotidiano em saúde. Além disso, revelou-se como as práticas de saúde ainda estão fortemente vinculadas às práticas escolares tradicionais e bancárias. No entanto, já parecem emergir nos discursos outras formas de pensar e fazer educação, com a possibilidade do diálogo, da horizontalidade das relações, da valorização dos saberes distintos. Destacou-se o planejamento das ações, o cotidiano como gerador de temas, o diálogo como princípio e a sistematização da prática como pressupostos indispensáveis à educação permanente. Concluiu-se que os discursos evidenciam relações sociais marcadas pela força da ideologia dominante, e para que outros dizeres sobre a educação dos profissionais na saúde da família sejam possíveis é pertinente, antes de tudo, partir da experiência da práxis para a compreensão das realidades, desmascaramento dos discursos neoliberais e ação transformadora de si, do outro e das suas ações.

Descritores: Educação. Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

SANES, Marina da Silva. Possible discourses about Permanent Education in the Family Health Strategy. 2010. 110 p. Dissertation (Master's on Nursing) - Post Graduation Program on Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The Brazilian public health care system (SUS) has been going through major changes regarding the education of its health professionals. The topic is relevant, since the National Policy of Permanent Education in Health has established health care as the only public area to have permanent education as a formal process. New knowledge on the topic urges to be put into practice, for it is closely related to work processes in health. This study aimed at understanding how a process of permanent education in health unfolds, based on the setting up of an educational action with a multi-professional health care team, having Paulo Freire's ideas as its theoretical and philosophical framework. Freire's research itinerary was used, and six culture circles were set up. Participant observation, unstructured interviews, and research diaries were used as complementary tools. The study was carried out with ten members of the multi-professional team in a Family Health Care Unit in Rio Grande/RS, between March '09 and July '09. The data collected were submitted to discourse analysis, and the discourses indicated conceptions of education, learning, and permanent education in health, and how these constructs are dealt with in everyday health care. Moreover, it was shown how health care practices are still deeply associated with traditional educational practices. Nonetheless, conceptions of education that esteem dialogue, equal relations, and the value of diverse knowledges seem to be coming forth. Some points were highlighted, such as the planning of actions, everyday as a source of issues, dialogue as a principle, and the systematization of practices as indispensable requirements for permanent education. The conclusion was that the discourses studied portray social relations characterized by the power of the dominant ideology, and that, in order to enable new ideas about the education of family health professionals, it is necessary to move from the praxis to the understanding of the realities, the unveiling of the neoliberal discourses, and to actions which change the self and the other.

Descriptors: Education. Family Health Care. Single Health System.

RESUMEN

SANES, Marina da Silva. Discursos Possibiles de La Educación Permanente em La Estrategia Salud de la Família. 2010. 110 p. Disertación (Maestria em Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Cambios significativos en el área de la educación de los profesionales de la salud están ocurriendo en el Sistema Único de Salud. El asunto se vuelve relevante en la medida en que la implementación de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud pone el área de la salud como único sector público a establecer la educación permanente como proceso formalizado. La necesidad de poner en práctica, en los distintos escenarios de atención, los nuevos conocimientos producidos sobre la temática es urgente, visto que establece íntima relación con la organización del proceso de trabajo del sector. El objetivo de este estudio fue comprender la educación permanente en salud a partir de la realización de una intervención educativa con un equipo multiprofesional de salud. Se utilizó como referencias teóricas y filosóficas los ideales de Paulo Freire. El proceso de investigación contempló la utilización del Itinerario de Pesquisa Paulo Freire, habiendo sido realizados seis círculos de cultura. Como técnicas complementares utilizadas como forma de acceso y conocimiento del campo, fueron usados la observación participante, entrevista no estructurada y registro de datos en diarios de campo. El estudio fue realizado en una Unidad Básica de Salud de la Familia, en el municipio de Rio Grande-RS, con diez miembros que componen el equipo multiprofesional, en el período de marzo a julio de 2009. Se adoptó el análisis de discurso como base teórica para el análisis hecho del material producido. Los discursos demostraron concepciones sobre educación, aprendizaje y educación permanente en salud y aún como tales discursos son practicados en el cotidiano en salud. Además, se reveló como prácticas de salud están todavía fuertemente relacionadas a las prácticas escolares con concepciones tradicionales y bancarias. Sin embargo ya emergen discursos de otras formas de pensar y hacer educación, con posibilidad de diálogo, de la horizontalidad de las relaciones, de la valoración de los distintos saberes. Se destacó la planificación de las acciones, el cotidiano como generador de temas, el diálogo como principio y la sistematización de la práctica como presupuestos indispensables a la educación permanente. Se concluyó que los discursos evidencian relaciones sociales marcadas por la fuerza de la ideología dominante; y para que otros decires sobre la educación de los profesionales en la salud de la familia sean posibles es pertinente, antes de más nada, ir desde la experiencia de la praxis hacia la comprensión de las realidades, desenmascaramiento de los discursos neoliberales y acción transformadora de sí, del otro y de sus acciones.

Descriptores: Educación. Salud de la Familia. Sistema Único de Salud.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária em Saúde

CEPAS-FURG: Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPPF: Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire

NOB/RH-SUS: Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

PACS: Programa de Agente Comunitário de Saúde

PET-SAÚDE: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

SGTES: Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde

SMS-RG: Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

VEPOP –EXTREMO SUL: Vivências em Educação Popular e Saúde no Extremo Sul do Brasil

SUMÁRIO

1 UMA CARTA: A INTENCIONALIDADE DO TEXTO	12
2 APRESENTANDO (-ME).....	13
3 APRESENTANDO-A	16
4 CAMINHOS JÁ PERCORRIDOS.....	20
4.1 Conhecendo o campo de inserção do objeto de estudo: atenção básica ...	20
4.2 Processo de Trabalho em Saúde	23
4.3 Políticas de Formação para o SUS	26
4.4 Educação Permanente em Saúde	29
5 REINVENTANDO PAULO FREIRE NA SAÚDE	34
5.1 Construindo conceitos	355
5.1.1 Que gente é essa que existe no mundo e dialoga entre si?.....	36
5.1.2 Que processo é esse que empodera aquela gente para “ <i>ser mais?</i> ”	38
5.2 Aproximando idéias	41
6 ESCRITOS METODOLÓGICOS.....	43
6.1 A proposta educativa no universo científico-metodológico	43
6.2 Um cenário particular: a Unidade Básica de Saúde da Família	44
6.3 Conhecendo os seres humanos e seus contextos de trabalho	45
6.4 Primeiros olhares e encontros	46
6.5 Produção de dados	47
6.5.1 Círculo de Cultura 1	53
6.5.2 Círculo de Cultura 2	54
6.5.3 Círculo de Cultura 3	56
6.5.4 Círculo de Cultura 4	57
6.5.5 Círculo de Cultura 5	57
6.5.6 Círculo de Cultura 6	58
6.6 Uma forma de análise possível: a análise de discurso.....	59
6.7 Socializando experiências e conhecimentos.....	63
6.8 Atendendo às dimensões éticas.....	63
7 DISCURSOS POSSÍVEIS SOBRE EDUCAÇÃO.....	65

7.1 Concepções sobre educação	65
7.1.1 O processo educativo na unidade de saúde	66
7.1.2 Os processos de aprendizagem utilizados para o trabalho	67
7.1.3 As repercussões das concepções educativas nas práticas de saúde	71
7.2 Sobre experiência educativa realizada	73
7.2.1 O planejamento freireano aplicado ao processo educativo em saúde	73
7.2.2 O cotidiano propulsor de temas para a problematização da práxis em saúde	75
7.2.3 O diálogo como princípio fundante do processo de trabalho em saúde	77
7.2.4 A problematização geradora de limites e possibilidades	79
7.3 Sobre educação permanente em saúde	82
8 PARA CONCLUIR: UM ENCONTRO	94
CARTAS LIDAS, RELIDAS, REESCRITAS	97
APÊNDICE A	105
APÊNDICE B	106
APÊNDICE C	107
ANEXO A	108
ANEXO B	1099

1 UMA CARTA: A INTENCIONALIDADE DO TEXTO

Desde que comecei a escrever os primeiros desejos da dissertação tinha, dentre outras preocupações, a de ser compreendida; mais do que isso, dialogar com os leitores... Poder disparar pensamentos criativos, desafios, contestações, assim como muitos textos me causaram (e ainda causam) sensações diversas. Tenho o compromisso ético e político de (eu espero) contribuir para a área da saúde, construindo conhecimentos sólidos e solidários que possam dialogar com cenários reais, com atores reais, enfim, que a práxis que vivo no trabalho em saúde possa ser objeto de minha escrita e me faça pensar sobre ela com admiração (movimento de ida e volta do concreto ao abstrato).

Dessa forma, ao longo da escrita deste trabalho, fui colecionando objetos, músicas e escritos que pudessem traduzir um pouco do que foi este momento. Pinteí mandalas, colecionei poesias, selecionei e ouvi músicas, li muito Paulo Freire, acessei demais à internet, participei de eventos, entrei na residência, fiz mil movimentos para me constituir a profissional de saúde Marina que quer se tornar Mestre em Enfermagem.

Ao longo do texto vou trazendo um pouco desse movimento que realizei no decorrer da escrita, mas, certo dia, numa defesa de tese de doutorado me veio a imagem de uma carta à cabeça. Passou um filme: adoro cartas, Freire escrevia muitas cartas, tive dificuldades de começar a escrever meus trabalhos no computador porque tinha algo com a escrita no papel... Um apego que me dificultou muitas vezes avançar. Ainda hoje, meus esquemas da dissertação estão desenhados à mão.

E a carta é a materialização deste processo vivido durante a construção de um trabalho gestado com outros amigos, colegas, orientadora, professores. A carta me traz a relação dialógica destacada por Freire, solidariza: alguém escreve algo a alguém (ou outros) para anunciar, dar notícias, criticar, sentir saudades.

Mas hoje a carta perdeu muito o seu sentido... Pra quê cartas se o telefone me faz ouvir, a internet ver. O sentido da carta, entretanto, ainda grita para ser vivido. Até que ponto a troca está presente no dia-a-dia, nas relações entre as pessoas, no trabalho, na relação terapêutica? Te convido a dialogar... A aprender e me ensinar, a me ouvir e me fazer ouvir... Vem comigo...

2 APRESENTANDO (-ME)...

O enfermeiro, sujeito marcadamente conhecido pela prestação do cuidado como fundamento do seu fazer cotidiano em saúde, mantém uma relação muito estreita com o processo educativo, seja nas suas atividades de assistência direta aos usuários do sistema de saúde, seja nas outras dimensões do cuidar como as ações gerenciais, administrativas, formativas, e de busca pelo conhecimento, as quais também configuram maneiras e modos de estabelecer relações com a saúde do outro, de um grupo, de uma população.

Cuidar na enfermagem, desta forma, constitui não somente um assistir no sentido de estar ao lado, comparecer, mas prestar o bem precioso do conhecimento do profissional enfermeiro no auxílio de toda situação que se preste ao estabelecimento de novas perspectivas - neste caso positivas - no setor saúde. Por isso, defende-se a premissa de que o cuidado de enfermagem é encontrado onde houver um profissional de enfermagem desenvolvendo suas atividades: hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas especializadas, escolas, empresas, prefeituras, universidades, etc. Onde estiverem defendendo a profissão enfermagem, encontrar-se-ão ações voltadas ao cuidado, o qual se traduz como um modo de ser de relacionamento entre os seres humanos, envolvendo aspectos morais e éticos da profissão enfermagem (WALDOW, 2005). Soma-se a isso que não existe neutralidade no modo de cuidar na Enfermagem, já que o profissional executa ações com base num conjunto de idéias teórico-filosóficas que norteiam a sua prática (SOUZA *et al.*, 2005).

Nesta perspectiva, como estudante de um curso de pós-graduação em enfermagem de uma universidade pública e gratuita, tenho responsabilidades importantes, especificamente no que se refere as minhas tarefas como cidadã, enfermeira e estudante de uma instituição federal de ensino superior. Como cidadã, faço parte de uma pequena parcela da população que teve acesso ao ensino superior brasileiro; logo, coloco-me como uma profissional a serviço da coisa pública, do bem público; a serviço, assim, daquele que me foi espaço de formação: o Sistema Único de Saúde (SUS). Como enfermeira desempenho um papel que não pode ser desconsiderado na atual situação brasileira dos serviços de saúde: atuar na consolidação de um sistema integral e universal, por meio de uma abordagem

dinâmica às situações de saúde, desenvolvendo ações em consonância com os princípios do SUS e em defesa deste modelo de assistência à saúde (um modelo em defesa da vida), permitindo-me estar aberta às realidades e às mudanças de um sistema que atende milhões de pessoas, conta com milhares de profissionais de saúde e prevê ganhos significativos com a participação popular e os avanços com a repolitização do SUS (PACTO PELO SUS). Como estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) procuro desenvolver atividades de pesquisa que permitam atender, assim, às proposições acima citadas: comprometimento cidadão e profissional. Assim, minhas inquietações permaneceram, ao longo da minha formação na enfermagem, voltadas a responder algumas questões: o que a enfermagem, como profissão da área da saúde, poderia me proporcionar na atuação para a melhoria do bem-estar da população de minha cidade, de meu Estado, de meu Brasil? Que tipo de profissional a universidade pública brasileira está formando para o Sistema Único de Saúde? Tenho eu, como enfermeira, quês compromissos com a sociedade, com a universidade pública e com a saúde brasileira?

Diante desses questionamentos, a trajetória no período da graduação levou-me a realizar diversas atividades além do oferecido nas disciplinas da grade curricular. Vivências no SUS, atividade extensionistas, atividades de pesquisa, estreitaram relações com a realidade da saúde brasileira, e constituíram nos primeiros passos de uma caminhada que recém se inicia. Deste modo, conhecer o meu ambiente de trabalho, o SUS, me fez tecer considerações importantes já na conclusão do curso de enfermagem, quando realizei uma pesquisa numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de São José do Norte (RS), onde também participei de um projeto de extensão universitária (Vivências em Educação Popular no Extremo Sul do Brasil – VEPOP-EXTREMO SUL)¹. Neste trabalho foi possível observar como se materializam nas relações da equipe de saúde e com os usuários os conceitos de acolhimento e vínculo. Diversos dados emergiram desta pesquisa, como a questão da formação profissional, a relação entre a gestão municipal do SUS e os profissionais de saúde, o processo de trabalho como

¹ A participação no Projeto VEPOP – Extremo Sul ocorreu como bolsista, durante o período de um ano no município destacado, sendo um projeto financiado pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. Atividades de extensão foram desenvolvidas em parceria com comunidades e unidades básica de Saúde da Família.

atividade exercida sem planejamento e sem envolvimento, o desconhecimento acerca dos princípios do SUS. Para a resolução e/ou diminuição destes problemas conhecidos e elencados, assim como para propor melhorias no processo de trabalho em saúde, a educação permanente em saúde foi uma estratégia apontada na conclusão do trabalho.

Como já discutido anteriormente, optei por, mais uma vez, tentar atender às expectativas de um sistema de saúde que necessita de profissionais comprometidos com a defesa do SUS, às expectativas de uma sociedade que clama por serviços de saúde com mais qualidade, o que implica profissionais qualificados, e às minhas próprias expectativas como cidadã por acreditar no meu caminho na área da saúde, nas minhas responsabilidades como enfermeira e no meu compromisso com esse mundo onde vivo e me relaciono, onde aprendo a ser mais, a ser gente.

Escolhi, finalmente, desenvolver um trabalho que me permitisse buscar conhecimentos novos e inovadores para a área da saúde e para o SUS. Logo, assumo responsabilidades com uma área fundamental do processo de cuidar na saúde/enfermagem: a educação. Minhas crenças nas palavras de Paulo Freire me fizeram buscar aprofundamento nas questões relativas ao encontro entre a saúde e a educação, o que culminou com a escolha da temática da educação na área da saúde. Pensar a educação na saúde coloca-se como um desafio do “ser mais” para os atores-trabalhadores do SUS; apresenta-se como a possibilidade de concretizar anos de sonho, caminhadas e trajetórias...

3 APRESENTANDO-A

Discute-se, atualmente, mudanças significativas em questões referentes à educação dos profissionais de saúde. Será que ainda muitas destas profissões não contemplem a real necessidade dos serviços e, principalmente, das pessoas a quem prestam estes serviços? A educação, ao longo dos tempos, tem acompanhado – como vários outros setores da sociedade – a lógica dominante (SALUM; PRADO, 2007). Assim, os interesses dessa dominação moldam as necessidades da população. Em outras palavras, a educação é conduzida de modo que conteúdos, formas de aprendizagem, posturas são ensinadas, transferidas, incorporadas e reproduzidas, sem questionamentos pela maioria das pessoas.

E aqui, necessariamente, clareia-se a idéia de quê educação se pretende abordar e discorrer. A educação, do latim (*educare*), remete à '*educere*', "verbo composto do prefixo *ex* (fora) + *ducere* (conduzir, levar)", tendo o significado de condução para o exterior, um preparo do indivíduo para vida, para o mundo (FERREIRA, 2004). Desta forma, uma educação pautada nos princípios do diálogo (e não da opressão), da horizontalidade (e não da verticalidade), da construção (e não transferência) e da confiança no outro, permeada pelo crescimento mútuo e pelo respeito são requisitos indispensáveis à educação que se pretende para a pessoa preparar-se para o mundo.

Especificamente na área da saúde, é essencial enfatizar que a força educativa está em capacitar os trabalhadores para o exercício de sua autonomia, enquanto seres relacionais mediatizados pelo mundo (contexto). Quem, senão os próprios atores vão sentir, vão saber construir algo que lhes seja significativo e satisfatório? A educação bancária (que oprime os sujeitos) não contempla estas necessidades sentidas no íntimo de cada pessoa, no microespaço de relações, porque não leva em conta as realidades nem as possibilidades das pessoas e lugares; ela é pronta, determinada, verticalizada, depositária de informações sem simbologia alguma para homens e mulheres. Problematicar, dialogar, olhar no olho do outro, escutar são possibilidades que podem vir a tornar-se realidade no próprio ambiente de trabalho em saúde.

Nesse particular, "*A educação permanente em saúde na Atenção Básica*" constitui-se o tema desta dissertação de mestrado, na perspectiva do processo de

trabalho, do ponto de vista dos profissionais de saúde.

Assim, essa busca e construção de novos conhecimentos referentes às questões educativas no âmbito do primeiro nível de complexidade no SUS configura um modo particular de cuidar neste momento de caminhada acadêmica. Então, aponta-se com este trabalho, uma atividade integrante do cuidar da enfermagem, ao mesmo tempo que se procuram responder questionamentos de vivências no SUS, a fim de contribuir para a saúde brasileira, consolidar o setor saúde, auxiliando no bem-estar de uma sociedade que luta, diariamente, por menos desigualdades, iniquidades, e quer viver melhor. Por isso, acredita-se que seja possível melhorar. E isso começa agora; aliás, já começou...

Diante destas considerações, almejou-se responder a seguinte questão: *Como o processo de educação permanente em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo compreendido no microespaço de uma Unidade Básica de Saúde da Família?*

Para tanto, o *objetivo geral* assumido foi compreender como ocorre o processo de educação permanente em saúde, tendo em vista a construção de uma intervenção educativa com uma equipe multiprofissional de saúde, no âmbito da Atenção Básica.

O assunto a ser desenvolvido torna-se relevante na medida em que o processo educativo na área da saúde encontra um momento propício para construção de novos conhecimentos, já que a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007a) coloca a área da saúde como único setor público a estabelecer a educação permanente como processo formalizado no que se refere às questões de formação e ensino-aprendizagem no e para o trabalho.

Sabe-se, também, que a estrutura formal da lei não é passível de englobar as diversas realidades brasileiras. A necessidade de por em prática, nos diferentes cenários de atenção à saúde, os novos conhecimentos produzidos sobre a temática é urgente, visto que estabelece íntima relação com a organização do processo de trabalho do setor e isso é algo a ser pensado profundamente quando se almeja um novo modelo que defenda a vida, e não centre, tão somente, as atividades profissionais no enfoque biologicista.

Além disso, da ótica da prestação dos cuidados de saúde o processo de educação permanente, compreendido como uma proposta para o trabalhador da

área da saúde “ser mais”, pode favorecer o desempenho, rendimento e satisfação no trabalho, o que – indubitavelmente – pode gerar ações de saúde com mais qualidade, acolhimento e vínculo fortalecidos, em consonância com a integralidade da atenção.

Assim, constituem os *pressupostos* deste trabalho:

- a) a educação dialógica e problematizadora é uma opção para o desenvolvimento de processos de educação permanente na área da saúde, já que tem como foco o sujeito em ação consigo mesmo, com os outros e com o mundo;
- b) a educação permanente apresenta-se como uma estratégia de reorganização e redimensionamento do processo de trabalho em saúde;
- c) o processo de educação permanente colabora para o êxito nas ações do processo de trabalho em saúde;
- d) o processo de educação permanente em saúde pode melhorar a qualidade das relações de trabalho entre os membros da equipe multiprofissional.

Assim, com o intuito de construir uma sequência lógica, os capítulos que seguem foram organizados com a intenção de dialogar com vocês, leitores. Este trabalho existe porque alguém se dispôs a fazê-lo e compartilhá-lo. Agora só toma vida porque se abre à discussão, permite-se ser desvelado, torna-se objeto de nossa admiração.

No capítulo “Caminhos já percorridos” as temáticas de interesse para a pesquisa são revisitadas, objetivando traçar um panorama do que já está escrito sobre Atenção Básica, políticas de formação para o SUS e educação permanente em saúde. Em “Reinventando Paulo Freire na Saúde” realiza-se uma tessitura com o referencial do educador Paulo Freire, procurando construir um marco teórico-filosófico para a discussão da prática pedagógica no setor saúde. No capítulo “Escritos metodológicos” são trazidas as questões referentes ao tipo de estudo realizado, local e sujeitos participantes, instrumentos de produção e análise de dados.

Adiante, em “Discursos possíveis sobre educação permanente” os achados da pesquisa são apresentados e discutidos, destacando-se a problematização da experiência educativa e as formações discursivas, imaginárias e ideológicas ligadas ao processo de educação no e para o trabalho em saúde.

Finalmente, em “Para concluir: um encontro” são apresentadas considerações sobre o estudo desenvolvido, limites e possibilidades da investigação, bem como da temática abordada.

4 CAMINHOS JÁ PERCORRIDOS

Diante do exposto no capítulo introdutório acerca das pretensões desta dissertação no que se refere ao processo educativo com os profissionais de saúde atuantes na equipe multiprofissional, no âmbito da Atenção Básica do SUS, busca-se, nesta etapa do estudo, apresentar um panorama sobre a produção científica atual, situando a problemática no cenário de experiências da educação no ambiente de trabalho em saúde.

Procedeu-se a um levantamento documental sobre a educação permanente em saúde, de modo a contemplar e acompanhar a produção desta temática tanto de natureza avaliativa, normativa e descritiva, no âmbito do Ministério da Saúde. Paralelamente, realizou-se uma revisão da literatura pertinente ao tema, tanto nacional como internacional, a fim de buscar apreender e compreender os fundamentos teóricos e as experiências que balizam a parte analítica deste estudo.

Desse modo, este capítulo contempla o conhecimento do campo de inserção do estudo, uma breve apresentação do processo de trabalho em saúde, a descrição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e apresentação do atual cenário da produção de conhecimentos sobre a educação permanente em saúde.

4.1 Conhecendo o campo de inserção do objeto de estudo: atenção básica

Como primeira e necessária delimitação para a discussão da problemática educativa dos profissionais de saúde, optou-se em realizar o estudo no primeiro nível de atenção à saúde, na Atenção Básica.

