



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

**FERNANDA DE FREITAS MENDONÇA**

**FORMAÇÃO DE FACILITADORES DE  
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
PERCEPÇÕES DE TUTORES E FACILITADORES**

---

Londrina  
2008

**FERNANDA DE FREITAS MENDONÇA**

**FORMAÇÃO DE FACILITADORES DE  
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
PERCEPÇÕES DE TUTORES E FACILITADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes

Londrina  
2008

**FERNANDA DE FREITAS MENDONÇA**

**FORMAÇÃO DE FACILITADORES DE  
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
PERCEPÇÕES DE TUTORES E FACILITADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

---

Profa. Dra. Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes

---

Profa. Dra. Mara Lúcia Garanhani

Londrina, 20 de fevereiro de 2008.

## AGRADECIMENTOS

- À Deus, por me revelar a cada dia a pessoa que sou minhas limitações e potencialidades, o que contribuiu sobremaneira durante meu desempenho na realização deste estudo.
- À minha família por sempre me apoiar em minhas escolhas e por sempre estar presente em minha vida. Sem família a pessoa não é ninguém, não se sente viva, não tem a alegria de retornar e saber que haverá alguém à sua espera, não tem com quem dividir suas conquistas, enfim, vive só. Obrigada, pois nunca, durante toda a jornada da minha existência, me senti só.
- À minha orientada Prof.<sup>a</sup> Elisabete de Fátima por me ensinar não apenas aspectos referentes à realização de uma pesquisa, mas também sobre como ser uma boa amiga, uma boa mãe e uma boa companheira de trabalho, enfim sobre a vida. Acredito que desenvolvemos muito mais do que uma relação de orientadoraorientanda. Durante esses dois anos emergiram sentimentos de amizade e parceria, os quais espero que continuem.
- À banca examinadora pelas contribuições marcantes na construção do trabalho.
- Aos amigos do mestrado por serem verdadeiros companheiros. Cada uma ao seu modo me ensinou muitas coisas. Considero-me privilegiado por fazer parte de um grupo repleto de pessoas com ideais. E claro, jamais esqueceria das festas.
- Aos participantes da pesquisa, tutores e facilitadores, pela prazerosa acolhida e pela disposição em me ajudar a construir um novo conhecimento.
- Ao corpo docente do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva pelo comprometimento com nosso crescimento e aprendizado. Foi um prazer estar entre professores tão competentes. Aprendi muito durante os momentos em que estivemos juntos.
- Aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva por me ajudarem nos momentos em que precisei e também pelo tratamento acolhedor e gentil que sempre tiveram comigo.
- A todos aqueles que mesmo sem saberem estiveram envolvidos com a realização deste estudo, obrigada pela contribuição.

***Querer bem aos outros como eles são. E poderíamos perguntar: como é que eles são? São simplesmente diferentes. É preciso amar não apenas o que nos une, mas também o que nos diferencia. [...] Por vezes a falta de compreensão deriva da incapacidade que alguns têm de captar essa verdade muito simples e muito necessária; a cada personalidade diferente corresponde também uma função diferente.***

*Rafael Llano Cifuentes*

MENDONÇA, Fernanda de Freitas. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Percepções de tutores e facilitadores.** 2008. 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

## RESUMO

O Ministério da Saúde (MS) instituiu a política de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de transformação das práticas de saúde e de formação dos profissionais. Para tanto, houve a criação dos pólos de EPS, como instância locoregionais. Apesar de toda essa estruturação surgiram dificuldades para trabalhar a educação permanente. Dessa forma, como estratégia de fortalecimento da implementação da EPS iniciou-se a formação de tutores e facilitadores de EPS em todo o país. A formação de tutores e facilitadores de EPS é uma iniciativa recente, logo não se conhece como esses atores estão lidando com a responsabilidade de produzir mudanças no processo de trabalho. Com base nisso, o objetivo dessa pesquisa é analisar a percepção de tutores e facilitadores sobre a Educação Permanente em Saúde e sobre suas atuações no processo de implementação dessa política. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com tutores e facilitadores de EPS, em Londrina – PR, no período de dezembro de 2006 a janeiro de 2007. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e submetidos à análise de discurso proposta por Martins e Bicudo. Da análise das entrevistas emergiram quatro categorias: Percebendo o processo de formação de facilitadores de EPS; Compreensão da EPS; Ser Tutor e Facilitador de EPS e Vivenciando o processo de mudança. Os entrevistados revelaram que o processo de formação de facilitadores de EPS teve diversas limitações, dentre elas, a greve dos profissionais de saúde, o sentimento de falta de apoio da gestão e a persistência de práticas hegemônicas. Por conta disso, os participantes enfatizaram em seus discursos as dificuldades e necessidades que têm vivenciado para implementar a EPS. Essas necessidades e dificuldades influenciaram a percepção de tutores e facilitadores acerca de seu papel. Para os sujeitos, só haverá mudanças significativas no processo de trabalho quando a EPS for institucionalizada. Apesar dos percalços, os sujeitos conseguiram compreender e reconhecer a importância da política de EPS e da formação de facilitadores. Os participantes deram destaque para: ampliação do olhar sobre o processo de trabalho em saúde, reflexão, autocrítica e crescimento pessoal e profissional. Espera-se que os resultados desse estudo possam fornecer subsídios para o enfrentamento dos desafios que se colocam no desenvolvimento EPS e fortalecer esse processo, sobretudo, no atual contexto, em que as discussões em torno da EPS voltam a ocupar um espaço na agenda da gestão, devido à publicação da nova portaria 1996 GM/MS.

**Palavras-chave:** Educação em saúde. Serviços de saúde. Política de saúde e SUS.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas. **The formation permanent health education of facilitators:**The perception of Tutors and Facilitators. 2008. 140f. Dissertation (Masters in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2008.

### **ABSTRACT**

The Ministry of Health has instituted the (PHE) policy as a transformation strategy in Health practices and professional formation. In order to reach that, locoregional EPS centers were built. Despite of all such structuralization, there were many difficulties to work along with permanent education. This way, as a strengthening strategy to the PHE implementation, the formation of PHE tutors and facilitators has begun in the whole country. The preparation of PHE tutors and facilitators is a recent initiative and taking that into account, it is not known how these actors are dealing with the responsibility to produce changes on the work process. Based on this, the objective of this study is to analyze the perception of tutors and facilitators on Permanent Health Education and also their performances on this policy implementation process. It is about a qualitative study, carried out along with PHE tutors and facilitators from December 2006 to January 2007. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to the discourse analysis proposed by Martins and Bicudo. From the analysis four categories came out: Noticing the PHE facilitators formation process, Understanding of PHE, Being a PHE Tutor and Facilitator and Experiencing the changing process. The results showed that the PHE facilitators process had several limitations and among them were strike, lack of support from the health management and persistency on hegemonic practices. Because of that, the participants emphasized in the discourses the difficulties and necessities they have experienced to implement PHE. These difficulties and necessities influenced the tutors and facilitators' perceptions about their roles. As for the subjects, there will only be significant changes on the work process when PHE becomes an institutional policy. Despite that, the subjects could understand and recognize the importance of the PHE policy and the formation of facilitators. The participants gave focus to the widened vision on the health working process, reflection, self-criticism and personal and professional growth. It is expected that the results from this study might provide subsidies to face the challenges settled to the PHE development and strengthen this process, specially in the current context once discussions around PHE are back again to the health management agenda due to the publication of the new law 1996 GM/MS.

**Keywords:** Health education. Health services. Health policy and SUS.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AML</b>	Autarquia Municipal de Londrina
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DEGES</b>	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
<b>EAD</b>	Educação à Distância
<b>EC</b>	Educação Continuada
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>ESPP</b>	Escola de Saúde Pública do Paraná
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OPS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PAEPS</b>	Pólo Ampliado de Educação Permanente em Saúde
<b>PDRH</b>	Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos
<b>PEPS</b>	Pólo de Educação Permanente em Saúde
<b>PREPS</b>	Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UEL</b>	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO E RECORTE TEMÁTICO</b> .....	16
2.1 PRÁTICAS HEGEMÔNICAS DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS .....	16
2.2 A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	20
2.2.1 Os Pólos de Educação Permanente em Saúde .....	27
2.1.2 Formação de Tutores e Facilitadores de Educação Permanente em Saúde ...	30
2.3 A EDUCAÇÃO ENQUANTO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO .....	33
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	46
3.1 OBJETIVO GERAL.....	46
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	48
4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	48
4.2 LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO.....	48
4.3 COLETA DE DADOS .....	51
4.4 TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL.....	54
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	54
4.6 CATEGORIAS DE ANÁLISE .....	56
4.7 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	57
<b>5 APRESENTADO A CONSTRUÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	59
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA .....	59
5.2 APRESENTANDO AS CATEGORIAS DE ANÁLISE .....	60
5.2.1 Percebendo o Processo de Formação de Facilitadores de EPS.....	60
5.2.1.1 Críticas sobre o processo de formação de facilitadores .....	60
5.2.1.2 Contribuições do curso de facilitadores de EPS.....	68
5.2.2 Compreensão da EPS.....	73

5.2.2.1 Conceitos .....	74
5.2.2.2 Apropriação dos conceitos .....	81
5.2.3 Ser Tutor e Facilitador de EPS.....	84
5.2.3.1 Necessidades sentidas.....	85
5.2.3.2 Dificuldades no processo de implementação da EPS .....	94
5.2.3.3 Sentimentos despertados no curso e na atuação .....	101
5.2.3.4 O papel do tutor e do facilitador de EPS .....	105
5.2.4 Vivenciando o Processo de Mudança .....	107
5.2.4.1 Compreendendo a mudança .....	107
5.2.4.2 Apresentando as mudanças.....	112
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>118</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>134</b>
APÊNDICE 1 – Roteiro de Entrevista .....	135
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	137
<b>ANEXOS .....</b>	<b>138</b>
Anexo 1 – Autorização da Autarquia Municipal de Londrina para a realização da pesquisa .....	139
Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina .....	140



# APRESENTAÇÃO

## 1 APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) instituiu a política nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), por meio da portaria nº. 198/GM, no dia 13 de fevereiro de 2004. Essa política surgiu com o propósito de transformar a assistência à saúde e a formação dos profissionais, buscando incorporar às práticas de atenção e de ensino a reflexão, a problematização, o trabalho em equipe e a integralidade, como também promover a articulação entre os órgãos de gestão, serviços de saúde, controle social e instituições de ensino (BRASIL, 2004a; 2004b). A política de EPS visa cumprir com esses objetivos por meio da aprendizagem no trabalho, em que, a partir da reflexão sobre o processo de trabalho, se detectam problemas e necessidades da população.

A partir da instituição dessa política, houve um movimento para a implantação de Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS). Os PEPS são instâncias colegiadas organizadas em locais, e funcionam como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela mudança tanto das políticas de saúde quanto das ações de educação na saúde (BRASIL, 2005a). Treze meses após a publicação da portaria ministerial já existiam 96 pólos no país, sendo que esses pólos congregavam mais de 1000 entidades da sociedade, entre representantes do ensino, da gestão, do trabalho e da participação social em saúde (CECCIM, 2005a).

No Paraná, a organização dos pólos ficou diferente da proposta pelo MS. A direção da Escola de Saúde Pública do Paraná compreendeu que os pólos deveriam ser mais descentralizados. Assim, após negociação com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, foram implantados 22 Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS) na localidade das Regionais de Saúde do Estado. Após essa implantação, cada região (Norte, Noroeste, Oeste, Centro Sul, Campos Gerais e Leste) formou um Pólo Ampliado de Educação Permanente (PAEPS) para formar as rodas de discussão sobre a implementação da EPS (PARANÁ, 2006).

Apesar da estruturação dos PEPS, havia nesses espaços uma fragilidade sobre o que era e como trabalhar com a EPS (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Portanto, para fortalecer a política de EPS, o MS em parceria com a

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) formou tutores e facilitadores de EPS em todo o país a partir do segundo semestre de 2004. Inicialmente, foram selecionados 320 tutores para apoiar a formação de 6.400 facilitadores. O curso foi formatado em dois encontros presenciais e na modalidade de Educação a Distância (EAD), com duração de cinco meses. Em 2005, a proposta foi ampliada para municípios e regiões dispostos a adotar a EPS como estratégia de gestão da produção da saúde (BRASIL, 2005b).

No Paraná, a equipe da autarquia do município de Londrina compreendeu o potencial da EPS como uma ferramenta capaz de promover mudanças no processo de trabalho em saúde. Dessa forma, para favorecer o desenvolvimento da EPS, houve a formação de nove tutores para apoiar a formação de 180 facilitadores. O curso de facilitadores foi ofertado para diversos profissionais, tanto da rede básica como para os trabalhadores dos serviços de média e alta complexidade, além dos serviços de apoio, das instituições formadoras (estudantes e docentes) e representantes da comunidade (LONDRINA, 2006).

Embora a EPS represente um avanço para a consolidação do SUS e, principalmente, para o aprimoramento dos trabalhadores de saúde, essa política enfrenta inúmeros desafios. Entre eles, a persistência das práticas de saúde influenciadas pelo modelo hegemônico (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Esse modelo é resultado da influência capitalista no setor saúde, que serve aos interesses econômicos de mercado da saúde e não às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2005c). Entre as características do modelo hegemônico destacam-se a fragmentação do cuidado, a desvalorização do usuário, a valorização das ações curativas, a tecnificação da assistência e a falta de autonomia por parte dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2005d; CECCIM, 2005b).

A formação de tutores e facilitadores de EPS é uma iniciativa recente; logo, não se conhece as percepções desses sujeitos sobre o curso, suas necessidades e como eles estão lidando com a responsabilidade de introduzir no processo de trabalho os elementos valorizados pela EPS, tais como a problematização, a reflexão, o trabalho em equipe, a integralidade no cuidado, entre outros.

Diante dessas lacunas de conhecimento e dos diversos obstáculos que

permeiam o processo de implementação de EPS, sobretudo a reprodução das práticas hegemônicas, torna-se relevante investigar o fenômeno do Ser tutor e Ser facilitador e explorar o que sentem, suas necessidades, a compreensão que possuem sobre EPS e as percepções sobre o processo de formação.

Essas curiosidades emergiram devido à participação da autora do trabalho em um projeto de pesquisa, realizado pela prefeitura do município de Londrina em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Esse projeto teve como propósito avaliar as mudanças que ocorreram na atenção à saúde após a implementação de uma proposta com ênfase na EPS para a transformação das práticas de saúde. Tal proposta contou com a participação de tutores e facilitadores de EPS, no intuito de fortalecer a construção de um novo modelo de atenção em direção à promoção da saúde integral. No decurso desse projeto, houve a oportunidade de participar das oficinas realizadas com tutores e facilitadores e percebeu-se o quanto é difícil instituir mudanças, sobretudo quando envolvem coletivos.


O presente trabalho foi estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo, **recorte temático e referencial teórico** apresenta uma contextualização da política de EPS, que explora o processo de implantação desta política, seu conceito, além da organização dos pólos, sua função e composição, e o processo de formação de facilitadores de EPS. Ainda neste capítulo, destaca-se a educação enquanto estratégia de transformação, uma vez que é por meio da educação que a EPS visa promover mudanças. Para discorrer sobre o tema, utilizaram-se diversos autores, tais como Freire, Vasconcellos, Morin, Luckesi, Gadotti, entre outros.

No segundo capítulo apresentam-se os **objetivos** da pesquisa. O terceiro trata da **trajetória metodológica**. Neste capítulo apresenta-se a abordagem utilizada, os sujeitos da pesquisa, o período e o local de coleta de dados, além do instrumento de coleta, bem com o método utilizado para a análise dos dados. Constam também os aspectos éticos e uma figura que representa a sistematização de todas as categorias de análise.

O quarto capítulo traz a **construção dos resultados e discussão**. Inclui este capítulo a caracterização dos participantes, bem como a apresentação dos resultados e discussão das quatro categorias de análise: Percebendo o processo de

formação de facilitadores de EPS, Compreensão da EPS, Ser tutor e facilitador de EPS e Vivenciando o Processo de Mudança.

O quinto e último capítulo, **considerações finais**, apresenta o resgate dos objetivos frente aos resultados encontrados e traz uma sistematização da análise dos resultados, além das contribuições do estudo para o município e para a comunidade científica.

A photograph of a stone path in a forest, with sunlight filtering through the trees, creating a bright spot in the center. The path is made of large, flat stones and is surrounded by dense green foliage. The overall scene is peaceful and natural.

RECORTE  
TEMÁTICO  
E REFERENCIAL  
TEÓRICO

## **2 RECORTE TEMÁTICO E REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 PRÁTICAS HEGEMÔNICAS DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS**

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi marcado pela luta democrática e pela formulação do pensamento crítico na política de saúde. Uma das conquistas desse movimento foi a promulgação da constituição de 1988, na qual a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. Além disso, a nova constituição trouxe consigo a implantação SUS, estruturado sob novos princípios para a organização do sistema de saúde, tais como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 1990).

Apesar de o SUS ter ampliado o acesso da população aos serviços de saúde e ter conferido à mesma o direito de participar das decisões políticas, ele enfrenta inúmeros desafios para implementar seus princípios. Entre eles, destaca-se a persistência das práticas de saúde influenciadas pelo desenho tecnoassistencial privatista, o qual dificulta a incorporação da reflexão, da problematização, do trabalho em equipe e da integralidade nas práticas, na organização e na gestão dos serviços de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

O desenho tecnoassistencial refere-se à forma como as ações do processo saúde-doença estão organizadas (BRASIL, 2005c). O desenho médico-assistencial privatista privilegia a assistência hospitalar focada no indivíduo e na cura das doenças, não priorizando as ações de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2005c). O desenho centrado no indivíduo recebeu significativo apoio econômico, pois havia interesse por parte dos capitalistas que as tensões sociais fossem amenizadas. As ações de saúde ofertadas pelo desenho biomédico eram a alternativa para atingir esse propósito. Todavia, essas ações de saúde não tinham a preocupação de averiguar as causas de adoecimento, mas de recuperar e manter a força de trabalho para não interferir no progresso capitalista (BRASIL, 2005d; TOMAZI, 1986).

Por essa lógica, a concepção de saúde estava baseada na ausência de

doenças e não no acesso das pessoas aos serviços de saúde, educação, alimentação, renda, saneamento básico, transporte e lazer (BRASIL, 2005c). No Brasil, a concepção ampliada de saúde, que vai além de aspectos biológicos, foi instituída pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080) (BRASIL, 1990). Com base nesse conceito, entendeu-se que, para promover a saúde, era preciso haver um controle, uma intervenção sobre os fatores que determinam o processo saúde-doença (BRASIL, 2005c). Vale ressaltar que esses determinantes do processo dependem da realidade, isto é, do contexto em que a população está inserida.

O MS (BRASIL, 2005c) afirma que a saúde possuiu um aspecto singular, uma vez que está baseada na capacidade de superação que cada sujeito possui para lidar com novas situações e com as adversidades, considerando, é claro, sua inserção em um contexto. Com isso, ter saúde torna-se subjetivo, uma vez que a capacidade de superar situações adversas é distinta entre as pessoas. Portanto, o processo saúde-doença é específico para cada indivíduo; ele assume diferentes significados na vida dos sujeitos.

Diante disso, a saúde como experiência subjetiva não pode ser medida unicamente por meio de aparelhos e equipamentos, mas também pela expressão do sujeito que a vivencia (BRASIL, 2005c).

Contrariando esses ideais, o desenho biomédico valoriza o cenário hospitalar; superestima a utilização de máquinas e equipamentos como se esses fossem os únicos meios capazes de diagnosticar e tratar uma doença (BRASIL, 2005d). Dessa forma, a assistência à saúde fica restrita a procedimentos técnicos, à solicitação de exames e à prescrição demasiada de medicamentos, ou seja, a assistência à saúde fica dependente da utilização de equipamentos sofisticados e onerosos.

Merhy (1997), referindo-se à utilização de máquinas na assistência à saúde, denomina-as de tecnologias duras. Segundo esse autor, três tipos de tecnologias permeiam o processo de trabalho. Além das tecnologias duras, existem as tecnologias leve-duras, que seriam os conhecimentos técnicos ou saberes estruturados permeados das subjetividades dos sujeitos, e as tecnologias leves, que referem-se às relações; essas são essenciais para a produção de cuidados, vínculos, acolhimentos e responsabilizações. Quando o processo de trabalho utiliza predominantemente as

tecnologias duras, surgem limitações, tais como: liberdade restrita do trabalhador para ser criativo, se relacionar, criar vínculo com o usuário, experimentar soluções para os problemas e escassa inserção do usuário na produção de sua saúde (BRASIL, 2005d).

Quando as práticas de saúde baseiam-se unicamente no reconhecimento e na eliminação do agente que provoca o adoecimento, a pessoa passa a representar somente o portador da doença, sendo excluída como sujeito para não interferir na objetividade da ciência (BRASIL, 2005d).

Contudo, de acordo com o mesmo documento, ao rejeitar a subjetividade do indivíduo, isto é, sua história de vida, condição social, cultura, crenças, valores e saberes, os profissionais não conseguem perceber as reais necessidades de saúde, contribuindo para intervenções pouco efetivas.

No modelo hegemônico, a subjetividade do profissional também é pouco valorizada no processo de trabalho. No entanto, as atitudes e decisões dos profissionais de saúde, por mais objetivas que sejam, não são desprovidas de sentimentos. Apesar da cientificidade da medicina, a prática de saúde mobiliza sentimentos e emoções, e para que tais elementos não sejam obstáculos durante a produção de cuidado é preciso que profissionais e usuários estejam abertos à subjetividade (BRASIL, 2005d). De acordo com Campos (2007, p.70-71), tentar excluir a subjetividade é negar a própria natureza humana, uma vez que “[...] ninguém é de pedra, ninguém é absolutamente racional e frio no trabalho em saúde, somos afetados pelo modo de ser dos nossos pacientes.”

Outra limitação referente à super-utilização das tecnologias duras é a fragmentação da assistência, em que o corpo humano é tido como uma máquina, podendo ser dividido em várias partes para sua suposta melhor compreensão. Para Pires (1999), a prática de saúde compartimentalizada favorece a falta de comunicação entre os profissionais e faz com que certos cuidados sejam desnecessários e até contraditórios.

A fragmentação do cuidado, além de não dar conta de solucionar as necessidades de saúde das pessoas, provoca no profissional desinteresse, falta de compromisso e a não responsabilização por suas ações, uma vez que ele não consegue se visualizar nesse processo, bem como visualizar o produto do seu trabalho,

tornando o trabalho mecanizado (BRASIL, 2005c; CAMPOS, 1997).

Merhy (2006) reforça isso, ao afirmar que no processo de trabalho as tecnologias leves devem superar as tecnologias leve-duras e duras; caso contrário, o trabalho torna-se morto, uma vez que o profissional de saúde fica aprisionado e limitado pelo uso das máquinas.

Por meio da fragmentação da assistência cria-se também a cultura das especializações, em outras palavras, da concentração de saberes específicos que se buscam impor sobre os demais saberes, fazendo com que estes sejam anulados (CECCIM, 2005b).

O estímulo às especializações surgiu no ano de 1910 por meio da publicação do Relatório Flexner. Segundo Mendes (1985), esse relatório dava destaque às práticas de saúde centradas em hospitais, a tecnificação do ato médico, a mecanização, a concentração de recursos e a exclusão de práticas alternativas de saúde. O Relatório Flexner estabeleceu uma estrutura discriminatória, visto que a profissão médica tornou-se exclusividade de homens brancos de classe média alta (MENDES, 1985).

Diante da fragilidade do desenho hegemônico frente aos princípios do SUS, percebe-se o quanto é importante que as práticas de saúde sejam transformadas. Ceccim (2005b, p.163) reforça essa demanda de mudança ao afirmar que:

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas conseqüências sobre os custos econômicos e a dependência de tecnologia mais sofisticada, o predomínio da formação hospitalar centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação de trabalhadores.

Este discurso de Ceccim intensifica a necessidade de elaborar políticas de saúde que tenham uma proposta contra-hegemônica.

## 2.2 A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A política de EPS é uma entre outras estratégias contra-hegemônicas e a discussão em torno do que atualmente chamamos de EPS é algo que vem ocorrendo há algum tempo. Em 1985, grupos de trabalhadores latino-americanos abriram espaço em alguns países para a proposta de EPS, a qual privilegia a aprendizagem no processo de trabalho (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990). A Organização Panamericana de Saúde, com o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, produziu em 1990 um consolidado de documentos de diversas experiências latino-americanas sobre o assunto, objetivando intercâmbio e identificação das tendências na capacitação dos trabalhadores de saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990).

No Brasil, as primeiras articulações para a implantação da política de EPS ocorreram a partir da discussão pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, da pactuação na comissão intergestores tripartite e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003. Todas essas movimentações resultaram na publicação da portaria 198 GM/MS, que regulamenta a política nacional de EPS (CECCIM, 2005c).

A política de EPS surgiu na intenção de promover mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da saúde e para empreender um trabalho articulado entre as esferas de gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e os órgãos de controle social (BRASIL, 2004b; 2005b).

O conceito de EPS trazido pela portaria n<sup>o</sup> 198 GM/MS (BRASIL, 2004b, p.5) diz que “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” Propõe que o conhecimento seja construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local, contribuindo para superar a perspectiva biológica e para a manifestação das capacidades dos trabalhadores (BRASIL, 2005e). A portaria 198 GM/MS ainda afirma que os processos de aprendizagem dos profissionais devem ser norteados pelas necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social.

Todas essas proposições têm como objetivo final:

[...] garantir uma atenção à saúde de qualidade, desenvolvendo a autonomia da população em relação a sua própria saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, fazendo com que ela seja capaz de exercer conscientemente a participação social das políticas públicas para o setor (BRASIL, 2005b, p.25).

A EPS está baseada numa concepção pedagógica que reúne alguns elementos do construtivismo. O construtivismo se apóia na teoria científica de Emília Ferreiro, a qual vem conquistando um espaço importante na área da educação. O construtivismo não é uma técnica ou um novo método de ensino, mas uma nova concepção, um novo paradigma teórico de aprendizagem; nesse sentido, a metodologia fica a critério do educador (ROSA, 2003). Essa linha pedagógica se propõe a provocar revoluções no nível da subjetividade e fazer com que o sujeito participe ativamente de seu aprendizado, partindo das experiências que vive, conhece e domina. Busca estimular a dúvida, o raciocínio e a criação. O conhecimento é sempre resultado de um processo de construção, que se efetiva na interação entre o sujeito e o objeto (TATAGIBA; FILÁRTIGA, 2001). No construtivismo o aluno ocupa uma posição central. Isso, porém, não significa desprezar o papel do professor; afinal, cabe a este dirigir, definir os objetivos e controlar, sem imposição arbitrária, o desenvolvimento da ação pedagógica (ROSA, 2003; FREIRE, 2002).

Partindo dessa concepção, a EPS trabalha com a problematização e aprendizagem significativa, ao contrário da Educação Continuada (EC), também exercida na área saúde, que está fundamentada na pedagogia tradicional de transmissão de conhecimento (RIBEIRO; MOTTA, 2006).

O objetivo da EC é aprimorar a competência e atualizar o profissional de saúde para que ele seja capaz de desempenhar suas atribuições com responsabilidade (RIBEIRO; MOTTA, 2006). Na EC, as ações educativas são elaboradas por pessoas que estão distantes dos problemas locais, dificultando sua capacidade de atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2005f). Ao privilegiar a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos, a EC, enquanto estratégia de capacitação para os serviços de saúde, reforça a fragmentação

do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, uma vez que focaliza a atuação de cada profissional em suas funções. Daí a necessidade de introduzir a EPS no ambiente de trabalho (RIBEIRO; MOTTA, 2006). Almeida (1999a) apresenta um quadro que analisa as diferenças de alguns aspectos referentes à EPS e à EC.

<b>ASPECTOS</b>	<b>EDUCAÇÃO CONTINUADA</b>	<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>
<b>Público Alvo</b>	Uniprofissional	Multiprofissional
<b>Inserção no mercado de trabalho</b>	Prática autônoma.	Prática institucionalizada.
<b>Enfoque</b>	Temas de especialidades.	Problemas de saúde.
<b>Objetivo principal</b>	Atualização técnico científica.	Transformações das práticas técnicas e sociais.
<b>Periodicidade</b>	Esporádica.	Contínua.
<b>Metodologia</b>	Pedagogia da transmissão (geralmente através de aulas, conferências, palestras; em locais diferentes dos ambientes de trabalho).	Pedagogia centrada na resolução de problemas (geralmente através da supervisão dialogada, oficinas de trabalho; efetuada nos mesmos ambientes de trabalho).
<b>Resultados</b>	Apropriação passiva do saber científico, aperfeiçoamento das práticas individuais.	Mudança institucional, apropriação ativa do saber científico, fortalecimento das ações em equipe.