É preciso definir de início que Atenção Básica é uma terminologia própria adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde para caracterizar Atenção Primária à Saúde (APS). Para esclarecimento será adotado neste texto o termo Atenção Básica, sendo interessante compreender os motivos que levaram a esta diferenciação, constituindo-se numa forma de estabelecer diferenças entre a atenção primária à saúde - uma proposta frágil de assistência à saúde para os pobres -, e atenção básica - uma proposta inovadora tendo como carro-chefe a

Saúde da Família (CONASS, 2007).

A atenção primária à saúde (APS), desde a sua aprovação, por unanimidade, na Conferência de Alma-Ata em 1979, vem passando por transformações tanto do ponto de vista conceitual quanto prático, ou seja, este conceito, além de atender às demandas sociais, históricas e econômicas da época com uma nova forma de organização dos sistemas de saúde, possibilitou aos países uma evolução nas práticas e concepções sobre o processo saúde-doença, interferindo substancialmente na postura dos profissionais de saúde.

A Atenção Básica, primeiro nível de complexidade no SUS, apresenta-se como o eixo estruturante da prestação de serviços de saúde, assim como consiste numa das áreas que mais recebe investimentos no SUS. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a, p. 10, grifo do autor):

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e **participativas**, sob forma de **trabalho em equipe**, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Do ponto de vista deste estudo, a Atenção Básica é considerada como um cenário propício para o desenvolvimento de processos educativos inovadores, já que é caracterizada por um processo de trabalho em equipe (equipes de enfermagem e equipes multiprofissionais), incluindo os diversos atores do controle social. Deste modo, compreende diversas especificidades que direcionam para uma prática usuário-centrada, mais acolhedora, com co-responsabilização e vínculos mais fortalecidos. No entanto, ainda não é isso que se percebe na prática cotidiana, nas falas dos usuários, na mídia, na satisfação dos profissionais. Aspectos positivos tem modelado o caminho do SUS com ótimas perspectivas para a assistência na Atenção Básica, mas ainda é cedo pra comemorar os avanços. É hora de pensar e repensar esse espaço ricamente constituído (e não ingenuamente pensado) como local de inovação e construção de posturas profissionais congruentes com a necessidade da população que utiliza os serviços prestados.

Dentre os fundamentos da Atenção Básica, prevê-se “valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de

sua formação e capacitação” (BRASIL, 2006a, p. 11). Na operacionalização da Atenção Básica, para se compor uma política que sustente a reorientação no modelo de atenção à saúde, a partir dos elementos humanos do processo de trabalho, é fundamental que se discuta a formação e capacitação dos sujeitos atuantes no SUS.

Para isso, ainda na Política Nacional de Atenção Básica discorre-se sobre as competências dos entes federados, de forma a estabelecer responsabilidades no tocante aos recursos humanos na área da saúde. No caso deste trabalho, que se pretende desenvolver no nível municipal, destaca-se que cabe às secretarias municipais de saúde “[...] desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica, bem como estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes.” (BRASIL, 2006a, p. 12).

Aos outros entes federados (estados e União) compete a disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores do processo de formação e educação permanente dos membros das equipes; a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, a fim de capacitar e garantir a educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família (BRASIL, 2006a).

Dentre as responsabilidades do Ministério da Saúde, cabe a articulação com o Ministério da Educação de estratégias indutivas de forma a proporcionar mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, com finalidade de formar profissionais com perfil adequado à Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Deste modo, no município estão as ferramentas necessárias à educação permanente em saúde e dele partem as ações no tocante aos recursos humanos de sua responsabilidade. A escolha deste ente federado para produção dos dados favorece a discussão com o gestor municipal, indo ao encontro das necessidades deste e da própria equipe multiprofissional de saúde. Não se parte da idéia de que as demandas sejam definidas a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização ou de orientações do nível central, mas que surjam da origem dos problemas, no cotidiano de trabalho que se remetem à atenção à saúde e à organização do trabalho (BRASIL, 2007b).

O foco deste trabalho, tendo em vista as considerações acima sobre este nível de atenção e enquanto prática de intervenção na realidade local de saúde,

centra-se na premissa de que, fundamentalmente, pretende-se colaborar na reorganização do setor, a partir da Atenção Básica, valendo-se do trabalho educativo como eixo potencializador para os avanços no processo de trabalho em saúde e da atual conjuntura legal acerca da formação no SUS.

4.2 Processo de Trabalho em Saúde

O que se pretende aqui é contextualizar o processo de trabalho na saúde, a fim de possibilitar a realização de uma discussão que contemple a atual situação dos profissionais e do seu fazer na área da saúde e as implicações do processo educativo dos profissionais de saúde na perspectiva mais abrangente da assistência à saúde, que é a organização do serviço em si.

O processo de trabalho na área da saúde é constituído prioritariamente como um trabalho coletivo e institucionalizado, sendo desenvolvido dentro do terceiro setor da economia (setor de serviços). Estabelece-se como indispensável à vida humana, sendo produzido no ato da sua realização, ou seja, a própria realização é o produto deste trabalho (PIRES, 2000). É um setor que apresentou aumento no número de empregos nos últimos anos e a tendência é que haja um crescimento ainda maior para os próximos anos, especialmente devido ao envelhecimento populacional e conseqüente demanda por mais serviços de saúde. Outro ponto de destaque é a força de trabalho (maior que a média nacional e extremamente diversificada), sendo composta majoritariamente por mulheres (BRASIL, 2008).

Grande número dos profissionais da área da saúde desempenha suas atividades com outros atores presentes no processo de trabalho, havendo, assim, um compartilhamento de diversos espaços, cada qual com seu saber profissional e conhecimento científico, juntos na produção de saúde, esta que demanda envolvimento de todos nos problemas e atendimentos para resolução das necessidades de saúde de indivíduos, grupos e comunidades.

Neste caso, a Atenção Básica, espaço de práticas de caráter essencialmente coletivo, corroborando o discutido no parágrafo anterior, tem seu processo de trabalho organizado e caracterizado da seguinte forma:

[...] definição territorial de atuação das UBS; programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006a, p. 18).

Para que a eficiência, o êxito e a qualidade sejam resultados prováveis destas ações constitutivas do processo de trabalho na Atenção Básica é preciso destacar que essa identificação dos profissionais perpassa a concepção de cada um sobre o próprio trabalho, e sua relação com a educação e com a aprendizagem; enfim, o que os profissionais de saúde fazem, refazem, repetem e pensam pode demonstrar muito das suas concepções sobre o trabalho em saúde que desenvolvem. Assim, a crença na Atenção Básica como “força-motriz” na reorganização do SUS pode vir a contribuir na construção de uma prática transformada, com atores transformados e ações coerentes com a proposta problematizadora.

Ribeiro e Motta (1996, p. 4) remetem ao espaço relacional constitutivo do processo de trabalho em saúde e ao modo como se pode transformar esse universo:

[...] fala-se de relações de trabalho enquanto relações sociais, que envolvem diferentes atores, com diferentes intencionalidades. Fala-se de um trabalho imerso em conflitos. Ao mesmo tempo, fala-se de trabalho enquanto no processo, o que significa compreender como os elementos que constituem esse processo são representados pelos diferentes atores. Isto implica imaginar que os profissionais de saúde tem diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que desenvolvem são coerentes com essas visões. Transformá-las requer, portanto, a abertura de espaços para reconhecimento dessas diferenças e em que medida elas obstaculizam a concretização das mudanças desejadas.

O ponto que se quer destacar é que o processo de trabalho em saúde, tendo sido aprendido, apreendido e internalizado de alguma forma pode indicar caminhos de como os profissionais de saúde fazem para aprender o novo e reinventar o antigo, ou o ultrapassado, ou até aquilo que incomoda, não sendo necessariamente novo ou velho. Desta forma, chega-se a uma assertiva essencial para este trabalho:

é preciso estar “*no*” e “*para*” o trabalho “*com*” os trabalhadores para discutir e construir uma proposta de educação transformadora que seja significativa para todos. O local, tanto do ponto de vista físico estritamente, quanto do ponto de vista conceitual, como espaço de relações de trabalho, pode constituir um espaço criador de processos e posturas de problematização, tendo em vista a riqueza das pessoas, das atividades e das situações.

O interesse pelo processo de trabalho na área da saúde configura uma necessidade de discussão sobre a atuação dos sujeitos envolvidos, o que implica discutir, em última análise, a atenção prestada pelos profissionais de saúde. Atenção esta que se fundamenta na organização do processo de trabalho, que utiliza instrumentos para alcançar suas finalidades. Logo, que a discussão possa implicar, substancialmente, em novos modos de fazer saúde na Atenção Básica, novos olhares sobre uma mesma situação.

A educação permanente em saúde, imbricada no processo de trabalho trata de redescobrir esses sujeitos produtores de saúde, suas relações, suas inquietações e pode ter o potencial de transformar o universo do trabalho na saúde, já que percebe os atores do processo educativo como sujeitos capazes de denunciar e anunciar a realidade, num ir e vir dialogado sobre o seu ambiente de trabalho, numa construção coletiva de um conhecimento compartilhado e que, portanto, é significativo para todos.

El humano es un ser productivo que, a través del trabajo, aprende a apropiarse de la realidad. Es a partir del trabajo como se logra la renovación de su existencia. El trabajo tiene un lugar central en la vida del ser humano y ocupa gran parte de su tiempo. Si consideramos la actividad educativa como fundamental en el desarrollo, es necesario que se dé también durante el trabajo. (SALUM; PRADO, 2007, p.100).

Julga-se procedente, afinal, a compreensão do processo de trabalho em saúde na Atenção Básica com base nas suas características peculiares de desenvolvimento, já que é neste espaço que podem ocorrer as mudanças pensadas para o sistema público de saúde do Brasil, ainda mais em se tratando de questões que não são materiais e/ou orçamentárias; são questões constitutivas de sujeitos, pensamentos, desejos e não desejos, são situações que envolvem não a tendência à inércia, mas a modificação de posturas pessoais e profissionais, no singular e no plural, no particular e no coletivo.

4.3 Políticas de Formação para o SUS

Com a democratização da saúde, a partir da Constituição Federal de 1988 e criação do SUS, os profissionais de saúde atuantes no Brasil, passaram a contar com um suporte político. De acordo com a Carta Magna Brasileira, no Título VIII da Ordem Social, na Seção II da Saúde, Artigo 200: compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, bem como incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988). Assim, assumiu-se, desde a criação do SUS o compromisso de atender às demandas do setor, cabendo ao próprio sistema público dar conta da realização de tais tarefas.

No entanto, apesar de a Lei Maior estabelecer as assertivas acima, sabe-se que nem sempre no tocante à realidade dos milhares de municípios brasileiros ocorre tal formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Os estudos de Ceccim, Armani e Rocha (2002) revisitam a temática da formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, com a finalidade de avaliar o cumprimento legítimo do proposto na legislação nacional sobre o assunto. No trabalho, destacam a criação do SUS e a Lei Orgânica da Saúde, perpassando as Conferências Nacionais de Saúde, discutem as deliberações nestas instâncias colegiadas do SUS sobre questões relacionadas à formação e ordenação do setor saúde.

Almeida e Ferraz (2008) complementam a assertiva, ressaltando que em momento anterior à criação do SUS, tal área não apresentava relevância, constituindo-se em uma temática de baixa repercussão no sistema de saúde nacional. Com a assunção do debate social sobre a implantação do SUS, os recursos humanos ganham notória visibilidade nas Conferências Nacionais de Saúde, e principalmente com a criação de um espaço específico de discussão política: as Conferências Nacionais de Recursos Humanos.

Nota-se, com a exposição anterior que, desde a criação do SUS, balizador formal das questões sobre os trabalhadores da saúde, muitos pontos eram de grande relevância e permanecem como prioridades sendo o caso da formação para o SUS, ou seja, a preocupação de nos cursos de graduação já serem implementados currículos que contemplem o desenvolvimento de habilidades e competências no e para o SUS.

O caso da educação no trabalho também vem sendo tratado com primazia, principalmente no que se refere à criação de departamentos no Ministério da Saúde e das políticas, como é o caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Sabe-se que a implementação e execução das políticas públicas em todos os setores (sociais, educacionais, de saúde) constituem avanços na democratização da saúde, da educação, enfim, dos direitos da população, principalmente de parcelas menos favorecidas. Muitas vezes a execução não é plena, outras ainda nem sequer conseguem sair do papel. Um ponto é consenso: quando devidamente planejadas, desenvolvidas e executadas alcançam seus objetivos e contribuem para a diminuição de desigualdades.

No caso do setor saúde, são inúmeras as políticas que visam uma assistência à saúde integral e de qualidade, com recursos disponíveis e profissionais de saúde qualificados. Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena, Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa são alguns dos avanços com a priorização de necessidades na agenda do Ministério da Saúde.

A priori, muitas destas ações são voltadas para os usuários do sistema de saúde, o que está deveras correto. No caso da formação dos trabalhadores do SUS esta também representa uma necessidade no âmbito das políticas públicas de saúde. Foi isso o que aconteceu no caso da criação de políticas para os trabalhadores da saúde. Nesse caso, como refere Cohn (2006) até a configuração plena de uma política são diversos os interesses e as dimensões envolvidas para a tomada de decisão. As dimensões políticas (econômica e de grupos políticos) dividem espaço com a dimensão técnica (saberes da biologia, da epidemiologia e da saúde coletiva) e nesse cruzamento de interesses divergentes a decisão é tomada; no caso do Brasil, o Estado, representado pelo Ministério da Saúde, é quem tem assumido tal papel decisório. Um exemplo citado pela autora é o que acontece nos Conselhos de Saúde, nos quais evidencia-se claramente que a política dos cidadãos diverge da política dos técnicos.

O processo de atenção aos trabalhadores da saúde (além do previsto legalmente) vem sendo estruturado a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)². De modo institucional, ela

² Criada pelo Decreto n.º 4.726, de 9 de junho de 2003, pelo Ministério da Saúde, organiza-se com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e da Regulação

foi criada para colaborar na implementação de políticas, projetos e programas que visem o ordenamento e a formação de profissionais de saúde comprometidos com a proposta política de trabalho no SUS:

O estabelecimento de um setor institucional de gestão e regulação do trabalho e da educação no Ministério da Saúde obedece à concepção política de governo de que se faz necessário dispor de políticas e diretrizes gerais que ordenem a educação e as relações de trabalho no SUS, em conformidade com as normas jurídicas básicas e com os objetivos e os critérios da política nacional de saúde. (BRASIL, 2006b, p. 113).

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais [...] pode ser entendida como aprendizagem trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007a, p. 13).

A legislação propõe a construção de processos significativos para os trabalhadores, de modo que estes personagens do processo educativo sejam ao mesmo tempo professores e aprendizes, eduquem e sejam educados, focando-se a situação do e no trabalho, a situação que tenha valor em si mesma e para as pessoas. Aprender de forma significativa é um processo que se dá quando o aprender revela novidade para os sujeitos, faz sentido.

Isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências. (BRASIL, 2005, p. 11).

Desta forma, o desenvolvimento da educação permanente em saúde é permeado pelas concepções de inquietação, liberdade, mudança e transformação, sentimentos estes permitidos tão somente aos seres humanos na sua relação com

do Trabalho em Saúde. Esta Secretaria estabelece como objetivos: transformar a formação técnica em todos os níveis educacionais; processar a educação permanente para os profissionais de saúde; fortalecer a participação e a democratização nas relações de trabalho (BRASIL, 2007).

outros seres humanos, pois a inquietação requer uma vivência para que se possa inquietar-se, a liberdade requer uma experiência de não permissão para querer sentir-se livre; já a mudança e a transformação são movimentos de busca por algo que se deseja, se pretende com base em situações anteriores e presentes, na tentativa de melhorar algo que se abre em possibilidades por meio da educação libertadora.

4.4 Educação Permanente em Saúde

Discutidas as questões normativas referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, julga-se procedente, neste momento, revisitar a literatura científica e/ou acadêmica acerca da mesma temática, o que permite aprofundar a análise e compreender como vem ocorrendo a produção de conhecimento sobre o processo de educação permanente no âmbito do SUS. Acrescenta-se a isso a possibilidade de apresentar algumas experiências e estabelecer marcos para esta dissertação.

Diante disso, foram consultadas as produções realizadas por meio de artigos, dissertações e teses que, consideravelmente, apresentam um teor analítico, reflexivo e propositivo, muitas vezes não permitido pela legislação. Para fins de esclarecimento, aqui não serão apresentadas sistematicamente todas as obras pesquisadas e consultadas, mas apenas aquelas que vão ao encontro do que se acredita no processo de educação permanente em saúde.

Quanto à temática educação permanente em saúde, aproveita-se para destacar que este termo não existe como descritor nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o que não permite uma uniformidade na busca de trabalhos científicos nas bases de dados existentes.

Durante o levantamento do material foram encontradas produções científicas consideradas recentes (principalmente a partir de 2003), sendo que muitas são reflexões teóricas e conceituais sobre a temática da educação permanente em saúde, principalmente da enfermagem e no universo hospitalar (CECAGNO, 2003; FERRAZ, 2005; RICALDONE; SENA, 2006; MEDEIROS, 2007). Algumas versam sobre a criação dos Pólos de Educação Permanente (MORAES, 2008; SANTOS,

2007).

Um trabalho com enfoque diferencial é o de Ferraz *et al.* (2006), os quais tratam da educação permanente com enfoque nas pessoas, no sujeito-cuidador da enfermagem. Já Saupe, Cutolo e Sandri (2008) realizaram um trabalho com o intuito de construir descritores que devem orientar os processos de educação permanente na Atenção Básica, o que vai ao encontro do trabalho de Lopes *et al.* (2007) que estudaram a trajetória conceitual da educação permanente entre os anos de 1970 e 2005.

O que se percebeu é que muitas destas produções apontam para o aprofundamento da temática, tanto na ótica da reflexão quanto do ponto de vista da operacionalização nas práticas em saúde. Isso corrobora a proposta aqui apresentada, já que se propõe a construção, na prática, de um processo educativo no e para o trabalho, sem deixar, obviamente, de abarcar a importância teórica desta construção.

Além dos autores anteriormente citados, destacam-se também os estudos de: Ribeiro e Motta (1996), Ceccim e Feuerwerker (2004), Ceccim (2005a), Ceccim (2005b), Merhy (2005), Costa Mendes (2007).

A educação permanente em saúde, termo considerado novo no Brasil (visto até mesmo pelas produções acerca do tema serem consideradas recentes), não é novidade para a Organização Pan-Americana de Saúde. Já em 1970, este organismo internacional – percebendo a inadequação da formação em saúde – difundia pela América Latina o conceito de educação permanente em saúde, defendendo a aprendizagem significativa como um novo modelo pedagógico para as transformações das práticas em saúde (LOPES *et al.*, 2007).

No Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos para a Saúde tiveram um papel importante. Pautas referentes ao processo de aprendizagem significativa na formação e no trabalho eram discutidas no intuito de constar como parte das prioridades governamentais. Com a ação destes órgãos deliberativos os avanços foram consideráveis. Desde a criação do SUS, depois com as solicitações de regulamentação imediata de alguns artigos da Constituição Federal no tocante aos recursos humanos, e a ação vigilante sobre as ações do governo, estas instâncias foram parte de um movimento que corroborava com as conquistas do SUS, mas ainda não se satisfazia com a situação dos trabalhadores da saúde (LOPES *et al.*, 2007).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) (BRASIL, 1996a), medida governamental que regulamentava as responsabilidades dos entes federados, trouxe o conceito de educação permanente em saúde, embora com uma significação um pouco simplista, mas que configurava as necessidades da época e refletia as demandas do setor. De acordo com a NOB/RH-SUS, a educação permanente em saúde:

[...] 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, 1996a, p. 12).

Mesmo com um conteúdo bastante voltado para a “aquisição de informações”, não se pode negar a importância deste marco na discussão dos recursos humanos no SUS e no Brasil. Ainda assim, só em 2003 é que, formalmente, a educação na Saúde passa a constar nas prioridades da agenda ministerial como descrito anteriormente, por meio da Secretaria de Gestão da Educação na Saúde (SGTES).

Apesar de muitos estudos e ações remeterem-se a processos de educação continuada pelos órgãos do Ministério da Saúde, como a NOB/RH-SUS, o conceito de educação permanente foi sendo aprofundado e desenvolvido. Ainda assim, várias são as acepções para a temática.

Ceccim (2005a) traça um panorama acerca das várias noções que remetem à educação permanente: educação em serviço, educação continuada, educação formal de profissionais. Reflete, ainda, sobre os seus desdobramentos: assemelha-se à educação popular ou ao ensino de jovens e adultos. Pode também ser desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação. Por fim, a educação permanente em saúde pode configurar um desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde.

Entretanto, para outros autores, a educação permanente pode ser claramente definida e diferenciada de outros processos educativos. Ribeiro e Motta (1996), ao discutirem a questão terminológica afirmam que, por exemplo, educação continuada e educação permanente ambas têm uma “dimensão temporal de continuidade ao processo de educação”. Do ponto de vista metodológico são processos educativos

de saúde que se assentam em princípios diversos. Para eles:

De alguma forma, todos nós temos experiências com iniciativas de educação continuada. Inscrevemo-nos em cursos, congressos e eventos por interesses pessoais e profissionais. Outras vezes, a instituição em que trabalhamos promove e organiza eventos de treinamento para diferentes categorias profissionais dos serviços, às vezes autorizando-os e apoiando-os para que realizem cursos fora da sede do município, do estado ou do país. (RIBEIRO; MOTTA, 1996, p. 2).

A discussão que Ribeiro e Motta (1996) proporcionam é o pensar na insuficiência do processo de educação continuada como condição estabelecida para a transformação das práticas nas organizações ou como segurança de atuação com responsabilidade e comprometimento por parte dos profissionais. Existe essa possibilidade? Não significa expressar que a educação permanente em saúde muda, por si só, por estar implementada ou em andamento, uma prática em saúde. Mas significa destacar que os elementos constitutivos desse processo pedagógico podem ser amplamente explorados no sentido de favorecer o crescimento dos sujeitos e possibilitar a mudança, indo ao encontro, assim, da centralidade da educação, a transformação de homens e mulheres para “ser mais”.

Portanto, aqui, a educação permanente em saúde será assumida como processo pedagógico com potencial de transformação no e para o trabalho em saúde. Ceccim (2005a) destaca que a educação permanente em saúde constitui um processo educativo que foca o cotidiano de trabalho (ou da formação em saúde) como disparador de questionamento, de análise, já que tal realidade concreta pode desencadear movimentos de reflexão, avaliação de tudo aquilo que é criado, inventado e produzido por meio dos atos de saúde.

Para este mesmo autor, a centralidade do processo educativo na área da saúde encontra-se na:

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

Para que homens e mulheres se coloquem em situação de transformação das práticas do trabalho em saúde, é necessário que se sintam incomodados, inquietados por algum desconforto; é preciso que algo como está instituído

demonstre sua incapacidade de manutenção, seja uma prática, uma postura, uma atitude, um dizer, um discurso; é essencial, por fim, que o instaurado que ora incomoda seja discutido, dialogado, pensado em todas as suas dimensões. Neste caso, sim, a educação permanente tem espaços para ser construída (CECCIM, 2005a).

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o desconforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite contundentemente a educação permanente em saúde (CECCIM, 2005a, p. 166-167).

A educação permanente em saúde pode ser uma pedagogia de transformação dentro do espaço relacional dos profissionais de saúde, que problematize a realidade, dinamize as relações de trabalho e, substancialmente, (re)crie o fazer em saúde.

E aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. E isto não é nada óbvio ou transparente (MERHY, 2005, p. 173).

Nesse particular, observa-se que a sensibilização dos trabalhadores da saúde para o processo pedagógico que se discute, coloca o sujeito ética e politicamente em análise, demonstrando a insuficiência do compromisso único com o tecnicismo biológico do trabalhador (CECCIM, 2005b). A questão não está em valorar mais uma dimensão do trabalho do que outra, nem centrar a doença e o fazer em torno dos saberes técnicos de cada profissão, nem tampouco focalizar as dimensões da saúde fundamentalmente ao social. Significa desenvolver habilidades que historicamente estiveram separadas, costurar os panos tecidos em separado, unir saberes de uma mesma profissão e entremeá-los com os de outras, para que se possa construir novas relações de trabalho e novas conformações organizacionais de atenção à saúde. A educação permanente em saúde, entendida nessa relação entre a formação individual, a postura profissional e o fazer coletivo durante o processo de trabalho, pode vir a contribuir em avanços no cotidiano de trabalho e com isso, melhorando a qualidade da atenção e favorecer a consolidação do princípio da integralidade.

5 REIVENTANDO PAULO FREIRE NA SAÚDE

Convido a todos e todas a fazerem comigo o percurso da vida de Paulo Freire, sem a priori preconceituosos dos intelectualismos da neutralidade científica positivista, pois esta “moldura” não se enquadra no “retrato” de Paulo. Nem no meu. Convido-os/as a conhecerem ou re-conhecerem o Paulo “molhado” pelo amor e pela crença e respeito a todos os seres. Aquele que “gostaria de ser lembrado com um sujeito que amou profundamente o mundo e as pessoas, os bichos, as árvores, as águas, a vida”. (FREIRE, 2006, p. 29, grifo da autora)

Com a crença de que Paulo Freire traduz muitas das inquietações desta sociedade acerca da educação, das experiências brasileiras e internacionais que teve como educador, da fé nos homens que fala com tanta certeza, do amor ao outro e ao mundo e da criticidade de “ler” o mundo e a vida, optou-se – crítica e amorosamente - em tecer considerações sobre este autor, relacionando a sua obra ao processo educativo na saúde.

Para a construção deste referencial, inicialmente, procedeu-se à leitura programada e atenta de algumas obras de Paulo Freire, a saber: a essencial trilogia Pedagogia do Oprimido (1993); Pedagogia da Autonomia (2004) e Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido (1997). Além destas: Conscientização (1980), Educação como Prática de Liberdade (1991). Estas obras fazem parte de todos os momentos da obra deste educador. Do primeiro momento, até 1969, no qual praticamente consolida a referência de sua obra toda, fazem parte Educação como Prática de Liberdade, sua tese de doutoramento e Pedagogia do Oprimido, a mais conhecida escrita freireana com o seu método de alfabetização. Do segundo momento, entre 1969 e 1980, em que vive no exílio, Conscientização. Do terceiro momento, a partir de 1980, fase de reaprender o Brasil, Medo e Ousadia, um dos vários livros dialogados. Do quarto momento, em que trabalha muito a questão da escola, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Esperança. Do quinto momento, fase do movimento Paulo Freire vivo, Paulo Freire: uma história de vida e Pedagogia da Tolerância.

Outro fator importante na consolidação das leituras são os momentos que venho tendo no Grupo de Estudos Roda Cultural de Leituras Freireanos, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Neste espaço tenho a oportunidade de me tornar mais crítica, trabalhar a minha autonomia como

pessoa no mundo e como enfermeira nas minhas relações de vida, ao ler coletivamente e discutir a obra de Paulo Freire com pessoas que como eu, não são seguidoras deste educador, mas sim re-criadoras, “sujeitos curiosos que possam dizer coisas sobre as coisas que ele disse e fazer coisas sobre as coisas que ele fez, renovando-o, atualizando-o, reinventando-o histórica, política e epistemologicamente, com seriedade ética, sobretudo com seriedade ética” (FREIRE, 2006, p. 28-29).

Na leitura das obras foram destacados temas de maior significação, sendo as idéias categorizadas por semelhanças. No intuito de compreender o pensamento freireano, estabeleceu-se pela procura durante as leituras de idéias que contemplassem os seguintes conceitos: homem/mulher=sujeito, mundo, conscientização, diálogo e educação.

Dessa forma, pretende-se alcançar a construção de conceitos que abarquem o processo educativo na Atenção Básica, de forma que o usuário do SUS seja visualizado nas falas e idéias de Paulo Freire, que profissional de saúde e usuário se percebam nas relações de mundo, no diálogo enfatizado pelo autor para a comunicação entre estas pessoas. Afinal, que estas palavras e pensamentos possam ser vividos e sentidos na práxis do setor saúde e que, indubitavelmente, sejam uma forma de contribuição para o crescimento individual e coletivo dos sujeitos desta história.

5.1 Construindo conceitos

A leitura de Paulo Freire, antes de tudo, remete a pensamentos e indagações para cada leitor como ser humano. Quem lê sua obra percebe, verdadeiramente, seu caráter humano, tanto nas palavras, como no que propõe para a educação com seu método. Independente de o leitor ser professor, enfermeiro e/ou pedagogo, a leitura da obra de Freire auxilia na compreensão da própria vida, o que corrobora o seu pensamento ao defender que a educação é uma atividade essencialmente humana (FREIRE, 2004).

Descritos os caminhos percorridos até aqui, é importante salientar que, neste momento, não serão abordados todos os conceitos freireanos ou os mais

importantes. Serão, aqui, trabalhados aqueles com maior aproximação e aplicação para o que se pretende, ou seja, conceitos com maior significação para a temática escolhida. Por isso, foram selecionados diretamente os livros do autor, a fim de que a construção deste material seja o mais legítima possível, não interpretando as palavras ditas por outros autores.

Realizou-se uma aproximação de conceitos para melhor compreensão das idéias de Freire, haja vista que seus entendimentos não desvinculam um conceito de outro. Ao final todos facilitam à apreensão do que Paulo Freire denomina de educação libertadora.

5.1.1 Que gente é essa que existe no mundo e dialoga entre si?

Essa **gente** de que fala Paulo Freire e da qual ele não se desvincula em nenhum momento da sua escrita é uma gente que está nessa vida para viver melhor, relacionar-se bem, ser feliz e compreender o mundo que as cerca. São pessoas com a vocação ontológica do “ser mais”, que podem viver uma vida escrita por elas mesmas. Ser sujeito da sua própria história e determinar o seu futuro não deve ser privilégio de alguns, mas direito de todos. Por isso, homens e mulheres têm diante de si um livro a escrever, sem acreditar nos determinismos da vida e do mundo. Todos podem mudar a sua história! (JARDILINO, 2000; FREIRE, 1993)

Inúmeras pessoas, cidadãos do nosso país, ainda não têm acesso à educação, à informação, à saúde, talvez em razão da priorização dos interesses de uma classe dominante e do desconhecimento dos seus direitos e deveres, assim como da própria dificuldade de acesso a estes bens. Estas situações, dessa forma, dificultam, ou talvez impossibilitem, o pleno exercício da cidadania. Assim, ‘*ser mais*’ e exercer um papel na sociedade, é ser capaz de conhecer a si próprio, o seu mundo, a sua sociedade, para poder compreender a realidade em que se vive. Num exercício de pensar e repensar, a “gente” toma consciência da realidade para, finalmente, interferir no que se quer mudar e viver num mundo mais bonito e liberto.

A liberdade, que é uma conquista, e não uma doação, exige uma permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre, luta por ela precisamente

porque não a tem (FREIRE, 1993, p. 34).

Para Freire, então, o **ser humano** não é um ser que está simplesmente por estar no mundo, já que existir ultrapassa viver, porque é mais do que estar no mundo, mas nele e com ele. Ser que não vive de contatos, e sim de relações, porque esta pessoa tem uma vocação natural para a integração. Uma pessoa com identidade, datada e situada no mundo em que vive.

Esse ser humano tem em si mesmo a força para ser mais. Através da integração com homens e mulheres escreve a sua história e a do mundo, aprende-ensina, é crítico, quer mais. Nessa busca do querer mais como pessoa é que se conhece como ser inconcluso; ser social que se sabe consciente da sua realidade; ser que discerne, comunica, dialoga, participa; ser que anuncia ao mundo e o mundo com suas palavras e seus atos; ser que tem a coragem da transformação, a vontade da mudança, que pode lutar, enfim, que faz cultura em cada ato seu (FREIRE, 1991 e 1993).

No entanto, compreender esse ser humano chamado por Freire de sujeito, exige outros entendimentos como a idéia de que nenhuma pessoa se faz gente sozinha, assim como não sobrevive sem se relacionar com outros seres humanos. Por isso, é fundamental incluir a descrição do conceito de **mundo**, local onde homens, mulheres e crianças vivem e se comunicam (FREIRE, 1991).

Esse mundo, que mediatiza os seres humanos em relação, é um mundo a ser conhecido e experimentado. Um mundo que está sendo e não é determinado. Mundo que se apresenta ao homem, o qual pensa-reflete-critica e tem um anúncio a fazer. Um mundo em que o homem faz história ao escrever a sua e atua como sujeito para modificar, transformar, porque quer mais e pode viver melhor desvelando uma realidade inscrita nesse lugar.

Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da história. (FREIRE, 2004, p. 54).

Partindo das concepções de homem e mundo é possível entender que o desvelamento da realidade é um ato de exercício de cidadania, que não só exige do ser humano, mas dele em relação com os outros, o que pode, realmente, transformar o mundo. Assim, desvelar realidades, compreender os porquês desta

sociedade, humanizar o mundo, ser ético e responsável, criticar, anunciar, transformar e repensar consistem em ações essencialmente humanas, o que permite depreender que o ser humano sozinho não obtém êxito nesta caminhada (FREIRE, 2004).

Por isso, por meio da comunicação entre os homens se embasam as ações acima citadas. Comunicação esta entendida como **diálogo** entre os homens e mulheres que não existe sem amor ao mundo e aos outros seres humanos. É neste momento que Freire se remete à comunicação entre opressores e oprimidos. Nesta relação não há diálogo. O que existe é uma verticalidade, uma prescrição, um ato de roubar a palavra do outro. Assim, a própria palavra é diálogo. A palavra verdadeira sendo usada com amor para pronunciar o mundo é dividida entre os sujeitos (FREIRE, 1993).

O diálogo funda-se na fé nos homens, na confiança nos outros, na amorosidade, na humildade. Só assim é possível pensar certo o mundo e a realidade, criticar para interferir. Este ato de comunicação permite aos sujeitos que sua existência não seja calada e silenciosa, já que “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação reflexão. (FREIRE, 1993, p.78).

Ademais, sendo o diálogo o encontro dos homens, Freire acredita que toda palavra verdadeira significa **práxis**, expressando que só o dizer genuíno é que transforma o mundo. Para ele práxis consiste na solidariedade que existe entre a ação e reflexão. Solidariedade que acontece entre o que se pensa, se fala, se faz e se repensa. A indissociabilidade destes atos, ao estar no mundo e com ele, permite ao homem o pensar certo e o anunciar para transformar o mundo (FREIRE, 1993).

5.1.2 Que processo é esse que empodera aquela gente para “*ser mais*?”

Valendo-se dos conceitos recém descritos, passa-se, neste momento, à discussão de outras importantes temáticas abordadas e defendidas por Freire, que ocorrem em caráter de continuidade do pensamento deste autor.

Ao se referir ao diálogo para interagir com os outros e com o mundo e à vocação ontológica de homens e mulheres para o “*ser mais*”, percebe-se que o

compartilhamento de interesses em desvelar a realidade acontece porque existe um sentimento incessante de querer mais; um sentimento de busca do e no mundo; existe amor, responsabilidade com o outro. Ou seja, toda essa motivação impele homens e mulheres na busca pelo conhecer para interagir, interagir para interferir, interferir para repensar (FREIRE, 1993).

Dessa forma, existir no mundo é como já dito, dizer a sua palavra. Todavia, o anúncio não é ingênuo. Dizer a palavra é ter consciência de si próprio e do mundo, é estar criticamente aberto à apreensão da realidade. Esse processo de substituição de uma consciência ingênua pela consciência crítica é denominado de **tomada de consciência**, processo pelo qual homens e mulheres vão desvelando realidades, emergindo das formas mais limitadas de apreensão (FREIRE, 1991).

Analisar o mundo como ele é, com respostas mágicas e ilusórias, restringindo o ser humano ao puramente biológico, sem compreensões históricas e sociais dos fatos são denominações da *consciência intransitiva*, talvez até um descompromisso com a existência (FREIRE, 1991).

Sair da imersão da própria realidade a que estavam limitados e conseguir analisar a situação com reações e ações mais críticas já são características da *consciência transitivo-ingênua*, apesar, ainda, da presença da simplicidade na interpretação dos problemas, da fragilidade de argumentação, da prática ainda antidialógica, típicas da massificação (FREIRE, 1991).

Não mais se acomodar àquela realidade, mas entender que é preciso agir e fazer história através da práxis (ação-reflexão-ação), obter respostas aos problemas da realidade relacionando-os às suas causas, interpretar profundamente as situações, pensar a existência, anunciar o mundo são características da *consciência transitivo-crítica* (FREIRE, 1991).

Leia-se, aqui, que a tomada de consciência através do exercício da criticidade, segundo Freire (1991, p.61):

[...] implica na apropriação crescente pelo homem de sua posição no contexto. Implica na sua inserção, na sua integração, na representação objetiva da realidade. Daí a conscientização ser o desenvolvimento da tomada de consciência [...] A criticidade, como entendemos há de resultar de trabalho pedagógico crítico, apoiado em condições históricas propícias.

A conscientização, por fim, abarca toda a ação de tomada de consciência, representando um processo constante do ser humano, de modo que ele atue

criticamente nas situações por meio de uma ação transformadora da realidade (FREIRE, 1991).

Diante da análise acima, observa-se que a criticidade, como produto de um trabalho pedagógico, pressupõe a existência de uma ação que favoreça a sua construção. Para isso, a **educação** como um ato político e social, essencialmente humano, é a proposta com a qual Paulo Freire ficou (re)conhecido internacionalmente. Só a educação pode libertar homens e mulheres em situação de opressão. Só a educação possibilita o exercício da vocação do “ser mais”. A educação problematiza a realidade e o mundo, promovendo a ascensão da ingenuidade à criticidade. Assim, “a educação é uma forma de intervenção no mundo.” (FREIRE, 1993, p.100).

A educação libertadora apresenta sujeitos em situação protagonista de aprendizado, em relação de horizontalidade na comunicação. Com um ato de criação e recriação, homens e mulheres juntos buscam algo em comum, buscam a compreensão de um mundo até então desconhecido:

Operando a superação da contradição educador-educandos, se instaura como situação gnosiológica, em que os sujeitos incidem seu ato cognoscente sobre objeto cognoscível que os mediatiza (FREIRE, 1991, p. 83).

Ao conhecer e reconhecer a realidade e o mundo em que se vive, Paulo Freire propõe uma educação que se apresenta como reflexiva, ativa, dialógica, comprometida, que mantém educadores e educandos numa postura ética e de responsabilidade na busca do conhecimento, do despertar da curiosidade epistemológica, a fim de transformar a realidade. Além disso, pressupõe a não aceitação de pré-concepções e determinismos históricos. Por isso, então, constitui-se num ato de coragem daqueles que se propõem a serem mais (FREIRE, 2004).

Portanto, o processo educativo – entendendo-se os conceitos de homem, mundo, diálogo – vai além do ambiente formal escolar. A educação está em todos os lugares e “[...] transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador.” (FREIRE, 2004, p. 33). Onde há gente ‘*existindo*’, há diálogo, pronúncia de mundo, desvelamento de realidades. Logo, existem pessoas em busca do ser mais, em processo de aprendizagem da sua própria existência.

5.2 Aproximando idéias

Com a construção deste referencial pretende-se observar o processo educativo na Atenção Básica, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das leituras de Freire, já que existem grandes semelhanças entre os sentidos dos textos das políticas públicas de saúde do Brasil com o pensamento do autor, assim como identificação pessoal da pesquisadora.

No campo da saúde é imprescindível compreender a existência do ser humano como um ser social e histórico. Entender homens e mulheres na sua realidade e singularidade, adaptando o cuidado de saúde às suas necessidades e estabelecendo uma comunicação eficaz são habilidades indispensáveis ao profissional da saúde brasileira que quer mudar a realidade. Além de conhecer os princípios do SUS (e fazê-los valer), é de fundamental importância o exercício da corresponsabilização pela saúde, tarefas estas urgentes na prática atual da saúde no nosso país. A divisão da responsabilidade pela saúde entre profissional e usuário é um ato de coragem, como diria Freire (2004). Mais do que isso, é a valorização dos sujeitos no processo de construção e manutenção da sua própria saúde, favorecendo o diálogo e a problematização da situação de saúde da pessoa.

Acredita-se que os conceitos de Freire irão colaborar para o entendimento de muitas situações no campo da saúde, assim como para possíveis problemáticas a serem resolvidas, já que conseguem traduzir com clareza idéias sobre a existência do ser humano. Ademais, Paulo Freire explicita o que se pensa sobre o processo educativo sugerido para a área da saúde: uma educação em saúde problematizadora e emancipatória para todos os envolvidos nesse processo.

Para que se possa promover educação na saúde nos espaços relacionais entre profissionais de saúde e comunidade, tais profissionais necessitam desenvolver habilidades educativas no seu fazer saúde cotidiano. Deste modo, além dos processos relacionais citados acima, considera-se de suma importância rever os espaços de construção de saúde entre os membros de uma equipe de trabalho em saúde, já que a experiência educativa prevê sujeitos unidos pela mesma causa, pelo amor; no nosso caso, pelo cuidado ao outro na satisfação de suas necessidades.

É essencial estabelecer um momento de interagir-interferir-repensar no fazer na área da saúde. Neste caso, a educação permanente- processo educativo

reflexivo e significativo no ambiente de trabalho- coloca profissionais de saúde na mesma posição do processo educativo problematizador de que Freire trata em suas obras. Posição assumida verdadeiramente pelos homens e mulheres que desejam mais do seu local de trabalho: melhorias individuais, coletivas, de bem-estar, de satisfação.

6 ESCRITOS METODOLÓGICOS

Cada teoria social é também uma teoria pessoal que inevitavelmente expressa e coordena as experiências pessoais dos indivíduos que a propõem. Muito dos esforços do homem para conhecer o mundo ao seu redor resulta de um desejo de conhecer coisas que lhe são pessoalmente importantes. (GOULDNER 1971, *apud* ALVES, 1985, p. 29).³

6.1 A proposta educativa no universo científico-metodológico

Em consonância com o referencial adotado e expresso neste trabalho, o caminho traçado como metodologia de estudo estabelece concepções importantes acerca do processo educativo, do sujeito participante da pesquisa e do contexto no qual ocorre a prática educativa. Com o objetivo de desenvolver uma proposta de educação permanente em saúde, optou-se por um estudo que possibilitasse aos participantes uma vivência além do processo investigativo, ou seja, que colocasse estas pessoas em situação de reflexão sobre si mesmas e sobre suas práticas cotidianas no trabalho. Além disso, foi interesse desta pesquisa permitir que pesquisadora e pesquisados, numa mútua relação de aprendizagem, pudessem melhor compreender o mundo no qual vivem e se relacionam, a fim de desfrutarem de ambientes de trabalho favoráveis para o convívio cotidiano e para o desenvolvimento de ações que visem, verdadeiramente, ao bem-estar dos usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para isso, utilizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, cujo conceito remete a um processo de investigação que enfoca os significados atribuídos pelas pessoas às experiências e vivências do mundo social e como isso é compreendido por estes sujeitos. Cotidianamente, as pessoas utilizam-se de métodos qualitativos para compreender o mundo: observando, interagindo, conversando. A diferença encontra-se nas características de rigorosidade, sistematicidade, planejamento, análise ponderada e cuidadosa dos dados, exigidos pela pesquisa científica (POPE;

³ GOULDNER, Alvin. The coming crisis of western sociology, New York, Avon Books, 1971, *apud* ALVES, R. Conversas com quem gosta de ensinar, São Paulo: Cortez, 1985, p. 29.

MAYS, 2005).

Caracteriza-se esta pesquisa como um estudo de caso, abordando uma situação bem definida que tenha valor em si mesma, com suas singularidades. Ao mesmo tempo em que é distinto e único, permite a identificação de semelhanças com outras situações. Assim, focaliza a complexidade e a contextualização dos sujeitos a serem estudados e compreendidos. O estudo de caso visa à descoberta, interpreta a situação no seu contexto, retrata uma realidade de forma completa e profunda, revela experiências vicárias, e representa as diferenças existentes entre pontos de vista numa mesma situação social (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

6.2 Um cenário particular: a Unidade Básica de Saúde da Família

Uma Unidade Básica de Saúde (UBS) constituiu o cenário deste estudo, estando situada no município de Rio Grande - RS. Foram critérios para escolha da UBS: pertencer à Estratégia Saúde da Família (ESF), contar com somente uma equipe atuante na unidade e situar-se no perímetro urbano.

Rio Grande situa-se na Planície Costeira Sul do estado do Rio Grande do Sul, tendo uma população de aproximadamente 194.351 habitantes, numa área de 2.814 Km². A economia caracteriza-se pela predominância do setor secundário, numa interação com o sistema viário, liderado pelas instalações portuárias. No entanto, no desenvolvimento das atividades econômicas, outros setores tiveram grande influência como a agricultura, a pecuária, a pesca, o comércio e o turismo (IBGE, 2007).

O sistema municipal de saúde está organizado nos três níveis de atenção à saúde, conforme o SUS: Atenção Básica como eixo estruturante da assistência à saúde, Média Complexidade e Alta Complexidade com os serviços de especialidades e hospitalares. No que se refere à Saúde da Família, modelo de reorientação da atenção básica, a cidade conta com 25 equipes multiprofissionais atuando, no trabalho com mais de 18 mil famílias cadastradas, conforme dados do município em dezembro de 2009, no site do DATASUS (BRASIL, 2010).

A UBSF em questão localiza-se na zona oeste do município. Atende uma população de 820 famílias, de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde,

em um prédio próprio da Prefeitura Municipal. A infra-estrutura da UBSF foi reformada no ano de 2004. Atualmente ela dispõe de sala de recepção com cadeiras para os usuários, sala de exames, sala da enfermeira, sala de procedimentos, sala de consulta, sala da médica, sala de acolhimento, sala de reuniões, sala de atendimento odontológico (em preparação), expurgo e banheiros público e dos funcionários.

Até o ano de 2008, a UBSF contava com a atuação de duas equipes de Saúde da Família, distribuídas conforme as áreas de cobertura. No ano de 2008, foi construído um prédio próprio da SMS – RG, inaugurando uma nova UBSF e deslocando uma das equipes para uma área próxima à unidade em questão.

6.3 Conhecendo os seres humanos e seus contextos de trabalho

O presente estudo foi desenvolvido com dez trabalhadores e trabalhadoras, membros de uma equipe multiprofissional de uma Unidade de Saúde da Família do município do Rio Grande - RS. A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), que se dispuseram a participar do trabalho. O convite foi realizado após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande (ANEXO A).

O grupo caracteriza-se na sua maioria por profissionais do sexo feminino, sendo que apenas um membro da equipe é do sexo masculino. A idade varia entre 26 e 45 anos. Para os cargos de médico e enfermeiro, as profissionais têm formação específica para a Saúde da Família, na modalidade de Curso Introdutório no PSF. As auxiliares de enfermagem, entre 2009 e 2010, irão participar de um curso, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde, que visa à formação especializada para a Saúde da Família. Já os ACS realizaram apenas o curso introdutório quando assumiram seus cargos e dois deles tem (ou cursam) outro tipo de formação (técnico de enfermagem e graduação em Comércio Exterior).