FONTE: ALMEIDA 1999a

**Figura 1** – Quadro comparativo entre educação continuada e educação permanente em saúde

Ao contrário da EC, em que os conteúdos são definidos de forma descendente, a EPS opera no sentido ascendente, pois a partir da análise coletiva dos processos de trabalho identificam-se os problemas e as necessidades de saúde (BRASIL, 2005b).

Conforme mencionado anteriormente, a EPS trabalha com a problematização, mas enquanto teoria metodológica e não enquanto técnica. Pela ótica teórico-metodológica a problematização é utilizada sob uma perspectiva para abordar e conhecer a realidade, seja para produzir conhecimentos ou encaminhar ações (LUCKESI, 1994). Por outro lado, a ótica técnica-metodológica envolve a definição de procedimentos para atingir determinados objetivos. Apesar da distinção entre essas duas formas, compreende-se que a seleção de procedimentos para produzir conhecimentos ou ações não ocorre sem a influência de uma forma teórica de ver o mundo.

A problematização envolve a reflexão, isto é, pensar sobre determinadas situações e questioná-las de modo a compreender a maneira como os processos são desencadeados (BRASIL, 2005b). Vale ressaltar que tal reflexão deve acontecer no coletivo, pois dessa forma identificam-se com maior fidedignidade os problemas presentes num determinado local, além de estimular a participação de todos os sujeitos (BRASIL, 2005f).

Para Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), problematizar a realidade é fundamental para despertar o desejo de mudança, pois faz emergir no sujeito a sensação de incômodo, a percepção de que sua prática não está sendo suficiente para dar conta dos desafios de seu trabalho, apesar da incerteza do caminho a ser trilhado. Segundo esses autores, o incômodo só pode ser despertado quando ele é percebido, vivido de forma intensa. A vivência e a reflexão sobre as práticas de trabalho são os caminhos ideais para produzir insatisfações e disposição para elaborar alternativas que visem enfrentar os desafios (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

O MS (BRASIL, 2005b) reforça a importância da problematização ao afirmar que a reflexão sobre a qualidade da atenção individual, coletiva e sobre a organização do sistema de saúde tem a possibilidade de reorganizar os processos formativos, transformando as práticas educativas e de assistência à saúde.

Para Ceccim (2005b), a experiência da problematização favorece o desenvolvimento de escutas, de práticas cuidadoras em que o sujeito é o centro e visto de forma integral. Com base nisso, o mesmo autor apresenta a problematização como uma necessidade para a mudança:

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e da qualidade, a equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde [...]. (CECCIM, 2005b, p.165).

A EPS valoriza e estimula a aprendizagem significativa, a qual busca promover e produzir sentidos. Para Ausubel (1982), a aprendizagem significativa é um processo cuja nova informação tem um aspecto importante na estrutura de conhecimento do indivíduo. Ela ocorre quando o objeto de conhecimento possui familiaridades com proposições relevantes preexistentes na estrutura cognitiva do indivíduo, uma vez que sua essência se expressa na construção de relações entre aquilo que é apresentado ao sujeito e aquilo que ele já sabe. Aprendizagem significativa pode acontecer tanto por recepção - o conhecimento é apresentado em sua forma final para quem aprende - quanto por descoberta.

Segundo o MS (BRASIL, 2005b), a aprendizagem significativa visa responder a uma pergunta/inquietação, algo bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual se retém o conhecimento. A aprendizagem significativa ocorre quando o sujeito se sente motivado, isto é, tem o desejo de se apropriar de novos conhecimentos e quando os conhecimentos prévios do trabalhador e sobre o contexto local são considerados (BRASIL, 2005f). Este tipo de aprendizagem propõe que a transformação das práticas dos profissionais esteja alicerçada na reflexão crítica sobre as práticas exercidas no trabalho.

Tanto a problematização quanto a aprendizagem significativa devem ser exercidas no trabalho, ou seja, devem ocorrer no cotidiano das pessoas e das organizações, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as

pessoas já possuem (BRASIL, 2005b).

Para desenvolver a problematização e construir a aprendizagem significativa no espaço do trabalho, Merhy (1997) sugere a construção de uma “caixa de ferramentas”, a qual se constitui enquanto uma estratégia para compreender o processo de trabalho. Ressalta-se que essa construção precisa ser coletiva e o resultado é específico de cada localidade. A “caixa de ferramentas” é constituída pela rede analisadora do processo de trabalho, a explicativa dos problemas e nós- críticos e a de co-gestão de coletivos (BRASIL, 2005f).

Pela **rede analisadora** do processo de trabalho, os profissionais são estimulados a refletir sobre o trabalho e compreender como as atividades são realizadas. Por meio dessa reflexão podem-se determinar os problemas ou insatisfações em relação ao modo como as ações de saúde estão organizadas. A **rede explicativa** dos problemas tem o objetivo de compreender as razões que ocasionaram o surgimento dos problemas; o ideal é que ela seja construída coletivamente. Além disso, ocorre a definição dos nós-críticos - condicionantes que podem ser enfrentados e que produzem um efeito positivo na diminuição dos desconfortos. Por sua vez, a **rede de co-gestão de coletivos** possibilita o confronto de idéias; é o momento propício para o diálogo, pelo qual se constrói um cenário que reúne idéias de todos os atores para redirecionar as ações de saúde (MERHY, 1997; BRASIL, 2005f).

A EPS deve ser desenvolvida de modo descentralizado e transdisciplinar, isto é, deve ocorrer em nível local e envolver vários saberes (BRASIL, 2005b). Com isso a EPS evidencia o trabalho de equipe, pois entende que os saberes distintos e articulados são necessários para dar conta das necessidades de saúde das pessoas.

Segundo Matumoto et al. (2005, p.14), o trabalho de equipe em saúde é “[...] uma rede de relações [...] entre pessoas, produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos.”

O trabalho de equipe em saúde deve promover o protagonismo de todos seus integrantes e também do sujeito que recebe cuidados. Sobre isso Ceccim (2005c, p.977) afirma que “A política de educação permanente em saúde congrega,

articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde”.

Dessa forma, rompe-se com a figura do médico como ponto central de uma equipe. Para que uma equipe seja integrada, é fundamental que haja articulação das ações e uma interação constante do conjunto de trabalhadores (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; MATUMOTO, et al., 2005).

A equipe deve ser constituída com o propósito de cuidar da saúde das pessoas e não com o foco nos cargos ou até mesmo se voltar exclusivamente para as doenças que se apresentam. Com isso, evita-se a fragmentação do cuidado e instiga-se a integralidade (BRASIL, 2005b).

Para Matumoto et al. (2005), um dos maiores desafios para a constituição de equipes é a falta de compreensão dos profissionais sobre o processo de construção-desconstrução-reconstrução, além da falsa idéia de uma equipe perfeita, em que todos pensam e agem do mesmo modo. Diante disso, estes autores reforçam a necessidade de lidar com essas diferenças e não permitir que as lacunas

– as quais sempre estarão presentes - impeçam a equipe de avançar a partir dos recursos que possui.

A EPS também dá destaque à integralidade. Este princípio doutrinário do SUS deve estar presente tanto na atenção às pessoas como nos princípios de gestão e na organização das políticas de saúde (BRASIL, 2005d). De acordo com o MS (BRASIL, 2005c), colocar o usuário no centro da gestão é primordial quando se quer trabalhar com integralidade. Camargo Junior (2005 p.36) refere que a integralidade é um “[...] conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não totalmente articuladas.” Esse conjunto de tendências traz idéias relacionadas à atenção primária, à promoção de saúde e críticas à assistência baseada na fragmentação e no curativismo. Segundo este autor, a integralidade não pode ser tomada como um conceito, mas como um ideal regulador, impossível de ser plenamente atingido. Entretanto, no exercício de ir ao encontro da integralidade rompe-se com a dicotomia entre as ações de caráter coletivo e individual, propicia-se uma relação de respeito, escuta entre profissionais e usuários, além de promover o trabalho de equipe e a autonomia do usuário (BRASIL, 2005c). Portanto, como afirma Camargo

Junior (2005, p.40), “[...] a integralidade é um tempo inalcançável e indispensável.”

A política de EPS propõe o rompimento com o sistema verticalizado, no qual os hospitais, sobretudo os especializados, são considerados mais importantes em relação à atenção básica. A idéia da verticalização gera distorções, na medida em que provoca nas pessoas o pensamento de que as ações que envolvem a utilização de equipamentos complexos são mais resolutivas (BRASIL, 2005a).

Ao propor o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde (BRASIL, 2004a), a EPS sugere a articulação entre os três níveis de atenção à saúde: serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais. Tudo isso no intuito de formar uma malha progressiva de cuidados que atue no sentido de atender às necessidades de saúde de cada pessoa (BRASIL, 2005a).

O trabalho em malha de cuidados traz algumas implicações (BRASIL, 2005c), entre elas:

- . • A acessibilidade, isto é, o usuário deverá ser acolhido independente do serviço de saúde escolhido pelo mesmo;
- . • Resolutividade das ações de saúde;
- . • Preservação da autonomia tanto do usuário como dos trabalhadores de saúde;
- . • Direito à informação e divulgação, isto quer dizer que todos os atores envolvidos na produção de saúde deverão ter acesso às informações;
- . • Responsabilidade dos profissionais para com a população e entre os profissionais;
- . • Regionalização e hierarquização, as quais visam respectivamente aproximar as práticas de saúde à população e organizar os níveis de atenção de modo a obter uma melhor qualidade.

### **2.2.1 Os Pólos de Educação Permanente em Saúde**

Os conceitos descritos até o momento, tais como integralidade, problematização, aprendizagem significativa, foram sistematizados pela política de EPS. No intuito de implementá-los foram instituídos os PEPS por meio da portaria 198 GM/MS em 2004. Os PEPS, conforme mencionado anteriormente, são instâncias

colegiadas em que se estabelecem diálogos entre diferentes atores sobre como fazer a EPS.

Segundo a portaria 198 GM/MS (BRASIL, 2004a), podem compor os pólos o seguinte quadrilátero:

- . • **Gestores:** formado por representantes dos gestores estaduais, municipais de saúde e de educação;
- . • **Formadores:** contemplando instituições com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde;
- . • **Serviços:** representado pelos trabalhadores de saúde, hospitais e demais serviços de saúde;
- . • **Controle social:** incluindo os conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e movimentos estudantis.

Outras instituições podem solicitar sua integração aos pólos, cabendo ao colegiado de gestão o encaminhamento de tais inclusões. Conforme artigo 3º da portaria 198GM/MS, o colegiado de gestão é formado por representantes de todas as instituições que participam dos pólos. Há também o conselho gestor, formado por representantes do gestor estadual, dos gestores municipais, do gestor do município sede do pólo, das instâncias de ensino e dos estudantes.

Os PEPS foram criados com o propósito de fomentar a articulação interinstitucional e promover a formação e educação permanente de recursos humanos na saúde. Para tanto, desempenham as seguintes funções (BRASIL, 2004a, p.2):

- I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e

de gestão em rede-escola; V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base localregional; VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações localregionais nos estados e no País.

Os pólos estão organizados em localregiões. Este termo representa a união das expressões regionalização, a qual significa aproximar da população as ações e os serviços de saúde, e hierarquização, que facilita a organização dos serviços de saúde, permitindo elevar a qualidade e a capacidade de resposta de cada nível de atenção (BRASIL, 2005a).

Segundo Campos et al., (2006), devido à característica localregional, cada pólo assume a responsabilidade por um determinado território, suprimindo as necessidades de formação e desenvolvimento que possam emergir do local. Os mesmos autores afirmam que nos estados com vários pólos, a Secretaria Estadual de Saúde tem a responsabilidade de reuni-los periodicamente no intuito de promover a articulação e cooperação entre os pólos e também para evitar que os mesmos afastem-se das propostas iniciais da política estadual e nacional de saúde, porém sempre respeitando as necessidades de cada localidade.

Os pólos devem funcionar como rodas de debates para a construção coletiva da EPS. Quando se trabalha em rodas espera-se que não haja um comando vertical e obrigatório, visto que todos podem participar das discussões. Nas rodas todos os atores podem levantar as necessidades e elaborar estratégias que visem intervir na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005b). É o momento ideal para a construção de novos saberes (BRASIL, 2005e).

Quando se trabalha em rodas é possível se relacionar com o outro, sentir o outro. Dessa vivência resultam sensações boas e ruins, as quais devem modificar e transformar as pessoas, no sentido de ajudá-las a refletir e a lidar com sujeitos que pensam, sobretudo, de forma distinta (MATUMOTO; FORTUNA; SANTOS, 2006).

Das discussões que ocorrem nos pólos, espera-se que surjam os projetos, os quais devem ser construídos a partir de uma análise local, priorizando os problemas de maior impacto sobre as necessidades de saúde da população. Os projetos são acreditados e financiados pelo MS (BRASIL, 2004a).

A participação de todos os atores nas rodas de discussões é de extrema relevância, pois dessa forma as necessidades manifestadas tornam-se mais próximas da realidade e as ações, por conseguinte, mais resolutivas (BRASIL, 2005b).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p.57):

*A roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. É por estarem em roda que os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas.*

Além disso, o trabalho em roda permite o fortalecimento do sujeito, à medida que amplia sua capacidade de análise e intervenção sobre políticas, projetos, programas e práticas sociais (CAMPOS, 2000).

### **2.2.2 Formação de Tutores e Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**

A formação de tutores e facilitadores ocorreu no intuito de potencializar a política de EPS. Essa iniciativa foi realizada pelo MS em parceria com a ENSP.

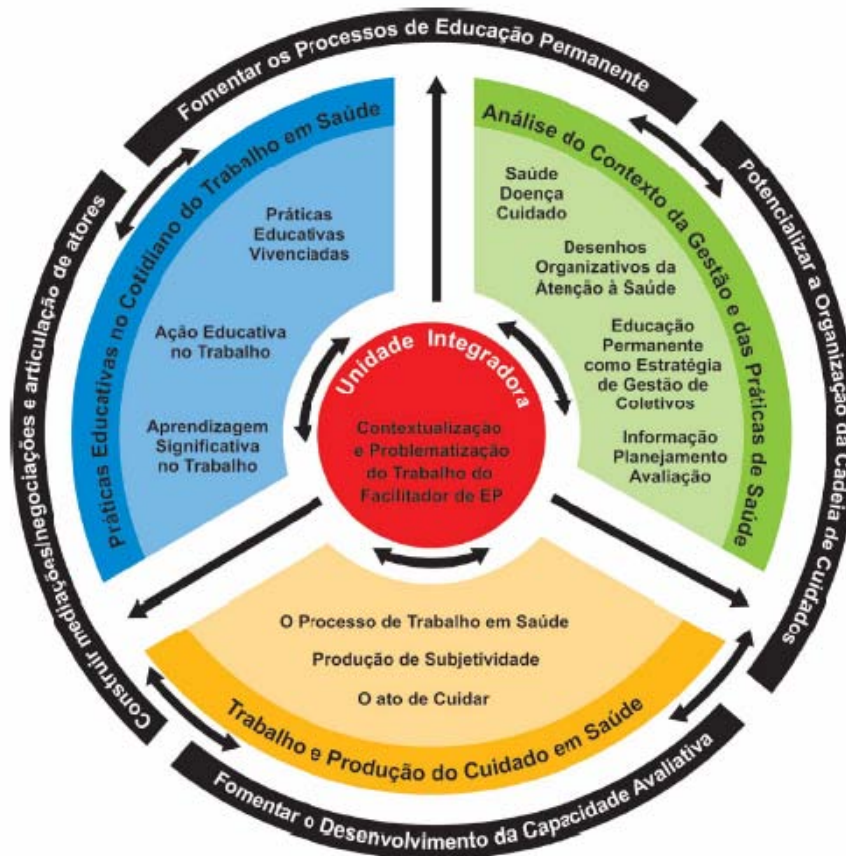
O curso teve como objetivo formar atores indicados pelos PEPS para aumentar a capacidade de implementação da política de EPS, fortalecendo os pólos e transformando as práticas de atenção e de ensino dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005g). Conforme o mesmo documento, por meio desse processo de formação, novos conceitos foram introduzidos, como a aprendizagem significativa e a problematização: ferramentas para a transformação do processo de trabalho.

Os tutores foram selecionados por meio de seleção pública realizado pelo MS e a ENPS. Eles tinham como função cooperar na superação dos impasses

existentes no contexto dos pólos; logo, deveriam ter afinidade com a política de EPS e compromisso com a articulação locorregional (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Por outro lado, os facilitadores, orientados pelos tutores, foram formados na intenção de acompanhar e facilitar as reflexões críticas dos atores envolvidos em todos os segmentos dos pólos (gestores, instituições formadoras, serviços e controle social), bem como auxiliar tanto no processo de reflexão dos nós críticos como na identificação das ações educativas que deveriam ser implementadas no processo de trabalho (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Além disso, o facilitador também teria o papel de estar sempre em roda, instigando a formação da mesma e mobilizando as pessoas para uma postura mais ativa nas decisões que permeiam o processo de trabalho (MATUMOTO; FORTUNA; SANTOS, 2006).

O curso foi estruturado em quatro unidades de aprendizagem. Três delas foram trabalhadas na modalidade de EAD e apenas uma, a unidade integradora, foi desenvolvida em dois encontros presenciais. O diagrama do curso a seguir apresenta a imagem de uma roda, sintetizando a dinâmica da proposta para o programa de formação. O facilitador teve liberdade de escolha, portanto pôde percorrer os conteúdos da forma como achava melhor (BRASIL, 2005g).



**Figura 2** – Esquema gráfico das unidades de aprendizagem do curso de facilitadores de educação permanente em saúde

Conforme o MS (2005g), as unidades de aprendizagem reuniam conteúdos e estratégias pedagógicas que estimulavam a capacidade de reflexão e a construção de novos conhecimentos, o que possibilitou o desenvolvimento dos facilitadores para atuarem de forma estratégica na implementação da EPS.

As unidades de aprendizagem são as seguintes (BRASIL, 2005g):

1. 1. **Unidade integradora:** é a unidade que deu início ao curso. Ela foi trabalhada em dois encontros presenciais. O objetivo dessa unidade era potencializar a ação construtora da EPS, através dos problemas identificados e pactuados em cada localidade.
2. **Unidade de análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** O objetivo desta unidade era fazer com que os facilitadores compreendessem a diversidade e a dinamicidade que sustentam as práticas de saúde e que reconhecessem a integralidade como caminho para promover mudanças no modo de atenção à saúde, considerando a EPS como estratégia de gestão de coletivos.

2. 3. **Unidade práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde.** O propósito dessa unidade foi o de apoiar o desenvolvimento das práticas de EPS. Para tanto, oferecia elementos para a aprendizagem significativa no trabalho em saúde e no enfrentamento dos problemas do processo de trabalho. Os facilitadores também eram estimulados a questionar as práticas que ocorrem na gestão, atenção, controle social e formação em saúde.

3. 4. **Unidade de trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.** Nesta unidade os facilitadores resgataram a essência do cuidado, que reside nas relações individuais e coletivas, na abertura às necessidades do outro e na escuta.

Vale ressaltar que as ações exercidas pelos tutores e facilitadores de EPS têm resultado quando há apoio dos pólos e dos gestores, sobretudo do gestor municipal, pois somente desse modo há força para superar os desafios que surgem durante o processo de mudança (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Alguns municípios dos Estados do Paraná, São Paulo e Paraíba reconheceram na EPS a oportunidade de transformar os modelos organizativos de gestão e, portanto, estão reproduzindo a estratégia de formação de tutores e facilitadores. No Paraná, o município de Londrina, em parceria com a ENSP, formou em 2006 aproximadamente 150 facilitadores, que atuavam nas instituições de ensino, nos serviços de atenção e nos órgãos de controle social (LONDRINA, 2006).

## 2.3 A EDUCAÇÃO ENQUANTO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO

A EPS objetiva promover mudanças no processo de trabalho e na formação em saúde por meio da educação, por acreditar em seu potencial de transformar sujeitos. Este capítulo apresenta esta característica da educação sob a ótica de alguns autores, com destaque para Freire, Morin, Vasconcellos e Luckesi.

A educação é uma forma de intervir no mundo (FREIRE, 2006a; GADOTTI, 1983). A intervenção pode ser tanto no sentido de reproduzir e reforçar a ideologia dominante, como de desmascará-la.

A ideologia dominante atua de modo a tornar naturais situações que deveriam ser motivo de insatisfação e revolta. Segundo Freire (2006a), a ideologia hegemônica tem a capacidade de ocultar a realidade, fazendo com que se aceite

docilmente o discurso fatalista, o qual atribui à fatalidade situações como a fome e pobreza. “O discurso ideológico nos ameaça de anestésiar a mente, de confundir a curiosidade, de distorcer a percepção dos fatos, das coisas, dos acontecimentos.” (FREIRE, 2006a, p.132).

Diante do condicionamento exercido pela ideologia dominante, é preciso reconhecer que o homem é um ser condicionado, mas capaz de superar tal condicionamento (FREIRE, 2006a). Nesse sentido, é necessário recusar o determinismo, que reduz a presença do homem na realidade histórico-social à pura adaptação a ela.

Luckesi (1994) descreve três formas de intervenção da educação, traduzidos por sentidos atribuídos pela sociedade. Esses três grupos de entendimento do sentido da educação na sociedade são expressos pelos seguintes conceitos: educação como redenção, educação como reprodução e educação como um meio de transformação da sociedade.

A educação redentora considera a sociedade como um conjunto harmonioso, em equilíbrio, e reconhece a existência de grupos que estão à margem dessa harmonia, isto é, deslocados da sociedade. Nesse contexto, a educação tem o objetivo de integrar os indivíduos ao todo social. Para tanto, atua na formação da personalidade do indivíduo para o desenvolvimento de suas habilidades e para a veiculação dos valores éticos necessários à convivência social (LUCKESI, 1994).

Percebe-se que nessa lógica a educação redentora assume uma importante autonomia. Ao invés da sociedade interferir na educação, é ela que interfere nos destinos do todo social (LUCKESI, 1994). Para o mesmo autor, esta é uma forma ingênua de compreender a relação da educação com a sociedade.

O segundo sentido afirma que a educação é um elemento da sociedade, faz parte dela e a reproduz. Diferente da anterior, a educação neste entendimento serve à sociedade; ela não possui autonomia como na primeira. A educação reprodutora tem uma postura de submissão à ideologia dominante, pois acredita que a educação é genuinamente produto da determinação dos condicionantes econômicos, sociais e políticos da sociedade. Assim, nada pode ser feito para que a educação se desenvolva de outras formas. A educação reprodutora não propõe um

modo de agir, mas apenas demonstra como ela se desenvolve na sociedade (LUCKESI, 1994).

Para o autor, a educação reprodutora está intimamente relacionada à reprodução da força de trabalho. Para garantir a produtividade da sociedade capitalista, a educação atua no sentido de oferecer conhecimentos técnicos (ler, escrever, fazer cálculos, entre outros), como também de determinar o comportamento dos sujeitos. “A reprodução da força de trabalho exige não só uma reprodução da qualificação desta, mas, ao mesmo tempo, uma reprodução da submissão desta à ideologia dominante.” (LUCKESI, 1994, p.44). Em outras palavras, a educação reprodutora da sociedade oferece conhecimentos, mas dentro dos limites impostos pela ideologia dominante.

A educação transformadora não reproduz, tampouco redime a sociedade. Ela atua criando um projeto de sociedade, o qual pode ser de conservação ou de transformação. Ao contrário das duas tendências anteriores, a educação transformadora reconhece seu papel ativo na sociedade, mas também assume os condicionantes histórico-sociais (LUCKESI, 1994).

As formas de intervenção da educação apresentados por Luckesi revelam que cada concepção possui uma determinação filosófica e política. Assim, quando se fala em educação é preciso sempre reconhecer seus determinantes.

A relação da filosofia com a educação se realiza na medida em que a primeira oferece à segunda a reflexão sobre a sociedade. Somente por meio da reflexão é que se obtém uma ação educativa consciente pois:

Se a reflexão filosófica não for realizada conscientemente ela o será sob a forma do “senso comum”, assimilada ao longo da convivência dentro de um grupo. Se a ação pedagógica não se processar a partir de conceitos e valores explícitos e conscientes, ela se processará, queiramos ou não, baseada em conceitos e valores que a sociedade propõe a partir de sua postura cultural (LUCKESI, 1994, p.32).

Quando o processo educativo resiste à reflexão, ele se desenvolve em um espaço sem perspectivas, em que não há avanços e novos conhecimentos. A educação perde a sua essência, deixa de ser dialética.

A educação é política, visto que constitui um direcionamento para a

ação (LUCKESI,1994). Seguindo esse raciocínio, Freire (2002) afirma que a natureza da educação é política. Não há uma dimensão política da educação, pois todo o processo educativo é político. Para Gadotti (2001), a educação é um ato político e mesmo que a educação tenha ignorado a política, a política jamais ignorou a educação.

Dentro do sentido da educação transformadora, surgem algumas tendências pedagógicas, entre elas a progressista libertadora, a qual é baseada nas idéias de Paulo Freire. Essa tendência propõe uma pedagogia crítica social, capaz de superar as práticas educativas tradicionais. Ela valoriza a ação pedagógica inserida no contexto social (LUCKESI, 1994), assim como na EPS.

Partindo dessa tendência, a educação deve ser entendida não apenas como um meio de adquirir conhecimentos, mas também de transformar a realidade do sujeito que é educado. A educação deve contribuir para formar cidadãos e despertar virtudes de solidariedade e responsabilidade (MORIN, 2006).

Para Rosa (2003), a educação é um ato intencional, no qual educador e educando o vivenciam com compromisso de modo que ambos são transformados. Tendo em vista o aspecto transformador da sociedade, é inadmissível reduzir o processo educativo à transmissão de conhecimentos e acúmulos de informações.

Freire (2002) afirma que não há como compreender a educação sem perceber que no processo educativo há sempre um objeto de conhecimento a ser conhecido e apreendido. O mesmo autor destaca que antes de se tentar conceituar a educação é necessário se auto-questionar da seguinte forma: Qual a minha compreensão do ato de conhecer? Conhecer para quê? Com quem? Em favor de quê? Contra quê? Em favor de quem? Contra quem? Porém, Freire salienta que o primeiro questionamento deve ser: como conhecer? Ou seja, que métodos utilizar? Como ensinar? Todas estas indagações sugeridas por Freire destacam a necessidade de refletir sobre si, sobre o outro e sobre o contexto no processo educativo.

Dessa forma, ensinar não é transmitir conhecimento, pois o conhecimento não se transmite, mas se faz e se refaz historicamente por meio das transformações sociais (FREIRE, 2002). Acreditar que o conhecimento é algo que se possa transmitir é acreditar que o conteúdo da educação pode ser transformado em um acumulado de sabedoria e repassado como tijolos aos educandos (FREIRE, 2002).

Vasconcellos (1992) afirma que o grande problema da educação baseada na metodologia de exposição, ou seja, de transmissão, é a não-aprendizagem, uma vez que há pouca interação entre o sujeito e o objeto de conhecimento.

Assim “[...] ensinar é desafiar os educandos a que pensem sua prática a partir da prática social, e com eles, em busca dessa compreensão, estudar rigorosamente a teoria da prática.” (FREIRE, 2002, p.104). Isso quer dizer que é preciso considerar a natureza dialética da teoria-prática. É essencial integrar a prática com a teoria por meio da compreensão teórica da prática que os sujeitos possuem.

Aprender, por sua vez, é “[...] um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, e só tem sentido se resulta de uma aproximação crítica dessa realidade.” (LUCKESI, 1994, p.66). Para Luckesi (1994), o aprendizado não resulta da memorização, mas da apropriação crítica do objeto, a qual se faz pela compreensão da realidade e reflexão crítica sobre ela.

Para superar a pedagogia tradicional, Vasconcellos (1992) aponta três caminhos: mobilização para o conhecimento, construção do conhecimento e elaboração da síntese.

A mobilização para o conhecimento surge a partir do interesse que o sujeito tem em conhecer determinado objeto. Para despertar o interesse do sujeito é preciso que o educador dê um significado inicial a esse objeto, de modo que o educando possa a partir daí refletir sobre ele e criar representações. Contudo, para que esse processo seja desencadeado, é preciso que tal significado tenha relação com a realidade do educando. Disso emerge uma nova necessidade: o educador deve conhecer a realidade do educando. Além do interesse, outro elemento fundamental para a mobilização do sujeito é a motivação. Vasconcellos (1992) afirma que a motivação resulta de características individuais, mas também da forma como o objeto de conhecimento é exposto e das relações interpessoais. O interesse e a motivação tendem a se fazer presentes, sobretudo, quando a aprendizagem de um objeto está relacionada à satisfação de uma necessidade do sujeito (VASCONCELLOS, 1992). É o que a EPS sugere com a aprendizagem significativa.

A construção do conhecimento ocorre na interação do sujeito com o objeto de estudo. Logo, percebe-se que interesse e motivação não são o bastante para

que a aprendizagem se realize, há a necessidade da ação do sujeito sobre o objeto. Essa ação pode ser motora, perceptiva ou reflexiva; deste modo fica claro que nenhuma aprendizagem é passiva. Vasconcellos (1992) apresenta alguns elementos que favorecem o processo de construção do conhecimento. Entre eles, a problematização. Para este autor, a origem da busca pelo conhecimento surgiu quando o homem sentiu-se desafiado pela natureza e pela sociedade, isto é, numa situação de problema. O problema, nesse sentido, propicia que o sujeito busque novos conhecimentos.

A elaboração da síntese é o momento no qual o conhecimento é sistematizado. O sujeito deve apresentar as relações que foram estabelecidas com o objeto, isto é, seus significados, generalizações e aplicação em outras situações que as não estudadas (VASCONCELLOS, 1992).

Conforme mencionado anteriormente, o conhecimento da realidade é primordial na prática educativa, mas para isso é necessário refletir e problematizá-la. Esta atitude é também reconhecida na EPS, uma vez que, ao refletir sobre a realidade, aprende-se a realidade e isso é apontado por Freire (2006a) como uma das exigências para ensinar. Aprender a realidade é apropriar-se dela, superar a visão ingênua, em outras palavras, superar a compreensão fatalista das situações, que significa descobrir o papel da consciência e da subjetividade na história (FREIRE, 2001a).

Luckesi (1994) descreve duas formas de conhecer a realidade. A primeira refere-se ao método da investigação, denominado por ele como conhecimento direto da realidade. Quando se adota esse método, é preciso considerar os seguintes aspectos:

- . • Assumir uma postura crítica.
- . • Reconhecer que a realidade não se deixa conhecer facilmente. Portanto, é preciso ir além das aparências e buscar a essência de determinado fenômeno.
- . • Criticar o senso-comum. Não se pode acreditar imediatamente nas informações e interpretações do cotidiano.
- . • Criticar as explicações existentes. É preciso questionar os conhecimentos já sistematizados.

O segundo método é o da exposição. Por meio desse método, o sujeito conhece a realidade pela exposição dos conhecimentos. É uma forma indireta de se apropriar da realidade. Luckesi (1994) salienta que nesse método também é necessário

ponderar os aspectos descritos anteriormente.

Refletir sobre a realidade é reconhecer que a realidade é mutável, que não há neutralidades; significa perceber a realidade como uma realidade histórico-cultural, humana, criada pelos homens e que pode ser transformada por eles (FREIRE, 2001b). Este autor acrescenta:

Temos de nos esforçar para criar um contexto em que as pessoas possam questionar as percepções fatalistas das circunstâncias nas quais se encontram, de modo que todos possamos cumprir nosso papel como participantes ativos na história (p.36).

Morin (2006, p.22) relata a necessidade de despertar e estimular a reflexão, a dúvida e a curiosidade. “Trata-se, desde cedo, de encorajar, de instigar a aptidão interrogativa e orientá-la para os problemas fundamentais de nossa própria condição e de nossa época.” É fundamental sempre partir da interrogação, pois ao interrogar

o homem conhece a si e a sua realidade. Ademais, para refletir é necessário estabelecer relações entre os fenômenos e seu contexto, quer dizer, a modificação que ocorre no todo repercute sobre as partes, assim como a transformação nas partes reflete sobre o todo (MORIN, 2006).

Além do conhecimento da realidade, o processo educativo também exige comprometimento (ROSA, 2003). Para Freire (2001b), comprometer-se é ser capaz de agir e refletir, é superar a visão ingênua, fatalista, é conhecer a realidade. A essência do compromisso é a solidariedade, já que o compromisso não se reduz a gestos de falsa generosidade, tampouco a uma relação onde apenas uma das partes é beneficiada (FREIRE, 2001b).

O compromisso tem a capacidade de sensibilizar o ser humano. Por meio do compromisso o sujeito se revela, ou seja, expõe sua maneira de ser e pensar politicamente (FREIRE, 2006a). Portanto, aqueles que se dizem neutros, na verdade, têm medo de se comprometerem. Aqueles que insistem em assumir uma neutralidade impossível comprometem-se apenas consigo mesmo e em favor de seus próprios interesses (FREIRE, 2006a).

A relação educador-educando, sob a ótica da tendência progressista, expressa-se por meio do respeito mútuo. Para Freire (2002) e Luckesi (1994), no processo de ensino é fundamental partir dos níveis de compreensão em que se encontram os educandos e os grupos populares e compreender o educando a partir de seus condicionantes. “[...] é preciso compreender e respeitar o senso comum das massas populares para buscar alcançar juntamente com elas uma compreensão mais rigorosa e mais exata da realidade.” (FREIRE, 2002, p.82).

Além do respeito, a relação educador-educando também se expressa pelo diálogo. Conforme Luckesi (1994), pelo diálogo é possível horizontalizar as relações. Para Freire (2006a), não há educação se não há diálogo, pois para que o processo educativo aconteça é fundamental que exista uma comunicação. A verdadeira comunicação só ocorre por meio do diálogo.

Freire (2006b) cita alguns aspectos que favorecem o diálogo. Entre eles, o amor; a humildade - afinal a auto-suficiência é incompatível com o diálogo -; a fé nos homens e no seu poder de fazer e refazer, de criar e recriar; a esperança, pois a esperança é fruto da imperfeição do homem, que o coloca numa eterna busca, a qual não se faz no isolamento, mas na comunicação; e o pensamento crítico, o qual busca superar a visão ingênua, a acomodação.

Apesar de a tendência progressista ser permeada de elementos que visam à autonomia dos sujeitos, ela não exclui ou reduz a figura do educador, pelo contrário. Para Freire (2002), o educador é indispensável à prática pedagógica, a qual só se completa quando há outro sujeito de conhecimento, o educando. Por isso, Freire (2002, p.83) afirma que o educador e o educando não são iguais. “Quando alguém, como educador, diz que é igual a seu educando, ou é mentiroso e demagógico, ou é incompetente. Porque o educador é diferente do educando pelo próprio fato de ser educador.”

A função do educador é educar, porém esse jamais deve perder a consciência de que, ao educar, também se educa (FREIRE, 2002). Ao valorizar a figura do educador, a pedagogia de Paulo Freire revela-se diretiva. Segundo este autor toda educação é diretiva. Entretanto, o educador não deve utilizar o conhecimento que detém para manipular os educandos. O contrário também não deve ocorrer, isto é, em

respeito à capacidade crítica e reflexiva dos educandos não se pode deixá-los entregues a si mesmos (FREIRE, 2002).

Luckesi (1994) afirma que para ser educador é preciso conhecer a realidade, ter comprometimento político, conhecer o campo científico no qual atua e ter habilidades e recursos técnicos suficientes. O mesmo autor reforça que o educador também deve ter consciência de que o educando não é um ser desprovido de conhecimentos, mas que possui capacidades próprias. Assim o papel do educador se traduz em criar as condições propícias para que o educando cresça.

A função do tutor e facilitador no processo de implementação da EPS deve ter as mesmas prerrogativas do educador apresentado por Freire e Luckesi, pois para instigar os demais sujeitos à mudança de prática é indispensável que eles se comprometam com a função e que valorizem os conhecimentos prévios dos companheiros de trabalho.

Segundo Freire (2006b), para que a educação promova transformações na sociedade, ela deve ocorrer continuamente; dessa forma, é preciso reconhecer que o homem é um ser inacabado. Campos (2000, p.98) também reforça essa característica do Homem:

A produção do Sujeito é um processo ininterrupto e sempre inacabado, não havendo, portanto, identidade estável. Embora haja, em cada pessoa ou coletivo, estabilidade relativa de alguns elementos, ou processos, ou tendências, identificáveis como característicos de tal ou qual Sujeito.

Para Freire (2006b), a inconclusão humana é própria da experiência de viver. Além do homem, a realidade é inacabada, assim como tudo no mundo. No entanto, somente o homem tem consciência da sua inconclusão. Só há educação porque o homem é inacabado; essa é a raiz da educação (FREIRE, 2001b).

O inacabamento do homem o coloca em uma constante busca. Logo, pode-se dizer que a educação é essa constante busca; dessa forma, o homem é sujeito de sua educação e não objeto dela (FREIRE, 2001b).

Essa procura do homem pelo conhecimento deve ocorrer no intuito de ele querer *ser mais* e não *ter mais*. Para tanto, ela não se deve dar na exclusividade, no

isolamento, no individualismo, mas na solidariedade, na comunhão (FREIRE, 2006b). Parafrazeando Freire (2001b, p.28) “O Homem não é uma ilha. É comunicação.” Esta fala de Freire reforça o aspecto coletivo da educação, também valorizado na EPS.

Considerando que o Homem é um ser inacabado, torna-se fundamental aceitar o novo e, portanto, correr riscos (FREIRE, 2006b). Morin (2002) relata que o Homem se assegura em teorias e idéias que não têm estrutura para acolher o novo, porém apesar da resistência às novidades, elas são reais e surgem a todo instante. A EPS traz novos conceitos e, portanto, novas práticas. Assim a abertura ao novo se faz necessária, sobretudo porque todo conhecimento é limitado, é incerto; logo, a maior certeza que existe é a de que o incerto é indestrutível (MORIN, 2006). Nesse sentido, é preciso ter consciência dos limites do conhecimento para não cair nem no erro, nem na ilusão (MORIN, 2002).

Para implementar uma educação que propicie mudanças, também é preciso ter algumas virtudes. Freire (2006a) salienta algumas, entre elas o respeito, tanto aos saberes como à autonomia dos sujeitos. Respeitar o saber das pessoas reflete o valor que o educador oferece à realidade dos educandos (FREIRE, 2006a). O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é uma postura ética e não um favor que se pode ou não oferecer aos outros. Todo sujeito deve ser respeitado em suas escolhas, na sua linguagem, no seu gosto estético, na sua curiosidade e inquietude (FREIRE, 2006a).

O respeito muitas vezes depende do grau de compreensão que um sujeito tem em relação ao outro. No entanto, não se trata da compreensão intelectual, a qual se adquire com a explicação dos fatos, mas da compreensão humana, cuja aquisição vai além da explicação. A compreensão humana comporta um conhecimento de sujeito a sujeito, inclui um processo de empatia, de identificação, é subjetiva; ela pede abertura, simpatia e generosidade (MORIN, 2002).

Isso porque o ser humano se constitui numa trama de relações sociais. O ser humano se constrói a partir das relações que estabelece dentro de uma sociedade e suas ações ajudam a construir essa mesma sociedade. Essa interação simbiótica promove a evolução simultânea e potencializada do ser individual e de sua representação coletiva. Por fim, o ser humano torna-se o conjunto das relações sociais

das quais participa de forma ativa (LUCKESI, 1994).

Outras virtudes destacadas por Freire (2006a) são a coerência e a tolerância. A coerência consiste em aproximar o discurso da prática, isto é, o que se diz deve ser compatível com o que se faz (FREIRE, 2002). Para Freire (2002), esta é uma virtude que deve acompanhar o sujeito que se propõe a educar, pois sua credibilidade depende de sua coerência.

A tolerância, por sua vez, sugere uma capacidade de aceitar as diferenças, de conviver com pessoas que possuem idéias, convicções e escolhas contrárias (MORIN, 2002). De acordo com Morin (2002), a tolerância deve ser exercida no campo das idéias e jamais no campo das agressões, dos insultos ou dos atos homicidas.

A escuta também é uma virtude importante para a prática educativa. Escutar “[...] significa a disponibilidade permanente por partido do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro.” (FREIRE, 2006a, p.119). Com isso, Freire (2006a) não quer dizer que aquele que escuta é inferior àquele que fala, ou que aquele que fala tem mais conhecimento do que aquele que escuta. Isso seria uma auto-anulação. Além disso, o fato de escutar não retira do sujeito o direito que ele tem de discordar do que está sendo dito, mas, pelo contrário, é escutando bem que o sujeito se prepara para colocar com clareza seu ponto de vista.

Além disso, é preciso considerar que o silêncio tem um papel relevante no espaço da comunicação. Primeiro, porque permite que aquele que escuta entre no movimento interno de seu pensamento e, segundo, porque possibilita escutar a indagação, a dúvida, a criação de quem escutou (FREIRE, 2006a).

A atitude de escuta depende muito da humildade, pois pela humildade se aceita as diferenças, age-se com dignidade, tem-se a consciência de que ninguém é superior a ninguém; logo, não há espaço para opressores, nem oprimidos (FREIRE, 2006a).

Por fim, ensinar também exige amor. O amor é uma virtude indispensável à prática educativa, pois não há educação se não há amor. Isso porque é do amor que emergem as demais virtudes já mencionadas. Quem ama se compromete, é tolerante, humilde, tem esperança, escuta, compreende, é coerente, dialoga e

respeita. Quem ama tudo faz para o bem do próximo (FREIRE, 2001b).

Conforme mencionado anteriormente, Freire levanta algumas questões importantes para se conhecer o processo educativo. A EPS, por ser um processo educativo, deve ser questionada da mesma forma por todos que possuem algum envolvimento com ela, tutores, facilitadores, profissionais de saúde, enfim. Estes sujeitos precisam se questionar e analisar suas compreensões sobre o ato de conhecer. Eles precisam refletir sobre por que conhecer a EPS, sobre as razões que os mobilizam. Também precisam se questionar: Em favor de que a EPS se posiciona e contra quem? Será que todos têm clareza de qual é o papel desta política nacional? Todos estes questionamentos merecem destaque, pois a partir deles surge a reflexão, e da reflexão podem emergir, segundo Freire, atitudes de comprometimento.

Com base em todo o exposto, percebe-se que a educação pode produzir transformações na sociedade; no entanto, não é um processo fácil, uma vez que exige reflexão crítica da realidade. Assim sendo, fica evidente a grande responsabilidade assumida por tutores e facilitadores de EPS. Diante disso, será que tutores e facilitadores refletem sobre os questionamentos apontados anteriormente? Será que eles têm clareza do papel que assumiram enquanto tutores e facilitadores? Qual a compreensão deles sobre EPS?



# OBJETIVOS

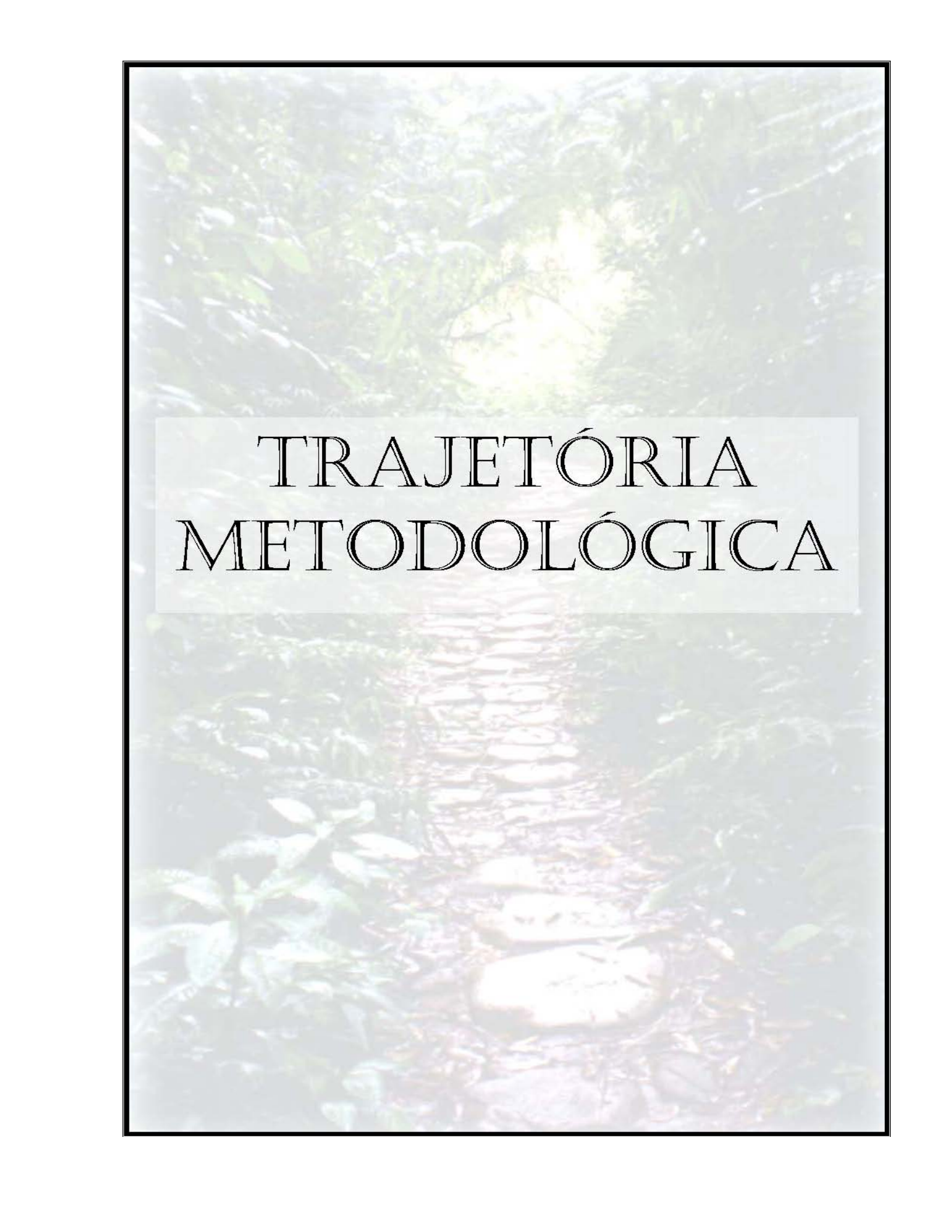
### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a compreensão de tutores e facilitadores sobre a Educação Permanente em Saúde e sobre sua atuação no processo de implementação da EPS a partir do curso de facilitadores em Londrina, PR.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- . • Desvelar as percepções de tutores e facilitadores sobre a formação de facilitadores de EPS;
- . • Analisar a compreensão de EPS dos facilitadores e tutores;
- . • Compreender como tutores e facilitadores percebem sua atuação no processo de implementação da EPS;
- . • Analisar as necessidades sentidas por esses sujeitos para implementar a EPS.

A photograph of a stone path winding through a dense forest. The path is made of irregular, light-colored stones and is flanked by lush green foliage. At the end of the path, there is a bright, glowing light flare, suggesting a path leading to a bright future or a destination. The overall atmosphere is serene and hopeful.

# TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA

O presente estudo utiliza uma abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo que favorece a exploração das experiências dos tutores e facilitadores de EPS. A pesquisa qualitativa lida com fenômenos e não com fatos, pois estes, segundo o positivismo, são tudo aquilo que pode se tornar objetivo; o fenômeno, por outro lado, é aquilo que se manifesta em si mesmo, sendo que tal manifestação pode se dar de várias formas, dependendo do acesso que o pesquisador tem ao fenômeno a ser estudado (MARTINS; BICUDO, 2005).

Segundo Martins e Bicudo (2005) e Minayo et al. (2000), a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado; sua abordagem aprofunda-se no mundo dos significados das ações, das atitudes, emoções, aspirações, crenças e das relações humanas, fenômenos esses que não podem ser compreendidos por meio de operacionalização de variáveis, equações e médias estatísticas. Apesar disso, a realidade abrangida pelos estudos qualitativos e quantitativos interage dinamicamente, o que exclui qualquer dicotomia. Para Minayo e Sanches (1993, p.247):

A relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

A pesquisa qualitativa trabalha com descrições dos fenômenos, sendo o significado a preocupação essencial desse tipo de abordagem (TRIVIÑOS, 1987). Entende-se que o significado determina, ou seja, dá molde à forma como as pessoas

pensam e agem; logo, é através da compreensão das significações que se conseguem desvelar as vivências e as representações que as pessoas têm a respeito de algo (TURATO, 2005).

De acordo com Minayo e Sanches (1993, p.244):

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

A pesquisa qualitativa é importante para compreender as representações dos sujeitos sobre temas específicos e para formular políticas públicas e sociais (MINAYO, 1996).

O propósito da pesquisa qualitativa é estudar os fenômenos por meio de seus significados; porém é importante que isso seja realizado no espaço em que os fenômenos acontecem, no ambiente natural, sem o controle de variáveis, lembrando que estes não devem ser explicados, mas compreendidos (TURATO, 2005; CABRAL;TYRRELL, 1998).

O método qualitativo busca compreender o fenômeno por meio da construção de um modelo, ou de uma teoria, que irá revelar o conhecimento em uma ordem invisível ao olhar comum (TURATO, 2005). Vale ressaltar que a construção da teoria é determinada pela visão do pesquisador.

Segundo Triviños (1987), na pesquisa qualitativa o pesquisador se preocupa com o processo, isto é, com revelar como o objeto de estudo acontece e se manifesta, e não simplesmente com os resultados; além disso, tende a analisar os dados indutivamente.

Ao contrário da pesquisa quantitativa, a qualitativa não se preocupa em generalizar seus resultados, mas se volta para o específico e o individual. Para Martins e Bicudo (2005, p.24), na abordagem qualitativa o pesquisador “[...] substitui as correlações estatísticas pelas descrições individuais e as conexões causais objetivas pelas interpretações subjetivas oriundas das experiências vividas.”

Neste estudo, a modalidade de pesquisa qualitativa utilizada foi a

estrutura do fenômeno situado. Nesta modalidade, o pesquisador busca situar o fenômeno, ou seja, ele o investiga e compreende através da vivência dos sujeitos; portanto, só existe um fenômeno quando existe um sujeito no qual ele se situa (MARTINS; BICUDO, 2005).

#### **4.2 LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no município de Londrina – PR com nove tutores e 10 facilitadores de EPS. Foram entrevistados todos os tutores do município, que fizeram o curso pelo MS, e os facilitadores, que foram formados pelo município de Londrina.

Como o número de tutores era pequeno (nove), todos foram entrevistados. Por outro lado, o número de facilitadores (150) foi determinado pela saturação das informações coletadas, ou seja, quando se percebeu repetições nas falas dos entrevistados, de modo que a inclusão de novos sujeitos não traria maior diversidade de informações.

A seleção dos facilitadores de EPS ocorreu por amostragem intencional e orientada pelo critério de entrevistar pessoas de diferentes categorias profissionais, a fim de desvelar o fenômeno sob os diferentes papéis que os profissionais ocupam em uma equipe. De acordo com Thiollent (2004), a amostragem intencional se justifica pela relevância que as pessoas selecionadas apresentam em relação a um determinado assunto.

Gaskell (2004) afirma que na pesquisa qualitativa o propósito não é contar pessoas e suas opiniões, mas a diversidade de informações sobre um assunto. Sendo assim, a realização de mais entrevista não é garantia de melhor qualidade e de uma compreensão mais apurada sobre determinado fenômeno. Isso porque, segundo o mesmo autor, existe um número limitado de opiniões acerca da realidade, uma vez que as representações não surgem exclusivamente dos indivíduos; essas são também produtos de processos sociais. Além disso, um número muito grande de entrevistas

poderia comprometer a qualidade da análise, pois o material resultante seria demasiado extenso para ser analisado em profundidade.

Para Minayo et al. (2000), o número ideal de entrevistas é aquele que permite ao pesquisador explorar o fenômeno sob várias dimensões.

### **4.3 COLETA DE DADOS**

O período de coleta de dados foi de dezembro de 2006 a janeiro de 2007. Segundo Turato (2005), no estudo qualitativo o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, uma vez que a utilização de seus sentidos é essencial para a coleta de dados. Entretanto, é importante que ele faça uso de métodos que tenham como propósito a captação desses dados. Nesse estudo, utilizou-se como instrumento de coleta a entrevista semi-estruturada, a qual além de valorizar a presença do pesquisador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária (TRIVIÑOS, 1987). A entrevista semi-estruturada parte de alguns questionamentos básicos que são de interesse da pesquisa e permite que o informante se expresse livremente dentro do foco principal estabelecido pelo pesquisador.

A entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo. Nela as palavras são o meio principal de troca (GASKELL, 2004). Para Martins e Bicudo (2005) e Haguette (2003), a entrevista é um momento de interação social entre dois sujeitos. Por meio dela o pesquisador busca obter informações a respeito de um determinado assunto, contidas na fala dos sujeitos de pesquisa (MINAYO et al., 2000). A entrevista não é um processo de informação de mão única, mas, ao contrário, trata-se de um momento de troca de idéias e de significados, em que tanto o entrevistado como o entrevistador estão, de maneiras diferentes, envolvidos na produção de conhecimento (GASKELL, 2004). Nesse sentido, Schraiber (1995) afirma que a entrevista, além de permitir ao pesquisador conhecer o outro, isto é, explorar uma temática a partir do olhar do outro, permite também ao pesquisado se conhecer.

Minayo (1996) salienta que a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados, pela possibilidade de a fala revelar condições estruturais, sistemas de valores, crenças, maneira de pensar, opiniões e por transmitir as representações dos grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Neste estudo, utilizaram-se algumas diretrizes para a realização das entrevistas e estas são descritas por Sousa (1998). A primeira consistiu no contato inicial para conhecer o entrevistado, bem como o local da entrevista. Nesta fase, foi explicado ao participante o objetivo da pesquisa, a liberdade para interromper a entrevista e sobre o caráter sigiloso de suas informações. A segunda fase correspondeu à coleta dos dados de identificação (nome, endereço, sexo, idade, entre outros). E a terceira, às regras que determinam o procedimento do entrevistador na condução da pesquisa, tais como: ouvir o entrevistado, respeitar os momentos de silêncio, não discutir com o entrevistado e manter um ambiente de respeito e cordialidade.

A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro (Apêndice 1) em que estavam registradas questões referentes à caracterização dos sujeitos do estudo e às questões geradoras do discurso.

1. 1. O que significa para você educação permanente em saúde?
2. 2. Como você (sendo um tutor ou facilitador) se percebe no processo de implementação da política de Educação Permanente em Saúde em seu ambiente de trabalho?
3. 3. Quais necessidades você enfrenta para implementar a Educação Permanente em Saúde?
4. 4. Quais são suas percepções sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde?

Durante a elaboração das questões seguiram-se as orientações de Martins e Bicudo (2005), evitando palavras contendo juízo de valor, tais como: bom, ruim, gosta mais, gosta menos.

Em relação ao roteiro de entrevista, Schraiber (1995) relata que sua utilização é fundamental para orientar o decurso da entrevista e permite que o pesquisador tenha maior clareza das informações que deseja obter; além disso, sua utilização também auxilia quando se quer aprofundar a discussão sobre determinado assunto.

Entretanto, Gaskell (2004) destaca que o pesquisador não deve se tornar escravo do roteiro, pois durante a entrevista podem surgir temas interessantes e esses não serem explorados pelo fato de não estarem contemplados na relação de assuntos a serem abordados.

No intuito de aprimorar o instrumento, realizou-se uma entrevista com um tutor e um facilitador de EPS no município de Maringá.

Observando as recomendações de Minayo (1996), houve a preocupação de estabelecer um ambiente cordial, favorecendo uma comunicação clara e simples, com a finalidade de assegurar a compreensão dos tutores e facilitadores de EPS sobre os objetivos do estudo.

Ademais, houve também a preparação do pesquisador, ou seja, este se preocupou em apropriar-se do tema de pesquisa antes da realização das entrevistas. Schraiber (1995, p. 70) refere que o pesquisador deve ter domínio sobre sua pesquisa para tornar “[...] seus procedimentos uma forma viva de exercício de subjetividade teoricamente fundamentada, isto é, o próprio pesquisador como instrumento de investigação e não apenas um mero portador de impressões pessoais.”

Martins e Bicudo (2005) também salientam a necessidade de não encarar a entrevista como um procedimento mecânico, mas de realiza-lá com base nos conhecimentos que o pesquisador possui acerca da realidade a ser estudada.

Antes do início das entrevistas, os participantes foram esclarecidos sobre a utilização de um gravador, no intuito de tornar mais rico o material coletado. Os tutores e facilitadores que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2).

Segundo Schraiber (1995) o gravador tem a capacidade de ampliar o poder de registro, uma vez que, além de conter as informações relatadas, também contém detalhes importantes e que devem ser considerados no momento de análise, tais como entonação de voz, pausas de reflexão ou de dúvida, entusiasmo e surpresas.

Ao término das entrevistas, o pesquisador agradeceu a participação de todos os tutores e facilitadores e se comprometeu a apresentar os resultados da pesquisa aos mesmos.

Há dois tipos de dados na pesquisa qualitativa; um deles refere-se às

explicações do sujeito de pesquisa em relação a determinado assunto e o outro diz respeito às atividades que as pessoas exercem. Nesta pesquisa os dois tipos de dados foram coletados.