O tempo de atuação profissional varia entre dez meses e doze anos, sendo que os profissionais que tem mais e menos tempo no cargo são ACS. No ano de 2008, houve a criação do cargo de ACS na Prefeitura do Rio Grande e posterior concurso público, visto que estes profissionais trabalhavam de forma terceirizada.

Dos cinco ACS que entraram neste concurso, três são novos na função e dois já atuavam na unidade. Uma das ACS está na UBSF há doze anos, desde que se trabalhava com o PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde). Durante a coleta de dados, uma ACS entrou em férias e logo após pediu demissão, e uma das auxiliares de enfermagem foi deslocada para outra UBSF, sendo substituída por outra colega no período final da pesquisa.

Ao longo do texto, será utilizada a denominação profissional dos sujeitos da pesquisa (exemplo: enfermeira). Para as profissões com mais de um trabalhador, serão utilizados números arábicos pra designá-los (exemplo: auxiliar de enfermagem 2).

6.4 Primeiros olhares e encontros

O primeiro contato com a UBSF foi uma conversa telefônica com a médica, no mês de março de 2009. Naquela ocasião foi acertada a visita da pesquisadora até a unidade para apresentar e discutir a proposta com a equipe. Este primeiro contato deu-se com a médica, porque a coordenadora da unidade encontrava-se em período de férias. Neste momento, a médica apresentou-se bem favorável ao desenvolvimento da pesquisa. No entanto, precisava expor aos colegas a situação proposta pela pesquisadora.

Em seguida, procedeu-se à visita na UBSF. Para este encontro, propunha-se um momento coletivo (participação na reunião da equipe) de apresentação da proposta educativa e discussão com toda a equipe. Todavia, ele não aconteceu, pois o grupo teve dificuldade de se reunir. A impossibilidade de reunir o grupo fez a pesquisadora confeccionar fôlderes para convidar os trabalhadores e trabalhadoras daquela UBSF. Dessa forma, todos foram individualmente convidados a participar, sendo apresentados aos objetivos da pesquisa e orientados sobre a forma de participação.

Essa situação observada demonstrou as dificuldades que poderiam aparecer no percurso da pesquisa, evidenciando a idéia de que “o pesquisador enfrenta o problema de transitar entre dois mundos: o acadêmico-científico e o do grupo pesquisado” (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 55).

6.5 Produção de dados

O processo de investigação deste estudo foi elaborado com a utilização do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire (IPPF). Originalmente utilizadas na área da educação, as idéias de Freire têm ocupado espaço nos mais diversos campos do saber, inclusive na saúde. Alguns estudos, como os de Silveira (2000), Backes (2004) e Heidemann (2006), partilham da opinião de que esta metodologia favorece a participação política, ativa e consciente de homens e mulheres no processo de reflexão acerca da realidade em que estão inseridos.

A proposta freireana vai ao encontro da abordagem qualitativa já que ambas permitem o desvelamento da realidade social, revelando o que permeia falas, gestos e intenções e favorecendo a criatividade e a imaginação dos seus participantes (HEIDEMANN, 2006).

Constituído de etapas que se interligam, o IPPF desenvolve-se com os seguintes elementos: investigação temática (que se deu através da observação participante, diários de campo e entrevistas), codificação, decodificação e desvelamento crítico. Estas três últimas etapas foram trabalhadas por meio de círculos de cultura.

Apesar de conceitualmente bem definidos e realizados num processo contínuo de problematização, os elementos constituintes do IPPF não são estanques. Ao contrário, é a dinâmica e o movimento dialógico entre ir e vir nas problematizações que existe como princípio fundante do processo investigativo.

Após a fase de apresentações, realizou-se a primeira etapa do IPPF, que consistiu na busca dos temas geradores, os quais surgem de:

[...] palavras [...] do universo vocabular dos grupos populares, expressando a sua real linguagem, os seus anseios, as suas inquietações, as suas reivindicações, os seus sonhos.[...] carregadas da significação de sua experiência existencial e não da experiência do educador (FREIRE, 1989, p. 20)

Essa investigação temática permitiu um aprofundamento da pesquisadora no universo de vida e relações interpessoais, logo as relações de trabalho também puderam ser apreendidas, de forma que linguagem, posturas e posicionamentos foram percebidos. Freire propõe:

[...] o que se pretende investigar, realmente, não são os homens, como se fossem peças anatômicas, mas o seu pensamento-linguagem referido à realidade, os níveis de sua percepção desta realidade, a sua visão do mundo, em que se encontram envolvidos seus temas geradores (FREIRE, 1993, p. 88) .

A investigação dos temas geradores ocorreu por meio da observação participante, da entrevista e do diário de campo, sendo utilizados com a finalidade de atender ao objetivo essencial desta fase do processo educativo que é de interagir e conhecer a realidade que se pretende atuar-trabalhar pedagogicamente.

A observação participante consiste na técnica em que o pesquisador participa das atividades de um grupo, de forma a interagir, conhecer, mergulhar no cotidiano de relações, a fim de proceder a um aprofundamento sobre determinada questão. Existem diversos elementos que não podem ser captados exclusivamente através da fala ou escrita, logo esta técnica tem a vantagem de perceber os fatos de forma direta, sem qualquer intervenção (GIL, 1999; VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Víctora, Knauth e Hassen (2000, p. 62) destacam que:

[...] observar, na pesquisa qualitativa, significa 'examinar' com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo; [...] não é uma observação comum, mas voltada para a descrição de uma problemática previamente definida, e que, por isso mesmo, exige um treinamento específico (Grifo do autor).

Corroborando o pensamento dos autores citados, May (2004) ressalta que o conhecimento do mundo social não se origina das proposições lógicas sobre as quais o pesquisador, como se fosse um ser desconectado da realidade, desce ao mundo para testar. Ele resulta, sim, da vivência e da realização de processos investigativos detalhados e meticolosos, e a partir destes são gerados os entendimentos acerca de uma situação social.

Observar participando contempla a possibilidade de inserção na realidade diária da equipe multiprofissional de saúde, ao passo que o pesquisador não só observa como expectador, de fora da cena; observa interações entre os profissionais de saúde e destes com os usuários; percebe como estas pessoas agem no processo de trabalho e como resolvem suas situações cotidianas; ele participa, age, conversa, discute, dialoga; cria espaços relacionais; abre possibilidades para o desenvolvimento de uma pesquisa real, viável e representativa de seus significados.

O processo de observação participante foi realizado durante os meses de março e abril de 2009, totalizando dez dias de atividade. Durante essas duas semanas, observaram-se todos os turnos de trabalho mais de uma vez, o que me permitiu construir um conhecimento mais embasado daquele grupo. Assim, todos os turnos de uma semana, de segunda a sexta-feira, das 8 às 12 horas e das 13:30 às 17:30 horas foram observados de forma semelhante na outra semana.

Esse material encerrou 80 horas de observação participante, nas mais diversas ações da unidade de Saúde da Família em questão.

Os primeiros momentos do processo de observação foram para conhecer o espaço físico da unidade, as rotinas de trabalho da equipe e dos profissionais de saúde e, principalmente, como uma forma de apresentação da proposta para os sujeitos da pesquisa, os usuários da UBSF e outros funcionários da Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, observaram-se atendimentos individuais com todos os membros da equipe, tanto na unidade quanto na comunidade; atividades coletivas com os grupos terapêuticos Viva Leve, Idosos, Artesanato; reuniões da/entre a equipe e desta com a comunidade.

Simultaneamente a este processo de observação participante, procedeu-se à construção de diários de campo. Os diários de campo foram redigidos como forma de compor e organizar os dados observados durante o dia. Das 80 horas observadas do processo de trabalho dos sujeitos em questão, foram construídos 10 diários de campo.

A utilização dos diários de campo facilitou a descrição dos eventos, da dinâmica de trabalho e das relações na UBSF, permitindo leituras e reflexões no momento da própria escrita e ainda servindo como um guia para o percurso investigativo. Segundo VÍCTORA, KNAUTH e HASSEN (2000), o diário de campo é um instrumento essencial de registro de dados, sendo um material pessoal do pesquisador. Tem como característica fundamental ser “um registro cronológico das atividades do pesquisador.” (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 73). Acrescenta-se a isso, a caracterização de Minayo para diário de campo, sugerindo a sistematicidade como elemento vital na construção deste material. Relata a autora: “podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas.” (MINAYO *et al.*, 2004, p. 63).

Ao término da observação participante, foram realizadas entrevistas individuais, visando contribuir para a consolidação da investigação temática e permitindo um aprofundamento na apreensão do universo de significados de cada membro da equipe ao estabelecer um diálogo com o pesquisador. A entrevista gera uma compreensão acerca das “[...] biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos das pessoas.” (MAY, 2004, p. 145). A partir disso é possível entrar em contato com valores, opiniões e sentimentos acerca do trabalho na saúde.

Optou-se pela técnica de entrevista não estruturada ou focalizada, que é mais flexível e permite que os significados sejam evidenciados pelo próprio sujeito. Este modo de compreender o universo das pessoas permite que as respostas sejam dadas conforme as estruturas de referência de cada pessoa, permitindo-se uma profundidade qualitativa na perspectiva do entrevistado (MAY, 2004). Brandão (2003, p. 92), propõe que a:

[...] a qualidade da pesquisa apresenta-se ao se descobrir “que toda entrevista é uma conversa e que toda conversa é um desafio ao diálogo aberto com o outro e, não apenas, um controle sistemático da fala de um outro, segundo os usos de meus interesses científicos ‘sobre’ o outro e ‘através’ do outro.

O roteiro de entrevista constituiu-se de questões de caracterização dos sujeitos e questões sobre o processo educativo destes profissionais (APÊNDICE A).

Como questão norteadora da entrevista adotou-se a seguinte pergunta: “Existe um processo educativo aqui na unidade? Fale sobre isso.” A partir dessa pergunta disparadora, abordavam-se questões sobre o trabalho de cada profissional e a relação com a UBSF e, questionava-se sobre os processos de aprendizagem e sobre facilidades e dificuldades no trabalho naquela unidade. Estes caminhos foram adotados valendo-se da máxima de permear o vivido na UBSF pelos trabalhadores, para que fosse possível construir as próximas etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.

Finalmente, esta etapa de investigação/compreensão da realidade e dos sujeitos, de acordo com Freire (1993), foi um momento essencial para a construção do conteúdo programático que permitiu a organização sistemática dos dados que foram coletados de forma desorganizada por meio da observação participante e das entrevistas. Freire (1993, p. 83-84) destaca:

[..] para o educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição- um conjunto de informes a ser depositado nos educandos-, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada.

Foram diversos os temas emergidos da fase de investigação temática, fundamentalmente ligados aos cuidados à saúde: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, vacinas, além de saúde do trabalhador, e organização e planejamento do trabalho.

Assim, procedeu-se de forma a eleger um tema de maior relevância para o grupo e que englobasse o maior número de contradições, conforme o já discutido no conceito de educação permanente em saúde, a fim de que pudesse ser discutido nas fases posteriores do IPPF.

Essas fases (codificação, decodificação e desvelamento crítico) ocorreram por meio de círculos de cultura, espaços organizados em roda, priorizando relações de respeito, diálogo e horizontalidade, e que constituem a forma como Paulo Freire desenvolvia o método de alfabetização. Nesse cenário não existem aqueles que sabem e aqueles que não sabem; há uma relação de participação e escuta entre as pessoas (SILVEIRA, 2000). A participação da pesquisadora deu-se na qualidade de animadora cultural, nomenclatura utilizada por Freire para designar a atuação de um coordenador, cuja ação ocorre de forma a auxiliar o grupo na problematização dos temas, desafiando-os e construindo com os participantes novos olhares - menos ingênuos - sobre uma situação vivida. Uma colega da turma de mestrado atuou como observadora dos círculos de cultura. Tal participação foi essencial porque auxiliou na observação de reações, falas e posturas durante os encontros. Isso permitiu que a pesquisadora pudesse se concentrar integralmente na discussão, deixando para a observadora captar outras formas de linguagem-expressão: a não-verbal.

Entre os meses de maio a julho de 2009, ocorreram seis círculos de cultura, com duração média de 70 minutos, sendo que o número foi definido em razão do tempo disponível para a pesquisa, da disponibilidade dos participantes e do alcance dos objetivos do trabalho. A disponibilidade dos participantes no que se refere aos horários foi a maior dificuldade na realização dos encontros.

Como elemento do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, a codificação é uma etapa em que os sujeitos problematizam determinada situação emergida do cotidiano de trabalho em saúde e buscam compreender significados que permeiam tal evento. As codificações constituem-se na mediação entre o contexto concreto ou real, no qual se dão os fatos, e o contexto teórico, em que são analisados; além disso, são o “objeto cognoscível sobre que o educador-educando e os educandos-educadores, como sujeitos cognoscentes, incidem sua reflexão crítica” (FREIRE, 1993, p.109).

É nesta fase que se inicia a substituição gradual de uma visão e explicação ingênua da realidade por uma visão cada vez mais crítica e apta de anúncio de uma nova situação social e, no caso, de trabalho.

Na descodificação, os indivíduos vão percebendo como atuavam ao viverem a situação analisada, chegando ao que Freire chama de percepção da percepção anterior.

Ao terem a percepção de como antes percebiam, percebem diferentemente a realidade e, ampliando o horizonte do perceber, mais facilmente vão surpreendendo, na sua “visão de fundo”, as relações dialéticas entre uma dimensão e outra da realidade [...] a descodificação promove o surgimento de nova percepção e o desenvolvimento de novo conhecimento (FREIRE, 1993, p. 109-110).

Heidemann (2006) acrescenta que a descodificação é um momento no qual se percebe que a realidade era simplesmente vivida e não admirada. Assim, a descodificação possibilita um avanço no processo de conhecer o mundo e determinada realidade. No caso desta pesquisa, é um momento de revisitar as contradições no trabalho de uma unidade básica de saúde e compreendê-las, não mais no nível do senso comum, mas sim desvelar, problematizar, descobrir a essência da situação tal como ela é. É a fase em que a situação apresenta-se às pessoas como situação que pode ser resolvida, desvelada por eles mesmos, sujeitos com o poder da ação, da transformação.

Abaixo, são descritos os círculos de cultura e, em anexo, organograma dos encontros com principais tópicos (APÊNDICE B).

6.5.1 Círculo de Cultura 1 (duração: 63 minutos)

Estiveram presentes neste Círculo de Cultura: a enfermeira, a médica, as auxiliares de enfermagem 1 e 2 e a agente comunitária de saúde 3. Os outros quatro agentes comunitários de saúde se encontravam em greve. Inclusive, antes de iniciar os círculos de cultura, aguardou-se uma semana e meia para começar os trabalhos, na tentativa de poder reunir a totalidade do grupo.

Este encontro foi o único realizado na quarta-feira, no turno da tarde, em que não há expediente externo e os trabalhadores permanecem na UBSF para a reunião de equipe. Já tendo sido discutidos os objetivos do trabalho com os participantes durante a apresentação da proposta e dialogados nos momentos de observação participante, este era o momento para iniciar as discussões de forma coletiva, num exercício de um processo educativo. Assim, havia a oportunidade/tentativa de trazer o processo de trabalho e as vivências dos participantes para a roda. Optou-se por trazer, num primeiro momento, que educação permanente era essa de que se falava e quais os pressupostos que a embasavam. Acreditava-se que, ao trazer um conceito norteador, as práticas vivenciadas poderiam ser discutidas à luz da educação permanente em saúde, bem como tecer relações e comparações com a educação continuada. Neste momento já se iniciava o processo de que Freire fala: o percurso do abstrato ao concreto no desvelamento da realidade para compreendê-la melhor e atuar para mudar o que incomoda.

Para isso trabalhou-se com o conceito de Ricardo Ceccim (2005a, p. 161):

[...] processo educativo que coloca o cotidiano de trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Cada profissional recebeu um material, produzido pela pesquisadora, com este conceito. Procedeu-se, então, à leitura coletiva do mesmo, onde foram destacados os pressupostos que explicitam o potencial de a educação permanente em saúde ser um dispositivo transformador: o planejamento do processo educativo, o diálogo como princípio fundante da prática, a sistematização como processo (movimento constante), o cotidiano como espaço gerador de inquietação e os temas

vivos e latentes da/na realidade.

Ao longo deste processo de apreciação do conceito, estando no papel de animadora, desafiava os participantes com questionamentos sobre as suas vivências na UBSF, na educação permanente da SMS-RS. Construía-se um novo conhecimento, fruto da conexão de nossas experimentações. Assim, oportunamente, a educação continuada foi surgindo nos questionamentos do grupo, sendo possível discorrer sobre as diferenças e semelhanças entre esses dois processos (educação permanente/educação continuada).

No decorrer do momento coletivo, discutiram-se os pressupostos da educação permanente, trazendo os exemplos da realidade da equipe e compreendendo como acontece a dinâmica do planejamento das ações da UBSF, o diálogo entre as pessoas, a sistematização das práticas assumidas pela equipe e como o cotidiano e os temas surgidos inventam e reinventam a práxis na saúde.

Em seguida, foram problematizados quais seriam possíveis temas para um processo educativo nesta equipe. Este já se constituía num momento de estar devolvendo os dados da fase de investigação temática e validando-os.

Os participantes traziam os temas e o grupo apresentava alguns motivos para que fossem discutidos na educação permanente desta UBSF, o que delimitou a temática do próximo encontro. Surgiram como temas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, vacinas, saúde do trabalhador, curativos.

Encerramos o círculo de cultura discorrendo sobre a necessidade de trabalhar temáticas ligadas, essencialmente, aos cuidados à saúde.

6.5.2 Círculo de Cultura 2 (duração: 51 minutos)

Este Círculo de Cultura, realizado na Sala de Reuniões da UBSF, contou com todos os membros da equipe multiprofissional de saúde.

Em um primeiro momento foi feito um resgate do primeiro Círculo de Cultura, como forma de lembrar o que havia sido discutido e introduzir a problematização do dia, assim como familiarizar os colegas que não estiveram presentes no primeiro encontro devido à greve dos agentes comunitários de saúde.

Esse início, constituindo o que Freire fala sobre a devolução organizada dos

dados que são coletados em momentos diversos, foi um momento de certificar os temas levantados pelo grupo e questionar se mais alguma coisa poderia ser incluída.

Com a diretividade da animadora cultural, programou-se um exercício coletivo sobre um dos temas geradores, para problematizar o núcleo e o campo de atuação, ou seja, o saber e as ações de cada um diante da referida situação e aquilo que lhes era comum e coletivizado nas atividades na UBSF. Para o exercício, propôs-se dialogar sobre alguma das temáticas elencadas pelos sujeitos (hipertensão arterial, diabetes, vacinas). O grupo optou pela discussão sobre vacinas.

Escolhido o tema a ser problematizado, realizaram-se questionamentos sobre a ação e as atividades de cada membro da equipe no que se referia às vacinas. Com a leitura do primeiro círculo de cultura, uma necessidade se apresentou: deixar mais claro o papel e a atuação de cada um e do todo para o próprio grupo. Esse exercício poderia afinar estratégias entre os trabalhadores na resolução das situações de saúde, ao propor conhecer o que o outro faz, ouvi-lo, dizer o que faz e pensa sobre determinada situação e, por fim, discutir juntos. Cada participante foi falando sobre a sua atuação quando trabalha com vacinas nas diferentes faixas etárias do ciclo vital.

Num segundo momento, questionou-se, então, qual era o papel da equipe desta UBSF nas atividades de vacinas; o que era comum a todos realizarem e o que realizavam coletivamente. Mais uma vez, o grupo foi discorrendo sobre o assunto e sendo desafiado a pensar a realidade, para nela intervir de forma diferente e esperançosa, configurando assim um exercício de construção de autonomia.

Discutiu-se como era possível, assim, trabalhar um processo de educação permanente em saúde, sabendo-se das diferenças entre os saberes profissionais. O que poderia ser viável, diante disso, para qualificar a atenção nas vacinas? Além do papel da SMS, qual o papel da equipe?

Foi o primeiro círculo de cultura em que estiveram presentes todos os participantes. Percebeu-se que as reflexões e decisões, realmente, não poderiam partir de algumas pessoas, se não daquele todo ali presente, cada um colocando – mesmo que de forma contraditória e antagônica – as suas percepções do trabalho, da educação no trabalho, e de como qualificar este espaço.

6.5.3 Círculo de Cultura 3 (duração: 78 minutos)

Este encontro ocorreu na Sala de Reuniões da UBSF, com a presença dos agentes comunitários de saúde.

Como anteriormente discutira-se o papel de cada profissional no que se refere às vacinas, assim como o papel da equipe, o grupo optou por refletir sobre vacinas e a atenção aos usuários que solicitam tais ações de saúde. No entanto, essencialmente, o que se percebeu era a necessidade de discutir a questão técnica das imunizações, ou seja, o grupo julgou fundamental rever o calendário vacinal estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Esse círculo diferenciou-se dos outros pela realização de visitas prévias da pesquisadora à UBSF, a fim de programar com os participantes a realização do referido encontro. Visitou-se a unidade, dialogando-se com os trabalhadores sobre o tema vacinas, assunto elegido pela equipe no círculo de cultura 2 e que seria alvo de nossa problematização. Solicitou-se aos trabalhadores que trouxessem para o encontro materiais de uso no trabalho, incluindo “espelhos” (cópia das carteiras de vacinação) das crianças por eles acompanhadas, como no caso dos agentes comunitários de saúde. Para os outros profissionais também foi solicitado tudo aquilo que poderia ser objeto de dúvida para eles e, conseqüentemente, interessante de ser discutido no encontro.

A discussão iniciou acerca do que os agentes comunitários de saúde sabiam sobre vacinas. Eles foram falando e colocando, principalmente, questionamentos, ou seja, perguntavam sobre o que fazer em determinadas situações, como orientar as famílias, etc.

Utilizou-se material multimídia, material técnico do Ministério da Saúde, livros e cartazes. Como metodologia para desafiar os participantes a fazer o movimento do cotidiano e real para o abstrato e vice-versa, a fim de construir um conhecimento sobre as vacinas, eram trazidas as situações reais vivenciadas pela pesquisadora com a equipe, sendo os protagonistas os próprios agentes comunitários de saúde.

Por ser este o terceiro círculo de cultura, era o momento de realizar uma avaliação do processo educativo (e de pesquisa) que vinha sendo realizado. Solicitou-se aos participantes que numa folha, dividida em dois espaços (“eu” e “equipe”), discorressem sobre como avaliavam o processo que estava acontecendo,

tanto do ponto de vista pessoal-profissional, quanto do ponto de vista da equipe (como percebiam aqueles acontecimentos no interior da equipe). Pediu-se, caso fosse possível, que fizessem a avaliação naquele momento de fechamento do círculo de cultura. No entanto, os agentes comunitários de saúde pediram para trazer a avaliação no próximo encontro. Com a diretividade do educador, como Paulo Freire ensina, explicou-se que não era uma avaliação deles, mas sim do processo educativo e de pesquisa, como forma de salientar a correspondência entre as expectativas dos participantes e o papel da pesquisadora.

Um dos participantes, então, preferiu falar naquele instante e todos os que também estavam presentes fizeram as suas colocações. O encontro foi finalizado, organizando o próximo círculo de cultura, o qual daria continuidade ao exercício educativo iniciado sobre vacinas, e que não havia sido concluído.

6.5.4 Círculo de Cultura 4 (duração: 74 minutos)

Estiveram presentes os mesmos participantes do círculo de cultura 3: os agentes comunitários 1, 2, 3 e 5. As atividades foram realizadas na Sala de Reuniões da UBSF.

O grupo deu continuidade ao processo iniciado no círculo anterior, retomando os tópicos tratados. Discutiram-se os casos de vacinas, as situações vivenciadas pelos profissionais, atualizando e construindo conhecimentos. Em decorrência da presença dos agentes comunitários de saúde, pôde-se desenvolver e aprofundar uma problematização das responsabilidades da equipe e do papel do ACS.