Os dados são oriundos da descrição feita ao pesquisador pelos participantes da pesquisa; logo, o ato de descrever é essencial para o desenvolvimento da pesquisa. Não existem descrições certas ou erradas, mas apenas descrições. Para descrever é preciso que haja uma pessoa a quem dirigir a descrição e este alguém não deve conhecer o que está sendo descrito tanto quanto aquele que descreve; afinal não tem sentido descrever algo a uma pessoa que já conhece o fenômeno descrito. Além disso, só se pode descrever algo que aconteceu; assim, a imaginação e as idealizações não podem ser descritas; quando isso ocorre trata-se da representação daquilo que foi imaginado ou idealizado, mas não de descrição (MARTINS; BICUDO, 2005).

#### **4.4 TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL**

As fitas foram encaminhadas para a transcrição, sendo esta realizada por uma pessoa com experiência na área. As fitas foram transcritas na íntegra e de forma literal. Segundo Gill (2004), a transcrição não pode sintetizar as falas, ela deve ser realizada de forma literal, preservando todas as características possíveis.

Ao retorno das fitas, o material foi conferido pelo pesquisador; após as leituras foram retirados os vícios de linguagem e feita a correção ortográfica para proteção dos participantes da pesquisa.

#### **4.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Para a análise das entrevistas foi utilizada a análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (2005), que abrange dois momentos:

O primeiro momento consiste na análise individual ou ideográfica. Neste, foram realizadas leituras das descrições, ou seja, dos discursos dos entrevistados, sem buscar ainda qualquer interpretação. O objetivo dessas leituras é fazer com que

o pesquisador se aproprie do conteúdo dos discursos. Nesse momento, é fundamental que o pesquisador situe diante de si o fenômeno que está sendo estudado e que tente se colocar no lugar do sujeito a fim de viver a experiência. Para Martins e Bicudo (2005, p.95) o pesquisador não deve ser “[...] um mero espectador, mas alguém que procura chegar aos significados atribuídos vivencialmente.” Para tanto, é preciso que pré-conceitos e idealizações do pesquisador não influenciem no momento de análise.

Após as leituras, foram discriminadas as unidades de significado. As unidades de significado são palavras ou frases que possuem algum sentido na perspectiva do fenômeno em questão. Elas não estão prontas no texto; na verdade são percebidas pela atitude, disposição e interrogações do pesquisador. Assim sendo, é possível que diferentes pesquisadores identifiquem diferentes unidades de significado.

Depois de identificadas, elas foram interpretadas, isto é, as expressões cotidianas do sujeito foram transformadas em uma linguagem mais clara e compreensiva a fim de tornar evidente o sentido transmitido. Ainda neste momento, são feitas as convergências das unidades de significados dentro do discurso de cada entrevistado.

No segundo momento, foi feita a análise geral ou nomotética, que consiste na compreensão e articulação dos diversos casos individuais, como exemplos particulares, em algo mais geral. Nesta etapa ocorreu a re-leitura das entrevistas; em seguida, tomando as unidades de significados interpretadas dos discursos individuais, foi realizada a aproximação e as convergências e divergências presentes. Esta aproximação, buscando as evidências entre as unidades de significado, possibilitou a construção de categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado.

Conforme as orientações de Goldim (2000), os participantes foram identificados por códigos a fim de assegurar o sigilo de sua identidade. Para identificar os tutores foi utilizada a letra T e para identificar os facilitadores, a letra F. As

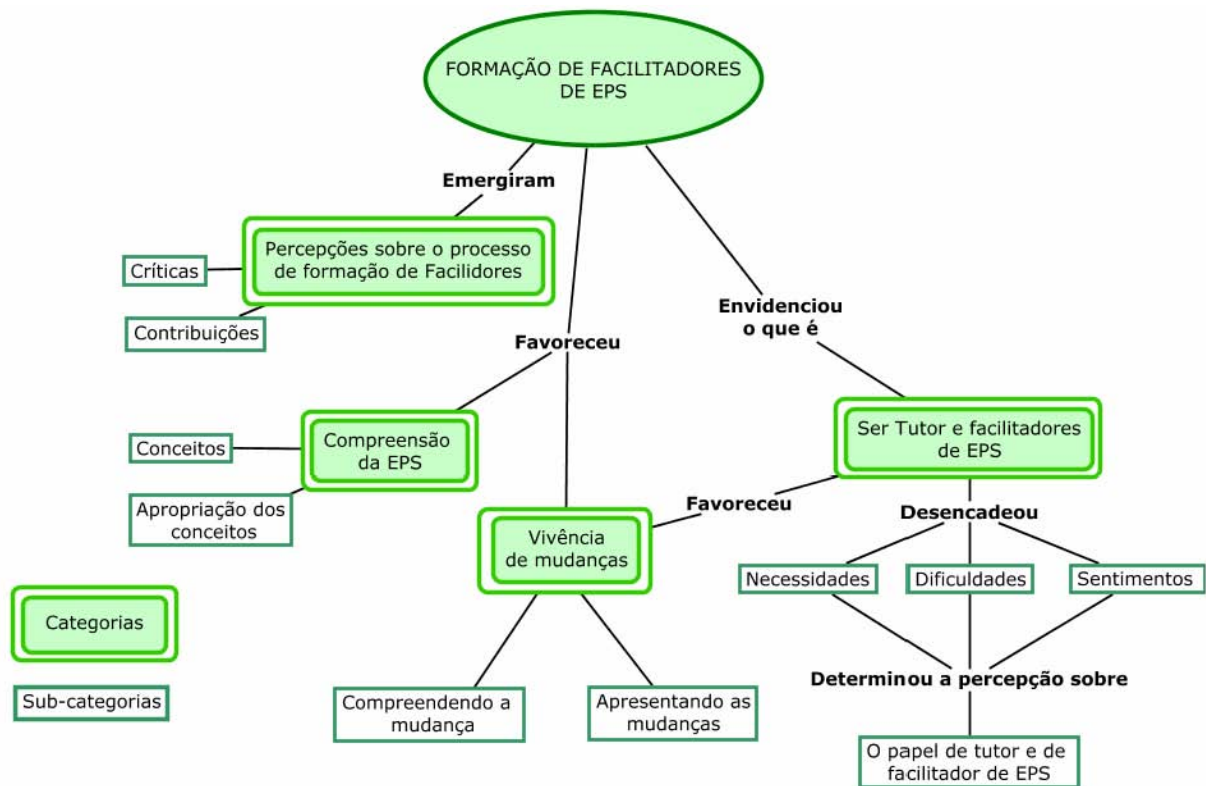
entrevistas em cada grupo foram numeradas; logo, cada letra recebeu um número conforme a ordem da realização das entrevistas. Assim, o último facilitador entrevistado recebeu o código F10.

#### 4.6 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Da análise das entrevistas emergiram quatro categorias: Percebendo o processo de formação de facilitadores de EPS, Compreensão da EPS, Ser tutor e facilitador de EPS e Vivenciando o Processo de Mudança.

Essas categorias emergiram, pois o processo de formação permitiu que os sujeitos construíssem **percepções** acerca desse processo. Favoreceu que eles **compreendessem a EPS** e vivenciassem momentos de **mudanças** em si e no contexto do trabalho. Além disso, o processo de formação trouxe à tona o que significa **Ser tutor e facilitador**, vivência também explorada no presente estudo.

A figura a seguir representa a sistematização das categorias de análise. Ressalta-se que essa construção foi determinada pela compreensão do pesquisador sobre o fenômeno estudado.



**Figura 3** – Sistematização das categorias de análise.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos que nortearam esta pesquisa estão contemplados na resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Esta pesquisa foi autorizada pela Autarquia Municipal de Saúde (Anexo 1) e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa UEL, conforme parecer nº 287/06 (Anexo 2).



APRESENTANDO  
A  
CONSTRUÇÃO  
DE  
RESULTADOS  
E DISCUSSÃO

## 5 APRESENTANDO A CONSTRUÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Dos 19 participantes do estudo, 16 são do sexo feminino e a idade varia de 29 a 52 anos. Eles pertencem a distintas categorias profissionais, destacando-se que todos os tutores possuem formação universitária, enquanto que os facilitadores possuem desde o ensino fundamental até o nível superior, como pode ser visualizado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização dos tutores e facilitadores de Educação Permanente em Saúde, segundo a categoria profissional, Londrina-PR, 2007.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Formação</b>	<b>Total Tutor</b>	<b>Facilitador</b>
Agente Comunitário de Saúde	-	01	01
Auxiliar de Enfermagem	-	03	03
Enfermeiro	04	03	07
Médico	03	02	05
Odontólogo	01	01	02
Pedagogo	01	-	01
<b>Total</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>19</b>

Os entrevistados trabalham nos seguintes níveis de atenção à saúde: pronto-atendimento, urgência e emergência, especialidades, atenção básica, instituição de ensino e profissionais que atuam no gerenciamento dos serviços de saúde em nível central.

Sobre a participação nos PREPS, seis participam; destes, quatro são facilitadores e dois, tutores.

## **5.2 APRESENTANDO AS CATEGORIAS DE ANÁLISE**

### **5.2.1 Percebendo o Processo de Formação de Facilitadores de EPS**

A primeira categoria trata das percepções de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de EPS. A análise desta categoria resultou em duas subcategorias: as críticas e as contribuições do curso de facilitadores.

#### **5.2.1.1 Críticas sobre o processo de formação de facilitadores**

O curso de facilitadores de EPS ocorreu com o propósito de formar sujeitos para implementar a educação permanente em seus locais de trabalho e com isso mobilizar os companheiros de equipe para uma nova prática de saúde. Para tanto, conforme mencionado anteriormente, alguns conceitos foram trabalhados durante o processo de formação, tais como a problematização, a aprendizagem significativa, trabalho em equipe, integralidade, entre outros.

Contudo, esse processo foi marcado por alguns percalços. Para os tutores, o fato de o curso não ter contemplado profissionais da rede privada limitou as possibilidades de alcance da política da EPS.

*Eu não concordei com isso. Eu acho que se você incorpora o conhecimento em educação permanente ele vai ser facilitador em qualquer lugar: na rede, na sua casa, no serviço privado [...]. (T9)*

Outra crítica refere-se ao fato de não ter sido considerada, enquanto critério, a demanda do serviço durante a seleção dos facilitadores. Para eles, deveria haver mais facilitadores nos locais em que a demanda do serviço era maior. Um número considerável de facilitadores no serviço é apontado por Feuerwerker (2005) como algo positivo e o autor acrescenta que iniciativas como essas são muito

importantes para disseminar e fortalecer a implementação local da política de EPS.

Segundo os participantes, por mais que se dê abertura e espaço para a participação de mais profissionais, é essencial que haja engajamento e compromisso com a causa. Isso não aconteceu com alguns segmentos representantes dos serviços de nível terciário, instituições de ensino e usuários, os quais tiveram uma participação incipiente.

Ressalta-se que o número reduzido de facilitadores em um serviço não deve servir de empecilho para a implementação da EPS, uma vez que é função do facilitador mobilizar os demais sujeitos para promover mudanças. Para tanto, é imprescindível que gestores estaduais e municipais façam parte desse processo e que, inclusive, ofereçam apoio político aos facilitadores (BRASIL, 2005h).

Há críticas em relação à atuação dos tutores. De acordo com os participantes, não havia um trabalho articulado entre tutores e isso fez com que cada grupo fosse conduzido sem considerar a essência do curso, que era produzir mudanças.

*Eu acho que a EPS ela compreende várias fases. A primeira delas, que é o ponto de partida, é a sensibilização e a pré-disposição a mudanças e essa primeira fase não aconteceu, nós não tivemos essa primeira fase e o restante, que eu acho que se dá em cadeia, não aconteceu. (F4)*

Além disso, afirmam que, no decurso do processo de formação de facilitadores, os tutores não se reuniram e dessa forma não houve profundidade nas discussões.

*[...] a minha tutora poderia ter avançado muito mais. Eu vi que outros grupos avançaram mais [...] o nosso ficou bem assim no conteúdo do curso mesmo. (F2)*

Por conta disso, alegam que a formação de facilitadores representou para alguns sujeitos apenas um curso.

*[...] eu imaginava que (...) estaríamos todos nesse processo e com a mesma intensidade e no final [...] para muita gente foi um curso [...]. (T3)*

A pré-disposição e a sensibilização apontadas pelo facilitador remetem à mobilização para o conhecimento descrita por Vasconcellos (1992), no qual o

interesse e a motivação são essenciais para o processo de aprendizagem.

Conforme descrito anteriormente, para que estas atitudes de interesse e motivação sejam despertadas nos sujeitos, é preciso que estes se identifiquem com o objeto de conhecimento. A responsabilidade de realizar esse processo de identificação não é exclusividade de tutores, os facilitadores devem também se mobilizar; afinal, como afirma Freire (2002), apesar da educação ser diretiva, ela não exclui a capacidade crítica e reflexiva do educando. Portanto, não se pode atribuir apenas à atuação dos tutores a responsabilidade de o processo de formação ter sido considerado um curso; vai além disso, envolve os facilitadores e o próprio contexto.

As críticas referentes aos tutores podem estar relacionadas ao seu processo de formação, que, segundo os próprios, foi insuficiente. De acordo com os tutores, o processo de formação não trouxe o acréscimo de novos conhecimentos e o período de formação foi escasso, incompatível com a complexidade dos conhecimentos que precisavam ser apropriados.

*Foi num final de semana, dois dias de reunião no Rio de Janeiro com muitas pessoas divididas em grupos e cada grupo estudava um livro. Quer dizer, eu acho que poderia ter sido melhor. Grupos menores, maior aprofundamento do material. (T9)*

Segundo os participantes, falhas no processo de seleção de tutores também contribuíram para a insegurança despertada em muitos deles. A seleção dos tutores envolveu alguns critérios. O profissional deveria ocupar um cargo estratégico, ser articulado e/ou possuir alguma experiência prévia em educação permanente. Contudo, um participante afirma que tais critérios não foram observados e acrescenta que a escolha teve um cunho político e não estratégico.

Sobre isso, Goulart (2004) afirma que há muitos questionamentos sobre a transparência do processo seletivo de tutores. O autor aponta, em um estudo, que em seu município participou da tutoria uma pessoa distante do processo de EPS em detrimento de pessoas ligadas ao processo de formação dos pólos.

Também há críticas sobre a atuação dos facilitadores. O discurso a seguir expressa o conflito vivenciado por um tutor, cujo grupo não compreendeu o objetivo primordial do curso: a mudança de prática.

*[...] não consegui com meu próprio grupo... eu discordei do grupo todo [...] conforme eu fui lendo*

*as avaliações eu fui percebendo que não tinha acontecido nenhuma mudança de prática [...] ficamos uns dois meses nesse impasse com o grupo, eu não cedia, o grupo não cedia. Eu propus que a gente fizesse de verdade o livro azul de novo, mas o pessoal disse que queria que eu desse uma nota qualquer [...] foi a decisão da maioria [...] (T7)*

O desejo desse tutor de retornar ao livro era para que os facilitadores refletissem sobre sua prática, pois o conteúdo desse módulo fazia uma abordagem intensa sobre o cotidiano do trabalho e da educação em saúde. Por conta da resistência da equipe, o tutor relata que o curso não teve influência na sua prática de trabalho. Com isso percebe-se que a participação do curso não é uma experiência individual, mas coletiva, tanto que a resistência da equipe às propostas da EPS despertou nesse sujeito o sentimento de indiferença.

Nesse contexto, fica evidente a importância de considerar nos espaços de trabalho as virtudes descritas por Freire, tais como: a compreensão, o diálogo, o respeito, a escuta e a tolerância, principalmente quando surgem novas práticas.

Pois conforme Feuerwerker (2005), as novidades despertam nos sujeitos duas atitudes: uma, de valorização, por suscitar nos profissionais a curiosidade de trilhar caminhos diferentes; outra, de rejeição, pelo medo do desconhecido. No cotidiano do trabalho, os profissionais são constantemente submetidos a situações que lhes exigem uma decisão e nesse momento é preciso não se assustar com o diferente, mas sim encarar o novo e produzir as tecnologias e ferramentas necessárias para lidar com os desafios que as novas formas de agir impõem (FEUERWERKER, 2005). Além de criar novas tecnologias, podem-se utilizar experiências anteriores sistematizadas e socializadas pelo curso, para subsidiar as decisões necessárias frente aos desafios do cotidiano do profissional de saúde.

O curso de facilitadores utilizou a metodologia ativa e, como ferramenta de ensino, a EAD. Sobre a metodologia ativa, os participantes expressam dificuldades. Alguns facilitadores afirmam que foi um choque terem que lidar com uma metodologia ativa, uma vez que foram formados por meio da pedagogia da transmissão.

*Então para mim é novo, porque eu venho do ensino convencional. Aquele que o professor está lá no quadro, passa as coisas, [...]. não aquele que você tem que correr atrás sozinho, então eu tive dificuldade. (F7)*

*[...] eu sou uma pessoa que precisa de alguém me puxando, de alguém me cobrando, acho que a maioria das pessoas são assim [...] para mim é complicado [...] faz você perder um tempo.*  
(F3)

O estudo de Moraes e Manzani (2006) também revelou dificuldades presentes nos alunos de medicina ao se depararem com as metodologias ativas. Neste estudo, os alunos afirmam sentirem-se sozinhos no processo de aprendizagem.

A atitude de estranhamento dos participantes do estudo acerca da metodologia ativa expressa a determinação da pedagogia de transmissão de conhecimento na forma de pensar a agir do sujeito, a qual impõe ao mesmo um papel passivo, não crítico, de pouca interação com o objeto de conhecimento e não valorização do conteúdo (PEREIRA, 2003; VASCONCELLOS, 1992). Segundo Freire (2001b) e Campos (2000), tal postura aliena o sujeito, impedindo-o de construir uma consciência crítica da realidade e uma atitude de autonomia. Além disso, a alienação faz com que as pessoas resistam ao diferente e essa resistência se traduz na construção de interpretações equivocadas em relação às novidades.

De acordo com Luckesi (1994), a metodologia ativa é uma concepção educativa que estimula processos de reflexão, na qual o aluno tem uma postura ativa em relação ao seu aprendizado. O mesmo autor cita alguns aspectos que envolvem a metodologia ativa, entre eles: 1) a inserção o aluno numa situação de experiência; 2) a reflexão por meio de problemas que sejam desafiantes; 3) a disponibilização de informações que permitam aos alunos pesquisar e descobrir soluções; 4) o incentivo a soluções provisórias, as quais devem ser discretamente ordenadas com o auxílio do professor; e 5) a garantia de oportunidade de colocar as soluções à prova.

Os aspectos descritos por Luckesi foram valorizados no curso de facilitadores, mas isto não garante que os sujeitos incorporem tal metodologia com facilidade, uma vez que é intenção da metodologia ativa produzir dificuldades e alimentar-se delas, pois se traduzem não em obstáculos, mas em problemas a serem discutidos e superados, o que constitui o processo de ensino-aprendizagem (TORRES, 2002).

Garanhani (2004) refere que, em sua concepção pedagógica, os princípios da metodologia ativa buscam o desenvolvimento do aluno ativo, participativo,

crítico e co-responsável pelo seu aprendizado. Isto provoca a necessidade de rever antigas e presentes concepções do processo de ensino e aprendizagem. Faz com que o educador, o tempo todo, reflita e re-signifique a sua atuação durante o processo. Isto implica o movimento de ida e volta às formas por meio das quais aprendeu e como iniciou a atuação profissional de educador, pois ninguém se torna um professor problematizador de um dia para o outro. Cada um segue seu tempo e seu espaço de abertura para novos conceitos e novas práticas (GARANHANI, 2004).

No contexto do trabalho, tutores e facilitadores também vivenciam esses conflitos, pois ao assumirem a função de mobilizar os demais sujeitos para a mudança, eles se deparam constantemente com o desafio de refletir, implementar e dar sentido às novas práticas.

Os sujeitos também relatam dificuldades relacionadas à EAD e à falta de habilidade de alguns participantes no uso do computador, bem como ao atraso na disponibilização do ambiente virtual de aprendizagem.

*[...] o próprio ambiente, o que a Escola Nacional de Saúde Pública propôs para trabalhar a educação a distância não foi um ambiente que facilitou, aliás, restringiu muito, dificultou muito, porque a conexão caía, a dificuldade de lidar, não foi um ambiente interativo [...] (T1)*

A EAD é uma ferramenta de ensino, ou seja, uma estratégia de ensino que pode se adequar tanto à metodologia ativa quanto à tradicional. De acordo com Alves e Nova (2003), a EAD é uma modalidade de ensino aprendizagem que se estabelece com o auxílio de suportes tecnológicos digitais e de rede. Grande parte dos cursos estruturados segundo essa modalidade reproduz a pedagogia tradicional, em que o papel do professor é repassar os conhecimentos e o do aluno, reter essas informações. No entanto, o papel do professor deve ser o de organizar, dinamizar e orientar a construção do conhecimento (ALVES; NOVA, 2003). Corroborando os achados com a presente pesquisa, Alves e Nova (2003) afirmam que muitos alunos têm dificuldades com a EAD, seja pela inibição frente à riqueza de tecnologias oferecidas e/ou pela não satisfação de suas necessidades. Salienta-se que as críticas dos sujeitos referentes à EAD podem sinalizar o desejo de estar em grupo e criar espaços propícios para a troca de experiências.

Houve contradições acerca do material utilizado durante o processo de

formação: alguns sujeitos o elogiaram, outros criticaram. Entre as limitações apontadas teve destaque a complexidade da linguagem.

*Eu acho que até pra quem tinha nível superior ele era complexo. (F2) [...] pelo material ter sido um pouco complicado também [...], mas eu achei complicado, o livro não era muito fácil de compreender, tudo muito complicado, acho que poderia ter sido mais fácil [...]. (F6)*

De acordo com Kramer (1997), é preciso existir um diálogo entre o leitor e o texto. Para que esse diálogo se estabeleça, é necessário que seu conteúdo expresse o cotidiano do leitor; mas ele deve ir além desse cotidiano, fazendo-o pensar criticamente. Uma linguagem complexa, distante da realidade do leitor, pode de fato inviabilizar o diálogo que deve ocorrer entre eles. Contudo, a dificuldade relatada pelos participantes pode estar relacionada a esse “ir além” do cotidiano. Conforme Freire (2006a) e Vasconcellos (1992), a construção do conhecimento deve partir da realidade e do cotidiano do sujeito, porém é preciso construir uma nova síntese que represente um conhecimento mais elaborado. O mesmo se dá na interação com o material, sendo necessário superar a visão ingênua, para construir um conhecimento mais elaborado.

O material de apoio era composto por quatro unidades de aprendizagem: unidade integradora, unidade de análise do contexto da gestão e das práticas de saúde, unidade práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde e unidade de trabalho e relações na produção do cuidado em saúde, conforme descrito anteriormente. Os assuntos discutidos estavam relacionados ao cotidiano do trabalho em saúde. No entanto, um tutor refere que o material não forneceu subsídios suficientes para desenvolver um trabalho em equipe.

Vale ressaltar que, por mais importante que seja prezar pela qualidade do material, eventuais lacunas em seu conteúdo não devem servir de empecilho para o desenvolvimento do trabalho de equipe, pois as experiências do dia-a-dia, muito mais do que o material, propiciam que o trabalho de equipe seja realizado. Ademais, a fala desse tutor reflete a ênfase que os sujeitos dão à forma e não ao processo de formação como um todo. Em parte, isto se deve à necessidade que as pessoas possuem de receber tudo pronto. É mais fácil e simples se voltar para aquilo que está dado, o material, do que para aquilo que precisa ser construído, o trabalho de equipe.

O atraso no término do curso é criticado pelos participantes. De acordo

com eles, isso contribuiu para desmotivar os profissionais e aumentar o número de desistentes.

*[...] nós tivemos problemas com a demora, [...] nós começamos o curso em setembro e era pra acabar em fevereiro, nós acabamos em julho [...] houve desmotivação de algumas pessoas, algumas desistiram! (T5)*

Outra crítica diz respeito ao encerramento do curso. Para os sujeitos, esse momento deveria propiciar uma discussão sobre todo o processo, permitir troca de experiências e compartilhar estratégias de enfrentamento das dificuldades. Todavia, isso não ocorreu.

*[...] foi uma coisa feita a toque de caixa e dizem que isso não aconteceu [...] saíram pautas que ninguém conseguia explicar nada, nem o grupo conseguiu explicar [...] Então eu acho que ficou faltando alguma coisa. (F9)*

As críticas referentes à formação de facilitadores refletem o desafio enfrentado durante esse processo, o qual exigiu a mobilização e o comprometimento de diversos sujeitos em um período conturbado, marcado pela greve dos profissionais de saúde, a qual será analisada em outra categoria. Além disso, tratou-se de uma primeira experiência, tudo se apresentava enquanto algo novo, causando a sensação de estranhamento e até mesmo de repulsa. Contudo, as críticas também representam o desejo de melhorar esse processo, o qual nunca se dará por acabado, uma vez que:

Uma proposta pedagógica é um caminho, não é um lugar. Uma proposta pedagógica é construída no caminho, no caminhar. Toda proposta pedagógica tem uma história que precisa ser contada. Toda proposta contém uma aposta. Nasce de uma realidade que pergunta e é também busca de uma resposta. Toda proposta é situada, traz consigo o lugar de onde fala e a gama de valores que a constitui; traz também as dificuldades que enfrenta, os problemas que precisam ser superados e a direção que a orienta. E essa sua fala é a fala de um desejo, de uma vontade eminentemente política no caso de uma proposta educativa, e sempre humana, vontade que, por ser social e humana, nunca é uma fala acabada, não aponta “o” lugar, “a” resposta, pois se traz “a” resposta já não é mais uma pergunta. Aponta, isto sim, um caminho também a construir. (KRAMER, 1997, p.19).

Com base nisso, é importante que as críticas apontadas pelos sujeitos sejam tomadas enquanto um direcionamento para auxiliar na construção dos diversos caminhos.

### **5.2.1.2 Contribuições do curso de facilitadores de EPS**

O curso de facilitadores de educação permanente trouxe diversas contribuições para os profissionais, bem como para o serviço de saúde. Entre as contribuições destacou-se a sistematização dos conceitos de EPS.

Para Vasconcellos (1992), a sistematização do conhecimento é fundamental para compreender o objeto, sobretudo quando a sistematização aponta caminhos para que o aprendizado se traduza em uma ação concreta na realidade. Conforme Anastasiou (2007), é por meio da sistematização que ocorre a consolidação dos conceitos apreendidos; ademais, tais sistematizações devem ser concebidas como provisórias, uma vez que o ser humano está em constante processo de construção do conhecimento.

Os tutores salientam que a compreensão sobre a EPS foi essencial para que os profissionais percebessem a importância da política no processo de trabalho e também para que eles tivessem dimensão da importância da sua implementação nas práticas diárias do trabalho. A compreensão também possibilitou a visualização de caminhos para desenvolver a EPS.

Feuerwerker (2005) ressalta a importância da compreensão da EPS ao revelar que um dos principais desafios para a implementação da educação permanente é a sua incompreensão pelos sujeitos, e acrescenta que a formação de tutores e facilitadores é uma importante estratégia para superar esse desafio.

Em relação ao método utilizado durante o curso, tutores e facilitadores dão destaque à possibilidade de olhar para a própria prática de trabalho, problematizando-a por meio de atividades de ação-reflexão-ação.

*Perfeito! Porque a metodologia propõe a problematização, ela propõe aprendizagem significativa [...] mas antes de qualquer coisa você tinha que ter um olhar sobre a prática, identificar como você vem implementando, realizando sua prática e a partir dessa reflexão você ia para os cadernos e teorizava em cima. (T1)*

*Você sabe que eu passei a enxergar os problemas da unidade de uma forma diferente. Antigamente eu via um problema e, para mim era um problema que a agente comunitária de saúde tinha que resolver, agora não, agora eu acho que é uma coisa que é da equipe mesmo, que ela sozinha não consegue resolver algumas coisas, se a equipe não estiver atuando junto com ela, ela não vai conseguir resolver.(F6)*

No contexto das práticas educativas da formação em saúde, em que ainda prevalece a pedagogia de transmissão do conhecimento, o curso de facilitadores permitiu que elementos da pedagogia crítica, tais como a reflexão e a problematização, fossem reconhecidos pelos participantes do estudo como algo importante na prática de trabalho. De acordo com Cyrino e Toralles-Pereira (2004), a relação ação-reflexão-ação transformadora é o eixo básico de orientação do processo de problematização. O principal objetivo desse processo é despertar uma consciência crítica nos sujeitos, de modo que ele reconheça sua interação com o processo de conhecer e tenha a capacidade de interpretar e questionar a realidade (BATISTA et al., 2005; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Para tanto é preciso que os agentes sociais envolvidos re-avaliem seus papéis, atribuindo um novo sentido a suas práticas.