Finalizou-se o círculo de cultura com uma avaliação, tanto do momento ocorrido com os agentes comunitários de saúde, quanto da não participação dos outros profissionais.

6.5.5 Círculo de Cultura 5 (duração: 90 minutos)

Este momento foi uma incursão da pesquisadora em uma das atividades do

processo de trabalho da equipe, como forma de participar de suas ações, discutir o objetivo daquela atividade e problematizar a formação e a educação na Saúde da Família.

Estiveram presentes todos os agentes comunitários de saúde, a médica e a auxiliar de enfermagem 2. A atividade proposta pela Coordenação da ESF era a construção de um mural sobre o tema violência, a fim de participarem do “Encontrão” das equipes de Saúde da Família que ocorre trimestralmente.

Discutiu-se o objetivo da construção do mural, já que os ACS não sabiam o que tinha que ser confeccionado. Num primeiro momento os ACS pensavam que o encontro era “da pesquisadora”. A médica e a auxiliar de enfermagem apareceram para participar da atividade e problematizou-se sobre o tema violência, sobre a confecção do mural e principalmente sobre a comunicação entre os membros da equipe que nem sempre é eficaz.

Por não saberem claramente o que deveria ser realizado, ligaram para enfermeira, que se encontrava num curso de capacitação sobre sexualidade da SMS. Iniciou-se a confecção do material e uma conversa sobre a temática, o porquê de a violência ser um tema central na atenção à família e, por meio das vivências e dos exemplos de cada um, foi sendo construído um conhecimento comum ao grupo e à realidade daquela comunidade.

Finalizou-se o encontro, acordando o próximo círculo de cultura, o qual seria o último momento do processo educativo.

6.5.6 Círculo de Cultura 6 (duração: 75 minutos)

Estiveram presentes os agentes comunitários de saúde 2, 3, 4 e 5, a auxiliar de enfermagem 2, a médica, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem 3 que vinha para substituir a auxiliar de enfermagem 1.

Realizou-se um resgate do último momento coletivo (construção do mural) e do processo educativo como um todo.

Os profissionais expuseram os seus pareceres e avaliaram o processo educativo. Aqueles que não compareceram aos círculos de cultura 3 e 4 (problematização sobre vacinas) justificaram a sua não participação.

Foram discutidos ainda assuntos referentes à organização dos círculos de cultura e sua continuidade. Como seria possível seguir desenvolvendo um processo educativo, dentro da UBSF, de forma coletiva e dialogada, e dentro do processo de trabalho dos profissionais.

Perceberam-se alguns avanços no desvelamento daquela realidade, principalmente no que se refere à necessidade de um processo educativo e na sua operacionalização de acordo com as características das pessoas e do trabalho em saúde.

6.6 Uma forma de análise possível: a análise de discurso

Uma análise inicial do material coletado na fase de investigação temática aconteceu de forma processual durante a construção dos diários de campo e transcrição das entrevistas, já que esta forma de análise em curso vai ao encontro do Itinerário de Pesquisa Freireano, o qual prevê a organização dos temas geradores para o desenvolvimento das fases de codificação e descodificação e desvelamento crítico. Assim, todo o processo de produção de dados recebeu um tratamento inicial.

Soma-se a isso que os círculos de cultura foram gravados em material de áudio. A cada término de encontro, os áudios foram ouvidos, a fim de que os círculos de cultura posteriores pudessem ser planejados. Todos os materiais de áudio foram transcritos totalizando 7 horas e 10 minutos.

Com a coleta de dados encerrada e o afastamento do campo, adotou-se a análise de discurso para trabalhar com o material produzido, uma metodologia com origens na linguística, mas que já tem sido muito utilizada na área da saúde, inclusive na enfermagem. Algumas autoras da enfermagem acreditam que nas interrogações sobre percepções acerca do processo saúde-doença, sobre as práticas, ou até mesmo diante das políticas públicas existentes, exista uma necessidade de instrumental que permita reconhecer os significados individual, coletivo e sócio-histórico imbricados em falas, escritos, nos discursos. “Assim, análise de discurso permite aos profissionais da área de saúde compreenderem e desenvolverem uma relação menos ingênua com a produção da linguagem (oral ou

escrita) dos sujeitos.” (MACEDO, 2008, p. 654).

A análise de discurso “[...] produz realmente outra forma de conhecimento, com seu objeto próprio, que é o discurso. Este, por sua vez, se apresenta como o lugar específico em que podemos observar a relação entre linguagem e ideologia.” (ORLANDI, 2001, p. 29).

O pesquisador coloca-se numa postura de tentar penetrar na rede de mecanismos discursivos que ‘fabricam’ historicamente subjetividades com vistas a possíveis mudanças (ERNST-PEREIRA; MUTTI, 2008, p. 9). Além disso, a contribuição da análise de discurso centra-se na permissão que a metodologia estabelece de colocar o pesquisador em “estado de reflexão”, porém sem que este caia “na ilusão” da consciência de tudo.

Por isso, o sentido, o discurso. A análise de discurso como seu próprio nome indica, não trata da língua, não trata da gramática, embora todas essas coisas lhe interessem. Ela trata do discurso. E a palavra discurso, etimologicamente, tem em si a idéia de curso, de percurso, de correr por, em movimento. O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: como o estudo do discurso observa-se o homem falando (ORLANDI, 2001, p. 15).

Nesta metodologia concebe-se linguagem como a mediação essencial entre homens e mulheres e realidade natural, social, o contexto. Essa mediação denominada de discurso é que possibilita “[...] tanto a permanência e a continuidade quanto ao deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive.” (ORLANDI, 2001, p. 15).

A análise de discurso não trabalha com a língua enquanto um sistema abstrato, mas com a língua no mundo, com maneiras de significar, com homens falando, considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas, seja enquanto sujeitos, seja enquanto membros de uma determinada forma de sociedade (ORLANDI, 2001, p. 16).

Por isso mesmo, a utilização do termo “compreensão” e não “explicação” dos fatos e do universo dos sujeitos é um pressuposto no trabalho do analista de discurso. O seu trabalho consiste em “[...] destacar o modo de funcionamento da linguagem, sem esquecer que esse funcionamento não é integralmente linguístico, uma vez que dele fazem parte as condições de produção, que representam o mecanismo de situar os protagonistas e o objeto do discurso.” (ORLANDI, 2003, p.117).

Tal forma de análise de dados favoreceu o processo investigativo realizado na Unidade Básica de Saúde da Família, já que a análise de discurso prevê a existência de um espaço relacional no qual o discurso acontece, considerando que há uma anterioridade nas falas dos sujeitos, que marca historicamente e dentro daquele contexto o que é produzido na linguagem entre as pessoas. Também agrega possibilidades, pois além de descrever e interpretar, permite compreender o discurso, o qual não é neutro, existindo sempre uma ideologia intimamente relacionada a ele.

O texto produzido pela transcrição dos materiais coletados não foi a finalidade da análise de discurso, mas sim o próprio discurso (ORLANDI, 2001).

O “corpus” do trabalho, constituído pelos textos produzidos na coleta de dados, foi analisado seguindo-se as seguintes etapas: 1) fase de passagem da superfície lingüística para o objeto discursivo, 2) fase de passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, 3) fase de passagem do processo discursivo para a formação ideológica.

A primeira etapa consta da de-superficialização do material que será analisado, ou seja, é um avanço na superfície lingüística das palavras, sem contextualização; é a forma de passar do texto para o discurso (ORLANDI, 2001).

Gomes (2007) elege como primeiro passo o rigor na transcrição das produções verbais, tanto no que se refere às palavras expressas pelos sujeitos, quanto ao uso dos recursos linguísticos utilizados para expor o sentido no momento da enunciação. Além disso, este autor relata que a marcação de tempo de fala para cada participante é uma estratégia interessante quando o trabalho é grupal, coletivo. Esta marcação permite demonstrar as polaridades discursivas presentes no contexto, podendo indicar “quem possui a maior chance de influenciar na formação de enunciações dos demais participantes” (GOMES, 2007, p. 558). Essa relação pode influenciar todo o processo de produção de dados, já que consiste numa condição de produção de discurso.

Na sequência deste processo de de-superficialização, de trânsito para alcançar o objeto discursivo, adotou-se a paráfrase e a polissemia como dispositivos analíticos. A paráfrase consiste naquilo que se mantém no dizer do sujeito, é a memória, o retorno aos espaços do dizer; é a continuidade, a matriz do sentido, um fantasma do dizível (ORLANDI, 2003; GOMES, 2007). Já a polissemia, na tensão constitutiva do dizer com a paráfrase, constitui-se no deslocamento deste mesmo

sentido, em deslizamentos, novos sentidos; ela desloca-se do “mesmo” e aponta para a criatividade do dizer, já que nega a manutenção, nega a memória do dizer (ORLANDI, 2003).

Paralelamente, do ponto de vista da ordem da enunciação, procedeu-se à identificação de um dos elementos da análise de discurso denominado “esquecimento número 2”, o qual considera a ilusão da transparência de sentidos. Significa que o que foi dito só poderia ter sido dito de determinada maneira, caracterizando a onipotência de um só sentido (GOMES, 2007; ORLANDI, 1996). Nesta análise, pode-se compreender que o dito poderia sempre ser exposto de outra maneira, mas não o é em razão de suas condições de produção.

Estes processos constituíram-se em sucessivas leituras do material produzido, colocando-se a pesquisadora cada vez mais dentro dos discursos presentes entre os sujeitos pesquisados, podendo observar, já nos delineamentos iniciais, uma indicação das formações discursivas vigentes naquele contexto.

Neste momento, permite-se compreender como os discursos estão relacionados com as condições de produção, com as posições ocupadas pelos trabalhadores e trabalhadoras da unidade de saúde em questão, com os espaços público e privado.

Na segunda etapa constrói-se o processo discursivo, um nível de interpretação mais profundo que pretende abarcar as formações discursivas, que são responsáveis pela produção de sentidos em determinado contexto (imediato e mediato), ou seja, é o momento de encontrar o que pode e deve ser dito, assim como aquilo que não pode e nem é dito naquele contexto específico (ORLANDI, 2001).

O contexto imediato ou estrito “[...] estabelece a situação da interlocução, a circunstância da comunicação e instanciação da linguagem [...]” (ORLANDI, 1996; 2001, p. 152): a Unidade Básica de Saúde da Família, a dinâmica de trabalho desta equipe de saúde, os momentos da pesquisa (individuais e coletivos), a presença da pesquisadora, tensões emocionais (GOMES, 2007).

Já o contexto mediato ou lato “constitui-se das situações histórico-sociais e ideológicas que significam no dizer” deste coletivo de trabalhadores em saúde: o Sistema Único de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família, a dinâmica das profissões da área da saúde, e as classes profissionais (ORLANDI, 1996; 2001, p. 152).

A compreensão dos contextos é central na identificação das formações discursivas, pois as condições de produção do dizer são constantes na análise de discurso. Assim, entender os ambientes material e institucional dos discursos, as relações de sentidos e as relações de força (concreta e não-concreta) descortina um passo adiante no processo analítico.

Na última etapa são apreendidas as formações ideológicas e imaginárias, de modo que a compreensão dos discursos das pessoas envolvidas no processo educativo possa ser desvelada, dentro daquele contexto, em determinado momento da história (ORLANDI, 2001).

6.7 Socializando experiências e conhecimentos

Após o término do estudo, aprovação por uma banca de avaliadores e sustentação pública da dissertação, a pesquisadora compromete-se em enviar uma cópia do trabalho para a instituição participante – Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande, assim como para a Unidade Básica de Saúde – cenário desta pesquisa onde, além disso, o trabalho será apresentado e dialogado com os participantes.

6.8 Atendendo às dimensões éticas

Para a realização deste trabalho, seguiram-se os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) para a pesquisa com seres humanos.

Solicitou-se o Consentimento da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande, por meio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da SMS-RG, o qual aprovou a realização do estudo, sob o Parecer n.º 30/2009 (ANEXO A).

Todos os documentos foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande – CEPAS-FURG, cujo parecer n.º 17/2009 foi considerado favorável (ANEXO B).

Foi solicitado o consentimento de cada participante da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), garantindo-se, por meio deste, a liberdade de participação, a possibilidade de desistência em qualquer etapa do estudo, assim como a segurança do sigilo das identidades e das informações.

7 DISCURSOS POSSÍVEIS SOBRE EDUCAÇÃO

7.1 Concepções sobre educação

É essencial estabelecer, antes de tudo, o(s) conceito(s) de educação que vigora(m) neste ambiente de produção de saúde, que baliza o ser e o fazer dos profissionais de saúde em questão, que estabelece relações com o cuidar, com o modo como vivenciam as relações de trabalho, tanto entre os próprios trabalhadores quanto no contato com os usuários do SUS.

Falar sobre educação não é nada fácil, pois este ato político, como diria Paulo Freire, não está tão e somente no dizer das pessoas. O próprio viver e ser no mundo estabelece os modos como a educação está nas pessoas. Por isso, propõe-se compreender qual a relação dos profissionais de saúde com este processo. Quais as relações e conexões que estes sujeitos fazem entre a educação e sua práxis? Afinal, que concepção de educação está presente nesta unidade de saúde e fundamenta as práticas individuais e coletivas de saúde?

Para compreensão dos vários prismas possíveis das concepções de educação, destacaram-se três de interesse como ponto de partida para a discussão: o processo educativo na unidade de saúde, os processos de aprendizagem utilizados para o trabalho e as repercussões das concepções educativas nas práticas de saúde.

7.1.1 O processo educativo na unidade de saúde

A realização de um processo educativo na UBSF tendeu para dois pólos de sentidos, e pareceu variar conforme as enunciações das classes profissionais.

Mostrou-se como um entendimento entre os profissionais de nível superior, tanto nos momentos individuais quanto coletivos, a concepção de que não existe um processo educativo na unidade, constituindo-se vários os motivos para a sua não realização: falta de tempo, demanda da população, inexistência de espaço instituído,

dificuldade de reunir todo o coletivo, como se percebe nos trechos seguintes:

Não! Isso é uma das coisas até que a gente... que a gente falha. (MED)

Nós não fazemos... Ai... eu fico até pensando, falta de tempo até é... (ENF)

Na perspectiva de compreensão da médica e da enfermeira, a concepção de educação está permeada pela realização de algo, em determinado local, sobre determinado assunto, com o nome de processo educativo para a equipe. Neste discurso, apresenta-se uma enunciação que denota a educação como momento de parada no processo de trabalho em saúde, como evento estanque e não imbricado na práxis cotidiana. Remeteram-se, assim, ao **evento** educativo instituído **no processo de trabalho**. Isso dá a idéia de uma educação restrita a processos formais. Freire (2004) destaca que a educação, como ato político e social, essencialmente humano, não se restringe ao processo formal de educação do tipo “na escola”. A educação é este processo em que, através do exercício do diálogo criativo, as pessoas podem interagir no mundo e conhecê-lo. Conhecendo, podem interferir para a mudança.

Entre os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, o discurso presente foi a existência de um processo educativo, na forma de capacitações para a entrada no trabalho, treinamentos realizados fora da unidade, sendo ofertados por profissionais exteriores à unidade, na maioria das vezes, com temáticas pré-estabelecidas e com desconhecimento por parte dos trabalhadores do assunto a ser tratado, ou seja, remeteram-se ao **preparo** educativo **para o processo de trabalho**.

*Existe. **Antes** de chegarmos aqui nós fizemos um curso introdutório para agentes. (ACS 1)*

*A gente faz **capacitações**. No início a gente teve alguma coisa, mas assim, muito por cima, de como a gente deveria agir com as pessoas (ACS 5)*

*Assim oh, nós temos capacitações, nós vamos, **eles** nos instruem, nos colocam a par de novas técnicas e como a gente tira dúvidas. Existe sim... (AUX ENF 1)*

Ao passo que alguns trabalhadores (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) reconhecem tal evento, outros (médica e enfermeira) acreditam que não exista, e inclusive, procuram encontrar os motivos para essa não existência.

Mesmo com caracterizações distintas, ambas enunciações acerca da educação remeteram-se a uma formação discursiva que destaca a vigência do modelo de educação tradicional, o qual se baseia na transmissão de informações, no depósito de conhecimentos, na verticalização do saber; um modelo bancário. Destacou-se uma continuidade no sentido destas características, o que vai de encontro à Política de Educação Permanente em Saúde (2007), que propõe a construção de processos significativos para os trabalhadores, de modo que o processo educativo tenha ao mesmo tempo professores e aprendizes, que se eduquem e sejam educados.

A reprodução do modelo pedagógico hegemônico de educação muito se vivencia na prática dos serviços de saúde. Assim como a figura do professor é suprema, na saúde centra-se na relação isolada e vertical profissional - usuário, sem contar o contexto social e ambiental. Nesta perspectiva, o conhecimento é fragmentado, as tarefas são divididas, e cada profissional não conhece a prática de outras profissões, negando a estrutura atual do trabalho em equipe na Saúde da Família. Então, como disparar processos aprendizes coletivos que gerem auto-análise, desenvolvimento em equipe, comprometidos com a mudança real do trabalho e não representem somente aprendizagens adaptativas e alienantes? (LOPES *et al*, 2007).

A discussão acerca das concepções sobre educação e aprendizagem destes profissionais de saúde desvela novos caminhos a serem percorridos na busca de processos pedagógicos menos alienantes, e mais eficazes e criativos na práxis em saúde.

7.1.2 Os processos de aprendizagem utilizados para o trabalho

Os processos de aprendizagem no e para o trabalho utilizados pelos sujeitos foram abordados na fase de investigação temática, considerando a essencialidade dos modos de aprender/ensinar dos participantes para o desenvolvimento do processo de educação permanente.

Os profissionais de saúde demonstraram, a partir da identificação das

paráfrases, uma tendência a buscar o que não se sabe, o que é novo ou até o que se tem dúvida com os colegas, a partir do diálogo, da conversa, da pergunta.

Entre os agentes comunitários de saúde ficou expresso, ainda, o sentido de aprendizagem na forma de capacitações, treinamentos e cursos introdutórios na Saúde da Família. Estes sujeitos remetem-se, em caso de dúvida/ajuda, primeiramente aos próprios colegas, às técnicas de enfermagem e, às vezes, à enfermeira e à médica, em razão do tempo (in)disponível destas duas últimas profissionais.

Olha, nós nos espelhamos muito na nossa colega ACS 3, né? A ACS mais antiga que foi a nossa mãezona de todas nós. Nós não chegamos para supervisora, chegamos pra ACS 3. (ACS 1)

Quando a gente entrou... Eu ainda digo pras gurias que eu já fui capacitada várias vezes. [...] Quando foi implantado o PSF a gente passa por uma capacitação, tem uma capacitação geral, de tudo. (ACS 3)

Geralmente eu pergunto, [...]. Mas geralmente eu vou perguntar alguma dúvida [...] Geralmente pras técnicas, mais é pras técnicas, mas assim oh, pra enfermeira, às vezes pra médica.. .Ai dependendo, é que a médica tem menos tempo... (ACS 5)

Além do discurso de aprendizagem na forma de capacitações, algumas enunciações dos agentes comunitários de saúde retrataram um deslize na manutenção do processo de ensino-aprendizagem tradicional. Na superação de um modo de receber informações e conhecimentos daqueles mais capacitados e qualificados, os ACS construíram entre eles um modo de aprender baseado no diálogo e na pergunta, já que assim partilham dúvidas e anseios com iguais, o que permite, segundo Jardim e Lancman (2009, p. 133) “a construção de consensos, de soluções partilhadas e o estabelecimento de relações de cooperação”. Freire (2004) acrescenta que a disponibilidade para o diálogo funda uma relação crítica e de amorosidade consigo mesmo, com o outro e com a realidade que se vive e se conhece, sendo que a segurança de homens e mulheres se estabelece na convicção de que algo se sabe, algo não se sabe e há muito o que aprender.

Entre as auxiliares de enfermagem, a idéia de aprendizagem manteve-se também em processos de capacitação e treinamento, acrescentando-se as reuniões como momentos de se atualizar, perguntar, conversar, contar novidades.

Nós temos reuniões, né? Nós nos reunimos com a enfermeira, com a médica, a gente conversa muito inclusive na hora do almoço, a gente continua... eu sempre tenho alguma novidade, sempre existe alguma coisa que a gente vai colocando, a gente vai tentando, se atualizando... (AUX ENF 1)

Sobre esta relação amorosa com os outros nos momentos de aprendizagem, destaca-se a fala de Paulo Freire (2004, p. 142) diante da relação da educação com a boniteza das relações entre as pessoas:

[...] a alegria não chega apenas no encontro do achado mas faz parte do processo da busca. [...] E ensinar e aprender não podem dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria. [...] É digna de nota a capacidade que tem a experiência pedagógica para despertar, estimular e desenvolver em nós o gosto de querer bem e o gosto da alegria sem a qual a prática educativa perde o sentido.

No discurso da médica compreendeu-se uma concepção de aprendizagem ligada tanto a um processo individual quanto de classe profissional. Enquanto processo individual, realiza leituras em casa, já que na rotina da unidade não existe tempo para isso. Enquanto classe, participa de “reciclagens”⁴ que ocorrem pela Secretaria Municipal de Saúde (para a classe médica), sendo que suas dúvidas e questionamentos são resolvidos com colegas médicos.

O meu individual é em casa, é pesquisar, é ler; algumas coisas tem aqui nos livros, mas aqui geralmente não dá muito tempo. Quando tem alguma coisa assim que seja mais novo, mais dificultoso, mais assim, que eu não esteja acostumada. E o que a gente tira dúvida é as reciclagens que a gente faz na Furg [...] A gente dentro dos colegas que trabalham no PSF a gente tem... Tem a médica M. Tem o Z.C. (MED)

A ausência da enunciação da aprendizagem coletiva e multiprofissional por parte da médica descortina um traço histórico fortemente marcado pela formação nas escolas médicas. Uma formação biologicista, centrada no indivíduo e ainda muito caracterizada pela centralidade da atuação do médico na resolução dos problemas de saúde da população, o que faz refletir acerca da formação atual nas escolas médicas. No entanto, atualmente, com algumas iniciativas como o Pró-Saúde e o PET Saúde⁵, a medicina vem acompanhando estas mudanças na formação em saúde, o que caracteriza uma necessidade social, política e

⁴ Reciclagem entre aspas, pois se refere a um termo utilizado pela própria médica ao mencionar a educação permanente dos médicos da ESF, da Secretaria Municipal de Saúde.

⁵ Visando a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar, o Ministério da Saúde, em parceria com outros atores, instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com objetivo de integrar ensino-serviço, de forma a assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica. Já o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-, PET- Saúde, também com o mote da integração entre formação e serviço, direciona-se para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS, na forma de educação pelo trabalho.

profissional de inserção e atuação dos profissionais da medicina na construção de um novo/outro modo de produzir saúde.

Acrescenta-se a isso, que um estudo atual com médicos docentes e estudantes de medicina de duas universidades federais brasileiras corrobora este achado ao discorrer sobre as inovações significativas e necessárias aos currículos de medicina, elencando como fundamental que a própria docência, antes de tudo, inove posturas, modos de pensar e conceber educação, arriscando-se ao desenvolvimento de “novas práticas de ensinagem”. Destaca ainda, dentre as necessidades, refletir criticamente sobre os currículos e projetos pedagógicos; repensar a formação médica (para quê e para quem); dispor de vontade política; enfim, reconhecer o ato educativo como um processo político (CIUFFO; RIBEIRO, 2008, p. 137). Assim, percebe-se que este modelo hegemônico da formação médica ainda pode ser encontrado de forma muito presente nas práticas destes profissionais e nas práticas de saúde, que historicamente também foi internalizado pelas outras profissões da saúde.