Segundo Feuerwerker (2005), a reflexão e a problematização, quando se dão no coletivo, desvelam elementos fundamentais para reorganizar a prática de trabalho; além disso, favorecem a escuta, práticas cuidadoras, conhecimentos engajados e abertura aos usuários (CECCIM, 2005c).

Ao se comprometerem com o processo de trabalho, os participantes afirmam sentir-se mais seguros para dar continuidade às ações de planejamento e avaliação que já estavam sendo desenvolvidas.

*[...] o curso trouxe a possibilidade de dar continuidade num processo que a gente já tinha começado antes! Que era de estar discutindo com as equipes, o processo de trabalho, a necessidade de planejar e avaliar as ações que as equipes estavam desenvolvendo. (T4)*

Para Freire (2001b), comprometer-se é ser capaz de agir e refletir, superar a visão ingênua, fatalista, conhecendo e reconhecendo a própria realidade. A

solidariedade surge enquanto a essência do compromisso, uma vez que este não se reduz a gestos de falsa generosidade. Pelo compromisso os sujeitos revelam sua forma de pensar e agir politicamente (FREIRE, 2006a); além disso:

O compromisso [...] só existe no engajamento com a realidade [...] somente assim o compromisso é verdadeiro. Ao experienciá-lo num ato que necessariamente é corajoso, decidido e consciente, os homens já não se dizem neutros. A neutralidade frente ao mundo [...] reflete apenas o medo que sentem de revelar o compromisso (FREIRE, 2001b, p. 19).

Campos (2000) afirma que inexistem sujeitos completamente destituídos ou excluídos. Todos em certo grau sofrem a ação de alguma instituição e em conseqüência forma-se, mesmo que discretamente, uma constelação de princípios e valores.

Sobre o material de apoio, tutores e facilitadores afirmam que seu diferencial foi estar articulado com a realidade do trabalhador de saúde, propiciando a reflexão e a autocrítica. No estudo de Job (2006), os facilitadores também destacaram a qualidade do material.

Conforme descrito anteriormente, Freire (2001b; 2006a) e Vasconcellos (1992) afirmam que, para um sujeito sentir-se interessado em conhecer determinado objeto, ele deve identificar-se com ele. Para tanto é preciso que tal objeto tenha relação com a realidade do mesmo. Nesse sentido, percebe-se o quanto é importante conhecer a realidade do outro. A reflexão sobre a realidade permite a superação da compreensão fatalista das situações, isto é, significa descobrir o papel da consciência e da subjetividade na história; significa reconhecer que esta é mutável e que não há neutralidades (FREIRE, 2001b).

O fato de o material oportunizar a reflexão sobre o cotidiano do trabalho permite aos sujeitos envolvidos desenvolverem a crítica e a autocrítica sobre o estar e o viver essa realidade. No entanto, embora reconheçam a qualidade do material, um tutor relata que o sucesso da aprendizagem depende da disposição do facilitador e também da compreensão dos sujeitos envolvidos em assumirem a sua responsabilização, enquanto trabalhador da saúde, na construção do SUS, segundo os princípios e

diretrizes estabelecidos na Constituinte/1988 e nas Leis Orgânicas de Saúde.

*Então eu acho que o material possibilita sim, agora depende também da pessoa que está do outro lado ter disposição e acreditar no material e acreditar na proposta. (T4)*

Os participantes afirmam que a participação no curso contribuiu para o crescimento pessoal e profissional. De acordo com eles, possibilitou trocas de experiências e discussões sobre as relações e o processo de trabalho.

A discussão sobre as relações de trabalho, oportunizada pelo curso de facilitadores, expressa uma conquista, uma vez que tais discussões são escassas nos ambientes de trabalho. No município de Teixeiras, Minas Gerais, o estudo realizado por Cotta et al. (2006) com profissionais da atenção básica revelou, ainda que em proporções não muito altas, a existência de problemas na relação interna entre equipes de saúde da família.

De acordo com o MS (BRASIL, 2005d) e Campos (1997), o trabalho em saúde tem suas bases nas relações interpessoais. As relações se estabelecem a cada instante, seja com o usuário do serviço, seja entre os profissionais. Rejeitar essas relações e a subjetividade dos sujeitos, as quais são essenciais no trabalho em saúde, resulta em diversas complicações, entre elas a substituição do sujeito pela máquina (BRASIL, 2005d). Dessa forma, o trabalhador de saúde não tem liberdade para ser criativo, se relacionar, criar vínculo com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem; ademais, não interage e não insere o usuário no processo de produção de sua própria saúde (BRASIL, 2005d).

Diante do exposto, a abertura à subjetividade durante a prática do trabalho em saúde torna-se essencial, sobretudo porque se compreende melhor as necessidades de saúde presentes no sujeito.

Para que os profissionais valorizem tanto a sua quanto a subjetividade do usuário, é necessário que se reconheçam naquilo que fazem e que se realizem por meio do trabalho. No entanto, o que se percebe, atualmente, é um distanciamento do profissional em relação aos demais profissionais e em relação a sua própria prática. Desse modo, não há interação entre os sujeitos e a prática, isto é, perde-se a essência do trabalho em saúde (BRASIL, 2005d). O Estudo de Pinheiro (2006) mostra a pouca valorização das relações pessoais na atenção à saúde e acrescenta que isso se deve

em grande medida à falta de formação específica voltada para a comunidade.

Nesse sentido, Ceccim (2005b) reforça a necessidade de o sujeito não apenas abrir-se, mas ser produtor de subjetividades; de ter a ousadia de romper com os padrões de subjetividades impostos pela sociedade, os quais se encaixam perfeitamente nos moldes da clínica tradicional.

Outra contribuição mencionada por tutores refere-se a uma visão mais ampla do processo de trabalho. Os discursos a seguir revelam que os profissionais passaram a contextualizar, conhecer outras realidades de trabalho e os problemas presentes em outros níveis de atenção à saúde.

*[...] você passa a discutir as questões do processo de trabalho, a questão da gestão do problema como um todo, a questão das práticas educativas que você tem na relação com as pessoas. (T4)*

*Consegui entender um pouco mais a dificuldade de quem está na lida mesmo de erguer esse trabalho, o que eles esperam do meu setor, quer dizer, o que uma diretoria de gestão de pessoas tem a ver nesse processo. (T5)*

Morin (2006) realça a importância da contextualização. Para ele, é preciso sempre estabelecer relações entre o fenômeno e o contexto: “[...] a aptidão para contextualizar e integrar é uma qualidade fundamental da mente humana, que precisa ser desenvolvida, e não atrofiada.” (MORIN, 2006, p.16).

Apesar disso, este mesmo autor relata que a sociedade privilegia a fragmentação do conhecimento, incentivando a redução do complexo ao simples e a decomposição ao invés da recomposição. Com isso, revela-se uma inadequação cada vez maior entre a construção fragmentada de saberes e a complexa e multidimensional realidade (MORIN, 2006).

Os efeitos dessa simplificação do conhecimento são expressos pela falsa manipulação e controle dos fenômenos (FALCÓN; ERDMANN; MEIRELLES, 2006). Diante disso, é necessária uma nova forma de pensar, que contextualize, que reconheça as incertezas, as indeterminações dos fenômenos e os limites do conhecimento, isto é, o pensamento complexo (MORIN, 2006).

Para Falcón, Erdmann e Meirelles (2006), o contexto em que se revelam as insuficiências e as carências do pensamento simplificador constitui o

momento ideal para imposição do pensamento complexo. Esses mesmos autores afirmam que na saúde faz-se necessária uma educação para a complexidade, uma vez que conhecimentos isolados não dão conta de suprir as necessidades dos sujeitos.

Roschke (2006) apresenta a contextualização do processo educativo como sendo um dos elementos fundamentais da EPS, uma vez que por meio dela evita-se a realização de ações isoladas.

Para os participantes, os resultados positivos do curso devem-se ao bom esclarecimento acerca do papel do facilitador, à qualidade do material, à participação de pessoas de vários setores e à realização de encontros presenciais acima do planejado, o que propiciou o fortalecimento de vínculos entre tutores e facilitadores. Com base nisso, os participantes salientam que, em se realizando novamente o curso, é importante que se amplie o número de encontros presenciais e que estes sejam aprimorados.

De acordo com o MS (BRASIL, 2005e), os encontros presenciais são fundamentais para fortalecer a ação construtora da EPS a partir dos problemas identificados em cada localidade, propiciar integração, trocar experiências entre os facilitadores e favorecer a correspondência entre a teoria e a prática. Apesar de se reconhecer a importância dos encontros presenciais, a valorização destes pelos participantes pode também estar relacionada às dificuldades de os sujeitos lidarem com as ferramentas da EAD e do estabelecimento da relação pedagógica, a qual se torna ainda mais complexa quando o processo de aprendizagem é desenvolvido à distância.

### **5.2.2 Compreensão da EPS**

A segunda categoria fala sobre a compreensão da EPS e apresenta duas subcategorias: os conceitos de EPS e o processo de apropriação desses conceitos pelos participantes do estudo.

### 5.2.2.1 Conceitos

Os discursos revelam diversas compreensões acerca da EPS. O caráter político da educação permanente é destacado por tutores e facilitadores. As falas dos participantes expressam a compreensão da EPS enquanto uma política contrahegemônica.

Confirmando os resultados desta pesquisa, Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) também valorizam o aspecto político da EPS ao afirmarem que sua implementação é indispensável para a consolidação do SUS. O estudo de Farah (2006), realizado com profissionais da equipe saúde da família e profissionais do nível federal, estadual, municipal e regional, também reconheceu na EPS uma oportunidade para fortalecer o SUS.

Em sendo uma política do SUS, ela também enfrenta o desafio de superar conceitos e práticas sociais predominantes. Para que essa política dê conta de seus propósitos, Ceccim (2005c) afirma que é necessária sua descentralização e disseminação, estando presentes nos serviços, instituições formadoras e sistemas de saúde.

Outra concepção mencionada por tutores refere-se a EPS enquanto mudança e aprimoramento das práticas de saúde.

*Na verdade é um trabalho para levar as pessoas a repensar o que estão fazendo para mudar a prática. (T7)*

*[...] é tentar melhorar os processos de trabalho que existem nas várias unidades, seja na ponta na unidade básica de saúde, quanto em outros setores, de gerência, nos gestores mesmo [...]*  
(T6)

De fato, promover mudança de prática representa a essência da política de EPS. Essas transformações são objetivadas no intuito de garantir à população uma assistência à saúde de qualidade, promover a autonomia dos sujeitos no que se refere a sua própria saúde e satisfazer as necessidades de saúde e de educação em saúde (BRASIL, 2005b). Para Job (2006), à medida que a EPS propõe mudanças das práticas em saúde, é preciso refletir sobre novas formas de educação em Saúde.

Em seu estudo, Alves (2005) menciona o modelo dialógico como sendo o mais adequado modelo de educação em saúde para dar conta das necessidades de saúde da população e fomentar a autonomia e a responsabilidade nos sujeitos. Por meio desse modelo o usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, o qual é deve ser reconhecido pelos profissionais. Muito mais do que educar para a saúde, o modelo dialógico propõe a transformação dos saberes existentes por meio do desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde e não pela imposição de um saber técnico-científico (ALVES, 2005). Assim como na EPS, o potencial de transformação está na capacidade de construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos para o processo saúde-doença-cuidado.

Apesar de a mudança ser o cerne da EPS, ela não ocorre sem a participação dos sujeitos; assim, é preciso que os profissionais de saúde se apropriem do processo de trabalho e utilizem seus conhecimentos para a construção de novos saberes, novas práticas e novas formas de organização dos serviços de saúde. Freire (2006a) e Vasconcellos (1992) também salientam a necessidade de respeitar os saberes prévios dos sujeitos e utilizá-los para a construção de novos conhecimentos.

A EPS também foi entendida enquanto uma estratégia que valoriza o espaço de trabalho, considerando que é no trabalho que se aprende.

*[...] os conhecimentos são adquiridos com a prática do trabalho mesmo, dentro da prática do trabalho. (T9)*

*Até porque a prática nossa ela é muito dinâmica, ela não se esgota em um tema ou em um processo, então acho que ela vem no sentido de a gente estar aprimorando mesmo, de estar sempre atrás de conhecimentos novos e não parar mesmo. (T6)*

A valorização do espaço de trabalho torna-se importante, pois é a partir dele que emergem os conhecimentos sobre a realidade e as necessidades presentes. Com isso, os profissionais tornam-se mais responsáveis, as ações passam a ser direcionadas às necessidades de saúde e favorecem a criação de espaços de discussão, permitindo que o trabalhador seja mais crítico e esteja mais atento aos problemas de saúde da população.

*Eu acho que o processo de educação permanente, ele facilita, ele ajuda, ele promove a formação mais crítica e a participação das pessoas. (T4)*

*[...] de fazer as pessoas se mexerem, fazer as pessoas saírem do seu lugar, deixar o seu pódio, começar a andar, e enxergar em volta, não olhar só na frente, mas olhar para lados, olhar para cima, olhar para baixo, saber que ela vive em um mundo redondo. (T6)*

Segundo os tutores, quando não se considera o local de trabalho, os conhecimentos adquiridos ficam distantes da realidade e, portanto, difíceis de serem implementados. Ribeiro e Motta (2006) corroboram isso, pois para que um sujeito incorpore uma informação, esta precisa fazer parte de sua realidade. Daí surge a necessidade de valorizar cada vez mais os níveis locais, uma vez que as informações obtidas nesse espaço representam com mais fidedignamente a realidade.

Campos (2003) menciona que não há um modelo de organização ideal para todos os serviços; o modelo adequado é aquele que se constrói considerando as características, as necessidades e os problemas de cada região. São essas especificidades locais que precisam nortear a programação em saúde e o desenho de práticas educativas dirigidas aos profissionais e à população (RIBEIRO; MOTTA, 2006). Destaca-se que a nova portaria que regulamenta a política nacional de EPS, 1996 GM/MS (BRASIL, 2007) enfatiza as especificidades regionais como estratégia de identificar as distintas necessidades de formação e desenvolvimento do trabalho em saúde.

Os discursos revelam a EPS como ações humanizadas, em que são respeitadas as relações e as subjetividades durante o processo de trabalho. Merhy (1997) as denomina, conforme citado anteriormente, de tecnologias leves. De acordo com esse autor, as tecnologias leves são imprescindíveis no processo de trabalho, uma vez que elas contribuem em grande parte para a identificação das necessidades de saúde, ao propiciar momentos de escuta e interação entre profissionais e usuários. Quando as tecnologias leves são utilizadas predominantemente no processo de trabalho, este se torna um trabalho vivo, no qual o trabalhador tem liberdade para ser criativo, interagir com as pessoas e experimentar soluções para os problemas, contrariando o trabalho morto, cuja prática de saúde torna-se mecânica e alienante (BRASIL, 2005d).

Para Campos (2000), os trabalhadores sentem mais prazer por aquilo que fazem quando o trabalho mecânico é atenuado. Um trabalho sem prazer é uma atividade penosa e automática, pois “Desligar o desejo do mundo do trabalho é um empecilho à constituição de Obras e também de Sujeitos com capacidade de singularizar-se.” (CAMPOS, 2000, p.133).

Merhy (1999) aponta que o trabalho pautado nas tecnologias leves propicia momentos interessantes de fala, escutas, interpretações, além de “momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.” (MERHY, 1999, p.308).

Mesmo que as tecnologias leves não predominem sobre as demais, elas, em alguma medida, estarão presentes, pois o trabalho em saúde não pode ser totalmente determinado pela lógica do trabalho morto, na medida em que seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias envolvem processos de intervenção em ato, mobilizando relações e subjetividades (MERHY, et al., 1997).

Para Merhy (1997), a micropolítica, a qual considera a capacidade de autogoverno dos sujeitos sobre suas práticas, espaços de trabalho e relações, favorece o trabalho vivo propiciando o protagonismo dos trabalhadores e usuários. Na micropolítica consideram-se as subjetividades e os diversos interesses, os quais determinam a organização das práticas e ações de saúde (BRASIL, 2005d).

Para os sujeitos da pesquisa, a EPS fortalece o coletivo, o trabalho de equipe e a integração entre os profissionais nas rodas de discussões.

*[...] fazer Educação Permanente isolada, sozinha, não gera mudança, porque você continua com a mesma forma de pensar e de elaborar, sabe, as idéias. Agora, quando você entra na roda [...] porque o objetivo é levar essa reflexão, então você entra em contato com outras idéias. Eu acho que esse é o segredo da Educação Permanente, é fazer isso no coletivo, desenvolver isso no grupo. (T7)*

Segundo Piancastelli, Faria e Silveira (2000), o trabalho de equipe justifica-se pela necessidade histórica do homem de somar esforços para atingir seus objetivos e pela complexidade dos tempos atuais, que impõem ao processo de produção relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimentos e

habilidades.

No entanto, essa prática, isto é, o trabalho de equipe, é pouco implementado, porque os sujeitos desconhecem seu significado e também porque implica em divisão de poderes. O trabalho de equipe consiste em um conjunto de sujeitos, com habilidades e conhecimentos complementares, comprometidos para atingir um objetivo comum. Tal objetivo é definido a partir de negociações entre as pessoas envolvidas (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; ALMEIDA; MISHIMA, 2001; PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000). A equipe é um tecido de relações, seja entre os trabalhadores, seja entre trabalhadores e usuários (BRASIL, 2005d). Para desenvolver um trabalho de equipe não basta reunir em um mesmo local certo número de pessoas; é preciso que os sujeitos sejam capazes de, por meio de pactuações e negociações, elaborarem projetos terapêuticos que visem atender as necessidades de saúde de uma pessoa/família/grupo (BRASIL, 2005d).

Campos (1997) afirma que em uma equipe de saúde não deve haver igualdades entre todos profissionais, como se todos pudessem fazer tudo. É preciso considerar que cada profissional tem habilidades e capacidades típicas de cada especialidade. Nesse sentido, aponta para o uso dos conceitos de Núcleo e Campo. O Núcleo seria o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão; assim, ele marca a diferença entre os profissionais de uma mesma equipe. O Campo seriam os saberes e responsabilidades que abrangem várias profissões ou especialidades. Apesar de o trabalho de equipe ter seu potencial, isso não deve eximir os profissionais de suas responsabilidades individuais (CAMPOS, 1997).

Os participantes ainda afirmam que a valorização do trabalho de equipe reforça a busca pela horizontalização das relações e o respeito aos saberes presentes em cada trabalhador. A fala a seguir expressa a importância do reconhecimento dos diferentes saberes.

*E é a partir desses diferentes saberes que a gente tem que fazer uma reconstrução, fazer primeiro uma reflexão e fazer uma nova maneira de um novo processo de trabalho para a gente, fazer essa integralidade da assistência que a gente tanto almeja. (T8)*

A construção coletiva da EPS é valorizada pelos participantes, visto que, quando exercida na individualidade, não gera mudanças.

*[...] não adianta eu acreditar, se eu não tiver respaldo lá na minha linha de cuidados que está acontecendo lá na ponta, se o gestor e ou representante do gestor não adotar isso como uma estratégia [...]. (T8)*

Além do trabalho em equipe, a EPS propõe que os sujeitos trabalhem em roda.

*[...] é o método da roda em que você passa para os facilitadores e eles discutem em seu ambiente de trabalho [...]. (T7)*

A roda representa um método mais democrático e participativo de gestão, além de permitir a criação local de possibilidades. Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que na roda a realidade deve ser conhecida, mapeada; devem ser desenvolvidos processos pedagógicos de ordenamento da rede de atenção, de permeabilidade às práticas populares, de qualificação das práticas pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagem significativa pela alteridade<sup>1</sup> com as pessoas. Matumoto, Fortuna e Santos (2006) mencionam que a roda favorece a interação entre os sujeitos, a troca de saberes, a reflexão e o aprendizado de como lidar com os sujeitos. Na concepção de Campos (2000), o método da roda é um método crítico à racionalidade gerencial hegemônica. Esta última impõe ao trabalhador a expropriação de sua vontade, desejos e interesses, substituindo-os por normas e objetos de trabalho alheios a ele. O método da roda estabelece como objetivo a democratização das instituições e o fortalecimento do sujeito, de modo a ampliar e desenvolver sua capacidade de análise e intervenção sobre políticas, projetos, programas e práticas sociais (CAMPOS, 2000).

Diante desses objetivos, conhecer os mecanismos de constituição dos sujeitos é fundamental ao método da roda. Campos (2000) apresenta as concepções de sujeito e de coletivo. O sujeito é um ser biológico dotado de uma subjetividade complexa e imerso em um conjunto de relações sociais que influenciam seus desejos, interesses e necessidades. Apesar de o sujeito sofrer influência do contexto, ele possui uma subjetividade singular capaz de reagir a sua realidade. O coletivo possui uma finalidade que transcende os interesses, desejos e necessidades de cada um dos sujeitos que o integram.

Campos (2000) afirma que a co-produção do sujeito e do coletivo

envolve três regiões do sujeito: particular, singular e universal. A região particular se constitui por meio da determinação biológica, desejos e interesses dos sujeitos. Essas potências internas agem com relativa dependência sobre o ambiente externo. A região singular se constitui enquanto um espaço intermediário, em que há uma mediação entre forças imanentes ao sujeito e outras produzidas com grande exterioridade a ele, ou seja, o sujeito não é dono completo desses movimentos, mas também não se submete totalmente à influência externa. É nessa região que há possibilidades de reconstrução de necessidades, recomposição de poderes e a instituição do novo. A região universal, por sua vez, representa aquilo que está

<sup>1</sup> *Para MS (Brasil, 2005c, p.57) alteridade é estar aberto “à diversidade e a presença de fatos e processos com os quais não concordamos, mas nos esforçamos em entender profundamente, transmutando nosso trabalho de organização da gestão e da atenção em saúde.”*

estabelecido, de modo que a força externa prevalece sobre as forças internas do sujeito.

É na região particular que emergem as insatisfações com o estabelecido e na região singular que acontece a formação de compromissos e contratos onde, de um lado, encontram-se os desejos internos do sujeito e, do outro, normas, estruturas e organizações instituídas. Campos (2000) reforça que o método da roda considera estes planos e regiões de subjetividade para lidar com os sujeitos, o que, aliás, é fundamental durante a implementação da EPS, tendo em vista que sua construção se dá no coletivo.

A EPS também foi compreendida como um processo contínuo que ocorre nas práticas diárias do trabalho. Segundo os participantes, essa continuidade é importante, pois a todo instante emergem novas demandas, produzindo novos aprendizados.

*O que a gente tem que fazer é incorporar a estratégia da educação permanente nas ações diárias, essa é a minha compreensão. (F10)*

*[...] o próprio nome diz ela é permanente, então ela não tem início, não tem meio e não tem fim, talvez situações pontuais dentro do processo, mas é um processo contínuo, sempre que você vence uma etapa já tem uma outra na seqüência e outra, e outra, e outra, e assim você vai tocando. (T6)*

Por outro lado, alguns participantes afirmam que a EPS é uma atividade pontual e não uma prática que pode ser exercida em diversas atividades do trabalho. É preciso salientar que EPS não consiste somente em ter momentos de discussão com a equipe. A EPS não é uma ação pontual, ela ocorre no dia-a-dia, no mundo do trabalho, ou seja, os problemas que emergem durante o processo de trabalho, as experiências dos diferentes profissionais, constituem a matéria prima para o desenvolvimento da EPS (BRASIL, 2005e). Farah (2006) também salienta que a EPS não pode ser entendida como um processo que se restringe à execução de atos educativos; a EPS tem como foco o processo de trabalho como um todo.

#### 5.2.2.2 Apropriação dos conceitos

Desde a implantação da EPS, diversos profissionais, sobretudo os tutores e facilitadores, buscam apropriar-se dos novos conceitos trazidos por esta política. Os participantes relatam que no início tiveram dificuldades para compreender os propósitos da política de EPS, a ponto de despertar em algumas pessoas impressões negativas.

*Olha, no começo tinha bastante dificuldade para entender. Foi o tema que a gente mais trabalhou, para entender os conceitos de educação permanente: facilitador, aprendizagem significativa, paradigmas [...]. (F2)*

Entre as dificuldades de compreensão, destacou-se a falta de distinção entre EC e EPS. Todavia, essa confusão parece ter sido superada entre os sujeitos do estudo, uma vez que eles conseguem perceber as limitações da EC para a promoção de mudanças no processo de trabalho. Para eles, por meio da educação continuada, os conhecimentos adquiridos não são compartilhados e não existe o compromisso com a criação de vínculos.

*Então quando eu comecei a questão da Educação Permanente eu não sabia exatamente o que era. Me lembrava muito a época da Educação Continuada, ou seja, aquela coisa de você ir lá pra dar um treinamento [...]. (F4)*

*[...] só depois que a gente fez essa primeira reunião ficou mais fácil para entender o que era educação permanente, o que era educação continuada, qual que era a diferença [...]. (F2)*

No entanto, a dificuldade em diferenciar EPS de EC ainda persiste na equipe responsável pela realização do curso no município, pois conforme os tutores, o processo de formação de facilitadores foi encarado por essas pessoas apenas como mais um curso de qualificação profissional.

*As pessoas que trouxeram a educação permanente para Londrina não tinham idéia do que era a educação permanente, não estavam preparados para fazer educação permanente e também não foram atrás pra buscar realmente [...] estavam tratando a educação permanente como um mero cursinho de capacitação, daqueles que a gente já está enjoado de fazer, que não muda nada, que não leva nada. (T7)*

No estudo de Nicoletto et al. (2007), realizado com participantes dos PREPS da região norte do Paraná, a confusão em distinguir EPS de EC também esteve presente. O mesmo ocorreu no estudo de Ricaldoni e Sena (2006), em que participaram profissionais da equipe de enfermagem de um hospital. Neste estudo, os autores destacam que havia uma desarticulação entre o processo de trabalho e as atividades educativas realizadas, as quais eram consideradas educação permanente. Nessas atividades os profissionais não eram estimulados a pensar sobre suas atividades e procedimentos no cotidiano do trabalho.

De acordo com o MS (BRASIL, 2003), muitos profissionais sentem-se frustrados quando participam de processos de capacitação por não conseguirem implementar no cotidiano do trabalho o que aprenderam no processo e por ele não fornecer elementos que auxiliem os trabalhadores a enfrentarem os problemas da realidade. Porém, é pouco provável que processos de educação continuada dêem conta dessa responsabilidade.

Apesar de ambas, EC e EPS, fazerem parte do cotidiano do trabalho em saúde, elas possuem diferenças essenciais. Enquanto a EPS se propõe a promover a mudança das práticas, a EC visa atualizar conhecimentos específicos. Ao contrário da EC, na EPS as práticas determinam o conhecimento, de modo que a aprendizagem tem maior possibilidade de adquirir significado para o trabalhador (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

A EC opera sob uma lógica centralizada e descendente, na medida em que oferta cursos padronizados com carga horária, dinâmica e conteúdos definidos centralmente (CAMPOS, et al., 2006), muitas vezes distantes da realidade dos trabalhadores. Para Ceccim (2005b, p.162), a essência da EPS é justamente estar aberta à realidade e considerá-la mutável, é também sua “ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que gerem auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento [...] e experimentação [...].” Cada proposta – EPS e EC- tem uma finalidade, dessa forma é preciso considerar que as duas são necessárias no processo de trabalho.

Outro desafio para a compreensão da EPS, relatada por tutores, refere-se a dificuldades que os facilitadores têm para associar a EPS à mudança de prática. Vale lembrar que na subcategoria dos conceitos apenas os tutores reconheceram a EPS enquanto mudança e aprimoramento das práticas. Para os tutores, os facilitadores não implementam os conhecimentos que foram adquiridos no curso. Essa dificuldade de associar a EPS a uma ação reflete o quanto as pessoas tendem a se fixar no plano das idéias e não avançar para atitudes em concreto. Merhy (2005) menciona que as pessoas estão inclinadas a pensar que as palavras são por si só portadoras de sentidos e significados e que basta a incorporação delas no vocabulário para desencadear as mudanças necessárias, como se as palavras fossem mágicas. Nesse sentido, este mesmo autor reforça a necessidade de engravidar as palavras:

Nós é que engravidamos as palavras. Não sou tão ingênuo de imaginar que, no ato de engravidamento, os sujeitos não tenham já posições tomadas, sejam culturais, políticas, ideológicas, entre várias. Mas o que destaco aqui é que, ao reconhecermos que nós é que engravidamos as palavras, podemos olhar para o nosso processo de inseminação. Podemos com isso desfeticizar as palavras de sentidos e significados, colocando-nos o desafio de ir atrás de novas possibilidades (MERHY, 2005, p. 196).

Além disso, é importante ponderar o contexto, o qual muitas vezes não favorece o trabalho do tutor e do facilitador por mais que eles se esforcem para atribuir sentido e significados às suas práticas.

Alguns participantes relatam estratégias para superar as dificuldades relacionadas à compreensão da política de EPS; entre elas, pregar na parede do local de trabalho os principais conceitos e realizar reuniões para compartilhar as concepções. Eles afirmam que por meio dessas iniciativas a equipe obteve avanços na compreensão da EPS

Para aqueles sujeitos que já tinham uma dinâmica de trabalho semelhante ao da EPS, os conceitos foram mais facilmente apropriados e aceitos pela equipe, uma vez que houve o processo de identificação, ou seja, o fato de essa forma de trabalho já fazer parte da realidade dessas pessoas fez com que o conhecimento adquirisse um significado.

*Quando eu fui eu me identifiquei muito com a idéia, com jeito sabe, de lidar. (T7)*

*Então eu me sinto muito integrada nessa metodologia, porque é uma metodologia que eu tenho muita afinidade com ela. (F10)*

Estas falas reforçam os aspectos de Freire e Vasconcellos, expostos anteriormente, sobre conhecer a realidade do outro a fim de tornar o objetivo de conhecimento mais familiar ao sujeito, favorecendo a interação entre eles.

### **5.2.3 Ser Tutor e Facilitador de EPS**

A terceira categoria explora o que significa Ser tutor e facilitador de EPS. Optou-se por apresentá-los juntamente, pois, após análise, percebeu-se que os sujeitos do estudo não atribuíram diferenças marcantes aos papéis de tutor e facilitador. Esta categoria é constituída por quatro subcategorias descritas a seguir. Ser tutor e facilitador implica a vivência de **necessidades**, **dificuldades** e de **sentimentos**; estes, por sua vez, determinam a percepção desses sujeitos sobre seus **papéis**.

### 5.2.3.1 Necessidades sentidas

Os discursos revelam diversas necessidades vivenciadas por tutores e facilitadores para implementar a EPS. Entre as relacionadas ao profissional, destacou-se a necessidade de apoio da equipe, atitudes de respeito e valorização do profissional.

O apoio da equipe, conforme os entrevistados, torna-se essencial para a implementação da EPS, uma vez que esta exige uma construção coletiva. No entanto, eles revelam que há muita resistência dos profissionais em relação à proposta da EPS. Este mesmo resultado foi encontrado no estudo de Job (2006), também realizado com facilitadores.

Enfatizando o aspecto coletivo, mencionam o caso de uma USF na qual a coordenação era atuante, porém o processo de EPS não avançou, uma vez que toda a responsabilidade estava sobre a coordenadora; os profissionais não se assumiam como sujeitos capazes de promover mudanças.

*Eu acho que a equipe não recebeu bem a educação permanente e ficou um pouco na filosofia dos poucos que foram sensibilizados lá. (F4)*

*[...] quando você tem um processo de educação [...] é muito complicado porque eles mesmos não têm esse processo, eles mesmos não tentam se colocar, e eles resistem a falar, eles resistem a refletir. (T3)*

A fala a seguir expressa o grau de descrédito à proposta da EPS por um membro da equipe.

*[...] no primeiro dia que eu cheguei após o curso, uma pessoa, um profissional me perguntou: O que vocês ficaram fazendo lá? Daí eu falei um pouco da filosofia, da reflexão no processo de trabalho [...] E essa pessoa me disse assim: quantas maconhas você fumou hoje? (F4)*

O apoio da equipe emergiu enquanto uma necessidade importante, pois a aprendizagem na EPS se dá, sobretudo, no coletivo. Os diferentes olhares e concepções permitem maior aproximação da realidade, à medida que se detectam pontos cegos e se levantam distintas questões, possibilitando a produção das insatisfações, as quais são essenciais para desencadear mudanças (FEUERWEKER,

2005).

Cabe salientar que ao valorizar o trabalho coletivo a EPS não exclui a singularidade do sujeito. Pois conforme Morin (2006), o sujeito oscila entre o princípio da exclusão e o princípio da inclusão. O princípio da exclusão representa a singularidade do sujeito, isto é, não há ninguém no mundo que pensa e age da mesma forma que uma outra pessoa. Já o princípio da inclusão é ao mesmo tempo complementar e oposto ao descrito anteriormente. Neste o sujeito compartilha ou adota ideais de uma outra pessoa, ou seja, o sujeito inclui na sua subjetividade um outro sujeito, criando a oportunidade de comunicação. Se o sujeito é ao mesmo tempo egocêntrico e devoto, pode-se afirmar que sempre haverá abertura para a subjetividade em espaços coletivos.

Os tutores também reconhecem como necessidade a importância de respeitar e ter consciência da limitação do Homem. A limitação humana existe devido ao contínuo processo de produção do sujeito (FREIRE, 2006a; CAMPOS, 2000). De acordo com Freire (2006a), tudo o que existe é inacabado; contudo, apenas o Homem tem a capacidade de reconhecer suas limitações. O inacabamento justifica a constante busca do Homem por algo mais. Essa busca, para Freire (2006a), expressa o fundamento da educação enquanto um processo permanente. “Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os Homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros.” (FREIRE, 2006b, p.67).

Freire (2006a) acrescenta que o Homem, ao perceber-se inacabado, o tem consciência de que sua existência no mundo não está isenta de influências sociais, econômicas, culturais, ideológicas e políticas e nem é totalmente escrava delas. Nesse sentido, estar presente no mundo significa não se inserir nele, como quem luta para ser sujeito da história e não objeto, pois:

Estar no mundo sem fazer história, sem por ele ser feito, sem fazer cultura, sem “tratar” sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem idéias de formação, sem politizar não é possível (FREIRE, 2006a, p.58).

Outra necessidade relatada pelos facilitadores refere-se à valorização do profissional de saúde. Para eles, o trabalhador é pouco reconhecido pela gestão, pelos próprios profissionais e pela população. O incentivo salarial emergiu enquanto algo importante para contribuir com a valorização profissional.

*[...] quando eu falo valorizado, eu falo tanto valorizado pelo trabalho que ele desempenha, a maneira como ele desempenha o trabalho, quanto pela valorização profissional em termos de ganho mesmo. (F8)*

*[...] eu acho que deveria ter incentivo financeiro através de horas acumuladas, através de horas extras, seja lá o que for, para as pessoas que vêm fora do seu horário. (F4)*

Um tutor, por sua vez, declara que é preciso que os próprios profissionais comecem a se valorizar, utilizando os avanços percebidos no dia-a-dia na prática do trabalho.

*[...] então quem vê hoje a saúde da família, sabe que mudou muito, mas as pessoas que estão lá no dia-a-dia elas percebem que a demanda aumentou, que o trabalho delas aumentou e que talvez a qualidade do que elas fazem não é percebido. Então quando vai qualificar isso, é realmente mostrar o quanto que avançou, o quanto que é importante o trabalho que elas fazem. (T2)*

Para que o profissional sinta-se valorizado, Campos (1997) refere que é preciso, entre outras coisas, que o trabalho seja reconhecido pelo próprio trabalhador, pelo cliente e pela sociedade. Contudo, esse reconhecimento não acontece, pois a forma como a assistência à saúde está organizada, isto é, fragmentada, traz prejuízos tanto para o trabalhador quanto para a sociedade. A fixação do profissional em uma determinada atividade produz no mesmo alienação; ele perde a capacidade de criar, como também não se sente ativo no processo e, portanto, não responsável pelo objetivo final da intervenção, que é a produção de saúde. O mesmo autor acrescenta que, ao se concentrar em atos esvaziados de sentido, não há vocação que resista à repetição de ações parcelares.

Para transformar esse cenário, Campos (1997) aponta alguns caminhos. Corroborando os resultados deste estudo, uma dessas estratégias seria a aproximação dos trabalhadores com os resultados de seus trabalhos. Para conseguir atingir essa aproximação, é importante favorecer e criar mecanismos que estimulem a

participação e o envolvimento de todos os profissionais da equipe. Além disso, garantir a liberdade aos profissionais, mas também delegar a eles responsabilidades. A combinação de autonomia profissional com definições de responsabilidades representa uma das principais estratégias para assegurar a qualidade em saúde; no entanto, o equilíbrio entre essas duas condições não figura o ponto ideal de funcionamento. É necessário descobrir diversas combinações de graus de autonomia e responsabilidades, considerando cada contexto (CAMPOS, 1997).

Cotta et al. (2006) afirmam que as estratégias de valorização dos profissionais devem promover autonomia intelectual do trabalhador, conhecimento técnico e científico, capacidade de planejamento e gerenciamento, exercício de criatividade, trabalho de equipe e interação com o usuário do serviço.

A realização dos trabalhadores também depende de melhorias salariais e de infraestrutura (COTTA et al., 2006; CAMPOS, 1997). Todavia, a elevação de salários sem o estabelecimento de responsabilidades não necessariamente implica melhoria do desempenho profissional (CAMPOS, 1997).

Também emergiram necessidades relacionadas ao processo de trabalho. De acordo com os participantes é preciso criar espaços de discussão.

*[...] as coisas do dia-a-dia às vezes atrapalham, então acho que a gente tem que ter um momento de maior proximidade mesmo, de discussão [...] faltam oportunidades para você discutir seus anseios, suas angústias, suas necessidades. (F3)*

*[...] criar espaços de discussões, espaços horizontais de discussões [...] promover espaço de discussão, dentro da unidade, dentro da equipe, do micro espaço ali de poder mais fora da unidade, no espaço com o usuário, com controle social, conselho municipal, com academia. (T1)*

Para os sujeitos do estudo, os espaços de discussão favorecem a construção coletiva e facilitam o enfrentamento dos problemas. Discutir o processo de trabalho implica assumir responsabilidades, e isso gera desconfortos, uma vez que vêm à tona necessidades que exigem uma ação. O discurso a seguir expressa que alguns gestores não estimulam espaços de discussão, o que serve de incentivo para que os profissionais não se voltem para as insatisfações que surgem durante o trabalho em saúde.

*O serviço eu acho assim, alguns gestores que não têm intenção de que se reflita, que tenha momentos e possibilidades de você criar o desconforto, eles nem permitem reuniões no serviço. E daí o que eu acho é que os profissionais também usam certas medidas mais confortáveis.*  
(T3)

Campos (2000) fala sobre a importância da existência de espaços coletivos para a co-produção de sujeitos. Para este autor, um espaço coletivo é um lugar e um tempo específico, em que se dá o encontro entre sujeitos. Estes espaços são destinados à comunicação, escuta, expressão de desejos, interesses, aspectos da realidade e também à análise e elaboração de estratégias que visam à solução de necessidades.

Campos (2000) descreve diferentes modalidades de espaços coletivos: Conselhos de co-gestão, colegiado de gestão e outros dispositivos de participação. Nos espaços coletivos onde há a co-gestão, os sujeitos manifestam seus interesses e os confrontam entre si e com a realidade; disso resultam discussões, negociações e contratos. No colegiado, o processo é o mesmo, o que muda é que somente os órgãos internos das organizações participam. Do colegiado saem representações internas que irão compor os conselhos de co-gestão. Os outros dispositivos de participação referem-se aos encontros que se dão entre os sujeitos, no cotidiano do trabalho e durante tomadas de decisões.

Os espaços coletivos são importantes, pois favorecem o desenvolvimento integral das pessoas, utilizando o próprio trabalho e as atividades cotidianas. Com isso, superam-se iniciativas episódicas que não promovem alterações nas organizações (CAMPOS, 2000). Dessa forma, é preciso que os espaços coletivos se incorporem ao cotidiano dos trabalhadores de saúde, seja em assembleias com profissionais e usuários, em reuniões ocasionais, em sessões para discussão de casos, oficinas de planejamento, entre outros.

Os discursos apresentam necessidades de materiais e espaço físico para a realização de reuniões e atividades programadas.

*[...] então assim faltavam coisas essenciais para você de estrutura [...] quando você começa a discutir o seu processo de trabalho, as dificuldades, as facilidades, identifica os problemas e quando você vai fazer uma proposta de intervenção para resolver o problema [...] Você precisa de estrutura. (T3)*

*Se você algum dia quiser fazer qualquer reunião com cartolina no serviço talvez você vai até ter que comprar [...] (F4)*

Necessidades semelhantes foram encontradas no estudo de Cotta et al. (2006). Nesse estudo a falta de transporte, infra-estrutura e de equipamentos foram as principais dificuldades vivenciadas por profissionais da Equipe Saúde Família (ESF).

Os facilitadores afirmam que muitas vezes a equipe não consegue enxergar as próprias necessidades por estar “naturalizada” com os problemas presentes na localidade. Quando isso acontece é muito importante contar com o olhar de quem está fora do processo. Esse auxílio é citado como uma necessidade pelos participantes do estudo.

Quando uma prática social se estabiliza, se repete com certa frequência, ela é percebida como se fosse uma regra natural; dessa forma os sujeitos sentem dificuldades em mudar e até mesmo perceber falhas em uma prática que parece ser tão natural (BRASIL, 2005c). Contar com o apoio de uma pessoa que esteja de fora do processo para perceber as falhas é algo importante; no entanto, isso não deve eximir a equipe de refletir sobre o processo de trabalho. A equipe precisa ser capaz de perceber as próprias faltas e isso se consegue por meio da problematização.

Os participantes mencionam também como necessidade a continuidade de encontros presenciais, a fim de motivar os profissionais e favorecer a troca de experiências.

*Eu acho que se você fizer o curso e não permitir que esse curso tenha continuidade no serviço e continuidade com outros processos, eu acho que ele perde a razão de ser. Então eu acho que o curso ele tem que estar aliado, que estar costurado com outras estratégias. (T4)*

Além disso, salientam a importância de formar novos facilitadores. Para os participantes, a formação de mais facilitadores fortaleceria o processo de implementação da EPS, uma vez que mais pessoas compreenderiam a importância dessa política, amenizando a resistência dos trabalhadores acerca da EPS.

*Então eu gostaria de frisar que eu acho que esse curso tem que ser estendido para todos os profissionais. (F7)*

*[...] acho que deveria ter outro processo agora aqui, em Londrina deveria ter um outro processo com os facilitadores para formar mais gente nas mesmas unidades. (T3)*

Por outro lado, um tutor afirma que a compreensão sobre a política de EPS não deve depender totalmente da formação de facilitadores, mas sim da prática da EPS e tempo para que essa proposta seja amadurecida e disseminada pelos facilitadores já formados. Testa, citado por Giovanella (1989), refere que, além de novas consciências determinarem novas práticas, novas práticas também determinam novas consciências.

*[...] não adianta você querer fazer mil cursos, formar cinco mil facilitadores, que desses cinco mil vão ser facilitadores efetivamente no máximo 10 pessoas. Então é questão de tempo. A política já foi gestada, já foi iniciada, mas demora um pouco. (T9)*

Não se pode negar: a formação de facilitadores contribui para fortalecer a implementação de EPS; contudo, é preciso ter cautela e não fazer do curso a solução de todos os problemas, pois assim corre-se o risco de reproduzir as práticas hegemônicas, em que se realizavam diversos cursos de capacitação, sem, contudo, promover mudanças. A formação de facilitadores não pode constituir a única estratégia para desenvolver a EPS; o curso traz os meios, mas o que de fato determina a mudança é a implementação da EPS no cotidiano do trabalho; afinal, o foco é o trabalho e não o curso.

Os facilitadores apontam para a necessidade de promover mudanças curriculares em outros cursos da área da saúde, além do curso de medicina.

*[...] a mudança de currículo não tem que ser só na área da medicina, a mudança de currículo tem que ocorrer em outras áreas também, [...] fazer o PBL na enfermagem, na odontologia, eu acho que isso contribui. (F8)*

Ceccim e Feuerwerker (2004) e o MS (BRASIL, 2004c) também reforçam a necessidade de uma reforma da educação. A formação para a área da saúde deveria ter como propósitos mudanças nas práticas dos profissionais e da própria organização do trabalho, de modo a estruturar-se pela problematização do processo de trabalho e pela capacidade de satisfazer as necessidades de saúde das pessoas e do coletivo (BRASIL, 2004c). Apesar da concretização de diversas iniciativas, tais como os Programas de Interiorização do Trabalho em Saúde, Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, de Capacitação e Formação em Saúde da Família, entre outros, essas foram muito tímidas na sua capacidade de

promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse sentido, os mesmos autores apontam como estratégia um trabalho articulado entre os sistemas de saúde e as instituições de ensino. A reforma da educação precisa expressar:

[...] o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional. Deve expressar ainda a produção de conhecimento e promoção de avanços nos campos científico, tecnológico e cultural e prestação de serviços, principalmente de cooperação e assessoramento técnicos, de retaguarda e avaliação tecnológica e de documentação e disseminação dos saberes produzidos nos serviços, nos movimentos sociais e nas práticas populares. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 44).

Desde 2003, a política de educação para o SUS vem tentando construir aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, no intuito de orientar as graduações em saúde para a integralidade, tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas (BRASIL, 2004c). Para tanto, três ações foram propostas: o curso de Educação à Distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação, a implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e o processo de mudança e apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança (BRASIL, 2004c).

As mudanças na graduação dos profissionais de saúde também exigem a formação de professores que sejam capazes de levar adiante práticas inovadoras e ativas (BRASIL, 2003).

Nesse processo, a EPS traz elementos importantes e úteis para a formação dos profissionais de saúde, na medida em que aproxima esses sujeitos da realidade e dos diferentes atores que fazem parte do cotidiano do trabalho em saúde (FEUERWERKER, 2005).

A maior necessidade apontada pelos participantes refere-se ao apoio da gestão, isto é, à institucionalização da política EPS. Os participantes afirmam que, para a EPS ser assumida como uma estratégia de mudança, é preciso que ela seja

institucionalizada, pois é preciso garantir um espaço institucional para assegurar a sustentabilidade dessa política. Segundo Almeida (1999b), a institucionalização consiste em uma apropriação de inovações. Para a sua realização, depende de vários fatores, entre eles o alcance das adesões conquistadas, políticas institucionais e incorporação das práticas inovadoras nos procedimentos da organização.

*Eu acredito na educação permanente se ela tiver apoio da gestão, da administração, tiver incentivo das pessoas, assim em longo prazo ela surte efeito, em curto prazo não. (F4)*

*Agora, é fundamental que exista uma vontade da direção, da administração dos serviços, por que se não houver uma vontade, não for uma decisão da direção ou do gestor enfim, os trabalhadores sozinhos não conseguem executar esse trabalho. (F10)*

*[...] a educação permanente sozinha não vai fazer milagre, precisa que a instituição crie outros instrumentos que colaborem na mesma direção, nós ficamos remando contra a maré sozinhos. (T7)*

*Em termos de serviço, são espaços institucionais mesmo, que hoje eles não existem. Então até por conta da greve esse espaço foi bastante adiado, agora vamos ver com o retorno das atividades, com as novas direções se estabelecendo [...] a gente vai ver qual o espaço institucional que a educação permanente vai ter dentro da secretaria da saúde. (T2)*

A percepção de falta de apoio da gestão municipal pode apontar para a incompreensão da gestão sobre a magnitude desse processo. Como afirma Farah (2006), o processo de EPS não se limita a processos de capacitação; é fundamental que a gestão assuma sua responsabilidade de acompanhar e supervisionar as equipes no processo de trabalho.

O MS (BRASIL, 2005d) reforça o apoio da gestão às ações de EPS ao afirmar que a gestão tem um papel importante na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que favoreçam a implementação da EPS, o trabalho de equipe, a responsabilização, o fortalecimento das relações entre os profissionais e usuários e a abertura de espaços de discussão.

Os tutores citam que um dos caminhos para institucionalizar a EPS é avaliar e apresentar os resultados, os reflexos desse processo sobre a prática e os indicadores de saúde. As ações de monitoramento e avaliação devem ser incorporadas

ao serviço como uma atividade permanente (ROSCHKE, 2006).

Na ocasião das entrevistas, a Política Nacional de EPS ainda era gerida pela portaria 198 GM/MS. Atualmente, esta política é regulamentada pela portaria 1996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. A revisão da portaria 198 GM/MS ocorreu, sobretudo, para se adequar às diretrizes operacionais e ao regulamento do pacto pela saúde. Dá-se destaque para essa informação, pois a publicação dessa nova portaria traz novamente à tona as discussões em torno da EPS, o que pode favorecer sua institucionalização. Corroborando a idéia do tutor sobre avaliar as ações de EPS, a nova portaria menciona que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde irá propor indicadores para o acompanhamento da política de EPS dentro do processo de pactuação unificada de indicadores, que serão integrados aos indicadores do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

### **5.2.3.2 Dificuldades no processo de implementação da EPS**

Durante o processo de implementação da EPS surgiram diversas dificuldades. A mais freqüente nos discursos dos participantes foi a paralisação dos profissionais de saúde, que ocorreu, no município de Londrina, por questões de reajustes salariais, no segundo semestre de 2006, com duração de aproximadamente três meses.

Eles afirmam que a paralisação dos profissionais de saúde foi a maior responsável pela desmotivação dos trabalhadores e que, por isso, foi difícil implementar a EPS, uma vez que o interesse dos profissionais estava voltados para a questão salarial. Além disso, havia uma grande revolta entre os trabalhadores, pois eles não obtiveram benefício com a greve.

*[...] tinha o sentimento de descontentamento pela questão salarial de servidores [...] se a gente não estivesse alerta às reuniões com os facilitadores acabava caindo nesse assunto e desvirtuava o objetivo da reunião proposta [...]. (T8)*

*Mas na verdade a gente tenta buscar uma coisa, dar uma resposta e eles estão querendo no momento falar de outra coisa, falar em greve [...]. (F1)*

Os sujeitos relatam que a greve prejudicou a continuidade de alguns projetos, cujo objetivo era promover discussões de EPS nas Unidades Saúde da Família (USF).

Todavia, um facilitador declara que foi importante o curso ter acontecido nesse momento conturbado, pois ele trouxe estratégias para lidar com os conflitos característicos do retorno das atividades. Chama a atenção o fato de esse facilitador reconhecer a importância da EPS diante dos diversos conflitos e dificuldades que permeiam o processo de trabalho em saúde. A atitude desse participante reforça a importância de compreender que situações como essa, de greve, fazem parte do cotidiano dos trabalhadores de saúde e a EPS busca justamente lidar com a realidade, seja ela repleta de desafios ou não. Sobre isso, Campos (1997, p.236) relata que as pessoas precisam aprender “a lidar com os constrangimentos do contexto para, a partir desses limites impostos pela realidade, construir algo de que se orgulhem.”

A ênfase que os sujeitos do estudo dão à greve enquanto uma dificuldade desperta alguns questionamentos; será que tutores e facilitadores, de fato, compreendem que EPS lida com conflitos e adversidades? Ou será essa, conforme afirma Guatari (1992), uma atitude que reflete a tendência de o sujeito se proteger sob um tipo de couraça que o impede de enxergar uma realidade que o desestabiliza e que traz responsabilidades?

Além disso, deve-se considerar que a realidade não é algo controlável. Esses processos conflituosos como a greve fazem parte do cotidiano dos trabalhadores e aprender a enfrentá-los é uma forma de ampliar a capacidade de análise sobre si mesmo, os outros e o contexto, aumentando, por consequência, a possibilidade de agir sobre estas situações (CAMPOS, 2007).

Os entrevistados mencionam, como dificuldade, a persistência de práticas hegemônicas. Para eles a assistência à saúde é fragmentada, as práticas são curativistas e centradas em procedimentos.

*Nós ainda temos um sistema de saúde muito focado na pessoa do profissional médico, a população ainda vê dessa forma, os próprios profissionais também, muitos entendem dessa forma. (T6)*

*Continua fragmentado né, centrado lá no procedimento, no profissional. (F2)*

O estudo de Farah (2006), realizado num período em que a política de EPS ainda era incipiente, revela que os profissionais da equipe saúde da família já consideravam sua implementação como algo difícil por alterar uma lógica cristalizada.

A persistência das práticas hegemônicas, ao mesmo tempo em que representa um desafio, também reforça a necessidade da implementação da política de EPS. Ceccim (2005b) salienta esse cenário repleto de práticas curativistas, fragmentadas, em que há uma valorização das tecnologias duras, demanda ambiciosas iniciativas de transformação da formação e das práticas dos trabalhadores de saúde.

Quando se fala em superar as práticas tradicionais, não é preciso ressaltar que não se trata de uma competição entre as práticas hegemônicas e as contrahegemônicas, ou de definir em qual dessas práticas se encontra a verdade absoluta. Essa superação se faz necessário porque as práticas tradicionais já não dão conta de responder aos desafios atuais, uma vez que há pouca abertura para o diálogo, para a escuta, para a integralidade e para a construção coletiva. Além disso, a fragmentação da assistência, justificada muitas vezes pela complexidade dos problemas de saúde, deixa a desejar na medida em que tende a provocar desinteresse, alienação e a falta de responsabilidade nos profissionais de saúde (BRASIL, 2005c; CAMPOS, 1997). Outra consequência da fragmentação da assistência se expressa na falta de compreensão dos trabalhadores sobre a totalidade do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

As práticas hegemônicas produzem alienação nos sujeitos e esta se manifesta pelo grau de afastamento do profissional de suas responsabilidades em defesa da vida e pelo modo como se estruturam as relações nos serviços de saúde (CAMPOS, 1997). De acordo com Campos (1997), usuários e profissionais de saúde são reduzidos a objetos. Tal redução acontece quando há situações de desequilíbrio de poder, isto é, a detenção de poder provoca no sujeito o desejo de se impor, eliminando qualquer vestígio de piedade e de solidariedade. Essa tendência de tentar objetivar o trabalho em saúde, como se ele acontecesse independente do agente executor e do sujeito doente, faz com que os profissionais encarem o paciente enquanto um objeto e não uma pessoa. Assim, Campos (1997) fala que é necessário romper com essas representações e valorizar as subjetividades presentes no profissional e no paciente e

termina dizendo que isso é uma tarefa essencial em qualquer modelo de gestão que pretenda envolver os trabalhadores com a produção de saúde.

A falta de organização da demanda é apontada pelos sujeitos do estudo enquanto algo que sobrecarrega e limita a disponibilidade do facilitador em compartilhar os saberes e implementar a EPS com a equipe.

*[...] a gente não tem um momento, um espaço, um horário para passar tudo o que a gente viu no curso. (F2)*

*[...] a dificuldade é conciliar a possibilidade de você ter espaço de reflexão com a demanda do dia-a-dia! Se você não for uma pessoa que planeja, que seja firme em garantia de espaços de reflexão, você acaba se envolvendo na rotina do trabalho [...] (T4)*

Nesse discurso novamente percebe-se o quanto os participantes do estudo têm dificuldade de reconhecer os problemas do dia-a-dia enquanto fundamento para o exercício da EPS. É preciso salientar que a EPS se alimenta dos problemas e das necessidades presentes em um serviço de saúde. Como afirma Roschke (2006, p.35), a EPS “reconhece e opera com a complexidade, fragmentação, incerteza e o conflito inerente ao processo de trabalho nas instituições dos serviços.” Campos (2007) sugere como alternativa para atenuar a demanda de um serviço o envolvimento dos pacientes, das famílias e da comunidade com a produção de saúde. Salienta-se que a EPS se apóia, entre outras coisas, no protagonismo dos sujeitos.

Segundo alguns tutores, a limitação de governabilidade tem-se constituído um fator que também traz dificuldades, por despertar a sensação de impotência e frustração.

*[...] eu tenho limite de atuação, passou daquele limite, minha governabilidade é nula, então [...] não consigo mais. (T1)*

*[...] é um espaço de muito sofrimento para o trabalhador, de muita frustração porque é tão complexo que muitas vezes têm alguns fatores que você não consegue intervir, têm algumas situações que você não dá conta de intervir mesmo e você tem que encarar sua limitação nessa situação. (T3)*

*[...] o que é difícil às vezes é você vencer a barreira da governabilidade, porque você faz o diagnóstico de um problema, mas grande parte desse problema não está dentro da sua governabilidade. (T9)*

É importante destacar que a limitação de governabilidade não é um problema em si; o que torna isso um problema é quando seus limites são reduzidos, tirando dos profissionais um poder, ou seja, uma autonomia que lhe era essencial para promover uma assistência à saúde de qualidade.

Testa (apud GIOVANELLA, 1989), ao falar sobre os resultados do exercício do poder, considera o poder cotidiano e o societal. O poder cotidiano se concretiza nas decisões do dia-a-dia sobre como e o que fazer. Por outro lado, o poder societal resulta da construção da sociedade; dessa forma, se processa a longo prazo. É importante enfatizar que o poder cotidiano está contido no poder societal; logo, há uma determinação do primeiro sobre o segundo. Nesse sentido, é preciso que se valorizem os resultados obtidos pelo poder cotidiano, ou seja, mesmo havendo limitações de atuação, o sujeito deve valorizar as ações que estão dentro de seu alcance.