Já a aprendizagem da enfermeira ficou expressa em dois processos: um solitário (leitura de livros) e outro coletivo (procurar ajuda, perguntar para a médica), os quais dependem do momento e da situação. Trouxe a fala (comunicação) como uma aliada no seu processo de descoberta do novo.

Eu falo muito, tu já notou, né?[...] Se é uma coisa muito complexa que eu não entendi como foi agora [...] Então, nesse caso eu vou procurar ajuda. Se é coisas relacionadas à técnicas, exclusivamente de enfermagem, uma medicação, uma coisa que me perguntaram, um exame, eu vou perguntar pra médica, se não eu chego em casa e vou olhar [...] Então, é solitário e é coletivo, depende do momento e da situação. (ENF)

Paulo Freire (2004) retrata esta abertura da enfermeira como um processo respeitoso de buscar o que não se sabe, e que nisso não há razões para sentir vergonha. A boniteza com que homens e mulheres colocam-se para o diálogo, aceitam-se inacabados, confirma a curiosidade epistemológica que os move na direção de perguntas e respostas, num movimento permanente de fazer história.

Mesmo estabelecendo semelhanças nos discursos sobre aprendizagem e identificando alguns deslizos, observa-se que podem existir dificuldades na práxis em saúde, já que a aprendizagem de cunho individual, a normatização das tarefas e a divisão do trabalho encerram uma característica baseada no modelo tradicional e hegemônico de educação. Pensar estes processos para a ascensão de “novas

modalidades de trabalho” solidário, estabelecendo unidades de atenção mais horizontalizadas, requer justamente tais deslocamentos do pólo das demandas de atualização individual para as demandas do processo de trabalho em equipe, na organização das práticas educativas (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

7.1.3 As repercussões das concepções educativas nas práticas de saúde

Valendo-se das concepções de educação e dos processos de aprendizagem existentes no espaço desta UBSF, é preciso ainda observar/compreender como estes modos se fazem presentes no cotidiano produtor de saúde, na relação concreta das práticas de saúde. Durante o processo de educação permanente em saúde construído com os profissionais de saúde, ficaram evidenciadas algumas características do processo educativo para aquele coletivo. Como isso ecoa nas práticas de saúde, valendo-se de que a construção de sentidos e significados interage com as práticas de saúde?

As relações possíveis entre os significantes ou elementos de significados expressos nas ações são construídas de acordo com os sentidos a eles atribuídos pelos atores/praticantes nas práticas. Os sentidos não são, portanto, “imanescentes” aos significantes, são fruto de construção social (LUZ; CARVALHO, 2009, p. 318).

Merece destaque o fato de que, quando discutido coletivamente acerca de “quem” precisaria de um processo educativo, a equipe como um todo não esteve pautada como público-alvo, mas sim núcleos profissionais dos agentes comunitários de saúde prioritariamente e, em segundo lugar, as auxiliares de enfermagem.

Acho que tem coisas novas que vem e que as gurias (ACS) tem que ser mais informadas [...] Elas vão visitar hipertenso, diabético e gestante. Eu não sei se a gente, se o pessoal tem, se as gurias tem... Os novos agentes eu tenho certeza que não tem... (MED)

Tem até a questão de passar pra eles o calendário (vacinal), que eles viram, mas só viram na capacitação, né? (AUX ENF 2)

Mas assim, qual é qualificação que deram pras gurias (auxiliares de enfermagem) pra elas auscultar um pulmão, olhar uma garganta. Alguém chegou pra elas e disse: olha uma garganta normal é assim, uma garganta vermelha é assim, uma placa é assim? Acho que nunca ninguém disse. Acho que as gurias tem boa vontade. (MED)

Sabe-se da formação ineficiente dos ACS e da desvalorização desta categoria na saúde da família; sabe-se, ainda, que a sua formação deveria ocorrer em serviço (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010). Todavia, a necessidade educativa ser estritamente referida a estes profissionais, vai contra o que se estabelece como um saber do campo, utilizado por todos os profissionais de saúde. O que parece estar colocado, neste caso, é a compreensão pela equipe de que a necessidade de processos educativos é só dos ACS, pois eles não têm formação específica.

Outro ponto importante é o duplo papel do ACS: ele é “equipe” e é “comunidade”. Trabalha com um saber baseado nas relações interpessoais, na interlocução com o processo de saúde-doença. Tal atuação, para Martins e Stauffer (2007), apresenta-se como contraditória, como muitas outras produções do capitalismo, ao estabelecer que este profissional ao mesmo tempo em que atua na construção de sujeitos criando melhores condições de existência, inscreve as pessoas em formas padronizadas de ser e agir.

Assim, questiona-se: por que quando se fala em educação, enunciações referentes à educação formal (na escola) aparecem? Por que a educação é segmentada em classes profissionais? Albuquerque, Bastista, Suzelaine e Moço (2009) discutem alguns indícios pra responder esta questão, utilizando para isso, a valoração distinta entre as disciplinas desde a formação, o que reverbera nas práticas, escolhas e discursos dos profissionais de saúde. Geralmente, as disciplinas que se debruçam em aspectos biológicos e nas intervenções no corpo são espaços mais destacados na comunidade acadêmica, o que se diferencia da atenção dispensada àquelas disciplinas que propõem reflexões no campo das ciências humanas, das relações interpessoais e interações sociais. Os autores destacam três pontos que explicariam essa repercussão nas práticas de saúde, a saber: uma vez formados, os profissionais direcionam suas práticas às especializações; dedicam mais atenção às situações de saúde individuais dos que às coletivas; e deixam em segundo plano fatores culturais, históricos e ecológicos, que muitas vezes são os elementos essenciais na produção do cuidado.

Neste capítulo, procurou-se compor um panorama sobre as possíveis concepções de educação no trabalho nesta UBSF, a fim de poder, a partir de agora, compreender a experiência de educação permanente realizada. Ao conhecer alguns pressupostos que balizam a prática educativa desta equipe, abrem-se caminhos

para desvelar as possibilidades da educação permanente como uma prática real no processo de trabalho.

7.2 Sobre a experiência educativa realizada

Compreendidos alguns pontos fundantes da educação no e para o trabalho que permeiam as práticas de saúde nesta UBSF, parte-se para o entendimento da experiência educativa realizada junto à equipe multiprofissional de saúde, do ponto de vista da educação permanente em saúde.

Destaca-se que ao longo deste processo investigativo de leituras, vivências e compartilhamentos, adotaram-se alguns pressupostos fundamentais à prática educativa, utilizados desde o projeto de pesquisa e consolidados neste momento de reflexão sobre os dados. É diante desta perspectiva (planejamento, cotidiano, diálogo e sistematização) que se discutirá a experiência de educação permanente vivenciada.

7.2.1 O planejamento freireano aplicado ao processo educativo em saúde

Como já explicitado ao longo do texto, quando se trabalha processos educativos, bem como quando se fala da pedagogia freireana, não se deixa de elencar o planejamento, do ponto de vista de ser um ato ou efeito de preparar para algum empreendimento, seguindo roteiro e métodos determinados; processo que leva ao estabelecimento de um conjunto coordenado de ações, visando à consecução de determinados objetivos (FERREIRA, 2004).

Neste caso, as atividades realizadas junto aos trabalhadores da UBSF contemplaram este pressuposto. Mesmo assim, o processo pôde ser visualizado de duas maneiras: o preparo das atividades do ponto de vista da pesquisa propriamente dita e a ação coletiva na UBSF, do ponto de vista do desenvolvimento do processo de educação permanente.

Com relação às atividades da pesquisa propriamente dita, destacou-se a diretividade da animadora cultural, que se utilizou do conceito de educação permanente em saúde discutido no primeiro círculo de cultura e que serviu como base para a problematização sobre educação para os trabalhadores. É importante salientar que, em nenhum momento, o uso de tal conceito foi imposto como uma norma ou regra aos participantes, mas sim como uma forma de alavancar a discussão, problematizar a educação que se tem e a educação que se quer construir na UBSF. Serviu, ainda, para tecer considerações com a educação continuada, temática mais conhecida pelos sujeitos da pesquisa, e que poderia ser útil ao coletivo na construção de limites e possibilidades sobre estes processos distintos.

A questão da diretividade torna-se fundamental à medida que descortina uma idéia sobre o processo educativo realizado, o qual ocorreu com planejamento, ação e intervenção do animador cultural com o intuito de problematizar as questões vivenciadas pelos trabalhadores naquele contexto. Ela permitiu ainda, como parte do processo de pesquisa, ordenar os objetivos do estudo, sem impossibilitar a ação dos sujeitos. Ao contrário, saberes e vivências eram diversos, e tal diretividade permitiu questionar, desafiar, inquietar os sujeitos para o “ser mais”, no propósito de reconhecer as pessoas como principais experimentadores daquele contexto.

Ainda com relação ao estudo, avaliou-se o planejamento dos métodos utilizados para conhecer o contexto dos sujeitos como momento de grande importância para o desenvolvimento do trabalho. A observação participante delineou outra relação dos sujeitos com o processo de pesquisa, já que estar com e entre eles, no espaço do trabalho, permitiu que a presença da pesquisadora fosse gradativamente menos incômoda e estranha, abrindo-se a possibilidade de conhecer a realidade de forma mais legítima.

No que se refere à ação coletiva, o estudo estabelecia como central a atuação dos trabalhadores da UBSF. No entanto, algumas dificuldades permearam o processo de planejamento, principalmente dos círculos de cultura, a saber: horários para realização do encontro e comprometimento com os acertos entre a equipe.

Conhecendo a estrutura da Saúde da Família do município sabia-se da quarta-feira como espaço de expediente interno das UBSF's, bem como da realização de reuniões de equipe neste horário. Quando se estabeleceram os princípios metodológicos, acreditava-se que, pela existência de um espaço instituído na rotina da unidade para ações internas, poderiam ser facilitados os acertos para a

pesquisa, bem como a participação de um número maior de trabalhadores. Todavia, o ocorrido foi que somente um círculo de cultura aconteceu no turno de expediente interno e todos os outros (num total de seis) foram desenvolvidos durante as atividades com a UBSF aberta. Em razão disso, alguns pontos do planejamento dos círculos de cultura foram dificultados, como os intervalos entre os encontros, que variaram de 3 a 24 dias. A falta de constância entre os encontros, com intervalos muito grandes, muitas vezes fazia os trabalhadores esquecerem os círculos de cultura.

O que pode ser depreendido dessa dificuldade é uma possível não identificação e/ou falta de motivação dos trabalhadores com relação ao trabalho educativo, já que muitas vezes o produto deste processo não é perceptível (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009, p. 1458). A aprendizagem não se alcança de forma pontual e com a ação individual de determinado profissional, é preciso estar imbricado ao processo de cuidado, sem se tornar mais uma atividade no cotidiano do serviço.

Finalmente, o planejamento tornou-se objeto de discussão porque se constitui um pressuposto fundamental na constituição do processo educativo, seja para trabalhadores ou usuários; planejar pode ser, ainda, dar forma a um sonho, neste caso de uma educação comprometida com seus atores.

7.2.2 O cotidiano propulsor de temas para a problematização da práxis em saúde

Baseando-se nas reflexões freireanas de que o modo de vida das pessoas é que tece o conteúdo programático a ser problematizado, não se podem supor temas históricos isolados, soltos, desconectados, coisificados, parados. O que se visualiza é uma relação dialética com outros, com seus opostos. Logo, não existe outro lugar senão encontrá-los nas relações homens-mundo. “Frente a este ‘universo’ de temas que dialeticamente se contradizem, os homens tornam suas posições também contraditórias, realizando tarefas em favor, uns, da manutenção das estruturas, outros, da mudança” (FREIRE, 1993, p. 93).

Chegou-se à problematização nos círculos de cultura de temas que, na sua maioria, assentaram-se nos cuidados à saúde, a saber: hipertensão arterial

sistêmica, diabetes, imunizações, curativos. Emergiram também questões de planejamento do processo de trabalho e organização da UBSF.

Eu acho que até devíamos começar pelas vacinas [...] tem a parte de preparo de material, de curativos, esterilização. (ENF)

Mas eu acho assim de falha maior: imunização, curativos [...] hipertensão, diabetes. (MED)

É interessante destacar que esta tendência dos discursos para temas ligados aos cuidados à saúde pode ser um indício da busca por responder às demandas do serviço de saúde, um local – tanto para trabalhadores e usuários – essencialmente de cura, de atuação frente às doenças, já que o serviço na maioria das vezes é buscado em situações de doença e não em situações de “saúde propriamente dita” (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009, p. 1459).

Além disso, pesquisa recente afirma que atividades educativas com o viés da atenção à saúde englobam 47,8% de um grupo de profissionais de saúde, o que para os autores (PEDUZZI *et al.* 2009) é adequado, já que a atividade fim dos serviços de saúde consiste na atenção às necessidades dos usuários e população. Assim, tais dados vão ao encontro do que sugestionam os trabalhadores da UBSF em questão, ao elencarem temáticas sobre os cuidados e agravos à saúde para o processo educativo vivenciado.

Quando problematizado nos círculos de cultura a escolha das temáticas de interesse para a educação permanente na UBSF, discutiu-se, também, o processo educativo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do município. De quem partiam as demandas? Eram os próprios trabalhadores que escolhiam o que gostariam que fosse trabalhado na Educação Permanente? Sobre isso, os sentidos assumidos pelo grupo variaram de acordo com as classes profissionais. Ao passo que as agentes comunitárias de saúde e as auxiliares de enfermagem desconhecem a elaboração das temáticas abordadas na Educação Permanente, a médica refere participação na estruturação da educação permanente dos médicos, e a enfermeira relata ser o primeiro ano que temas podem ser sugeridos pelos profissionais de enfermagem.

Isso é um mistério... (risos de toda a equipe). (AUX ENF 1)

Vem pra cá um papel e a gente até chegou a colocar as coisas de vocês (enf refere-se aos auxiliares de enfermagem). Foi agora e aí eu coloquei as de vocês (auxiliares de enfermagem) [...] esse foi o primeiro ano que a gente sugeriu, né? Eu não me lembro de outro ano...(ENF)

Pra mim só veio porque, ahhh, no ano passado a gente fez uma reunião e já tinham temas que a gente tinha escolhido em 2007. Ai a gente fez uma atualização o ano passado destes temas que é o que vai ser trabalhado esse ano. (MED)

Na realização desse exercício de ir e vir, a partir da realidade dos sujeitos, observou-se que repensar as situações vividas permite sim, reconhecer-se no exemplo, refletir sobre a realidade e tentar modificá-la. Ao compor com os sujeitos temáticas de interesse para a educação permanente naquela UBSF, iam se desenvolvendo mecanismos dialógicos de discussão e participação, o que culminou com a escolha do tema vacinas para um exercício educativo.

De uma temática conhecida sobre vacinas, discutiram-se questões como:

- Qual o papel de cada profissional nos cuidados com as vacinas?
- Qual o papel como equipe de saúde na atenção às vacinas?
- Como trabalhar um processo de educação permanente em saúde, valorizando ao mesmo tempo as especificidades de cada profissional e as peculiaridades da equipe?

Nesse movimento de problematização do tema escolhido pela equipe, desafiar a equipe com estes questionamentos constituiu ultrapassar o âmbito individual e clínico na atenção às vacinas, sendo imprescindível “conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações” (LOCHNECKEL; EIDT; RABUSKE; CREPALDI, 2009, p. 1464).

Julgou-se procedente que o cotidiano como gerador de temas para a atividade educativa permitiu outra relação dos sujeitos com o conteúdo, já que a realidade que estava sendo admirada era aquela que tinha significado para eles, que fazia sentido no meio de um universo de termos e orientações técnicas.

7.2.3 O diálogo como princípio fundante do processo de trabalho em saúde

Como saber necessário à prática educativa, destacado por Freire (2004), o diálogo materializou-se de diferentes maneiras. Ao mesmo tempo em que se destacou o diálogo legítimo e freireano, (não) diálogos apresentaram-se como

silenciamentos nos discursos da equipe.

Os modos como a postura (anti)dialogica produz e opera as realidades desta equipe fez reverberar considerações sobre disponibilidade para o diálogo, comunicação e informação. No entanto, alguns discursos enunciam a emergência de um novo modo de trabalho: dialógico e horizontal.

Não alcançar um diálogo coletivo e legítimo – sem que isso pareça redundância - parece ser uma realidade vivenciada pelos trabalhadores desta equipe, já que a sua não ocorrência permite que diversas questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde ocorram com ruídos que podem prejudicar a eficácia das ações de saúde.

Com relação à disponibilidade para o diálogo, os discursos expuseram uma relação causal entre o tempo disponível para dialogar e a demanda na UBSF, sendo que esta impossibilita muitas atividades de serem desenvolvidas, dentre elas as de cunho educativo.

Então a gente nunca parou pra conversar essas coisas que a gente faz dentro da unidade [...] A gente não consegue esse tempo também pra passar e parar porque esse tempo também a gente não tem pra passar pra eles (ACS). (MED)

[...] não vou dizer que não é uma preocupação, mas a gente é engolido pela demanda. (MED)

A nossa maior dificuldade é isso ali oh (apontando pra porta, referindo-se à demanda). A gente acaba que: oh, começa que eu já vou... quando vê termina e eu não fui. Porque era pra ser todos, tanto que o primeiro, foram dois encontros de vacinas, a gente conseguiu tá, eu pelo menos tava, eu me lembro. (ENF)

Nas experiências de outros autores, a demanda curativa é uma constante, sendo referida por diversos profissionais como um entrave que impossibilita o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e, fundamentalmente, distancia a equipe da comunidade (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Sobre as questões referentes ao diálogo como forma de conhecer a realidade e intervir para mudar, ainda existe entre os profissionais da equipe uma concepção de que a ausência de algumas informações básicas ou a incompletude destas reflete-se na atenção à saúde.

Tem até a questão de passar pra eles o calendário, que eles viram, mas só viram na capacitação, né? (AUX ENF 2)

Muito pouco, ah, é...muito mal capacitado. (ACS 2)

Dava pra ser mais capacitado. (ACS 4)

O que a gente sabe é até seis anos, depois... (sobre vacinação do calendário infantil) (ACS 5)

Tão mal capacitado a ponto de pegar a carteirinha e não saber marcar. (ACS 1)

Num entendimento de que a educação não pode tudo, mas alguma coisa ela pode, acredita-se que utilizar processos educativos apenas para permitir o fluxo de informações (conteúdo do processo de comunicação) imprescindíveis ao trabalho é não dar vazão às possibilidades que a educação permite (FREIRE, 2004). Porém, se é este o contexto dos sujeitos e o momento histórico que vivem, pode-se sim utilizar este espaço para construir um conhecimento no mínimo, completo e seguro. Segundo Silva, Dias e Rodrigues (2009, p.1456-57): "o processo educativo [...] está além dos processos de informação ou comunicação [...] a educação é uma "prática social que dá significado à informação, referindo-a ao conhecimento, desenvolvendo a capacidade de sua compreensão plena pela reflexão e [...] provendo sua aplicação prática."

Apesar dos entraves vivenciados, destacaram-se deslizes na continuidade dos discursos antidialógicos. Deslizes estes que anunciam um diálogo legítimo, horizontal e baseado na amorosidade.

Então a minha primeira carteirinha foi um fiasco, né? Mas depois a gente mesmo conversou e a gente se achou. Ai a gente foi entender o que era cada vacina e saber colocar como era. (ACS 5)

É por que a gente conversa muito. É uma das grandes vantagens, né? O diálogo que a gente tem, a gente conversa, né? A gente nunca tem, assim: ah, eu não sabia disso. Ah é? Só se for fofoca. Não é fofoca, é falta de conhecimento de alguma coisa, ne? Mas o resto a gente conversa muito. (AUX ENF 1)

Tais pontos foram trazidos porque se observou a invenção de um ambiente democrático, dialógico, que pode trazer colaborações para o trabalho em saúde. A experiência educativa realizada propôs aos sujeitos uma atuação participativa. Estabelecer o diálogo pode ser uma primeira postura para considerar a reflexão da práxis na saúde.

7.2.4 A problematização geradora de limites e possibilidades

Algo sistemático refere-se à determinada ordenação, a algo metódico, que segue um sistema, coerente com determinada linha de pensamento /ou de ação (FERREIRA, 2004). Tal sistematicidade aqui retratada vem para discutir o processo em curso, e não a sua preparação para o “em ato”, para os momentos coletivos vivenciados.

Assim, trata-se de discutir sobre limites e possibilidades na realização do processo educativo proposto, temas fortemente presentes nos discursos produzidos pelos trabalhadores. Vislumbra propor, para além do momento de pesquisa e reflexão sobre os dados, uma real sistematização do processo no sentido de interpretar criticamente a experiência vivida, num movimento/desafio de aprender com as práticas (HOLLIDAY, 2005).

A avaliação do processo educativo desenvolvido foi realizada em dois momentos do estudo. Uma avaliação ocorreu ao final do círculo de cultura 3, solicitando aos sujeitos algum parecer sobre suas percepções daquela vivência. Foi utilizado um modelo de dupla-avaliação: como avaliavam o processo para o seu próprio trabalho (EU) e como percebiam o processo no coletivo (EQUIPE). Em uma folha disponibilizada pela pesquisadora, poderiam escrever o parecer. Sobre este momento, onde só se encontravam os agentes comunitários de saúde, estes sujeitos agiram com certa resistência para fazer a avaliação, mas um dos ACS perguntou se poderia fazer a avaliação verbal, naquele momento. A partir desta fala, todos os outros colegas avaliaram o processo educativo que estava sendo realizado.

Deste momento, destacaram-se discursos numa mesma linha de pensamento: a ausência dos outros colegas na problematização sobre vacinas.

Eu achei as reuniões muito boas, bastante produtivas, só faltou mais, ter mais reuniões com todo mundo junto, né? Pra debater melhor os assuntos. Mas eu achei que é importante. Se pudesse ter mais, era uma boa. Com todo mundo (risos). (ACS 5)

O segundo momento de avaliação ocorreu no círculo de cultura 6, quando se realizou o fechamento da atividade. Sobre este momento avaliativo, o grupo tendeu para discursos construídos a partir das seguintes perspectivas: dificuldade de reunir a equipe toda, demandas que inviabilizam a realização de um processo educativo, bem como aqueles discursos enunciados na primeira avaliação. No entanto, pela identificação de outros sentidos possíveis sobre o desenvolvimento de um processo educativo na unidade, enunciações com desejo de mudança, de viabilidade da

educação como atividade constante apareceram no dizer de algumas pessoas.

Eu sabia que era pra todos. Eu acho que deu confusão. A gente tem que, eu não sei como resolver o caso, mas a gente tem que ter um espaço pras coisas. (ENF)

E cada mês, de repente, um fica responsável por um assunto. Acho que é uma coisa bem, bem, bem viável e bem, bem... que a gente acaba deixando a coisa passar e vai... (MED)

A gente tem que fazer os horários aqueles: segunda-feira tal coisa, terça-feira tal coisa, porque... (ACS 5)

Não é que a gente considere que não é importante. É muito importante, mas a gente precisa ter tempo de parar e conseguir, de repente, colocar horário e inclusive deixar a última terça-feira do mês que da uma e meia às duas e meia nós tenhamos esse tempo pra ver. Eu acho que talvez se a gente botar, e até botar lá na frente o negócio (cartaz com horários). (ENF)

Podia tá alguém sempre do escalão da frente nas reuniões. Essa foi a única carência que teve. Demais foi tudo tranquilo. Deu pra tirar várias dúvidas nossas? Deu. Como diz a ACS 5: pode ter mais? Pode. Melhorar? Vamos melhorar todo mundo junto, então. (ACS 2)

Percebe-se que refletir sobre a prática desenvolvida, pensar o papel de cada profissional e o papel como equipe pode trazer desejos que estão imersos. Quando se tem um espaço para compartilhar esses desejos, abrem-se possibilidades para que a prática seja colocada em questão, e mais do que isso, para que os sujeitos percebam como estão sendo e agindo. Esse movimento de problematizar a prática, com uma postura reflexiva, permite uma apropriação crescente pelos profissionais de saúde do seu contexto (FREIRE, 1993. 2004).