Além da limitação de governabilidade, tem-se também a falta de definição de governabilidade, isto é, o não esclarecimento acerca da governabilidade dos diferentes setores da saúde. Campos (2003) afirma que essa indefinição sobre núcleo e campo de responsabilidades do setor saúde permite que se prolongue a solução de grande parte dos problemas de saúde da população.

Outra dificuldade relatada por tutores refere-se à falta de comprometimento e responsabilização dos profissionais com o serviço público

*[...] o serviço público é um cabide do emprego e a gente convive nesse meio e a gente sabe que há uma boa parte, não a maioria, mas uma boa parte, pensa dessa forma. (T7)*

Confirmando os resultados desta pesquisa, o estudo realizado por Cotta et al. (2006) com profissionais da atenção básica revela que a insatisfação salarial é uma entre as razões que levam os trabalhadores de saúde a não se comprometerem e não considerarem o trabalho na ESF como atividade principal. Ricaldoni e Sena (2006) salientam em seu estudo que é essencial haver pessoas comprometidas, criativas e envolvidas com a EPS para construir práticas inovadoras.

Para os facilitadores, a maior dificuldade está em pôr em prática os conceitos adquiridos no curso e “repassar” esses conceitos aos demais integrantes da equipe de modo que eles também se sintam estimulados a implementar a EPS.

*Então têm muitas dificuldade para você passar o que é, como que faz. (F5)*

*Porque é difícil para mim, eu faço o curso e passar isso para quem não faz o curso, não tem a mesma idéia, então não é fácil. (T1)*

O ato de repassar, transmitir o conhecimento é algo ainda presente no discurso dos sujeitos. De acordo com Freire (2002), o conhecimento não é algo que possa ser transmitido, mas é construído e reconstruído historicamente. O repasse do conhecimento, como se fosse um objeto, não propicia a interação entre o sujeito e aquilo que precisa ser aprendido (VASCONCELLOS, 1992).

Essa forma de educar é denominada por Freire (2006b) de educação “bancária”, em que os conhecimentos são depositados nos educandos pelo professor que se julga possuidor do saber. Dessa forma, o educador se assume enquanto sujeito do processo e os educandos são meros objetos. Ao contrário dessa concepção, Freire (2006b) destaca que, no processo de ensino, tanto o educador quanto o educando são educados, ambos são sujeitos do processo, pois constroem

o conhecimento em comunhão uns com outros.

Anastasiou (2007) relata que o processo de ensino envolve o apreender e o aprender. O apreender significa segurar, prender, pegar, tomar para si, implica uma ação. Por outro lado, o verbo aprender significa tomar conhecimento, não pressupõe uma ação. Como o aprender é algo mais presente na formação dos sujeitos, pela influência da pedagogia tradicional, a dificuldade relatada pelos participantes sobre a falta de motivação da equipe pode estar associada à forma passiva de os facilitadores compartilharem seus conhecimentos.

Como apontado anteriormente, Freire (2002) e Vasconcellos (1992) mencionam que a motivação surge, sobretudo, da identificação do objeto de conhecimento com a realidade dos sujeitos. Pois os sujeitos não substituem e nem somam seus conhecimentos, mas os constroem com base em seus conhecimentos prévios; dessa forma, só haverá incorporação de novos conceitos quando houver a participação ativa no processo de reconstrução e quando os novos conhecimentos fizerem parte da realidade e corresponderem às necessidades dos sujeitos (ROSCHKE, 2006). O exercício de aproximar o objeto de ensino à realidade do trabalho deve ser

uma constante na atuação dos tutores e facilitadores.

O estudo de Job (2006) também revela que as atitudes dos facilitadores se restringem a transmitir o conhecimento, não envolvendo as pessoas no processo de discussão.

Os entrevistados citam que há muita resistência dos profissionais que não participaram do curso em aceitar as novas propostas de trabalho. De acordo com eles, a atuação do facilitador é mal interpretada pelos demais profissionais, que acreditam que ele está agindo por interesse próprio.

*Eu queria saber se tem alguma fórmula mágica para gente fazer as pessoas aceitarem [...]. (F5)*

*[...] é muito difícil fazer com que as outras pessoas entendam que essa mudança tem que acontecer e que essas pessoas também vejam que você não está querendo se aparecer. (F7)*

Um tutor refere que essa resistência dos profissionais pode estar relacionada à falta de persistência dos facilitadores, que desistem de implementar a EPS logo que esbarram em alguma dificuldade.

*[...] mesmo os facilitadores eles não incorporam isso porque na hora de colocar em prática os conhecimentos logo que esbarram no primeiro problema eles desistem. (T9)*

Todas essas dificuldades vivenciadas pelos facilitadores podem estar associadas à falta de compreensão do papel do facilitador, tanto por parte dos profissionais e até mesmo dos próprios facilitadores. O estudo de Ricaldoni e Sena (2006), apesar de reconhecer as potencialidades da pedagogia problematizadora utilizada pela EPS, questiona se os profissionais de fato a dominam. Diante disso, neste estudo cabe este questionamento: será que os facilitadores conseguiram incorporar essas novas propostas de trabalho a ponto de conseguirem compartilhar isso com seus companheiros de equipe? Essa indagação se torna relevante na medida em que eles colocam a EPS enquanto algo que precisa ser aceito e precisa acontecer, remetendo à EPS muito mais um conceito de norma do que processo.

Além disso, é preciso considerar que assumir o papel de tutor e facilitador em meio a um contexto repleto de obstáculos representa um grande desafio, que não será superado instantaneamente. É no dia-a-dia, aprendendo com os erros,

que tutores, facilitadores e profissionais devem construir esse novo jeito de agir em saúde.

### 5.2.3.3 Sentimentos despertados no curso e na atuação

A EPS favoreceu que tutores e facilitadores se relacionassem com as pessoas, superassem desafios e vivenciassem conflitos. Isso propiciou que diversos sentimentos fossem despertados nos sujeitos do estudo, tais como alegria, amizade, medo, motivação, responsabilidade, obrigação e frustração.

O fato de terem sido selecionadas e a proximidade que o curso estabeleceu entre tutores e facilitadores possibilitaram que muitos sentimentos fossem vivenciados, entre eles, os de auto-estima, felicidade, privilégio e gratificação.

*[...] eu achei excelente assim, gostei de ser a escolhida para o trabalho, fiquei muito animada por a gente tentar implementar um trabalho, eu achei muito bom!*  
(F8)

*[...] eu me sentia feliz por ter sido escolhida. Primeiro, eu me senti importante.* (F5)

*Acho que aproxima as pessoas. Eu tive que conviver com esse grupo de facilitadores, nós tínhamos reuniões mensais, então aproxima muito as pessoas e desperta uma série de sentimentos.* (T6)

O sentimento de felicidade também esteve relacionado a pequenas mudanças que ocorreram no ambiente de trabalho. O estudo de Cavalcanti (1999) sobre a aprendizagem de adultos revela que estes, por estarem mais voltados para a realidade do dia-a-dia, estão mais sujeitos a aprenderem sobre aquilo que lhes traga alguma contribuição, seja para a resolução de problemas ou para aprimorar a prática profissional. Nesse sentido, quando eles percebem avanços, tais como a satisfações com o trabalho realizado, tendem a se sentir mais motivados.

*Eu fico muito feliz quando eu vejo nos relatos que mudou alguma coisa na prática.* (T3)

No decurso do processo, quando as relações entre os participantes começaram a ser estabelecidas, outros sentimentos foram emergindo, tais como amizade e companheirismo e prazer em estreitar os laços de relações.

*[...] sentimento de companheirismo, porque durante o processo do curso as pessoas estão sempre juntas se organizando e desenvolvendo um processo de trabalho em conjunto. (F10)*

*Mas a sensação foi muito prazerosa no sentido de estar podendo compartilhar sentimentos, discussões, reflexões com outras pessoas que eu até conhecia mas [...] você passa a ter um aprofundamento dessas relações! (T4)*

À medida que o papel do tutor e do facilitador foi evidenciado, muitos participantes referiram ter sentido medo, insegurança e preocupação em assumir uma nova responsabilidade.

*[...] eu fiquei com um pouco de preocupação, ansiedade, porque o que vem por aí? (F5) [...] eu senti que era uma responsabilidade muito grande, mas não podia fugir desse desafio! (T7)*

O estudo de Garanhani (2004), realizado com docentes e alunos de uma instituição de ensino superior, revela que eles também se sentiam inseguros e com medo mediante a implantação de um currículo integrado que adota a problematização, buscando o desenvolvimento do aluno ativo, crítico e co responsável pelo seu aprendizado. Para os participantes, aquilo que foi exigido dos tutores não correspondeu à formação que receberam, ou seja, os tutores foram cobrados acima daquilo que eles eram capazes de oferecer.

*[...] a responsabilidade ficou totalmente em cima de cada tutor, ficamos muito isolados, eu fiquei muito sozinha, a referência, a orientação não aconteceu, e eu fui aprendendo, tentando fazer o que eu pensava que fosse educação permanente. (T7)*

De acordo com a fala dos facilitadores, o sentimento de motivação esteve presente no início do processo de implementação por acreditar no potencial da EPS enquanto estratégia de mudança.

*[...] eu confesso que eu vim muito sensibilizado, vim querendo mudanças, vim falando em uma saúde menos fragmentada e mais integral, um ambiente de trabalho melhor, todas essas coisas então foram de um primeiro momento assim que eu fiquei muito feliz, eu vim cheio de garra [...] Me senti assim vestindo a camisa da educação permanente. (F4)*

O sentimento de responsabilidade em implementar a EPS é expresso tanto por tutores como por facilitadores.

*[...] a responsabilidade está nas minhas mãos por eu ter feito o curso, por eu ter investido na formação do facilitador, até mesmo como profissional eu me sinto responsável. (F2)*

*[...] eu faço parte do grupo que tem a maior responsabilidade nisso, porque nós somos escolhidos como tutores e a maioria dos tutores são também gestores [...] (T5)*

O fato de terem assumido a função de tutor e facilitador fez com que alguns participantes se sentissem obrigados a implementar a EPS.

*Às vezes eu me sinto na obrigação de executar. (F2)*

*Então eu tenho uma sensação assim, de estar participando porque eu estou naquele papel e é minha obrigação porque afinal de contas eu tenho uma responsabilidade nisso. (T4)*

O sentimento de obrigação pode estar relacionado ao sentimento de cobrança também expresso pelos facilitadores. Para eles, muitas responsabilidades foram repassadas aos facilitadores, o que fez com que os demais trabalhadores não se apropriassem da EPS.

*[...] quem mais interagiu quem mais participou foram os facilitadores [...] quem não fez o curso se sente mais distanciado. (F2)*

*Porque de um lado você é cobrado, você é cobrado para que aconteçam mudanças e você sente também que tem que passar o que você aprendeu [...]. (F7)*

A obrigação em realizar uma atividade emerge quando o sujeito se sente frustrado e desmotivado. O sentimento de frustração surgiu, pois as mudanças propostas pelos facilitadores não foram facilmente aceitas. Eles afirmam que encontraram resistência da equipe, além do sentimento de falta de apoio por parte da gestão. Tais dificuldades provocaram desmotivação, raiva, tristeza e solidão.

*Frustração. Uma frustração muito grande. (T8)*

*Como facilitadora às vezes eu fico frustrada pelas dificuldades que a gente encontra, talvez de saber que eu tenha responsabilidade e que eu não consigo executar talvez da maneira como eu acho que eu deveria estar fazendo. Então eu tenho o sentimento assim de frustração. (F2)*

*[...] eu tenho uma profunda lástima porque dentro de uma ideologia fantástica que é a educação permanente, de uma nova concepção de modelo de trabalho, enfim e eu vejo que isso infelizmente não veio à tona na prática então eu fico muito chateado, para mim é uma lástima mesmo. (F4)*

Vale ressaltar que o sentimento de frustração pode estar relacionado à própria dificuldade dos tutores e facilitadores se abrirem para o novo, pois o fato de terem assumido essa função não significa que eles não se questionem se, de fato, vale a pena toda essa mobilização para mudança.

De acordo com Morin (2006), o novo desperta rejeição em muitos sujeitos, pois eles estão presos a teorias e idéias, incapazes de acolher as novidades. No entanto, Freire (2006b) e Morin (2006) salientam a necessidade de haver abertura ao novo, tendo em vista o inacabamento do homem e do conhecimento. Sobre isso, Campos (2000, p.98) afirma que “A produção do Sujeito é um processo ininterrupto e sempre inacabado, não havendo, portanto, identidade estável.” Este mesmo autor diz que não existe um conhecimento que abarque todo o saber e essa lacuna do conhecimento permite que o sujeito aceite o surgimento do novo; além disso, não há um sujeito totalmente instituído; sempre haverá brechas, fluxos irreprimíveis permitindo a abertura às novidades.

Falcón, Erdmann e Meirelles (2006) mencionam dois mecanismos para enfrentar o inesperado. O primeiro consiste na consciência do risco e da chance e o segundo, na estratégia, a qual faz o Homem ser capaz de se modificar em função dos conhecimentos novos que o novo propicia.

Para desenvolver a EPS no cotidiano é fundamental estar preparado para a novidade, pois a educação permanente exige que se caminhe em direção ao desconhecido para potencializar a criação (MATUMOTO; FORTUNA; SANTOS, 2006).

#### 5.2.3.4 O papel do tutor e do facilitador de EPS

Conforme alguns entrevistados, a função primordial de um tutor e facilitador é promover mudanças no processo de trabalho.

Matumoto, Fortuna e Santos (2006), ao realizarem um estudo sobre o papel do facilitador, descreveram que o facilitador deve mobilizar os sujeitos, auxiliar na construção coletiva e instigar momentos de reflexão sobre o processo de trabalho, de modo a dar um novo sentido às práticas de saúde.

Segundo alguns tutores, para que o tutor e o facilitador tenham a capacidade de mudar suas práticas e as práticas de trabalho de sua equipe, eles devem primeiro se apropriar do processo de trabalho e promover discussões e reflexões sobre a EPS, compartilhando seus saberes e respeitando limitações da equipe. Matumoto, Fortuna e Santos (2006) mencionam a importância de reconhecer os limites e potencialidades, tanto do facilitador quanto da equipe.

*[...] o papel do facilitador é estar promovendo essas reflexões a ser feita sobre a educação permanente lá no local de prática [...] seria o de fomentar essas discussões. (T1)*

*[...] na tutoria a gente não pode querer que todas as pessoas acompanhem. Cada um tem as suas limitações, [...] então esse é o exercício da tutoria você conseguir [...] compartilhar com eles mas de uma forma responsável, complementar [...]. (T6)*

De acordo com o MS (BRASIL, 2005f), o processo de trabalho é uma atividade com o objetivo de promover uma transformação social. Apropriar-se do processo de trabalho consiste em reconhecer seu papel nessa transformação. Conforme Merhy (1999), o processo de trabalho em saúde produz atos de saúde, os quais produzem o cuidado individual ou coletivo. Este cuidado deve atuar sobre os problemas e responder às necessidades de saúde do usuário.

Neste processo, em que se devem produzir transformações e ao mesmo tempo produzir saúde, há três campos de tensão (MERHY, 1999). Primeiro, o território das práticas de saúde, que é repleto de disputas, interesses e constituição de políticas, em que se criam aliados ou há confrontos na tentativa de impor uma nova conformação de bem social. Segundo, a produção de atos de saúde. Nesse campo há

o predomínio das tecnologias leves, permitindo a criação de novos valores e relações. Terceiro, o terreno das organizações de saúde. Esse campo se constitui enquanto campo de tensão, por envolver diferentes sujeitos com diferentes formas de auto-governo; assim há sempre uma polaridade entre autonomia e controle.

Esses três campos de tensão não devem ser encarados como algo ruim, mas como possibilidade de criar novas práticas de saúde em que o usuário seja o centro, pois conforme Merhy (1999, p.313):

[...] não há como anular aquele território tenso e aberto [...] não há como não se experimentar o tempo todo a emergência de novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado.

Por meio de alguns discursos percebeu-se que para Ser um tutor ou Ser facilitador é preciso saber lidar com as pessoas. Essa é uma característica essencial, sobretudo, pela necessidade de incentivar a equipe e a gestão a acreditarem na EPS enquanto estratégia de mudança.

*Seria aquele sujeito com uma boa inserção na sua equipe de trabalho [...] aquele que consegue ser ouvido pelas pessoas, que consegue agregar as pessoas numa reunião. (T1)*

*[...] cabe a responsabilidade de fazer com que a gestão superior [...] entenda a educação permanente como uma estratégia, um instrumento para a mudança do processo de trabalho [...] meu papel enquanto tutora é estar trabalhando com os meus superiores para que o processo seja realmente implantado. (T5)*

Nesta subcategoria, os participantes também descrevem suas atuações durante o processo de formação de facilitadores e durante a prática do trabalho, entre elas a realização de reuniões, compartilhamento dos saberes com a equipe e reflexão sobre os problemas característicos do processo de trabalho.

A fala a seguir expressa o envolvimento do tutor com processo de formação.

*[...] estudei, pesquisei, aprendi a lidar com a internet, me incentivava muito, ligava para facilitadores no trabalho deles toda semana perguntando o que eles estavam fazendo, como*

*que estava, me oferecia para ir no local de trabalho, fazia reunião semanal [...] e disponibilizava textos que eu achava que tinha relação com o que a gente estava discutindo. (T7)*

As percepções desses sujeitos sobre o papel do tutor e do facilitador não estão distantes daquilo que é proposto. Assim, verifica-se que os participantes reconhecem seu papel; contudo, o maior desafio está em implementar essa função, uma vez que devem superar, além de suas limitações pessoais, as limitações da equipe e do próprio ambiente de trabalho.

## **5.2.4 Vivenciando o Processo de Mudança**

O curso de facilitadores foi desenvolvido com o propósito de desencadear novas práticas de trabalho, ou seja, promover mudanças. Desde o processo de formação, tutores e facilitadores vêm enfrentando o desafio de mudar suas realidades; portanto, nesta quarta categoria será abordado como esses sujeitos têm vivenciado esse processo e quais mudanças eles conseguiram realizar em seus locais de trabalho.

### **5.2.4.1 Compreendendo a mudança**

Ao vivenciarem o processo de mudança, os participantes do estudo perceberam o que significa mudar e quais as implicações desse processo. Entre os significados da mudança, os facilitadores afirmam ser um processo difícil.

*Então essa transformação que é difícil. Fizemos o curso de facilitadores, tivemos subsídio teórico para isso, mas quando chega à unidade para executar aí sim a gente enfrenta dificuldades [...] se nós que somos facilitadoras já temos a dificuldade de implementar essas transformações, quem não fez (o curso) tem mais dificuldade ainda. (F2)*

*[...] eu acho muito complicado mudar a prática de alguém [...] (F3)*

De acordo com os sujeitos, a mudança é entendida como um processo difícil devido a resistências de muitos profissionais em mudar. A resistência à mudança deve-se a vários fatores, entre eles a falta de comprometimento dos profissionais com o processo de trabalho, persistência de práticas tradicionais e o fato de a mudança despertar incômodos, desconfortos. O estudo de Costa (2007) sobre a docência no ensino médico aponta que a resistência à mudança deve-se, sobretudo, ao sentimento de insegurança e de perda.

*[...] nem todos querem sair da zona de conforto, muitas pessoas querem ficar realizando aquela tarefa daquela forma que ela realiza há muitos anos e ela não quer mudar [...] (F10)*

*[...] então eu acho que esse processo de você transformar o jeito de você fazer as coisas, ele tem que vir de um desconforto interior, ele tem que vir de alguma insatisfação que te mobilize para você transformar, tem que acontecer alguma coisa que te mobilize. (T3)*

Para os tutores a mudança é complexa, pois vai além da mudança de práticas; é preciso mudar valores, uma vez que a prática do profissional está intimamente relacionada aos valores pessoais.

Segundo Rosa (2003), a mudança é um processo complexo, pois representa uma ameaça àquilo que já está estabelecido e acomodado, ou seja, uma nova proposta abala uma organização já estruturada. A mesma autora salienta que isso desperta nos sujeitos sentimentos de medo e intranqüilidade, fazendo com que os mesmos resistam aos processos de mudança. Campos (2000, p.117) salienta o medo enquanto um sentimento presente na mudança. “A vertigem do vôo e o medo de voar: poder-se-ia compará-los à vertigem ao medo de mudar, de instituir o novo [...].”

Para Rosa (2003), o que mais determina a resistência à mudança é a tarefa de reestruturar-se, de rever-se para absorver a nova organização e não o trabalho que a mudança implica, até porque a reprodução do mesmo exige energia, uma vez que é preciso imprimir um força contrária àquela que incita a mudança (ROSA, 2003; CAMPOS, 2000). Mas, sendo a mudança permeada de representações negativas, porque ela acontece? Para Rosa (2003), devido às insatisfações com a realidade. Por mais acomodado que o homem esteja, ele é dotado de sensibilidade que o faz perceber as insatisfações do mundo em que vive. Então, impulsionado pela

insatisfação, o homem busca mudanças; no entanto, para que ela se concretize é preciso disposição interna, confirmando os achados dessa pesquisa.

*Muda quem quer, quem está a fim, quem está andando nessa direção. Não dá, a gente não força. (T7)*

*Tem que ser da pessoa porque você por mais que tente é muito difícil despertar essa motivação em uma pessoa que não tem interesse. (F1)*

*[...] você só vai mudar a partir de que aquilo tiver grande significado [...]. (F3)*

Assim para mudar é preciso sentir a necessidade, ou seja, perceber falhas, incômodos com as práticas atuais. Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) também destacam a importância de perceber os incômodos. Para eles, as insatisfações só podem ser percebidas a partir da vivência e da reflexão sobre as práticas de trabalho.

Merhy (1997) e Giovanella (1989) apresentam a mudança enquanto um processo complexo, que implica lidar com distintos interesses e alterar representações e relações de poder. Possuir tecnologias para realizar intervenções não é o suficiente para promover mudanças, é indispensável compreender o poder quanto aos seus resultados, tipos, recursos, prazos, formas organizativas, impactos e quanto à análise das relações de força (GIOVANELLA, 1989). Nesse processo, Merhy (1997) salienta a importância de problematizar e interrogar. Pois é por meio das interrogações que se criam as oportunidades de surgimento das falhas, gerando insatisfações, as quais, conforme mencionado anteriormente, favorecem a mudança.

Apesar de difícil, a mudança é um processo possível; assim, é preciso esquivar-se de discursos que se conformam com determinadas situações afirmando que “a realidade é assim mesmo”, pois:

Nenhuma realidade é porque tem que ser. A realidade pode e deve ser mutável, deve ser transformável. Mas, para justificar os interesses que obstaculizam a mudança, é preciso dizer que “é assim mesmo”. O discurso da impossibilidade é, portanto, um discurso ideológico reacionário. Para confrontar o discurso ideológico da impossibilidade de mudar tem-se de fazer um discurso também ideológico de que pode mudar, mas fundado, inclusive, na verdade científica de que é possível mudar. (FREIRE, 2001a, p.169).

Diante da complexidade da mudança, alguns participantes mencionam estratégias para superar a resistência dos profissionais, entre elas atuar primeiramente onde existe abertura para EPS.

A mudança também foi concebida enquanto processo que causa divisões dentro de um grupo, sempre haverá pessoas que irão ou não aceitá-las.

Apesar da divisão que a mudança provoca, os participantes afirmam que, com o passar do tempo, ela tem um efeito contrário, o de contagiar aqueles que estão alheios a esse processo.

*[...] as mudanças que eu fiz em mim afetaram as outras pessoas e isso é legal, você perceber as mudanças nas outras pessoas é muito bom [...] (F5)*

Campos (2000) corrobora este discurso ao afirmar que não há razões para desprestigiar as pequenas mudanças que ocorrem em um ambiente, pois estas tem a capacidade de desencadear mudanças de maior amplitude.

Sobre as implicações da mudança, um tutor afirma que é preciso haver o embate das diferenças, isto é, dar valor aos conflitos.

*[...] acredito que a educação permanente só vai possibilitar mudanças se houver um debate, se houver encontro, se houver a diferença de idéia, você entende? Se as pessoas colocarem essas diferenças frente a frente. Porque é ali na diferença que o grupo cresce [...]. (T7)*

Matumoto, Fortuma e Santos (2006) também salientaram essa necessidade. No entanto, estas autoras afirmam que há nos grupos a idéia de que se deve viver em constante harmonia, falar e agir da mesma forma. Esse modo de pensar faz com que o conflito seja encarado enquanto algo ruim, prejudicial ao grupo e, portanto, deve ser eliminado. Para Campos (2000), é uma ilusão acreditar que é possível eliminar os interesses particulares das pessoas a fim de anular os conflitos, pois a constituição de interesses, vontades e necessidades são inerentes ao ser humano. Dessa forma, é preciso assumir o conflito e interrogá-lo coletivamente tanto pelo tutor e facilitador, quanto pelos demais sujeitos.

Ribeiro e Motta (2006) e Campos (2000) afirmam que os conflitos emergem devido à diversidade do coletivo, no qual os sujeitos possuem concepções, interesses e poderes distintos sobre o mundo e sobre suas práticas de trabalho. Sendo

o conflito algo inevitável no trabalho coletivo, é preciso aprender a lidar com ele, por meio da abertura às diferenças de opiniões e o estabelecimento de compromissos e contratos entre as distintas esferas de interesse (RIBEIRO; MOTTA, 2006; CAMPOS, 2000). O MS aponta para a necessidade de encarar os conflitos na medida em que eles “trazem consigo a possibilidade de inclusão e produção da mudança, movendo as pessoas do lugar da conservação para o lugar da transformação.” (BRASIL, 2005d, p.100).

Em conformidade com Freire (2001a), para os sujeitos, a mudança é um processo social, coletivo, exige a participação de todos, pois cada profissional tem contribuições específicas no processo de mudança. No entanto, os sujeitos destacam que o profissional médico muitas vezes fica excluído desse processo. Confirmando os resultados desta pesquisa, Almeida (1999b) afirma que a categoria médica apresenta resistência aos processos de mudança. Esse mesmo autor diz que, devido à influência das práticas hegemônicas de cuidado, os profissionais médicos sempre tiveram um papel de destaque nas ações de saúde e ainda o têm; nesse sentido, o apoio dessa classe é indispensável.

O estudo de Franco, Bueno e Merhy (1999) sobre o acolhimento e seus efeitos no processo de trabalho de uma unidade básica de saúde revela diversos benefícios para o serviço; entretanto, houve uma pequena inserção dos profissionais médicos no acolhimento. Os autores do estudo explicam que isso está relacionado à organização parcelar do trabalho médico, o qual fixa esse profissional em uma determinada etapa do processo terapêutico, alienando-o de modo a não interagir com o produto final do trabalho. Para Rocha e Trad (2005), as novas formas de atuação, baseadas no acolhimento e no vínculo, faz com que os médicos questionem as estruturas ideológicas que durante muito tempo nortearam suas práticas; nesse sentido, é preciso que o sujeito se coloque perante a possibilidade de ressignificar sua identidade profissional.

Pelas falas dos sujeitos, percebe-se que a mudança implica assumir a EPS como uma atitude de vida que deve permear todas as práticas de saúde. Para tanto, o profissional deve comprometer-se e responsabilizar-se com a EPS; ele deve se reconhecer como autor do processo de mudança.

*[...] então transforma porque a maneira como você incorpora o sujeito no processo, ele é um sujeito ativo, participante, ele é reflexivo. (T2)*

*A mudança de pensamento é em relação à colocação dela mesmo dentro do processo de trabalho e não fora, não como crítica, mas à partir dessa mudança é ela ter condições de alterar suas condições de trabalho para uma condição melhor [...] (T9)*

Os participantes também relatam que, para mudar, é preciso tempo.

*A curto prazo eu acho bem difícil [...] alguns paradigmas eles têm que ser mudados, nós viemos de uma época que o atendimento era totalmente fragmentado e hoje se fala em um atendimento integral é difícil ainda para entrar na cabeça das pessoas [...] Tudo que você aprendeu durante décadas você mudar de uma hora para outra é bem difícil. (F4)*

*[...] saí do PSF, saí da coordenação, quer dizer, isso reflete uma descrença muito grande [...] na possibilidade de acontecer mudanças reais a curto prazo. (T7)*

Quando se tem a intenção de realizar uma ação é preciso considerar os tempos técnicos e os tempos políticos citados por Mário Testa. O tempo técnico é dependente de procedimentos, isto é, de tecnologias que precisam ser utilizadas para a realização de um plano, tais como insumos, bens de capital, recursos humanos, entre outros. O tempo político é aquele necessário para que um plano idealizado seja compreendido pelos diferentes grupos sociais, em outras palavras, é o tempo para modificar a consciência de certos grupos sociais para criar uma base social de apoio (apud GIOVANELLA, 1989). É essencial analisar o tempo político diante de uma situação de mudança. De acordo com Giovanella (1989), não existe uma precisão para a duração dos tempos políticos, isso depende de diversas circunstâncias sociais.