O momento permitiu que a equipe pensasse no que era real para aquele momento histórico em que estavam vivendo, quais as possibilidades e o que se apresentava de limitações. Perceber que **é** possível mudar, e também perceber **como** é viável mudar se apresentou como uma postura de desvelar a realidade, e compreendê-la como não determinada, como capaz de ser modificada pelos sujeitos, percebida no seu inacabamento (FREIRE, 2004; HOLLIDAY, 2005).

Gosto [...] de ser gente, porque não está dado como certo, inequívoco [...] Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que a minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que o meu “destino” não é um dado mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Daí que insista tanto na *problematização* do futuro e recuse sua inexorabilidade. (FREIRE, 2004, p. 52-53)

7.3 Sobre educação permanente em saúde

O conceito de educação permanente em saúde do grupo tendeu para uma compreensão de educação no e para o trabalho, com um sentido uniforme, designações semelhantes entre os trabalhadores e trabalhadoras, encerrando uma convergência nas enunciações, uma manutenção: a paráfrase.

Ficou evidenciado entre a equipe que educação permanente em saúde constitui-se num evento, cujo espaço é utilizado pelos trabalhadores para atualização de saberes de cada núcleo profissional, capacitações sobre programas a serem implementados e formas de entrada no serviço de saúde.

Acho que deveria ser mais, porque eu acho que tem que tá sempre atualizando, né? mais pelo serviço, né? Porque tu tem que tá te atualizando nas atividades que tu faz no dia-a-dia. (MED)

A gente tem mais atualização porque a gente tem ... não porque a gente tem educação continuada. (AUX ENF 1)

A gente tinha muito mais capacitação que agora. Agora a gente não tem muita.[...] Mas se eles vão implantar o HIPER-DIA dão capacitação, entendesse? Tudo que eles vão falar é capacitação (ACS 3)

Com estas considerações, destaca-se a ênfase nas atividades educativas com um viés marcado pela atualização profissional, o que retrata uma perspectiva de fragmentação das ações de saúde. Atualizações centradas em técnicas e procedimentos podem não garantir a compreensão das situações complexas vivenciadas pelas equipes de saúde da família, assim como a oferta de atividades educativas a todos os trabalhadores de uma unidade de saúde ainda não se constitui numa realidade observada (PEDUZZI, 2009).

Tal modalidade educativa (atualização) constitui uma necessidade da aprendizagem dos trabalhadores, já que assim serão exigidos nas atividades do cotidiano. No entanto, ao se destacar a educação permanente como dispositivo de transformação das práticas, presume-se que os processos formativos estejam muito mais ligados aos sujeitos, suas necessidades e contextos do que às técnicas e procedimentos desenvolvidos.

Merece destaque o fato de que, apesar da realização de um processo educativo pela Secretaria Municipal de Saúde com o nome de Educação Permanente, o discurso dos profissionais de saúde revelou uma descrição dessas

atividades caracterizada pela saída dos profissionais da UBSF, com a realização de eventos agendados pelo gestor, desenvolvidos por membros que não são os próprios trabalhadores das UBSF.

Estes eventos de educação permanente em saúde, organizados pela Coordenação da Estratégia Saúde da Família, são agendados previamente por esta coordenação, sendo que um cronograma de atividades é encaminhado para a UBSF. No cronograma constam a temática do encontro, o público-alvo, data e horário. Logo, no início de cada mês, quando o cronograma é enviado para a UBSF, a equipe já sabe quem são os trabalhadores que “saem” para a educação permanente.

Assim oh, nós temos capacitações, nós vamos, eles nos instruem, nos colocam a par de novas técnicas e como a gente tira dúvidas. Existe sim. (AUX ENF 1)

Mas já vem de lá, tal dia tem capacitação de tal coisa. (ACS 4)

Diante de algumas experiências descritas na literatura científica, os dados convergem para a premissa de que a realização da atividade fora do serviço, além de enfrentar o problema do profissional ter que sair da UBSF, tem pouco retorno para o processo de trabalho no microespaço da UBSF (PEDUZZI, 2009). Davini (2009) acrescenta que as modalidades do tipo capacitações são as estratégias mais desenvolvidas no enfrentamento das situações vivenciadas nos serviços de saúde. Isso quer dizer que tais capacitações diversas vezes apresentam-se como alternativas de fortalecimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas para as organizações que não dispõem de outros meios, pelo menos em escala suficiente.

É preciso assinalar que as demandas dos processos educativos devem surgir da problematização da práxis dos profissionais, e não tão e somente de demandas individuais dos gestores ou outros setores da atenção. É a partir da estruturação do trabalho, valendo-se da qualidade da atenção e da eficácia das ações de saúde, que as equipes poderão elaborar as suas demandas (PEDUZZI, 2009).

As atividades propostas pela SMS-RG, no discurso dos profissionais, são diferentes para cada classe profissional. A equipe relatou, coletivamente, que entre os auxiliares de enfermagem já fazia algum tempo que não “saíam” para a educação permanente. Os trabalhadores da enfermagem relatam uma atualização em

curativos, todavia o material não seria disponibilizado às UBSF's para o cuidado aos usuários com demandas de curativos, o que denota outro fator também presente no discurso da equipe: a (in)eficiência da educação permanente ao realizar a atividade, que onera o município ao deslocar os profissionais e não é de aplicação no cotidiano de trabalho em saúde.

Agora eu acho um absurdo terem nos mandado pra lá, passar uma tarde lá pra ficar ouvindo uma coisa que tu sabe que não é realidade. E a mulher me diz assim: vai ser disponibilizado pra dois pacientes. Por equipe? Não, no município. Vou embora. Um mês que ela vai disponibilizar pra dois pacientes no município? No meu não quero. Não, aí eu saio irritada. Tem coisas nos tiram daqui pra ir pra um lugar para não valer a pena. (ENF)

Este anseio expresso no discurso da enfermeira demonstra uma situação observada em outros locais do Brasil, quando os processos educativos não são passíveis de aplicação nos locais de atuação dos profissionais de saúde. Caracterizam estes processos, a lógica vertical de ensino-aprendizagem, a fragmentação do saber em disciplinas, o que, em muitos casos pode causar até a frustração dos profissionais de saúde (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007). O que pode essa educação permanente, caracterizada pela capacitação e inaplicabilidade? É deste processo educativo que se fala? Situações como estas podem gerar sofrimento nos trabalhadores ao se depararem com situações “politicamente corretas” na teoria e inviáveis na prática. Isso pode acabar acentuando a manutenção da dicotomia teoria-prática, quando, na verdade, se almeja a construção da teoria a partir da prática, e uma nova prática ressignificada que surja da reflexão. Quando a novidade se revela aos sujeitos, quando aprender e apropriar-se são vantagens, a relação assumida com o conteúdo é outra. No entanto, isso diverge da aprendizagem mecânica e sem significado, na qual os conteúdos são retidos apenas, sem possibilidade de aplicação (BRASIL, 2005, p. 11).

Neste momento, importa destacar que não só as mudanças estéticas, de nomenclatura e/ou de forma abrem permeabilidades no processo educativo na saúde para compor outras estratégias de ensino-aprendizagem. Sabe-se que as modificações nos nomes também são dispositivos úteis nas mudanças que se propõem; no entanto, é preciso discutir conteúdos, o que para os sujeitos envolvidos quer dizer educação permanente e o que significa educação continuada. Sem avançar em profundidade nestes processos pedagógicos, segue-se mantendo estruturas rígidas, que não permitem a (re)invenção das práticas, dos saberes, das

próprias pessoas.

Soma-se a isso, que os processos pedagógicos utilizados descaracterizam as realidades de cada profissional e equipe de saúde, não levando em conta as demandas oriundas dos processos de trabalho vivenciados pelos sujeitos, nem a utilização de metodologias participativas, dialógicas e de acordo com os contextos dos participantes. A atualização técnico-científica não precisa ser relegada a um plano inferior, porém, minimamente, poderia dialogar com as realidades (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007). Exemplificado no discurso da médica, mas também expresso pelos outros trabalhadores, a dificuldade de manter a concentração nas atividades educativas estabelece uma relação com as metodologias utilizadas, o que inquieta os profissionais e gera desconforto.

A nossa dificuldade que a gente tem é que eles sempre marcam duas aulas ou dois assuntos no mesmo encontro [...] eu até já tinha sugerido [...] que não ficasse duas aulas teóricas [...] Então, de repente, botar um conteúdo teórico e uma atualização [...] Acontece que tu vai lá, a primeira aula geralmente tu consegue manter a atenção, mas quando chega quatro horas tu já tá.... O olho tá cansado, geralmente tu não consegue absorver tanto. (MED)

Ademais, constitui-se num processo que os sujeitos da pesquisa relatam ser ineficiente, no que se refere aos dias e horários. Muitos dos cronogramas estabelecidos para esse fim convergem para as tardes de quarta-feira, turno em que não há expediente externo e os trabalhadores têm um momento para organizar o seu trabalho, incluindo a reunião de equipe.

A reunião de equipe elas disseram que uma quarta-feira no mínimo iria ser resguardada. E tem meses que a gente não consegue fazer reunião na quarta. (ENF)

Eu te falei que vontade tinha, mas horário não. Porque todas as quartas-feiras seria o dia de a gente ter alguma capacitação, mas sempre tiram os funcionários. Quer dizer que toda a equipe é muito raro. (ACS 3)

A quarta-feira tinha que ser o dia da nossa reunião, o dia dela conseguir sentar e fazer também as coisas, porque nos outros dias a gente tem as outras coisas que não consegue também. (ENF)

Além das dificuldades dos horários, a saída da UBSF para educação permanente manteve-se como central no sentido dos discursos produzidos pelos trabalhadores e destes como equipe. Relatam que a saída prejudica a dinâmica do trabalho. A ACS 3 comenta que em alguns desses dias, permanecem na UBSF somente auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, até porque a

educação permanente da SMS-RG é uma das várias atividades que os médicos e enfermeiros são solicitados a comparecer (reuniões de coordenadores de UBSF's, por exemplo).

Que bom que seria se sempre nas quartas-feiras não tivesse reunião pra nenhum, a gente ficasse sempre na unidade. [...] Porque às vezes sai o médico, sai a enfermeira... E aí não tem... Por exemplo, quarta-feira passada a enfermeira e a médica tavam fora em reunião... Então, né?... Vontade a gente sempre teve... Não foi desinteresse, mas não tinha mais como fazer. (ACS 3)

Questões que foram discutidas ao longo do texto, como as concepções de educação, aqui emergem com um viés de autonomia. Como trabalhar a relação autonomia/heteronomia nas relações entre os profissionais? Com a saída de alguns membros a equipe se descaracteriza, perde sua singularidade e potência? E o trabalho educativo segue centrado nos profissionais de maior qualificação.

Apesar de trabalhar um conceito de educação permanente em saúde e propor uma atividade educativa como experiência, os temas e as necessidades dos trabalhadores direcionaram para um enfoque aos moldes da educação continuada. No entanto, alguns discursos mencionam o tema “educação permanente” como um espaço para os trabalhadores, ainda incipiente...

Eu cheguei a comentar com a pesquisadora... Pra nós, eu acho que não é uma coisa de má vontade. É uma coisa que falta perna mesmo. (MED)

Ah, é...muito mal capacitado. (ACS 2)

Dava pra ser mais capacitado.(ACS 4)

É a pulguinha, como ela diz. É colocar: isso nos incomoda. Ai começar a ver se a gente consegue cavar um espacinho [...] Mas acho que a gente também pode fazer isso, porque eu também acho a educação permanente importante. Eu acho essa troca muito séria. A gente tem que tá olhando, a gente tem que se atualizar, as coisas mudam rápido demais. (ENF)

Eu acho que é importante, ahhh, porque todo mundo junto é melhor, porque as dúvidas de uns são as dos outros e as experiências, né? A gente troca as experiências. A gente tem que parar mesmo um tempo, pra gente rever algumas coisas. A gente vai só fazendo, fazendo, fazendo. Quando vê tem muita coisa e tu só tá fazendo e tu tá ultrapassado e não tá sabendo que mudou. Quando tu tem um momento pra parar, pra discutir, tu abre os horizontes pra coisas novas. Acho que é importante, muito importante. (AUX ENF 2)

Na mesma linha de pensamento de Peduzzi et al. (2009), percebe-se que a discussão entre as modalidades dos processos educativos se evidencia substancialmente na transformação das práticas em saúde. Ou seja, a educação continuada como condição colocada para a transformação das práticas nas

organizações ou como segurança de atuação com responsabilidade e comprometimento por parte dos profissionais não consegue dar conta das demandas pessoais e profissionais dos trabalhadores de saúde, já que se centra na aprendizagem de cunho individual, de núcleo profissional, estando baseada na transmissão do conhecimento, na valorização da ciência como fonte do saber e calcada em um enfoque de categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área. Estabelece modalidades como cursos, atualizações e treinamentos, os quais são construídos a partir do diagnóstico de necessidades individuais. Isso se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional.

Em contrapartida, não significa defender que a educação permanente em saúde, por manter status de política nacional ou por estar organizada em um local, permita mudanças nas práticas em saúde. Significa destacar que os elementos constitutivos desse processo pedagógico podem ser amplamente explorados no sentido de favorecer o crescimento dos sujeitos e possibilitar a mudança, indo ao encontro, assim, da centralidade da educação: a transformação de homens e mulheres para “ser mais”. A educação permanente em saúde, por fundamentar-se nesta significação do aprendizado e das experiências sociais e profissionais, valoriza o trabalho como fonte de conhecimento, a articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, enfatizando que as práticas são constituídas de forma multifatorial, voltadas “[...] à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas.” (PEDUZZI, 2009, p. 123).

Uma temática que emergiu dos dados, mas que não se encontrava dentre os objetivos deste estudo, foi a relação profissional-usuário/comunidade. Parece existir aqui também um espaço a ser vivenciado que é a co-responsabilização tanto pela saúde da população atendida, quanto a participação da comunidade nas decisões da UBSF, num exercício genuíno da participação popular. Nesse mesmo entendimento Peduzzi *et al.* (2009) assinalam que as ações educativas de trabalhadores, ao serem estruturadas com base nas peculiaridades da organização do trabalho e nas demandas da comunidade podem possibilitar a mudança das práticas de saúde. A educação permanente em saúde - estando calcada em pressupostos democráticos - inaugura um modo de produzir saúde que considera todos os envolvidos no processo como atores essenciais na educação dos

profissionais da área.

Outro ponto de destaque é a questão técnica, política e cultural do processo educativo. A partir da premissa de que a aprendizagem parte da experiência de ser-estar profissional de saúde em determinado contexto, define-se que aquilo que circunda os atores envolvidos são processos aprendizes e ensinantes.

En todos los casos se trata de una intervención que acumula o desacumula conocimientos en uno o outro grupo de la organización, desplazando algunos saberes y reforzando otros. La estrecha relación y reforzamiento recíproco entre saber y poder hace que esta circulación, estas intervenciones que legitiman unos saberes y deslegitiman otros, nos hagan interpretar a la EPS como una actividad técnica pero simultáneamente política (recordando el concepto de Mario Testa: "política es toda propuesta de redistribución de poder" (ROVERE, 1994, p. 3).

Por fim, a responsabilização do processo educativo é de quem? É tarefa do gestor? Ou dos trabalhadores? Outros atores podem ser essenciais neste processo? Julga-se pertinente, assim, haver uma congruência entre o projeto institucional e a proposta educativa em suas dimensões política, técnica e metodológica. A educação permanente em saúde não pode se constituir em exclusividade de educadores, senão já não seria este o termo. Ela pode, sim, ser de responsabilidade das instâncias e unidades técnico-políticas de gestão dos serviços de saúde (RIBEIRO; MOTTA, 1996). A Política Nacional de Educação Permanente (2007) contribui ao estabelecer que a construção do saber presume-se coletiva, fazendo sentido para um grupo social. "Os atores sociais são desafiados para assumirem uma postura de mudança de suas práticas em ação na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe" (LOPES *et al.*, 2007, p. 153). Inúmeras conformações se apresentam para se construir um processo educativo legítimo no SUS. É hora de sair da quietude, partir para novos sentires e devires que a educação carrega com ela mesma.

Os dados remeteram-se à formação discursiva referente a um modelo de educação tradicional, bancário, baseado na transmissão de informações, no depósito de conhecimentos, na verticalização do saber. Os profissionais referiram-se à educação como um ato exterior a eles, de ocorrência pontual, de cunho individual, destacando-se estas características em todas as entrevistas dos sujeitos, o que não corresponde à Política de Educação Permanente em Saúde, que propõe a construção de processos significativos para os trabalhadores, de modo que o

processo educativo tenha ao mesmo tempo professores e aprendizes, que se eduquem e sejam educados (BRASIL, 2007c; PEDUZZI, 2009).

Alguns estudos recentes corroboram a premissa de que as ações educativas têm sido organizadas de forma programática e verticalizada, destacando-se campanhas ou programas de saúde pública como temas destas atividades (FREIRE, 1993). Mesmo com o predomínio de uma educação conservadora, de forma incipiente e ingênua, denotou-se a formação discursiva de uma educação emancipatória, sendo destacadas as reuniões e os momentos informais como espaços de compartilhamento e construção de um novo modo de se entenderem como sujeitos, iguais e importantes uns para os outros e co-responsáveis pela organização e resultados das ações desempenhadas.

Os dados permitiram identificar formações discursivas que caracterizam esses dois tipos de educação, que possuem por bases conceitos e princípios distintos acerca de quais são os objetivos do processo educativo, de qual é o papel dos sujeitos e de como estes se posicionam diante da realidade. Esse processo contínuo de análise permitiu, finalmente, alcançar as formações ideológicas que alicerçam as concepções de educação para este grupo, neste momento histórico.

As formações discursivas filiaram-se a modelos de atenção (ou tecnoassistenciais) que por vezes destoam daquilo que é preconizado nos discursos oficiais como da Política Nacional de Atenção Básica, da Estratégia Saúde da Família e da própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Na identificação dos discursos destes trabalhadores, destacaram-se a oposição a temas fundamentais no trabalho na Saúde da Família; mais do que isso, no SUS. Situações como a separação entre equipe (profissionais de nível superior e técnico) e agentes de saúde não atendem às novas diretrizes de formação de equipes multiprofissionais de saúde, calcadas na co-gestão, na horizontalidade das relações, e no reconhecimento do colega como igual. Isso demonstra que os modelos de educação e os modelos de atenção à saúde apresentam resquícios delicados e importantes de serem debatidos, entrelaçados na materialidade do cotidiano em saúde. Para Davini (2009, p. 45), a manutenção do enfoque tradicional (transmissão de conhecimento e hierarquização do saber) pode ser explicada “pela persistência do modelo escolar nas formas de pensar a educação e por uma visão simplificada das pessoas e da prática, no campo das organizações”.

Encadeado a este debate, emerge a questão da valoração do conhecimento

acadêmico em detrimento do conhecimento produzido a partir da prática. Para Schön (1994), isso é muito mais uma questão social do que científica, já que a própria formação concede privilégios ao primeiro. Ele acrescenta que é viável o aprendizado com pessoas conhecedoras da sua prática e do seu contexto:

A partir da ação é possível construir conhecimentos verificáveis e acumuláveis com **níveis crescentes de consciência**. A ferramenta para fazê-lo é a **observação consciente**, verbalizada, do **processo de reflexão** cuja prática é fundamental. Ela permite questionar nosso conhecimento prático e refazer a própria ação que conduz a essa situação não esperada; a reflexão abre caminho para a **experimentação** de outras ações para encarar o fenômeno observado; imaginam-se alternativas e inventam-se provas que conduzem à solução do problema e testam a própria percepção. [...] As variações costumam ser tão sutis que tornam difícil diferenciar o conhecimento da reflexão na ação. É um processo importante quando se pretende mais que o desenvolvimento de uma habilidade, mas a **mudança nas práticas** e na organização. Será necessário um **trabalho de equipe** em busca das práticas a reformular e dos contextos reais a considerar (SCHÖN, 1994 *apud* DAVINI, 2009, p. 50, grifo nosso)⁶.

Marcas como as descritas acima, em processos de trabalho que se pensam com a educação permanente como dispositivo de reorientação, não permitem espaços para a diferenciação entre núcleos profissionais e/ou a divisão dos saberes. A produção de um novo saber, compartilhado, ressignificado e com potência de criação para os sujeitos, é que faz reverberar discursos de outros modelos de educação e saúde. Nessa relação de vivência do contexto, produção de si e do outro coletivamente, na qual a influência ocorre em todas as direções é que se pode estar alavancando novos dizeres possíveis para a mudança do modelo de atenção.

Percebe-se a coexistência dos modelos educativos tradicional e emancipatório, como descrito ao longo do texto nos discursos dos trabalhadores. Isso vai ao encontro de alguns estudos que descrevem tais modelos para o campo da saúde e realizam o debate acerca dos paradigmas de pensamento nesta perspectiva.

O modelo tradicional conjuga-se a partir da prevenção de doenças e agravos, por meio do repasse de conteúdos biomédicos para diminuição dos riscos

⁶ SCHÖN, Donald. A formação de profissionais reflexivos. Barcelona: Paidós, 1994. *apud* DAVINI, M. C. 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. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). P. 50.

individuais, de forma a reproduzir e manter concepções hegemônicas de saberes fragmentados. Constituem os atores sociais: profissional de saúde, que detém o conhecimento; e paciente, cujo conhecimento não é valorizado (LUZ; CARVALHO, 2009; SILVA, DIAS; RODRIGUES, 2009).

Já o modelo dialógico parte do indivíduo e da sua realidade, operando com as concepções de integralidade e de vitalidade, em consonância, assim, com a legislação em saúde no Brasil. Enfatiza as relações entre as pessoas no desenvolvimento das práticas de saúde, valorizando os resultados e não os métodos (LUZ; CARVALHO, 2009; SILVA, DIAS; RODRIGUES, 2009).

Os paradigmas mencionados são modelos que orientam o movimento próprio das práticas de saúde que são capazes, por sua vez, de gerar transformações também nos modelos simbólicos. Segundo Pinheiro e Luz (2003), a respeito do modo de produção dos serviços de saúde, a práxis representa um campo de saber onde é possível se perceberem as mediações entre agente social e sociedade, entre o saber construído pelos atores e arranjos estruturados - solo dessas relações que se renovam e multiplicam. Ainda segundo este trabalho, **as práticas**, mais do que aplicação ou verificação de idéias, são agentes nas transformações sociais, políticas e econômicas, e também fonte de transformações, de pensamento e de sentidos (PINHEIRO, LUZ, 2003, p. 317-318).

É hora de repensar as práticas do ponto de vista dos sujeitos, no tempo dos sujeitos, sem cair na visão mágica e romântica de que a educação pode tudo. O tempo das máquinas, da produção em série, da departamentalização do saber não cabe no setor saúde. Cabem, sim, sujeitos; há lugar para a formação permanente de pessoas que são profissionais e não para simplesmente atender a lógica do mercado neoliberal. Para formação de sujeitos a educação pode muito (DAVINI, 2009).

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. Essa proposta prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, e todas as variantes de atores que formam o grupo (DAVINI, 2009, p. 45).