#### **5.2.4.2 Apresentando as mudanças**

Nessa subcategoria, os participantes apresentam as mudanças que ocorreram em seus locais de trabalho desencadeadas pela EPS.

Os participantes revelam que o processo de formação de facilitadores

possibilitou a abertura de espaços de discussão.

*Então nós identificamos quais eram os problemas, juntos com toda a equipe a gente tentou discutir cada um deles, tentamos procurar respostas para aqueles problemas. (F5)*

*[...] nós conseguimos fazer várias oficinas, quatro oficinas, é, de problematização, conseguimos propor soluções conjuntas concretas em todos esses funcionários desde os que trabalham na recepção até o médico, a enfermeira, conseguimos é, propor respostas, dar respostas a problemas que a gente tinha aqui dentro. Então foi muito bom aqui no local de trabalho. (T9)*

Pela fala dos participantes, a EPS proporcionou a reflexão sobre suas atuações.

*[...] me fez refletir sobre mim, sobre meu jeito de trabalhar, sobre minha personalidade, sobre o meu modo de tratar os meus colegas, tratar o meu cliente. (F5) [...] faz com que a gente também repense o nosso papel enquanto profissional de saúde, o lugar que a gente está. (T4)*

A prática reflexiva tem-se revelado uma importante estratégia para propiciar mudanças. O estudo de Ricaldoni e Sena (2006) mostrou que a reflexão crítica dos profissionais sobre as práticas de trabalho foi propiciada pela EPS. E o estudo de Costa (2007) revelou que a introdução da auto-reflexão na formação docente torna possível, em nível técnico e prático, um novo modo de formar professores.

Os discursos revelam que as atividades de EPS aproximaram os profissionais, uma vez que estes passaram a se reunir mais vezes, a interagir e trocar saberes. Por conta disso, afirmam que houve melhorias nas relações profissionais.

*[...] aproximou as pessoas, proporcionou que as pessoas discutissem mais, interagissem mais, isso levou a um crescimento, por isso que eu digo que é um crescimento profissional e pessoal, porque proporciona uma maior troca entre os trabalhadores que estão inseridos no processo. (F10)*

Os tutores citam que houve melhorias na organização do trabalho. Para eles, alguns profissionais passaram a utilizar o planejamento para organizar as atividades do trabalho. Farah (2006) e Roschke (2006) relatam que o planejamento é um elemento essencial da EPS, pois é o momento de considerar não apenas questões técnicas, mas questões políticas, econômicas, sociais, culturais e organizacionais que envolvem a implementação de uma ação.

Também houve mudanças pontuais. Os discursos abaixo falam sobre mudanças em relação à marcação de consulta e à sala de pós-consulta.

*A gente estava querendo mudar a questão da marcação de consulta [...] então eu chamei duas, três auxiliares, quando elas viram tudo aquilo [...] elas ficaram assim encantadas [...] elas refletiram que o que elas fazem ali é importante [...] (F3)*

*[...] a gente tem que te contar que a gente conseguiu mudar a salinha da pósconsulta, a gente conseguiu transformar o nosso processo de trabalho mudando a nossa entrada. (T3)*

Outras mudanças mencionadas pelos participantes do estudo referem-se ao maior vínculo e comunicação dos profissionais com os usuários.

*[...] a gente adotou [...] algumas reuniões de conciliação com usuários, familiares dos usuários, em que a gente colocava os profissionais envolvidos naquela assistência ou o usuário ou o responsável. A gente colocou alguns conceitos da escuta desapegada, de todo mundo ouvir aquela crítica não ficar reagindo simplesmente, porque o usuário reconhecia que às vezes uma palavra foi mal colocada num atendimento ou uma informação não foi devidamente encaminhada [...] Então [...] a gente exercitou esses conceitos inclusive tivemos resultados muito positivos, se não tivesse essa ação, de fazer uma reunião conciliatória, onde você colocava os problemas de uma forma clara e com objetivo de corrigir o problema identificado, provavelmente iria sair uma reclamação na imprensa, que não sortiria o efeito que sortiu ali no serviço enquanto o processo de educação mesmo. (T8)*

Segundo Campos (2007), a assistência à saúde de qualidade está intimamente relacionada à existência de vínculo entre paciente, família e comunidade com a equipe de saúde. Para o mesmo autor, o vínculo sugere interdependência de profissionais com usuários e vice-versa. A construção do vínculo ocorre quando o usuário acredita que a equipe poderá contribuir e auxiliá-lo em suas necessidades de saúde e quando a equipe se responsabiliza pela atenção integral à saúde dos que vivem em um determinado território (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; CAMPOS, 1997). Assim, é possível amenizar algumas falhas presentes na assistência à saúde, entre elas a medicalização e a super-utilização de exames laboratoriais (CAMPOS, 2007).

Embora o vínculo propicie benefícios para as práticas de saúde, construí-lo não é um processo simples. Campos (2007) utiliza o conceito de “Transferência” para entender como ocorre a formação de vínculos. Quando os sujeitos se vinculam a alguém, tendem a transferir afetos, os quais podem ser positivos ou

negativos. Os positivos servem de apoio para essa construção; por outro lado, quando os afetos são negativos, é necessário desconstruir a percepção e reconstruir uma nova, o que torna o processo complexo.

Apesar das mudanças descritas, é importante destacar que nem todos os tutores e facilitadores conseguiram desencadear mudanças em seus locais de trabalho. Alguns afirmam que suas tentativas de mudança foram frustrantes e que não conseguiram fazer com que o grupo compreendesse EPS, quanto mais promover mudança.

*[...] só que as tentativas elas foram muito frustrantes e com o tempo eu acho que vai caindo um pouco no esquecimento. (F4) E quando foi para realmente trabalhar a mudança de prática, mas a mudança de prática que é no local de trabalho e você tem que chamar a equipe e tem que abrir a equipe, tem que discutir, tem que apanhar, tem que, você entende? E tem que rever aí a forma de lidar em relação com a equipe com o trabalho [...] o exercício de mudança da prática não aconteceu. (T7)*

Ao analisar as mudanças citadas pelos sujeitos percebe-se que elas possuem dimensões distintas entre si. Sobre isso, Almeida (1999b) fala que há três planos de mudança, a inovação, a reforma e a transformação. Esses se concretizam por meio de alterações que ocorrem nas seguintes dimensões: processos, relações e conteúdos.

Quando a mudança ocorre em apenas uma dessas dimensões, tem-se uma inovação. A inovação é o primeiro estágio do processo de mudança, é caracterizada por mudanças superficiais e pontuais e não se preocupa em analisar os fatores que determinam a forma dominante. Denomina-se reforma as alterações que envolvem duas das três dimensões citadas anteriormente. Na reforma, as mudanças visam substituir dimensões mais abrangentes do processo de produção por outras que abarcam elementos essenciais do processo. A transformação produz alteração nas três dimensões e é o último estágio do processo de mudança. Na transformação, as mudanças buscam introduzir uma nova ordem no processo de produção; dessa forma, engloba todo o contexto, a sociedade, a construção de novos paradigmas e os determinantes históricos e sociais. Apesar de mobilizar diversas dimensões, o maior impacto nesse plano de mudança ocorre nas relações políticas entre os sujeitos institucionais envolvidos.

Diante desses planos de mudança apresentados por Almeida (1999b), percebe-se que as mudanças citadas pelos participantes do estudo concentram-se no estágio inicial do processo, isto é, na inovação. No entanto, considerando a governabilidade que tutores e facilitadores possuem, é impossível esperar que estes sujeitos promovam isoladamente transformações. Um processo de mudança institucional exige muitos atores, não apenas o facilitador ou instrutor de um curso e pessoal dos serviços (ROSCHKE, 2006). Tutores e facilitadores devem propiciar o processo de mudança, mas para produzir transformações necessitam sobremaneira do apoio da gestão municipal.

A photograph of a stone path winding through a dense forest. The path is made of irregular, light-colored stones. The surrounding foliage is lush and green, with some leaves showing signs of aging or damage. At the end of the path, there is a bright, circular light flare, suggesting a clearing or a source of light. The overall atmosphere is serene and natural.

CONSIDERAÇÕES  
FINAIS

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Campos (2005), princípios e diretrizes são importantes para compor imaginários utópicos e indicar novos rumos e objetivos para as políticas. Neste sentido, a Política de EPS procura contemplar essas duas dimensões: produzir novas utopias, e também interferir na prática realmente existente nos sistemas de saúde. Contudo, isso se realiza em um contexto repleto de obstáculos, uma vez que a EPS propõe ações que, na maioria das vezes, contrariam aquilo que está estabelecido.

O personagem do tutor e do facilitador surgiu para lidar com esse importante desafio de promover mudanças em um cenário tomado pelas práticas hegemônicas. Por isso, esta pesquisa buscou compreender e analisar o que se passa no universo desses sujeitos e assim desvelar a compreensão que possuem sobre EPS, a percepção que construíram sobre o papel de tutor e facilitador e sobre

o curso, e as necessidades e dificuldades sentidas por eles.

Os resultados deste estudo revelam que o processo de formação de facilitadores de EPS teve limitações. No período em que o curso foi realizado, os profissionais encontravam-se desmotivados por conta de uma paralisação mal sucedida, e no período do estudo os profissionais estavam novamente em greve, ou seja, o curso foi desenvolvido entre duas greves. Assim, a primeira trouxe desmotivação para a participação no curso e a segunda interrompeu a implementação daquilo que havia sido apreendido no curso. Além disso, havia a limitação de alguns tutores que não foram devidamente orientados. Tudo isso, somado ao distanciamento que havia entre aquilo que a EPS propunha e a realidade vivenciada pelos sujeitos, fez com que o processo de formação fosse considerado por alguns apenas um curso.

Por conta disso, os participantes enfatizam em seus discursos as dificuldades e necessidades que têm vivenciado para implementar a EPS. A necessidade de apoio da gestão e a dificuldade da greve, bem como a persistência das práticas hegemônicas estiveram presentes nas falas de todos os entrevistados.

Essas necessidades e dificuldades enfrentadas por tutores e facilitadores influenciaram a percepção deles acerca de seu papel. Pelos discursos

nota-se que eles conseguiram compreender, em certa medida, suas funções; contudo, o maior desafio se expressa na concretização dessas práticas no cotidiano do trabalho, seja por limitações próprias, seja pela resistência dos companheiros de equipe e da falta de apoio da gestão.

Sobre o a compreensão da EPS, percebe-se que os conceitos trazidos pelos participantes não fogem da concepção adotada pelo MS, o que permite inferir que a participação no curso de facilitadores teve um papel relevante em esclarecer e sistematizar os principais conceitos da EPS. Apesar de terem um discurso, nota-se que ele está mais pautado em conceitos obtidos nas unidades de aprendizagem, material utilizado durante o processo de formação, e não em experiências de EPS realizadas no cotidiano do trabalho. Essa constatação se fortalece quando os próprios participantes reconhecem a dificuldade de associar a EPS a uma mudança de prática.

Claro que os conceitos estruturados proporcionados pelo curso são importantes, mas eles não podem ser os fins, mas o meio para que todos os sujeitos, a partir do processo de trabalho e das experiências de EPS, sejam elas bem sucedidas ou não, construam seu próprio conceito. Pois quando os conceitos são construídos com base em ações, eles se tornam mais consistentes e com capacidade de promover mudança, objetivo principal da EPS.

Acerca disso, os participantes enfatizam que só haverá mudanças quando a EPS se converter em uma política institucional. Sem dúvida, a mudança é um processo complexo, difícil e que tende a despertar medo naqueles que precisam vivenciá-la. Por isso, diante de situações que precisam de mudança é comum perceber o repasse de responsabilidades a alguém ou a alguma instituição. Não foi diferente no contexto deste estudo, ao observar o quanto tutores e facilitadores atribuíram à gestão a responsabilidade pelas mudanças que deveriam acontecer a partir da institucionalização da EPS.

Salienta-se que com esta afirmação não se pretende eximir a gestão municipal de suas responsabilidades, pelo contrário. O que se pretende é enfatizar que a construção da EPS não é exclusividade da gestão, mas de todos os sujeitos responsáveis pela produção de saúde, sejam tutores, facilitadores, profissionais de saúde, usuários, prestadores de serviços, instituições de ensino, entre outros. Por mais

que a EPS valorize o coletivo, não se pode esquecer que o coletivo é constituído por sujeitos que possuem singularidades, as quais devem fortalecer os alicerces para construção da EPS.

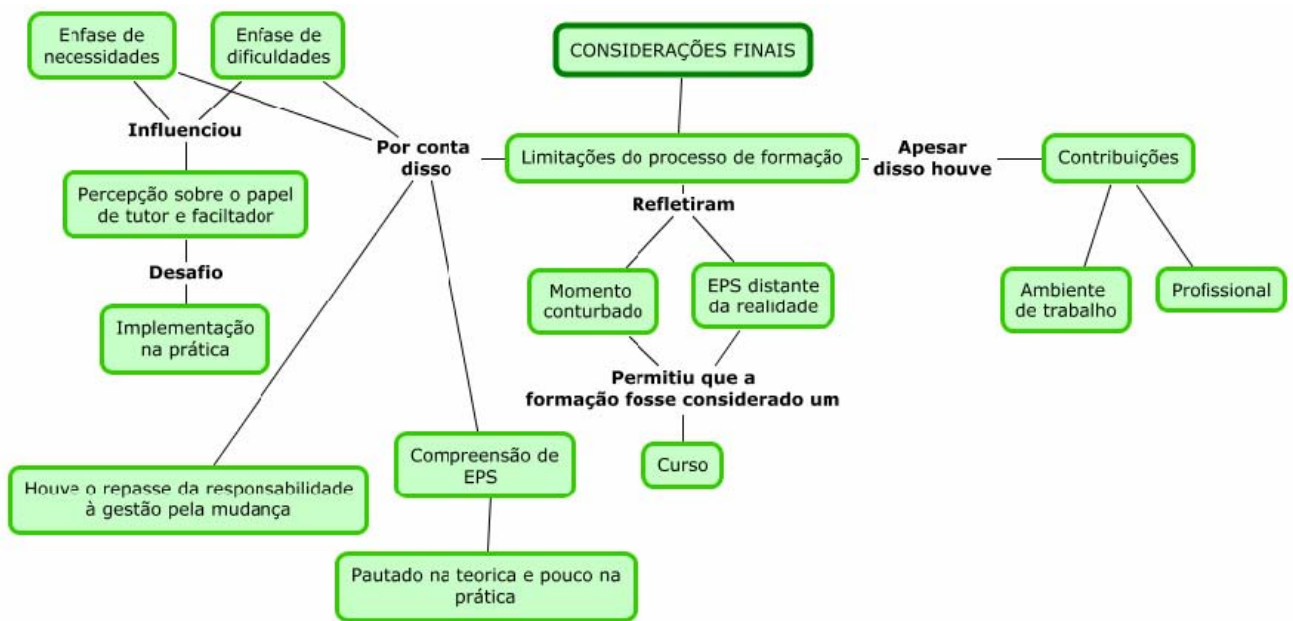
Apesar dos percalços, os sujeitos conseguem compreender e reconhecer a importância da política de EPS e da formação de facilitadores. Este processo oportunizou aos envolvidos a ampliação do olhar sobre o processo de trabalho em saúde, seja em seu local de trabalho, seja em outros níveis de atenção. Por meio do processo, os sujeitos tiveram a possibilidade de olhar para a própria prática de trabalho, comprometerem-se e sentirem-se mais seguros para dar continuidade às ações de EPS. Além disso, a vivência desse processo propiciou a reflexão, a autocrítica, o crescimento pessoal e profissional, a troca de experiência e o olhar mais voltado para a realidade. Com base nisso, percebe-se que esta estratégia produz, em certa medida, mudanças tanto no profissional quanto no processo de trabalho.

As discussões desenvolvidas nesta pesquisa dão margem a diversos questionamentos; assim, enfatiza-se a necessidade para a realização de mais estudos sobre essa temática, pois são poucos os trabalhos que exploram os desafios enfrentados pelos sujeitos na implementação da política de EPS. Nesse sentido, acredita-se que uma das contribuições desta pesquisa é enriquecer as produções científicas com um tema ainda pouco trabalhado. Além disso, os resultados deste estudo poderão: 1) motivar tutores e facilitadores da região, e também de outras, a darem continuidade às ações de EPS, na medida em que se reconhecem e se identificam com a vivência trazida pelos sujeitos; 2) fortalecer as ações de EPS, às vezes esquecidas em muitas equipes, pois como o trabalho traz experiências bem sucedidas de mudança, isso pode mobilizar as pessoas e resgatar o desejo de transformar o ambiente de trabalho; e 3) fornecer subsídios para o enfrentamento dos desafios que se colocam no desenvolvimento da EPS e fortalecer esse processo, uma vez que apresentam de forma sistematizada os diversos aspectos que perpassam o cotidiano dos sujeitos envolvidos com a EPS.

No atual contexto, em que as discussões em torno da EPS voltam a ocupar um espaço na agenda da gestão devido à publicação da nova portaria 1996 GM/MS, que regulamenta a política nacional de EPS, a formação de facilitadores

também ganha destaque. Nesse sentido, é necessário dar continuidade às discussões que o curso de facilitadores propôs. O encerramento do curso não pode interromper a construção coletiva da EPS; é necessária a criação de estratégias que visem à continuidade dos trabalhos dos tutores e facilitadores e, sobretudo, aprender com as falhas, pois como afirma Freire (2001a, p.172):

Apesar de tudo, apesar dos insucessos! A gente precisa saber, inclusive, que os insucessos e os sofrimentos fazem parte da busca da eficácia. Não há eficácia que não tropece em momentos de insucesso. E é preciso trabalhar o insucesso e convertê-lo em êxito.



**Figura 4** – Sistematização das considerações finais

A photograph of a stone path winding through a dense forest. The path is made of irregular, light-colored stones and is surrounded by lush green foliage. The lighting is soft, creating a dappled effect on the path. A semi-transparent white rectangular box is centered over the path, containing the word 'REFERÊNCIAS' in a black, serif font.

# REFERÊNCIAS

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.J. de. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. **Olho Mágico**, Londrina, v.5, n. spe., p.41-42, 1999a.

ALMEIDA, M.J. de. **Educação médica e a saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: UEL, 1999b.

ALMEIDA, M.C.P. de; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface** Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n.16, p.150-153, 2001.

ALVES, L.; NOVA, C. **Educação a distância: limites e possibilidades**. São Paulo: Futura, 2003.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

ANASTASIOU, L. das C. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. das C.; ALVES, L.P. (orgs.) **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 7 ed. Joinville: UNIVILLE, 2007, p.15-43.

AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa**: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.2, p.231-237, 2005.

BRASIL. Congresso. **Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Seminário sobre: Incentivos às mudanças na graduação das carreiras de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS** de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos da Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os curso de graduação da área da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS Notas sobre o Desempenho da Gestão da Educação na Saúde.** Período de fevereiro de 2004 a junho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – Integradora. Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – Práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde:** orientação pra o curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2005g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Conversando sobre os pólos de educação permanente em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.12, n.1, p.9-14, 2005h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1996/GM/MS** 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CABRAL. I.E.; TYRRELL, M.A.R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER, J.H.M. et al. **Pesquisa em enfermagem:** novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.18-29.

CAMARGO JUNIOR, K.R. de. Um ensaio sobre a (In)Definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (orgs.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS: ABRASCO, 2005, p.35-44.

CAMPOS, F.E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH saúde**, Brasília, v.3, n.1, p.41-51, 2006.

CAMPOS, G.W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.229-266.

CAMPOS, G.W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W. de S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.10, n.2, p.7-14, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.398-400, 2005.

CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAVALCANTI, R.A. Andragogia: A Aprendizagem nos Adultos. **Revista de Clínica Cirúrgica da Paraíba**, n. 6, ano 4, p. 33-41, 1999.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R.B. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação pra o curso**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde / FIOCRUZ, 2005a.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2005b.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005c.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.R. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.780-788, 2004.

COSTA, N.M. da S.C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p. 21-30, 2007.

COTTA, R.M.M. et. al.. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.7-18, 2006.

FALCÓN, G.S.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B.H.S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p.343-351, 2006.

FARAH, B.F. **Educação permanente no processo de organização em serviços de saúde**: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família – experiência do município de Juiz de Fora/MG. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FEUERWERKWER, L.C.M. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. **Olho Mágico**, Londrina, v.12, n.3, p.13-20, 2005.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: UNESP, 2001a.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001b.

FREIRE, P. Sobre educação popular: Entrevista com Paulo Freire. In: TORRES, R.M. (org). **Educação popular**: um encontro com Paulo Freire. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 33 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006a.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 44 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006b.

GADOTTI, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito.** São Paulo: Cortez Editora: autores associados, 1983.

GADOTTI, M. Prefácio. In: FREIRE, P. **Educação e mudança.** 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

GARANHANI, M.L. **Habitando o mundo da educação em um currículo integrado de enfermagem: um olhar à luz de Heidegger.** 2004. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004, p.64-89.

GUATARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético.** São Paulo: Editora 34, 1992.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004, p.244-270.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa.** 1989. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOULART, F.A. de A. Pólos de educação permanente em saúde: desvios e ilusões do que poderia ter sido um boa idéia. **Olho Mágico**, Londrina, v.11, n.4, p.12-14, 2004.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. **Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en america latina.** Educacion Médica y Salyud. vol. 24, n. 2. 1990.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 2003.

JOB, G.A. **Educação permanente em saúde:** um desafio para a mudança de prática do cuidado em saúde. 2006. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.

KRAMER, S. Propostas pedagógicas ou curriculares:subsídios para um leitura crítica. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 18, n.60, p.15-35, 1997.

LONDRINA. Prefeitura Municipal de Londrina. **Educação permanente em saúde das equipes de saúde da família como estratégia de mudança de prática: avaliação do processo.** Londrina, 2006.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da educação.** São Paulo: Cortez, 1994.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro, 2005.

MATUMOTO, S. et al., Supervisão de equipes no programa de saúde da família. **Interface** – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.9, n.16, p.9-24, 2005.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; SANTOS, H, dos. **O papel do facilitador nas rodas de educação permanente:** a produção de subjetividade e o processo grupal. 2006. Mimeo.

MENDES, E.V. O paradigma da medicina científica. In: MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica:** suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: FUMARC, 1985, p.27-44.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHYE.E; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E.E. et al.. Em busca das ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-150.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.305-314, 1999.

MERHY, E.E. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005, p.195-206.

MERHY, E.E. **Salud: cartografia do trabajo vivo**. Buenos Aires: Lugar editorial, 2006.

MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colect**, La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MINAYO, M.C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-248, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MINAYO M.C.S. et al. (Orgs.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MORAES, M.A.A. de; MANZANI, E.J. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.125-135, 2006.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

NICOLETTO, S.C.S., et al. **A Implantação e Desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná**. Disponível em <<http://www.observatoriopr.com>>. Acesso em: out. 2007.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná. **Rede de Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/espp/polo/rede.htm>>. Acesso em: jan. 2006.

PEREIRA, A.L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1527-1534, 2003.

PIANCASTELLI, C.H.; FARIA, HP; SILVEIRA, M.R. O Trabalho em Equipe. In: SANTANA, J.P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 2000. p 45-50.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p.67-113.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. et al. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papalivros, 1999, p.25-48.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 438-446, 2004.

RIBEIRO, E.C. de O.; MOTTA, J.I.J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/epp>>. Acesso em: abr. 2006.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.6, p. 837-842, 2006.

ROCHA, A.A.R. de M. e.; TRAD, L.A.B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface - comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v.9, n.17, p.303-316, 2005.

ROSA, S.S. da. **Construtivismo e mudança**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSCHKE, M. A. C. Educação permanente – compreensão: alguns conceitos e características essenciais. **Olho Mágico**, Londrina, v.13, n.3, p.32-35, 2006.

SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e da produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.1, p. 63-74, 1995.

SOUSA, L.S. de. A entrevista, o imaginário e a intuição. In: GAUTHUR, J.H.M. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.30-50.

TATAGIBA, M.C.; FILÁTIGA, V. **Vivendo e aprendendo em grupos: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupos**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

THIOLLENT, M. Concepção e organização da pesquisa. In: THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13 ed. São Paulo: Cortez, 2004, p.47-72.

TOMAZI, Z.T. **Saúde e Estado Brasileiro**. São Paulo: Global Editora, 1986.

TORRES, R.M. (org). **Educação popular: um encontro com Paulo Freire**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. Pesquisa qualitativa. In: TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, p.116-175.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELLOS, C. Metodologia dialética em sala de aula. **Revista AEC**, São Paulo, v.21, n.83, p. 28-55, 1992.

A photograph of a stone path winding through a dense forest. The path is made of flat, irregular stones and is surrounded by lush green foliage. The lighting is soft, creating a serene atmosphere. The word "APÊNDICES" is overlaid in a white, serif font on a semi-transparent rectangular background in the center of the image.

# APÊNDICES

**Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista****( ) TUTOR ( ) FACILITADOR****Identificação:**

Nome (iniciais):

Idade:

Profissão:

Local de Trabalho:

Graduação: Pós-graduação:

Participação no pólo:

( ) não ( ) sim, que segmento representa? Com que frequência?

Telefone/e-mail:

**Questões Norteadoras:****1. O que significa para você Educação Permanente em Saúde?**

Transformação das práticas de ensino e atenção  
Aprendizagem no trabalho  
Reflexão/problematização  
Trabalho em equipe  
Integralidade  
Participação dos atores

**2. Como você (sendo um tutor ou facilitador) se percebe no processo de implementação da política de Educação Permanente em Saúde?**

Postura/atitudes  
Motivação  
Sentimentos

**3. Quais necessidades você enfrenta para implementar a Educação Permanente em Saúde?**

Apoio (equipe trabalho, gestão)  
Comprometimento  
Tempo  
Compreensão sobre EPS

**4. Quais são suas percepções sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde?**

Contribuições para o fortalecimento da EPS (crescimento, parcerias) Metodologia do curso Material de apoio Sentimentos Relação tutor/facilitador e facilitador/facilitador

**Apêndice 2 – Termo de Consentimento livre e esclarecido**

Eu \_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa, intitulada, “Educação permanente em saúde (EPS): percepções de tutores e facilitadores” que se realizará no Município de Londrina – Pr e tem por objetivo básico analisar a percepção de tutores e facilitadores sobre a Educação Permanente em Saúde e sobre suas atuações no processo de implementação dessa política.

Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão gravadas e transcritas na íntegra e que estas são de caráter confidencial. Também estou ciente de que os resultados do trabalho serão divulgados de forma global e anônima e que não precisarei efetuar qualquer pagamento.

Dúvidas poderão ser esclarecidas com a própria pesquisadora, Fernanda de Freitas Mendonça, através dos telefones (44) 32258533 ou (44) 99782025.

Entendo que tenho liberdade de aceitar ou não responder as questões da entrevista e me recusar a participar no momento em que eu quiser sem qualquer prejuízo para mim ou para minha família.

Londrina \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006

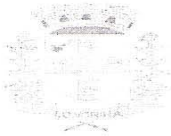
Assinatura pesquisador

Assinatura entrevistado



# ANEXOS

**Anexo 1 – Autorização da Autarquia Municipal de Londrina para a realização da pesquisa**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**  
**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ESTADO DO PARANÁ**

C.P./061/06/Gecape

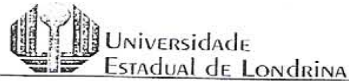
Informamos para fins de realização da pesquisa **“IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ”**, na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, pela coordenadora da pesquisa Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes e equipe de trabalho, do Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, que, por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96 e sua execução nesta Autarquia está autorizada, de acordo com o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina nº 0287, datado em 30 de outubro de 2006

Londrina, 09 de novembro de 2006.

  
Rosiría Mestre Marques Okabayashi  
Coord. de Estágio Educação Permanente/  
Gerência de Capacitação de Pessoas  
DGP/AMS/PML

## Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina

ANEXO 2



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Parecer N° 287/06 CAAE N° 0218.0.268.000-06 FOLHA DE ROSTO N° 107757	Londrina, 30 de outubro de 2006.
<b>PESQUISADOR(A): ELISABETE DE FÁTIMA POLO DE ALMEIDA NUNES</b>	
Ilmo(a) Sr(a),  O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP – UEL – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, <b>APROVA</b> a realização do projeto: <b>“IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ”</b> . Informamos o(a) Sr(a). deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa e deverá ser apresentado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
Situação do Projeto: <b>APROVADO</b>	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">Prof<sup>a</sup>. Dra. Nilza Maria Diniz          Comitê de Ética em Pesquisa          Coordenadora</p>	