Finalmente, do ponto de vista da relação discurso-história, é preciso considerar que os discursos evidenciados no contexto da experiência educativa realizada, só movimentam-se porque ressoam com significado para os sujeitos daquele espaço. Habitualmente, observa-se uma desconexão entre os discursos e a história, não sendo possível discutir enfoques na produção do sentido, a partir de uma ordem social, por exemplo.

A língua apresenta uma dimensão social que é histórica e dialógica – e não apenas coletiva’ e ‘arbitrária’ –, esta produção de sentido se dá também em função de uma memória discursiva, ou seja, em função dos enunciados que constroem as mesmas questões centrais: saúde, Estado, ciência, cidadania, conhecimento. (MARTINS; STAUFFER, 2007, p. 153)

Para esta discussão, importa destacar que ao estabelecer a língua com uma dimensão social, a produção de sentidos entre as pessoas passa obrigatoriamente pela mediação da sociedade: o que se diz e o que se pode dizer em determinado momento histórico. Assim, os discursos dos trabalhadores desta equipe de saúde são também produzidos a partir de uma memória discursiva, do que já foi dito. Isso retoma a sutil relação dos discursos com questões de ordem ideológica. Chauí (1994, p. 113) compreende ideologia como sendo:

[...] um conjunto lógico, sistêmico e coerente de representações (ideias e valores) e de normas ou regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer.

Se por um lado a ideologia tem a ver diretamente com os discursos, ela também produz sentidos de cunho dominante nos modelos de educação e de saúde. No caso da experiência educativa vivenciada, observar as relações estabelecidas na sociedade, problematizá-las coletivamente, desvelar as realidades que cercam os sujeitos, são medidas viáveis para a compreensão desse universo complexo.

Freire acrescenta que a educação, sendo uma forma de intervenção no mundo, pode tanto servir à reprodução da ideologia e do conhecimento hegemônico, quanto ao seu desmascaramento. Assim, servindo a todos, a educação torna-se objeto de admiração no que se refere ao seu potencial de transformação. Resta concluir que bandeira assumir no cotidiano em saúde. De um lado, a reprodução do

saber sem significado e verticalização das relações e a falta de implicação dos sujeitos nas relações de trabalho e com os usuários. De outro, o questionamento à ordem atual das coisas, a desnaturalização dos discursos e a crítica aos modelos bancários de educação e de saúde (FREIRE, 2004).

8 PARA CONCLUIR: UM ENCONTRO

A educação permanente em saúde, encontrando momento propício para repensar as práticas dos profissionais de saúde, apresenta-se como uma estratégia de reorientação do processo de trabalho, ao colocar em análise aquilo que estrutura os modelos de atenção: os saberes. Estes que constituem o cerne das transformações vivenciadas desde a criação do SUS. Como se estabeleceu um sistema descentralizado, igualitário, universal? Possivelmente não só com práticas, mas, sim, com saberes estruturados a partir das experiências (práticas). Foi a experimentação-reflexão-ação que permitiu a colocação do SUS no cenário de atenção à saúde no Brasil.

Nesse caminho de “encharcamentos” de leitura, para poder anunciar discursos possíveis certamente foram vários os obstáculos: o da incerteza, da dúvida, do cansaço... Todavia, as alegrias e as bonitezas deste processo árduo do “querer ser mais” mantiveram-se presentes nos mais singelos momentos. Desde a invenção deste trabalho com a orientadora, passando pela produção dos dados coletiva e, chegando à escrita (um pouco mais solitária) algo sinalizava crescimento, amadurecimento.

Deve-se salientar, assim, que o objetivo proposto de compreender o processo de educação permanente na equipe de saúde foi um desafio, já que trouxe consigo questões referentes aos saberes estabelecidos dos sujeitos e do fazer de cada um na equipe. A problematização das funções de cada profissional e da equipe no tema “vacinas” foi um exercício legítimo de conhecer o outro e o seu fazer.

De uma forma geral, identificaram-se discursos referentes à educação dos profissionais, fortemente impregnados por práticas exteriores aos sujeitos, de depósito de informações (e não construção de conhecimento com significado), materializadas pelas capacitações e treinamentos, divididas pelas classes profissionais. A indefinição de um espaço educativo na UBSF pode ter contribuído para que algumas dificuldades tenham sido vivenciadas na pesquisa, como a dificuldade de reunir a equipe toda. Tudo era novidade.

No entanto, alguns discursos possibilitam o rompimento com o estabelecido das práticas educativas e de saúde, como o anúncio de que junto a equipe aprende mais e melhor e de que os saberes dos ACS tem valor na equipe e para ela. O

espaço foi sutilmente sugerido pela crença de que viver junto, conhecer e problematizar a realidade junto pode ser viável. Precisa-se, para isso, desestabilizar-se com a realidade (im)posta: denunciar/anunciar.

A metodologia utilizada possibilitou a vivência do processo de pesquisa por todos os envolvidos, o desvelamento das relações dos ACS, o conhecimento da equipe entre ela mesma, a identificação dos discursos presentes naquele contexto sobre educação, a compreensão destes discursos nos contextos micro a macrossocial, a relação dos discursos com os modelos de atenção vigentes e com as formações ideológicas e imaginárias sobre educação.

O referencial constituído a partir da obra de Paulo Freire permitiu alcançar profundamente a questão da formação dos profissionais de saúde, ou seja, os sujeitos da pesquisa foram compreendidos como protagonistas do seu trabalho, no qual se encontra a riqueza dos temas geradores. A análise de discurso auxiliou na compreensão de que tais concepções não são praticadas pelos sujeitos, senão reproduzidas diante de uma avalanche de idéias socialmente construídas para atender aos interesses de poucos grupos influentes e hegemônicos. E aí se encontra um ponto fundamental: desenvolver mecanismos de denúncia-anúncio (como nos dizia Paulo Freire) de novas ordens sociais, legitimadas por aqueles que querem a mudança através do protagonismo nas suas casas, na escola, na unidade de saúde, na sociedade...

Coerente com os discursos até aqui apresentados, limites também se apresentaram na feitura deste trabalho. Pelo alcance dos objetivos, obteve-se sucesso na escolha do método. Porém, algumas questões emergidas ao longo do processo de pesquisa, como a relação equipe de saúde – usuários e comunidade, parecem descortinar questionamentos sobre a educação na unidade e que poderiam servir para melhor compreender o processo educativo em saúde em outra dimensão. Esse tema estabelece relação com os atores sociais do processo educativo, ao ter sido desenvolvido com parte dos protagonistas do SUS: os trabalhadores; mas, sabe-se que o envolvimento de diferentes movimentos, grupos e pessoas, como os usuários é uma temática a ser explorada em outros trabalhos e processos de pesquisa.

Vivendo um momento de consolidação do SUS, em seus mais de 20 anos, ainda é preciso destacar que a temática da formação dos profissionais para/no SUS é deficitária. A existência de projetos e programas de reorientação da formação, bem

como a realização de atividades educativas após a graduação, encontram-se desconectadas. O momento é propício para se pensar em processos de formação permanentes, já que atualmente muitas das vezes em que se fala de formação em saúde, refere-se aos cursos de graduação.

A viabilidade do processo educativo como experiência-pesquisa foi estabelecida a partir da prática dos pressupostos analisados: planejar, conhecer para organizar os temas geradores, dialogar para alcançar a problematização, problematizar para conhecer melhor e admirar a prática com outro olhar. Esse exercício foi alcançado na medida em que permitiu aos sujeitos estarem juntos, entre eles, momento este que não existia na UBSF. Aqui a educação permanente demonstra a sua potência de ser: que o aprendizado se dá **junto/com** os trabalhadores e é **dos** trabalhadores e não exterior a eles.

Acredita-se, assim, que a educação permanente venha compor o cenário do SUS não como uma prática estabelecida, mas como uma estratégia de experimentação pedagógica no setor saúde. Que essa estratégia venha composta de possibilidades para os atores do SUS, marcada pela dialogicidade, pela criatividade, pela construção de um conhecimento solidário entre os saberes. Uma educação que se permita libertária, sim, com encontros capazes de transformar o dia-a-dia. Neste momento, o processo de trabalho estará sendo encharcado de atos que modificam a atenção no sentido de cuidado, de co-responsabilização, de acolhimento. Por que se fala de educação? Porque se acredita que ela, apesar de não poder tudo, um pouco ela pode. E esse pouco pode, em última análise (e é o que se pretende) ecoar na atenção: em práticas mais do que inter, entre disciplinares, inventivas e criativas.

Pensando nesta lógica, não é a práxis que configura as pessoas e os seus modos de produzir saúde, se não elas mesmas com suas concepções, desejos, medos, anseios. Redesenham a atenção à saúde por meio da experimentação que não se desvincula do seu processo de ser gente-profissional de saúde. O processo de trabalho em saúde tornar-se-á, legitimamente pedagógico, quando os processos formativos dos sujeitos passarem a se constituir em movimentos da práxis e não eventos dentro ora da prática, ora da teoria. O encontro das potências e possibilidades do SUS e da educação emancipatória Freireana tem nome: educação permanente em saúde.

CARTAS LIDAS, RELIDAS E REESCRITAS:
(REFERÊNCIAS)

ALBUQUERQUE, V.S.; BATISTA, R.S.; SUZELAINE, T.; MOÇO, E. T. M. Currículos Disciplinares na Área de Saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, 2009. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo152pdf>>. Acesso em: 24 set. 2009. (Prépublicação).

ALVES, R. **Conversas com quem gosta de ensinar**. São Paulo: Cortez. Autores Associados. 1985.

ALMEIDA; L. P. V. G. de; FERRAZ, C. A. Políticas de Formação de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, p.31-35, jan./fev. 2008.

BACKES, DS. **A Construção de um Espaço Dialógico-Reflexivo com Vistas a Humanização do Ambiente Hospitalar** (dissertação). Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande: FURG, 2004.

BRAND, C. I. ; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e Insatisfações do no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 15, n.1, jan./mar. 2010.

BRANDÃO. C.R. **A Pergunta a Várias Mãos**: a experiência da partilha através da pesquisa na educação. Série Saber com o outro, v. 1. São Paulo: Cortez. 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/constitui%C3%A7ao_compilado.htm> Acesso em: 15 maio 2008.

BRASIL. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde de 1996a**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/3nob_sus.htm>. Acesso em: 12 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Resolução 196/96. Brasília-DF, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e

da Educação na Saúde **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (2006a). Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 jul. 2007.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde** – Vol.3, n. 1 (mar. 2006). Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **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 (2007a). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).** Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) 2007b. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/sgtes>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). **Orientações sobre as novas estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Orientacoesseducacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 14 agosto 2008.

BRASIL. Secretaria-Executiva. **Mais saúde : direito de todos : 2008 – 2011.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informação de Atenção Básica - Situação de Saúde – Brasil , 2009.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSbr.def>>. Acesso em: 11 jan.2010.

CECAGNO, D. **Serviço de Educação Continuada na Enfermagem nas Instituições de Saúde do Município do Rio Grande/RS** (dissertação). Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande: FURG, 2003.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F.; O que Dizem a Legislação e o Controle Social em Saúde Sobre a Formação de Recursos Humanos e o Papel dos Gestores Públicos, no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface- Comunicação, saúde educação**. v.9, n.16, p. 161-167, set. 2004/fev. 2005a.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.10, n.4, p. 975-986, 2005b.

CHAUÍ, M. **O Que é Ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n.24, p.125-40, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>> Acesso em 11 jan. 2010.

COHN, A. O Estudo das Políticas de Saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores: Para entender a gestão no SUS. Brasília: CONASS, 2007.

COSTA MENDES, I.A.; de GODOY, S. DA SILVA, E.C.; SEIXAS, C.A.; NOGUEIRA, M.S.; TREVIZAN, M.A. . Educação Permanente para Profissionais de Saúde: a mediação tecnológica e a emergência de valores e questões éticas. **Enfermería Global**, N. 10, mai. 2007.

DAVINI, M. C. 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. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

ERNST-PEREIRA, E.; MUTTI, R.V.(Orgs.). **Práticas Discursivas**. Pelotas: EDUCAT, 2008.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho**: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino. 267f. (dissertação). Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

FERRAZ, F. *et al.* Educação Permanente no Trabalho como um Processo Educativo e Cuidativo do Sujeito-Cuidador. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.7, n.2, p. 344-350, set., 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

FREIRE, A. M. A. **Paulo Freire**: uma história de vida. São Paulo: Vila da Letras, 2006.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Editora Moraes LTDA, 1980.

_____. **Educação como Prática de Liberdade**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1991. 150p.

_____. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.148 p.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1993. 184 p.

_____. **A Importância do Ato de Ler**: em três artigos que se completam. Coleção Polêmicas de Nosso Tempo. 23. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

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

GOMES, A.M.T. Do Discurso às Formações Ideológica e Imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 555-562, out./dez., 2007.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A Promoção da Saúde e a Concepção Dialógica de Freire:** possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família (tese). Doutorado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2006.

HOLLIDAY, O. J. El Desafío Político de Aprender de Nuestras Prácticas. **Diálogos:** Educación y formación de personas adultas. La Rioja, v. 2, n. 42-43, p. 59-64, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados Demográficos do Município do Rio Grande - Rio Grande do Sul** (2007). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 28 jul. 2008.

JARDILINO, J.R.L. **Paulo Freire:** retalhos bibliográficos. São Paulo: Edições Pulsar, 2000.

JARDIM, T.A.; LANCMANN, S. Aspectos Subjetivos do Morar e Trabalhar na Mesma Comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009.

LOCH-NECKEL, G.; EIDT, G. S. H. B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M. A. Desafios Para a Ação Interdisciplinar na Atenção Básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.14 (Supl. 1), p. 1463-1472, 2009.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E.T.A.; MELO, L.O.; PEREIRA, M.F. Potencialidades da Educação Permanente para a Transformação das Práticas de Saúde. **Com. Ciências Saúde**. V.18, n.2, p. 147-155, 2007.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T.; CARVALHO, M. C. da V. S. Práticas de Saúde, Sentidos e Significados Construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.13, n.29, p.313-26, abr./jun. 2009.

MACEDO, L.C.; LARROCA, L.M.; CHAVES, M.M.N.; MAZZA, V.A. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. V.2, n. 26, p. 649-57, jul./set., 2008.

MARTINS, C. M. ; STAUFFER, A. de B. **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007.

MAY, T. **Pesquisa Social: pesquisa, métodos e processos** (trad). 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, A.C. **Educação Permanente em Saúde: estratégia de gestão no cuidado da enfermagem na unidade de terapia intensiva** (dissertação). Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2007.

MERHY, E.E. **O Desafio que a Educação Permanente tem em Si: a pedagogia da implicação**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. V.9, n.16, p. 161-77, set.2004/fev, 2005.

MINAYO, M.C. de S. (org); DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23. ed.Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MORAES, C.L. **Processo de Gestão Implementado pelos Gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS: visibilidades dos enfermeiros no processo** (dissertação). Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2008.

ORLANDI, E. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 3 ed. Campinas: Pontes, 2001.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades Educativas de Trabalhadores na Atenção Primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes versus Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

PIRES, D. Reestruturação Produtiva e Conseqüências para o Trabalho em Saúde. **Rev Bras Enfermagem**. 53, p. 251-63, 2000.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Trad. de Ananyr Porto Fajardo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROVERE, M,R; Gestión Estratégica de la Educación Permanente en Salud. In: HADDAD, J.Q; ROSCHKE, M.A; DAVINI,M.A.(Orgs). **Educación Permanente de Personal de Salud – EPS**. Washington, OPAS, 1994. (Serie Desarrollo de RRHH, n.100).

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J.; **Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde** (1996). Disponível em:<www.redeunidade.org.br>. Acesso em: 14 out. 2008.

RICALDONE, C.A.C.; SENA, R.R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.14, n.6, nov./dez., 2006.

SANTOS, R. **Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde no SUS**: análise dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Santa Catarina 111 f (dissertação). Mestrado em Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. Educación Continuo en el Trabajo: nuevos desafíos para los profesionales de enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. V. 25, n. 1. mar. 2007.

SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; SANDRI, J.V. de A. Construção de Descritores para o Processo de Educação Permanente em Atenção Básica. **Trabalho Educação Saúde**, v. 5, n. 3, p. 433-452, nov. 2007/fev. 2008.

SCHÖN, D. **A formação de Profissionais Reflexivos**. Barcelona: Paidós, 1994.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. de.; RODRIGUES, A. B. Práxis Educativa em Saúde dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.14 (Supl. 1), p. 1453-1462, 2009.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V. 9, n. 2, p. 389-01, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>> Acesso em: 24 de julho de 2009.

SILVEIRA, R.S. **A Expressão do Caminhar Construído Junto à Equipe de Enfermagem de uma Unidade Cirúrgica Sobre o Cotidiano do Trabalho, com vistas a uma Consciência Crítica.** 135f. (dissertação). Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PADILHA, M.I.C.S.; PRADO, M.L. O Cuidado em Enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto e Contexto Enfermagem.** V. 14, n. 2, abr/jun, 2005.

SOUZA, M.L.; PRADO, M.L.; MONTICELLI, M.; RADÜNZ, V.; CARRARO, T.E. Ser Gente Consigo e com o Outro no Trabalho da Enfermagem: um ensaio. **Online Brazilian Journal of Nursing.** V. 6, n. 2, 2007.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

WALDOW, V.R. **Estratégias de Ensino na Enfermagem:** enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

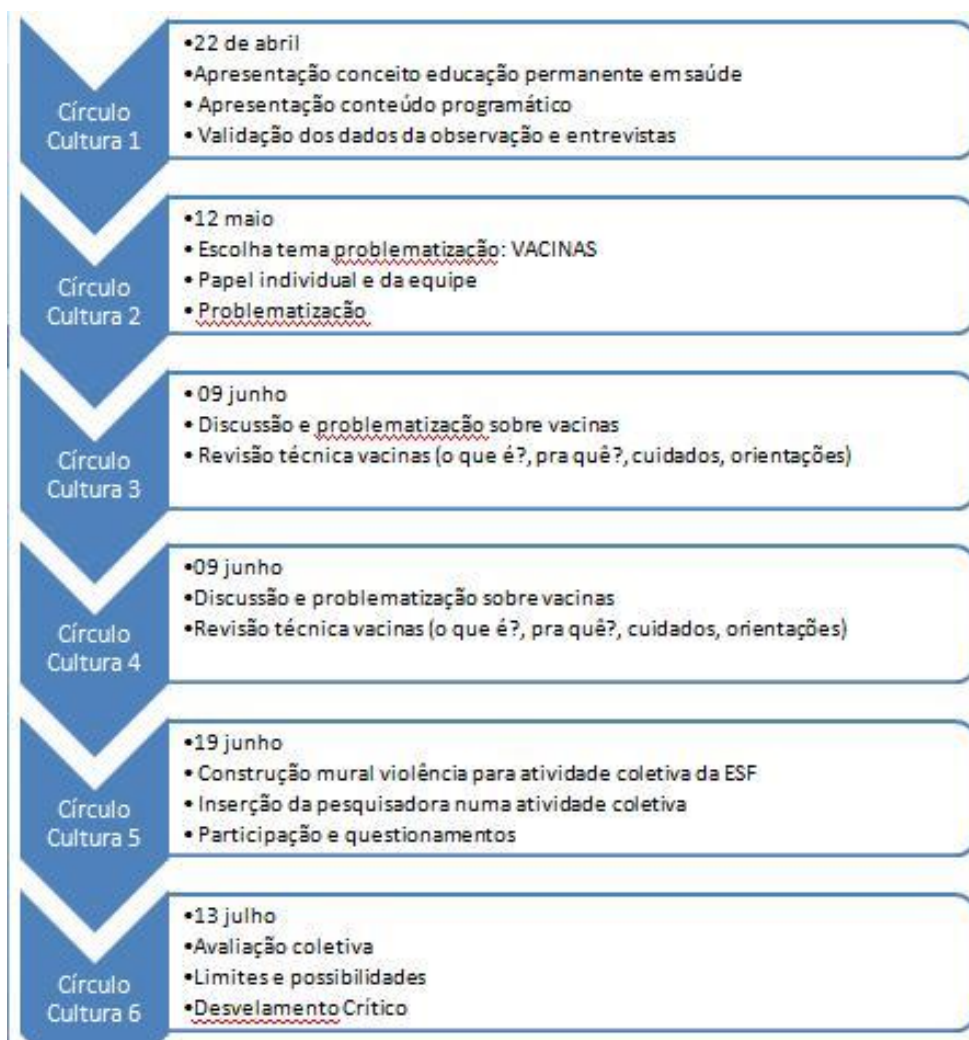
APÊNDICE A: Termo Roteiro da Entrevista

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Identificação:
2. Formação profissional:
3. Tempo de formado:
4. Tempo nesta UBSF:
5. Quais as facilidades que tu percebes no teu trabalho aqui nesta UBSF?
6. E as dificuldades?
7. Como acontece o processo educativo nesta UBSF?
8. Como tu aprendes?

APÊNDICE B: Organograma dos Círculos de Cultura



APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Marina da Silva Sanes, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG e, atualmente, estou desenvolvendo a pesquisa **“Construção de um Processo de Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica: o microespaço da Unidade Básica de Saúde da Família”**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Enf.^a Maria Elisabeth Cestari. Para isso, tenho como objetivo desenvolver conjuntamente com você e a sua equipe multiprofissional de saúde, uma proposta de um processo de educação permanente em saúde, no espaço de trabalho da UBSF, com a participação ativa de todos os atores desta história e por meio da problematização da realidade desses profissionais, constituindo-se como uma atividade real, viável de de significativa aprendizagem para todos os envolvidos.

A coleta de dados desta pesquisa ocorrerá por meio de diferentes técnicas, como: observação participante no seu ambiente de trabalho, entrevista não -estruturada, desenvolvimento de um processo educativo em grupo, por meio do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, de forma que não haverá riscos para você participar. Garanto-lhe Caso você tenha alguma dúvida em relação ao estudo ou não queira mais fazer parte do mesmo, poderá entrar em contato pelos telefones (53) 3271-2375 ou (53)8401-3668, assim como pelo e-mail: marina85saner@yahoo.com.br. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que o nome das instituições e dos sujeitos envolvidos serão confidenciais, bem como as informações fornecidas e/ou materiais coletados só serão utilizadas neste trabalho.

Pesquisadora Principal: _____

Pesquisadora Orientadora: _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa **“Construção de um Processo de Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica: o microespaço da Unidade Básica de Saúde da Família”**, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Rio Grande, _____ de _____ de 2009.

ANEXO A: Autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande

**PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE-NEPES**

PARECER Nº: 30

DATA: 11/02/2009.

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: Construção de um Processo de Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica: O Microespaço da Unidade Básica de Saúde.

AUTOR(ES): Mariano da Silva Sanes

ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. Maria Elisabeth Cestari

UNIDADE/INSTITUIÇÃO: FURG

PARECER: O projeto apresentado é de extrema relevância para a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), veio ao encontro da linha de trabalho do NEPES, neste sentido o trabalho foi deferido

**NÚCLEO MUNICIPAL
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
NEPES
PMRG - SMS**

Mariano da Silva Sanes (secretário)
**MEMBROS DO COLEGIADO
NEPES**

ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande – CEPAS/FURG



CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Avenida Itália km 08 - Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: <http://www.propesp.furg.br>

PARECER Nº17 /2009

PROCESSO Nº 23116.005764/2008-55

CEPAS Nº87/2008

TÍTULO DO PROJETO: **“Construção de um Processo de Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica: o microespaço da Unidade Básica de Saúde”.**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Elisabeth Cestari

(Marina da Silva Sanes)

PARECER DO CEPAS:

Após a análise do seu projeto por este Comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, o mesmo foi considerado **APROVADO**.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: até 40 dias após o término do projeto.

Rio Grande, RS, 18/03/2009.

Eli Sinnott Silva
Profa. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS