



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ROSILENE APARECIDA MACHADO

**PERCEPÇÃO DOS GERENTES SOBRE A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE E SUA PRÁTICA**

Londrina
2011

ROSILENE APARECIDA MACHADO

**PERCEPÇÃO DOS GERENTES SOBRE A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE E SUA PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Melchior

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Rossana
Staeve Baduy

Londrina
2011

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M149p Machado, Rosilene Aparecida.
Percepção dos gerentes sobre a educação permanente em saúde e sua
prática / Rosilene Aparecida Machado. – Londrina, 2011.
67 f. : il. + apêndices e anexos no final da obra.

Orientador: Regina Melchior.
Co-orientador: Rossana Staevie Baduy.
Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade
Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação
em Gestão de Serviços de Saúde, 2011.
Inclui bibliografia.

1. Educação sanitária – Teses. 2. Saúde pública – Educação permanente –
Teses. 3. Política de saúde – Teses. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses.
I. Melchior, Regina. II. Baduy, Rossana Staevie. III. Universidade Estadual de
Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão
de Serviços de Saúde. IV. Título.

CDU 614.2:378

ROSILENE APARECIDA MACHADO

**PERCEPÇÃO DOS GERENTES SOBRE A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE E SUA PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes
UEL – Londrina – PR

Prof. Dr. João José Batista de Campos
UEL – Londrina – PR

Profa. Dr^a. Rossana Staeve Baduy
UEL – Londrina – PR

Londrina, 28 de junho de 2011.

Dedicatória

Aos meus pais
que dedicaram sua vida, para oferecer
amor, conforto e educação.
Seus exemplos são minha inspiração
para a vida, sonhos e esperança.

Agradecimentos

Este momento é precioso porque registra os sentimentos construídos no decorrer do caminho de maneira resumida, mas profunda.

Agradeço imensamente à orientadora Prof^a. Dr^a. Regina Melchior e à co-orientadora Dr^a. Rossana Baduy pelos momentos preciosos que contribuíram muito para o desenvolvimento intelectual deste estudo, minha imensa gratidão.

Ao grupo de profissionais do mestrado, pela convivência, amizade e incentivo.

Aos docentes do mestrado profissionalizante, pelo carinho e pela contribuição para o meu crescimento.

Aos profissionais da equipe de apoio do mestrado que deram todas as orientações e estrutura para nossa tranquilidade, com muita atenção e carinho.

A minha Mãe
que compreendeu minha ausência;
A meu pai
que sempre está presente no coração;
Meu filho
que é minha fortaleza e apoio para meu crescimento;
Meu marido
que entendeu meu projeto;
Minha irmã
pela confiança;
Meu irmão
que me apoiou nas dificuldades.
Com o aconchego de vocês, foi muito melhor.

Às amigas
que me deram amparo para que eu pudesse
terminar esta jornada, colaborando de forma singular.

Queridas: Cláudia, Luciene, Kátia, Rosângela, Tânia,
muitíssimo obrigada.

Minha Comadre e Compadre
sempre apoiando nos grandes e pequenos
desafios com tanto desprendimento e bondade.

Aos professores Dr^a. Elisabete de Fátima e
Dr. João Campos
pelas contribuições relevantes no exame
de qualificação e acolhimento.

Aos profissionais
que colaboraram com a pesquisa e
à Secretaria de Saúde de Ibiporã,
demonstrando confiança, muito obrigada.

*"A alegria não chega apenas no encontro do achado,
mas faz parte do processo da busca.
É ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura,
fora da boniteza e da alegria."*

PAULO FREIRE

MACHADO, Rosilene Aparecida. **Percepção dos gerentes sobre educação permanente em saúde e a sua prática**. 2011. 67 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), após 23 anos de sua implantação, apresenta um inegável avanço na universalização da assistência e organização do sistema, porém o modelo assistencial, ainda predominante, caracteriza-se pela prática de ações fragmentadas, centralizadas em atos médicos, intensa medicalização e com predomínio de ações curativas, dificultando o alcance das diretrizes do sistema de saúde. A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída pelo Ministério da Saúde (MS), é reconhecida como uma estratégia de transformação destas práticas de saúde. A Educação Permanente baseia-se na aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas diários que ocorrem no local da atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe. Dada à relevância da estratégia, como propulsora em produzir mudanças no processo de trabalho, este estudo teve como objetivo realizar o levantamento da percepção de profissionais que vivenciaram a estratégia da EPS, no nível local, em uma Secretaria de Saúde, no período de 2005 e 2006, em um município de médio porte do estado do Paraná. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que se utilizou do processo de entrevistas individuais gravadas e com perguntas norteadoras, realizadas com nove profissionais no período de outubro de 2009 a abril de 2010. O número de entrevistas foi definido por meio do método de saturação de dados e coincidência de informações. A sistematização de dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Dos resultados, emergiram três categorias de análise: 1) Concepção dos profissionais entrevistados sobre educação permanente em saúde, 2) Percepção do caminho vivenciado pelos profissionais gerentes e 3) Efeitos na prática gerencial e na prática do cuidado. A primeira categoria traz referências de pressupostos sobre EPS, feitas pelos profissionais. Na segunda categoria emergiram duas subcategorias: a primeira chamada de: Resistências, tensões e ruídos no processo, onde os profissionais identificaram as tensões na gestão do cotidiano e a outra chamada de: O apoio como sustentação e fortalecimento do processo, onde os gerentes caracterizaram o tipo de ajuda para a condução do processo de EPS local. E por último a categoria: Efeitos na prática gerencial e na prática do cuidado, que teve duas subcategorias de análise: a prática gerencial, mostrando as possibilidades de desenvolvimento desta prática e a subcategoria prática do cuidado, identificando efeitos neste campo. Considerando as dificuldades para gerar mudanças nas práticas é preciso dar suporte, apoio, aos processos coletivos, estimular a capacidade dos trabalhadores para entender o mundo do trabalho o que possibilita mudanças na gestão local.

Palavras-Chave: Educação em saúde. Política de saúde. Educação permanente em saúde.

MACHADO, Rosilene Aparecida. **Managers' perception on permanent education in health and its practice**. 2011. 67 f. Dissertation (Professional Master's in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

ABSTRACT

The Unified Health System, in Portuguese, Sistema Único de Saúde (SUS) after 23 years of its implementation presents an indubitable advance on universalization of assistance and health system organization. However, the prevalent assistance model is characterized by fragmentary actions centered on medical acts, intense medicalization and curative actions that difficult the reach of health system (SUS). The Permanent Education Policy in Health, in Portuguese, Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) created by Ministry of Health is recognized as a transformation strategy for these health practices. Permanent Education is based on significative learning and develops from daily problems happening on the field, taking into consideration previous team knowledge and experiences. Such strategy has proved its significance for producing changes on the working process. This study had the goal to investigate the perception of professionals that implemented EPS strategy on local level, in a Secretary of Health from 2005 and 2006 located in a medium size Parana city. The study has a qualitative approach, utilizing recorded individual interviews, with guiding questions, on nine health professionals from October 2009 to April 2010. The number of interviews was defined by data saturation and coincidental information method. Data systematization was made through Bardin's Content Analysis technique. Three categories of analysis emerged from the results: 1) the idea of Permanent Education in Health as viewed by the professionals interviewed, 2) the process lived by managers during EPS and 3) Effects on managing practice and care practice. The first category brings assumptions about EPS made by these professionals. From the second category two sub-categories emerged: the first one called Resistances, tensions and noises on the process, where professionals identified the difficulties about managing daily work and the other called: the support as sustenance and strengthening of the process where managers characterized the kind of help they needed to lead the local EPS process. And the last the category: Effects on managing practice and care practice had two sub-categories of analysis: the managing practice, showing developing possibilities for this practice and the subcategory care practice, identifying effects on this field. Taking into account the difficulties for changing old practices, it is necessary to support collective processes and stimulate the capacity for workers to understand work dynamics, making it possible for them to change local management.

Keywords: Health education. Health policy. Permanent education in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
17ª RS	Décima Sétima Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PREPS	Polo Regional de Educação Permanente em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONTEXTUALIZANDO A EXPERIÊNCIA DE EPS VIVENCIADA NO MUNICÍPIO	17
2.1	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	17
2.2	PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NA PROPOSTA DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	17
2.2.1	O Curso de Facilitadores em EPS	17
2.2.2	O Processo de Negociação Para Organização do Curso no Município	18
2.2.3	A Escolha dos Profissionais da Secretaria de Saúde Para Serem Sensibilizados.....	18
2.2.4	O Curso e Seus Desdobramentos.....	20
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	22
4.1	LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO	22
4.2	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	23
4.3	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS E CATEGORIZAÇÃO.....	24
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	25
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	26
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	26
5.2	AS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	26
5.2.1	Concepção dos Profissionais Entrevistados Sobre Educação Permanente em Saúde (EPS)	27
5.2.2	Percepção do Caminho Vivenciado Pelos Profissionais Gerentes.....	31
5.2.2.1	Resistências, tensões e ruídos do processo	32
5.2.2.2	O apoio como sustentação e fortalecimento do processo	37

5.2.3	Os Efeitos na Prática Gerencial e na Prática do Cuidado	42
5.2.3.1	A prática gerencial	42
5.2.3.2	A prática do cuidado	49
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES	62
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
	APÊNDICE B – Carta Explicativa	64
	ANEXOS	65
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL	66
	ANEXO B – Ofício da Secretaria Municipal de Saúde de Ibiporã	67

1 INTRODUÇÃO

O conceito de educação permanente no setor saúde desenvolveu-se gradualmente nos países da América Latina. Na década de 70, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) iniciou um debate para a construção de um novo modelo pedagógico percebendo a formação inadequada das equipes de saúde frente à realidade dos serviços. A partir daí a OPAS introduziu pesquisas nos países latino-americanos com intenção de desenvolver alternativas efetivas na formação dos profissionais de saúde (LOPES *et al.*, 2007). No Brasil, inicialmente se discutia o tema educação continuada, aparecendo de forma explícita em 1977 na VI Conferência Nacional de Saúde. A inadequação da formação dos trabalhadores já era pautada nas Conferências de Recursos Humanos e nas Conferências Nacionais de Saúde destacando-se as Conferências Nacionais de 1986 e 1992, antes da política de educação permanente (LOPES *et al.*, 2007).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira consolidou importantes transformações para a saúde da população, culminando com a Constituição de 1988, no seu artigo 198, que definiu uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com algumas diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica do SUS, nº 8080 de 1990, além das diretrizes da Constituinte, em seu art. 6º atribui ao sistema de saúde a ordenação da formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 1990).

Apesar de todo avanço do SUS, nos seus 23 anos, o modelo assistencial ainda predominante caracteriza-se pela prática de ações fragmentadas e centralizadas em atos médicos, com predomínio de ações curativas, dificultando o alcance das diretrizes deste sistema de saúde em construção (BRASIL, 2005c).

No sentido de reordenar e implementar este modelo de assistência à saúde, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), como resposta intencional a esta conjuntura, ou seja, uma alternativa para mudança do modelo (BRASIL, 2000a).

O PSF, posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde, os indivíduos, sua família e comunidade. Com isso,

criam-se condições que conduzem à construção de um novo modelo de atenção à saúde mais justa, equânime, democrática, participativa e solidária (BRASIL, 2000a).

A ESF ampliou o acesso aos serviços de saúde, entretanto, a forma de organização proposta, por si só, não foi suficiente para romper com o modelo assistencial tecnicista, em que ainda é predominante a prática centrada na doença.

A reorganização deste modelo não se limita a leis que regulamentam a mudança, concomitante, se faz necessário o investimento em uma nova política de formação e no processo permanente de capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2000b).

Para apoiar a reorganização do modelo de saúde, torna-se imprescindível formar e capacitar os profissionais para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da população, articulando os diversos setores envolvidos na promoção à saúde (BRASIL, 2000a).

Diante da necessidade de profissionais com perfil para atuar no modelo proposto, impõe-se o estabelecimento de política de formação e desenvolvimento, de educação, devendo esta ter, como objetivo central, a transformação do processo de trabalho (BRASIL, 2000b).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) “A atualização técnico-científica é um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central”. Os aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento, e conhecimento do SUS devem fazer parte da formação e desenvolvimento dos profissionais, desta forma, exigindo uma metodologia, uma estratégia que possibilite a reflexão sobre o mundo do trabalho (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde tem fomentado nos últimos anos muitas iniciativas na tentativa de capacitar os profissionais, sendo algumas delas: mudanças curriculares dos cursos da área da saúde, profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem e cursos de especialização ou aperfeiçoamento das equipes gestoras. Mas, apesar de promover o desenvolvimento, essas iniciativas não se potencializaram como ação estratégica na mudança do processo de trabalho em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e principalmente nas pessoas. São

questões tecnopolíticas e implicam na articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde (BRASIL, 2003).

Para que haja mudanças nas relações, o foco deve ser o resgate do trabalhador como sujeito neste processo, sendo, a atividade do trabalhador, um ponto de partida de seu saber real. Segundo Lopes *et al.* (2007) “a educação permanente em saúde é o encontro entre o mundo do trabalho e a formação, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se no cotidiano das organizações”.

No início do PSF, havia uma proposta de educação permanente para a equipe, mas na prática não foi este o foco na operacionalização do trabalho do PSF (BRASIL, 2000b). As questões discutidas nos espaços privilegiados, nas Conferências de saúde e de recursos humanos até 2003, não foram assumidas como indução de uma política de gestão. Posteriormente, houve uma evolução conceitual sobre educação permanente, sendo aprovada, em setembro de 2003, pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a proposta do Ministério da Saúde de Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (LOPES *et al.*, 2007).

A Educação Permanente em Saúde foi fortalecida com a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para formação e desenvolvimento dos trabalhadores (BRASIL, 2004). Este fato exige maior qualidade na formação dos profissionais de saúde, com foco na melhor compreensão da dinâmica do processo de trabalho e no preparo dos profissionais para enfrentamento de situações do cotidiano de sua área de responsabilidade. Na concepção de EPS, os trabalhadores de saúde não são tratados como recursos humanos, isto é, como uma atividade meio para produzir atividades finalísticas que, no caso da saúde, seria a assistência à saúde, mas sim como sujeitos que produzem o ato de cuidar. Isto é, sujeitos que operam as diversas tecnologias materiais e não materiais, e produzem o cuidado em saúde individual e coletiva e que, desta forma, juntamente com os usuários vão dando contorno aos diversos modelos de atenção à saúde (CECCIM, 2005; MERHY *et al.*, 2006).

A partir da criação desta Política Pública de Saúde, pensou-se numa estratégia para estruturar e dar sustentação às transformações necessárias, acreditando no potencial da reflexão coletiva das práticas de saúde. A educação

permanente, pensada como política, baseia-se na aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas diários que ocorrem no lócus da atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe. Ou seja, traz como novidade para os trabalhadores, que a construção do saber é coletiva, e estes são desafiados, por meio da reflexão e do trabalho em equipe, a propor mudanças em suas práticas (BRASIL, 2004).

Segundo Lopes *et al.* (2007), a utilização dos problemas de saúde e do seu cotidiano como ponto de partida para o aprendizado, é que torna a aprendizagem mais significativa. Esta reflexão no local do trabalho e sobre os problemas do mundo do trabalho, discutido em equipe, permite a construção de objetivos e responsabilidades comuns, tornando o processo de trabalho mais coletivo.

A reflexão sobre o trabalho coletivo fortalece as práticas do processo de trabalho e a resolutividade dos problemas de saúde. De acordo com Ceccim (2005, p.163):

[...] ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais, ou colocamos em risco a qualidade do nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em direitos à saúde.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde demonstra que o Ministério da Saúde assumiu seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil. A adoção da educação permanente é a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão e de controle social no setor da saúde (BRASIL, 2003).

Outras legislações fortalecem a EPS, como a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF, reforçando as diretrizes das estratégias: Saúde da Família e da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2006b). Coloca a EPS como propulsora do

trabalho em equipe, estabelecendo capacidade de planejamento, prioridade de solução de problemas de saúde mais freqüentes e considerando a responsabilidade da assistência resolutiva.

O próprio conceito da Atenção Básica impulsiona os gestores a buscar práticas no processo de trabalho que deem conta para responder a este conjunto de ações. Pela Portaria nº 648, a atenção básica é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Estas deverão ser desenvolvidas através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006b).

Também em 2006, a Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, estabelece como diretriz para gestão do SUS, entre outras, a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, fazendo com que isto se torne compromisso também do gestor municipal e estadual (BRASIL, 2006a). Assim a Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006, define que os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passem a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, sendo um dos blocos de financiamento para a Gestão do SUS, o custeio de ações específicas relacionadas à Gestão do trabalho e Educação em saúde (BRASIL, 2006c).

Com tantas mudanças nas diretrizes operacionais do SUS as bases da Política de Educação Permanente em Saúde também se renovaram e estão contidas na Portaria nº 1996/ GM de 20 de agosto de 2007. Algumas mudanças como a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que substituíram os Polos e o reconhecimento dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como espaços regionais de planejamento e de gestão, buscam adequar e integrar-se aos novos mecanismos instituídos pelo Pacto pela Saúde, respondendo, melhor às necessidades regionalizadas da EPS (BRASIL,2007).

2 CONTEXTUALIZANDO A EXPERIÊNCIA DE EPS VIVENCIADA NO MUNICÍPIO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Ibiporã está localizado no norte do Paraná, com uma população estimada em 47.514 habitantes (IBGE, 2009). Possui dois distritos administrativos: Jardim John Kennedy e Taquara do Reino. Sua rede pública de atenção à saúde possui dois Centros de Atenção Psicossocial (infantil e adulto), 01 Equipe de Apoio à Saúde da Família, 08 Unidades Saúde da Família, um Ambulatório Médico Especializado, 01 Centro de Especialidade Odontológica, 01 laboratório, bem como a rede credenciada filantrópica ou privada contratadas, sendo 02 Hospitais Gerais, 06 Unidades de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia, 01 clínica especializada e consultórios médicos (IBIPORÃ, 2010).

2.2 PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NA PROPOSTA DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

2.2.1 O Curso de Facilitadores em EPS

O processo de incorporar a educação permanente no cotidiano das equipes surgiu quando o Município foi contemplado com uma vaga para o curso de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde (MS) / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), através do Polo Regional de EPS da 17ª Regional de Saúde-PR (PREPS 17RS). Na época a pesquisadora era uma das representantes da secretaria municipal de saúde neste polo.

O curso de Facilitadores em Educação Permanente ocorre na modalidade educacional à distância, com uma estrutura modular. Utiliza-se dos três cadernos de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde / FIOCRUZ, seguindo três eixos, ou seja, Unidades de Aprendizagem: Análise do Contexto de Gestão e das Práticas de Saúde, Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde e Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde (BRASIL, 2005 a,b,c).

Destina-se e tem como objetivo formar diversos atores vinculados às diferentes práticas e do trabalho em saúde na implementação de processos de educação permanente no Sistema Único de Saúde. A proposta pedagógica do curso fundamenta-se nos princípios básicos do Construtivismo, que reconhece o indivíduo como agente do seu próprio conhecimento buscando a resolução dos problemas encontrados na sua realidade. O curso busca contribuir com a construção de cenários que propiciem a reflexão permanente das equipes de saúde sobre suas práticas, visando ampliar as capacidades institucional e profissional de atenção, gestão, participação social e de formação em sistemas locais de saúde (BRASIL, 2005 d).

2.2.2 O Processo de Negociação para Organização do Curso no Município

A proposta do curso foi apresentada para o gestor, pelos representantes do município no PREPS 17 RS e a vaga ofertada foi disponibilizada para a coordenação da estratégia saúde da família do município, também representante no polo. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde passou a ser vista, pela gestão central, como uma oportunidade e como componente imprescindível na viabilização das transformações necessárias na prática profissional. Foi avaliada como estratégia capaz de promover mudanças no processo de trabalho para o enfrentamento da complexidade na atenção básica.

2.2.3 A Escolha dos Profissionais da Secretaria de Saúde para Serem Sensibilizados

O curso previa atividades práticas, quando o aluno deveria voltar para o seu lugar de trabalho e desenvolver, com sua equipe, as tarefas solicitadas. Naquele momento como havia a disponibilidade somente de uma vaga, optou-se por trabalhar com um grupo composto por coordenadores das UBS e com alguns gerentes de seções, que, por sua vez, replicariam as atividades em seus locais de trabalho.

Havia um diagnóstico da gestão de que, as equipes locais de saúde tinham dificuldade em produzir conhecimento mais coletivo e de propor novas formas para a resolução dos problemas. As equipes utilizavam-se de formas

prescritivas na resolução dos problemas, apesar da autonomia proposta, para o desenvolvimento do trabalho. Tinham autonomia para fechamento das Unidades e para a realização de reuniões em equipe, mas estas atividades quase nunca ocorriam.

A partir deste entendimento pela gestão, vislumbrou-se a oportunidade de sensibilizar os coordenadores ou gerentes de alguns locais, pois são eles aqueles que estão em contato diário com as equipes locais. A opção da Secretaria de Saúde foi a organização de um grupo que pudesse levar esta estratégia para o cotidiano. Segundo a visão da equipe central na época, os profissionais com funções de coordenações e gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de Setores da Secretaria de Saúde (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Programas de Saúde), e alguns servidores coordenadores de setores do Centro de Saúde e Setor de Odontologia, seriam pessoas estratégicas para operar mudanças.

Num segundo momento, as informações referentes ao curso foram discutidas no Conselho Municipal de Saúde, sendo aprovadas as atividades que a proposta exigiria e foi designado, pelos demais segmentos, os seus representantes (usuário e prestador) para participação no curso.

Assim foi envolvido um representante do Controle Social, da Entidade de Ensino Técnico Profissionalizante e do Prestador de saúde. No entanto, estes outros representantes não permaneceram até o final do curso.

A proposta do município foi apresentada e aceita pelo tutor responsável, técnico da 17ª Regional de Saúde.

Sendo assim esses profissionais iniciaram as atividades do curso em junho de 2005, com encontros quinzenais. Foram utilizados para desenvolvimento do mesmo, os três cadernos do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde/FIOCRUZ, Brasil (2005a, b, c) e outros textos de apoio.

Nesse período, por solicitação da gestora e da coordenação da estratégia saúde da família, a autora desta pesquisa foi envolvida como colaboradora na execução do curso de Facilitadores de Educação Permanente.

2.2.4 O Curso e Seus Desdobramentos

Assim, os encontros ocorreram e foram registrados através de avaliações que eram enviadas ao tutor responsável pelo município. Essa etapa do curso, discussão dos três eixos propostos nos cadernos, foi finalizada no mês de setembro de 2005. Na avaliação final percebeu-se que a sensibilização da equipe havia ocorrido, pois houve manifestação do grupo sobre a importância da manutenção desse espaço para reflexão. Sendo assim, como já era propósito da gestão incorporar a EPS como política municipal, o grupo foi provocado ao desafio da elaboração coletiva de um projeto para implantação da política. O desafio foi aceito e o grupo definiu, a partir do seu entendimento, em diversos encontros, os objetivos e metas da Educação Permanente no Município.

Essa proposta municipal foi apresentada e aprovada, pelo Gestor e Conselho Municipal de Saúde, pois, para seu desenvolvimento, deveria ocorrer compreensão e envolvimento também da comunidade. O objetivo geral da proposta era implantar a EPS nas Unidades Básicas de Saúde e setores do nível central, para a construção de novas práticas, resultando em resgate do trabalhador como sujeito e também a participação social da comunidade.

As oficinas locais iniciaram em março de 2006, e foram desenvolvidas por esse grupo. Na condução do novo processo, permaneceu a autora da pesquisa e a coordenadora do Programa Saúde da Família como apoiadoras do grupo de profissionais e das oficinas locais. Para tanto, foram mantidos encontros quinzenais para aprofundamento de temas e apoio às dificuldades.

Neste momento, após quatro anos da implantação dessa proposta, não estando mais integrando a equipe do município, há dois anos, a autora propôs esta pesquisa com intenção de evidenciar a percepção do grupo, sobre a experiência vivenciada. Espera-se que esta pesquisa possa ser útil em subsidiar gestores dos serviços de saúde no desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ▶ Analisar o processo de implantação da educação permanente em saúde, em uma Secretaria de Saúde de um município de médio porte do norte do Paraná, na percepção dos profissionais envolvidos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Compreender o processo da implantação da educação permanente em saúde, na percepção dos sujeitos.
- ▶ Identificar, na percepção dos sujeitos, os efeitos da educação permanente em saúde para desenvolvimento da prática do cuidado e gerencial.

4 TRAJETÓRIA

Esta pesquisa possui uma abordagem qualitativa, descritiva, com foco nos significados que as pessoas atribuem ao evento estudado.

A pesquisa qualitativa trabalha com fenômenos e não com fatos, pois estes 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 (MINAYO et al., 2000).

Para Triviños (1987), a pesquisa qualitativa trabalha com descrições dos fenômenos, sendo o significado a preocupação essencial desse tipo de abordagem. O autor revela que nesse tipo de pesquisa o pesquisador preocupa-se com o processo, que é revelar como o objeto de estudo acontece e se manifesta, e não, simplesmente, o resultado. Ressalta ainda a importância de o pesquisador estar atento aos objetivos, escutar, observar expressões, registrar tais informações e avaliar, inclusive, sua postura e corrigi-la para não interferir no fenômeno.

4.1 LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Ibiporã-PR, no período entre outubro de 2009 a abril de 2010. Os sujeitos selecionados para serem pesquisados foram os treze profissionais que atuavam na Secretaria de Saúde, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em função gerencial ou coordenação, e que participaram da experiência da implantação da EPS no município em 2005 e 2006. No entanto, foram efetivamente entrevistados nove (9) profissionais.

O número final de nove participantes foi definido, seguindo o método de saturação das informações coletadas.

Segundo Duarte (2002, p.143), na pesquisa qualitativa o número de sujeitos a serem entrevistados:

[...] dificilmente pode ser determinado a priori – tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como a profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Enquanto estiverem aparecendo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso as entrevistas precisam continuar sendo feitas.

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

4.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro, previamente testado com profissional enfermeiro que participou da mesma experiência municipal e não fazia mais parte da equipe no município da pesquisa, o que permitiu as adequações necessárias.

A coleta de dados foi por meio de entrevista semi-estruturada, aplicada individualmente, com perguntas a respeito das percepções dos profissionais em relação à Educação Permanente, utilizando três questões norteadoras:

1. Comente o que você se lembra do processo de educação permanente, vivenciado no Município entre o período 2005-2006;
2. Enquanto profissional, com funções gerenciais ou de supervisão, responsável por um setor, no seu cotidiano do trabalho o que percebeu sobre a educação permanente na sua prática profissional?
3. Após essa experiência vivida, como você faria a educação permanente no local do trabalho?

De um modo geral, pesquisas de cunho qualitativo exigem a realização de entrevistas, quase sempre longas e semi-estruturadas (DUARTE, 2002). A entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo, nela as palavras são o meio principal de troca (GASKELL, 2004).

A pesquisadora realizou contato com profissionais para explicar o objetivo da pesquisa, sua metodologia e para o agendamento das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, gravadas, e posteriormente transcritas, com autorização dos mesmos por meio do consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Além das entrevistas, a pesquisadora registrou informações em um diário de campo sobre: expressões, atitudes do entrevistado entre outras coisas consideradas relevantes. As entrevistas

foram agendadas, respeitando a escolha do dia, hora e local, sendo sete entrevistas realizadas fora do seu ambiente de trabalho e duas, no local de trabalho.

4.3 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS E CATEGORIZAÇÃO

De acordo com Bardin (2004), a análise de conteúdo é usada quando se quer ir além dos significados da leitura simples do real. Aplica-se a tudo o que é dito em entrevistas ou depoimentos ou escrito em jornais, livros, textos ou panfletos, como também, a imagens de filmes, desenhos, pinturas, cartazes, televisão e toda comunicação não verbal: gestos, posturas, comportamentos e outras expressões culturais.

Nesta pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo, seguindo às etapas propostas pela autora:

□ PRIMEIRA ETAPA: PRÉ-ANÁLISE

- 1) Leitura flutuante do conjunto das comunicações. Requeriu da pesquisadora, contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo conteúdo.
- 2) Constituição do corpus da pesquisa, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, devendo respeitar algumas normas de validade qualitativa como a EXAUSTIVIDADE, onde o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro; a REPRESENTATIVIDADE que deve conter todas as características essenciais; a HOMOGENEIDADE onde se obedeça a critérios de escolha quanto aos temas tratados e as técnicas e a PERTINÊNCIA que os documentos analisados sejam adequados a dar respostas ao trabalho.
- 3) Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: foi realizada leitura exaustiva do material, tendo, como parâmetro para esta leitura, as indagações iniciais.

□ SEGUNDA ETAPA: EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

A investigadora buscou encontrar no texto as unidades de registro, que se constituíram por palavras, frases ou temas, que, posteriormente, compuseram as categorias.

□ TERCEIRA ETAPA: TRATAMENTO DOS RESULTADOS OBTIDOS E INTERPRETAÇÃO

A analista propôs inferências e realizou interpretações, inter-relacionando o quadro teórico desenhado inicialmente.

As falas dos sujeitos apresentadas no estudo foram identificadas aleatoriamente: E1, E2 e assim sucessivamente, para a garantia do anonimato.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina para análise, recebendo aprovação conforme parecer nº 166/09, CAAE nº 2323.0.000.268-09 (Anexo A).

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

Foi disponibilizada uma carta explicativa (Apêndice B), no ato da entrevista, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Ibiporã, onde a pesquisa foi realizada (Anexo B).

5 APRESENTAÇÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Dos nove profissionais entrevistados, todos eram do sexo feminino. Elas pertenciam a categorias profissionais distintas: sete eram enfermeiras, uma dentista e uma assistente social. Oito profissionais possuíam, pelo menos, uma especialização na área da saúde (Saúde da Família, Saúde Pública) e uma participante do estudo estava cursando especialização na área. Das nove participantes do estudo, oito (8) continuavam atuando na Secretaria de Saúde no período de coleta dos dados. As entrevistadas atuavam no gerenciamento dos serviços de saúde: seis nas Unidades Básicas de Saúde e três em setor de referência.

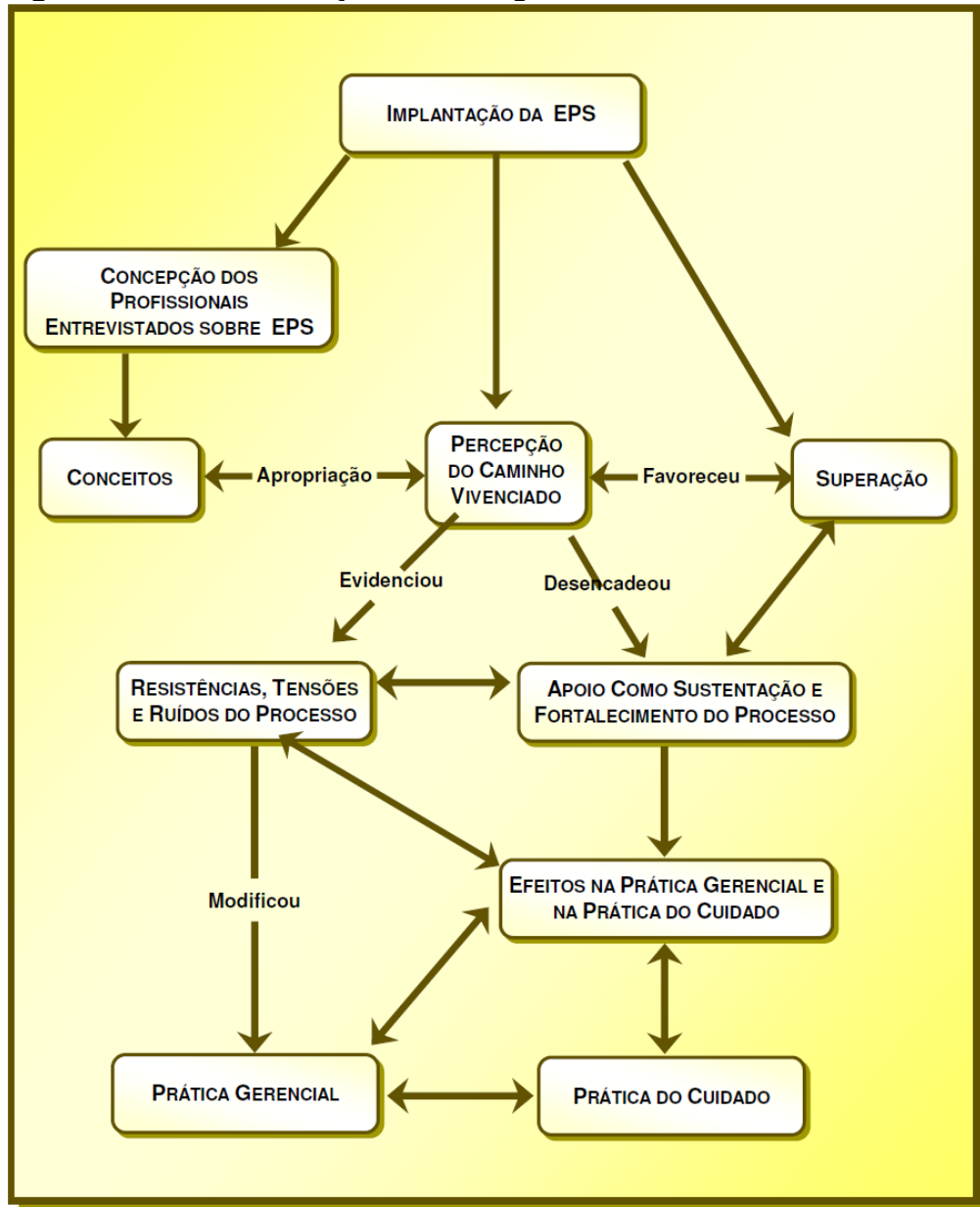
5.2 AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Da análise deste material foram estabelecidas as seguintes categorias e subcategorias:

- 1) Concepção dos profissionais entrevistados sobre educação permanente em saúde (EPS)
- 2) Percepção do caminho vivenciado pelos profissionais gerentes
 - 2.1) Resistências, tensões e ruídos do processo
 - 2.2) O apoio como sustentação e fortalecimento do processo
- 3) Efeitos na prática gerencial e na prática do cuidado

A figura a seguir representa a sistematização das categorias de análise, segundo a compreensão do pesquisador.

Figura 1 – Sistematização das categorias de análise



5.2.1 Concepção dos Profissionais Entrevistados Sobre Educação Permanente em Saúde (EPS)

Esta categoria trata da percepção dos coordenadores e gerentes sobre características em geral da EPS. A pesquisa não tinha como objetivo identificar a concepção de educação permanente dos profissionais entrevistados, mas foram surgindo, nas entrevistas, falas sobre EPS, que traduziam o que ela significava para cada entrevistado. A categoria em questão foi analisada com base

nos pressupostos dos documentos da Política de Educação Permanente (BRASIL, 2004).

Revelou-se, pelas entrevistas o entendimento que a EPS não era mais um curso e, sim, encontros que propiciaram aos trabalhadores a análise dos acontecimentos do dia-a-dia do trabalho na unidade de saúde, identificando as dificuldades e necessidades daquele processo.

A gente percebeu [...], que não seria bem um curso, e sim reuniões em que a gente estaria discutindo as necessidades, as dificuldades do trabalho na Unidade (E8).

Os profissionais envolvidos na pesquisa também compreenderam que a EPS se concretiza a partir da discussão da realidade, [...] *acho que a EPS no serviço foi um ganho, porque a gente teve um espaço para discutir o que estava acontecendo no nosso dia-a-dia, que até então não era trabalhado (E9).* Este espaço para discussão proporcionou a percepção sobre a necessidade de entendimento do processo de trabalho local e da prática profissional, fato este que se apresentou para os trabalhadores como novo, pois a maioria dos processos educativos, que os profissionais da área da saúde vivenciam, traz uma abordagem mais tradicional. Na forma mais tradicional, os profissionais se deslocam a outro ambiente para treinamento, com finalidade de aprofundar nas informações ou conhecimento, de modo individual, na maioria das vezes, segmentados por categorias profissionais. O seu espaço de trabalho raramente é utilizado como foco de aprendizagem, tendo pouco ou nenhum efeito no ambiente de trabalho (LOPES et al., 2007). Ao contrário, a EPS, proposta pela Política Nacional, é aquela que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, Brasil (2005a), diferença esta, percebida pelos trabalhadores, quando afirmam que não é um curso.

Outra visão dos sujeitos da pesquisa é que a EPS ocorre nas práticas diárias do trabalho, [...] *a gente percebeu que a EPS era para aplicar no dia a dia (E8).* Este aspecto da aplicabilidade, provavelmente aconteça porque ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, o que favorece a sua incorporação na prática. Assim, as falas acima sugerem que a concepção incorporada pelos profissionais é convergente com a proposta da Política Nacional, que traz, como fundamental para a produção de mudanças, o diálogo com as práticas e concepções vigentes, problematizando no concreto do trabalho (BRASIL, 2005b).

Os participantes da pesquisa atribuíram à experiência vivida, a percepção da possibilidade de atuarem no seu trabalho, identificando, assim, outro aspecto da EPS.

Porque eu acredito que se a gente não tivesse (EPS), não teria percebido o que a gente poderia construir (E8).

Pode-se dizer que os profissionais não se percebiam como construtores do processo de trabalho. Nesse sentido, o trabalhador atribuiu a EPS a descoberta de que poderia ser protagonista da organização do seu trabalho, bem como da ação do cuidado que é realizada diariamente. Esta fala reforça que a EPS possibilitou que o trabalhador se tornasse sujeito do processo de trabalho, produtor de novos saberes.

Outro entendimento apontado pelos trabalhadores pesquisados foi a importância da reflexão em equipe e multiprofissional, aparecendo com certa frequência nas entrevistas. Isto foi entendido pelos sujeitos como um encontro entre eles, para enriquecimento.

[...] nós reunimos com toda equipe de trabalho não só as enfermeiras, outras pessoas, outras categorias e isso assim trazia muito enriquecimento para todos (E7).

Este outro aspecto levantado pelos entrevistados leva a refletir sobre atuação da equipe multiprofissional no processo de trabalho. Parece que estes encontros impulsionaram o trabalhador a sentir-se responsável pelo crescimento e enriquecimento da equipe, nos momentos que proporcionavam oportunidade para que todos se expressassem, concretizando uma nova relação de equipe entre os profissionais. A EPS também possibilitou um espaço de reflexão, com participação de todas as categorias profissionais, independentemente do nível de escolaridade ou função, como revela a fala a seguir: *A melhor coisa que tem é fechar a Unidade meio período e poder pensar sem interferência. Este é o melhor momento do mês para todos. Só tem uma zeladora que não gosta da EPS. Então, incentivar a participação [...]* (E6). Portanto, os profissionais pesquisados perceberam também que a Política Nacional de EPS traz no seu conceito que, além de ser feita a partir dos problemas enfrentados pelas equipes, considera os conhecimentos e as experiências que as

peças já têm. Sobre isto, Franco (2007) alerta que há um senso comum de não reconhecimento do saber gerado com base nas vivências cotidianas na atividade do trabalho.

Nesta situação, os profissionais reconheceram a EPS como potência que favorece a equipe multiprofissional e a renovação das relações, reconhecendo o saber dos trabalhadores, [...] *encontro com todos os trabalhadores, reúne todo mundo que trabalha num horário, no outro horário, vêm todos e acabam interagindo* (E5). Desta forma, segundo a Política Nacional de EPS, todos juntos, interagindo, poderão identificar as necessidades e construir as estratégias para o desenvolvimento, buscando melhorar a qualidade (BRASIL, 2005b).

Além das novas relações, os trabalhadores compreenderam que a EPS identifica problemas que surgem, por meio da análise do cotidiano da unidade, e estes problemas tornam-se objeto do seu trabalho, e a construção de novas estratégias são necessárias para solucioná-los.

Talvez, antes, discutia dentro da Unidade mesmo, mas não tinha aquele enfoque principal, aquele objetivo, levantar problemas, traçar estratégia para enfrentar e aplicar (E9).

O trabalhador também percebe que a EPS tem, em sua concepção, uma nova proposta de interação com o usuário.

Eu acho que eu pude, eu percebi a diferença que, a partir da educação permanente, eu comecei a ter uma visão diferente de cada funcionário, até do usuário. Eu comecei a enxergar diferente (E3).

Quando o trabalhador passa a refletir sobre sua própria prática, ele modifica o seu envolvimento com o trabalho, a sua disponibilidade para escuta, para estabelecer contato e se vincular ao usuário (BRASIL, 2005b).

Pode-se dizer, então, que os profissionais pesquisados, identificaram que a aprendizagem ocorre a partir do processo de trabalho local, da reflexão da prática vivenciada e, que, os diversos saberes potencializam o trabalho em equipe. Segundo Ceccim (2005), o que deve ser central à educação permanente em saúde é sua porosidade à realidade mutável, a introdução de mecanismos que levem a despertar ruptura de modelos e novas experimentações, impulsionando a equipe.

A concepção apresentada pelas falas dos profissionais pesquisados está próxima da concepção de educação permanente em saúde, proposta pela Política Nacional, que tem, como objetivo, transformações das práticas técnicas e sociais, pois se preocupa com os problemas cotidianos das equipes de saúde, propondo a inserção no trabalho, gerando autonomia e alcance do compromisso entre os trabalhadores, gestores, academia e usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2005b).

Percebe-se ainda que estes profissionais atribuíram à educação permanente em saúde a possibilidade da construção do saber e de uma atuação dos trabalhadores mais propositiva. Reconheceram sua capacidade de produção da realidade, que opera em movimento cotidiano. Sendo assim, pode-se dizer que os profissionais pesquisados perceberam que a EPS possibilita mudanças na gestão, levando ao estabelecimento de compromissos entre a equipe, por pactuações e constantes repactuações, um modo mais coletivo de operar o dia-a-dia, fortalecendo a capacidade de gestão local.

Sobre isto, é intenção da Política Nacional de EPS construir uma maneira diferente de gerenciar o trabalho e a unidade de saúde. A educação permanente em saúde é uma estratégia para promover a transformação das práticas de atenção, gestão, formulação de políticas e participação popular (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

O fato da concepção apresentada pelos profissionais pesquisados aproximar-se dos pressupostos da política do Ministério da Saúde pode ser esperado, devido à aproximação do processo de formação de facilitadores de EPS promovido pelo SGTES/DEGES/MS (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Ministério da Saúde). Isto é um indicativo de que a metodologia propiciou essa apropriação.

5.2.2 PERCEPÇÃO DO CAMINHO VIVENCIADO PELOS PROFISSIONAIS GERENTES

Os profissionais pesquisados apontaram a EPS como potência para mudanças, conforme apresentado na categoria concepção, mas também foram identificadas, por eles, tensões no desenvolvimento do processo. Sobre isto, Franco e Merhy (2007) colocam que existe, no modo de produção do cuidado, um processo

de disputas de planos que vão se colocando, na medida em que as vinculações entre os sujeitos vão se formando e revelando projetos individuais.

Sendo assim, é inerente ao processo ser permeado de incômodos ou tensões. Estas situações podem ser entendidas como resistência do trabalhador às mudanças propostas. Baduy (2010), com base no conceito de resistência de Foucault, coloca que as situações de resistência são pontos de muito trabalho e se estas, forem enfrentadas, representam possibilidades de produção de novidades, de novas conformações na organização do trabalho. Considerando este aspecto, optou-se por nominar esta subcategoria de **RESISTÊNCIAS, TENSÕES E RUÍDOS DO PROCESSO**.

5.2.2.1 Resistências, tensões e ruídos do processo

As falas revelam as tensões identificadas pelos gerentes, a serem enfrentadas na gestão do cotidiano.

O trabalhador só enxerga as barreiras, não enxerga novas maneiras, eles acham que não vai funcionar, que não vai dar certo (E6).

Os trabalhadores manifestam desconfiança em relação ao novo e desacreditam no processo proposto. As falas revelam as dificuldades que os gerentes enfrentam para mobilizar a equipe, exigindo destes, esforços para a condução da reunião e mobilização dos trabalhadores.

[...] mas sempre vem aquele resgate do que não deu certo. Se deixar, fica a oficina inteira falando do que não vai dar certo. Essa é a parte pior que eu acho. Tem que estar sempre direcionando e não deixar dispersar, é bem complicado (E6).

Contudo, conforme a fala abaixo há um esforço por parte do gerente em apontar, à equipe, a importância da discussão do processo de trabalho local.

Então incentivar a participação para eles gostarem da EPS, ser uma coisa pra gente [...], o pessoal ainda não sabe aproveitar (E6).

Assim revela a compreensão do gerente de que a mobilização da equipe é contínua, senão o processo pode ocorrer em descrédito. Desta forma, passa a ser também sua a preocupação de tornar estes momentos produtivos.

Durante as oficinas ocorriam muitas tensões e os gerentes assumiam a dificuldade em enfrentar e desencadear um novo processo, e, ao mesmo tempo, lamentavam-se por algumas vezes não conseguirem a participação do trabalhador.

No começo tinha muita reclamação dos funcionários, eles não percebiam o porquê das oficinas. Acho que o primeiro ano foi na maioria, reclamação, até pra gente, que era uma novidade a gente não sabia como direcionar... pausa longa (E6).

[...] nem sempre a gente consegue a adesão de todos (E9).

Este novo arranjo, coletivo, que traz a equipe para discussão do processo de trabalho, causou incômodos, *Como sempre a equipe tem dificuldade em entender o porquê daquilo e dizem: " mais uma reunião fica só no bla, bla, bla e ninguém faz (E8).*

As falas revelam que, provocar a reflexão na equipe, desconstruir e encontrar novas formas, também exigiu do coordenador pelo menos repensar o seu próprio trabalho, *[...] eu senti um pouco de dificuldade porque [...] e eu não sei se falta um pouco de percepção deles (profissionais), entendimento dessa prática por algumas categorias profissionais [...] (E4).*

É preciso lembrar que o espaço do trabalho é um lugar de permanente tensão, na medida em que os interesses possam ser diversos. Há o encontro de diferentes anseios, portanto, é da natureza de novos processos, provocar tensões. Esta dificuldade pode ser também por experiências prévias não bem sucedidas, por não participar da construção dos processos de trabalho, por descontinuidade vivida nas mudanças de governos ou coordenações, porque percebem seus saberes pouco valorizados, ou até pelas próprias dificuldades que terão de enfrentar para resolver seus problemas. Assim, são vários motivos que podem colocar em suspeita a nova relação proposta (MERHY; FRANCO, 2003; FORTUNA et al., 2005; CECÍLIO, 2007).

Pode-se dizer que o maior desafio é a resolução dos seus problemas, pois, para isto, a equipe se coloca em auto-análise, o que pode gerar muito desconforto. O conceito de auto-análise para Baramblitt (2002) consiste em:

[...] as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos, e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida (p.17).

Desta forma, seus desejos, interesses, visões do mundo se evidenciam e novas relações se estabelecem, fazendo com que haja, ou não, a construção de um projeto mais coletivo. Para a construção do projeto mais coletivo, alguém ou alguns trabalhadores terão que abrir mão do seu projeto individual, ou não.

Nesta perspectiva esta experiência vivenciada da EPS provocou ruídos, que, de certa forma, promoveu o diálogo e o trabalhador passou a ser sujeito, aderindo ou não ao projeto.

Este processo gera também uma auto-análise do papel do gerente e possibilita a construção de novas relações, reorganizando este processo. Isso pode originar, no gerente, sensação de impotência em algumas situações e, diante das dificuldades, pode colocar-se em posição de defesa.

Quem tava na gestão local (gerente local), levou muito pro lado pessoal [...] então não deixava prosseguir para resolver problemas, porque falar que o seu setor não está legal, não anda, alguns têm a impressão que cai sobre ele [...] e na verdade é um todo (E4).

Colocar em discussão o modo como se sabe trabalhar e como o espaço institucional da gestão desse processo está ordenado, para Merhy (2002) torna-se uma ousadia, pois este é um cenário de:

[...] disputa de distintas forças instituintes: desde as forças presentes nos modos de produção, [...] até as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo de conhecimento que os distintos "homens em ação" constituem a micropolítica (p. 62).

Mas são estas disputas ou incômodos que operam as mudanças. Portanto, é importante desmistificar a idéia de que o ambiente de trabalho é harmônico em si mesmo, ele é sim um lugar de multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa (FRANCO; MERHY, 2007).

Contudo, pode ser que esta forma mais coletiva, apresentada pela EPS, para a resolução dos problemas seja entendida, muitas vezes, pela

organização e até pelos trabalhadores como se eles não estivessem produzindo nos momentos dos encontros, quando conversam e discutem sobre o processo de trabalho. Este sentimento pode vir, porque a maioria das organizações enxergam os trabalhadores, como meros executores de funções, como “caixas vazias”, aspecto este discutido na categoria efeitos da EPS (CECÍLIO, 2007).

Por isso a EPS tem como intenção estimular, entre os trabalhadores, que as relações se modifiquem; não cabe mais o agir capturado. Com isso o contexto do poder também se modifica, evidenciando o que Foucault (2005) coloca sobre o poder: ele circula, provém de todos os lugares e não se encontra paralisado em nenhum lugar.

Nesta reflexão pode-se dizer que o poder não está só na mão do gerente e fica claro, pelos discursos, que o trabalhador também exerce seu poder . Todos são atores que também governam e, configura-se o espaço novo do saber e do poder, que segundo Foucault (2005):

O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente. [...] Poder que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos, [...] penetrando na vida cotidiana e por isso podendo ser caracterizado como micro-poder ou sub-poder (p.X-XII).

Os sujeitos pesquisados percebem que todos os trabalhadores, inclusive eles, os gerentes, são capazes de produzir novas práticas e que o trabalhador usa o seu poder. Portanto, esta adesão do trabalhador não será automática, ele fará diversos questionamentos sobre o proposto. Isto pode ser também sinal de resistência às mudanças, porque os trabalhadores têm outras formas de entenderem o processo de trabalho.

Outro aspecto que surgiu nas entrevistas dos profissionais foi quanto às mudanças nas equipes, neste caso a realocação da coordenação.

Pena que quando começou dar certo a gente teve que sair de uma Unidade e ir para outra e começar do zero. Porque na outra Unidade não era bem... é...o funcionamento da EPS era diferente. Não tinha visão que tinha na minha Unidade (E6).

Este discurso ecoa, como um alerta à equipe gestora, sobre mudanças do gerente do local, em que a EPS está já oferecendo resultados mais

visíveis e o realocam em outro local, o que provoca a quebra de vínculo. Desta forma, os resultados, tanto em um local, como no outro, podem não ser favoráveis. Pelo discurso acima, os profissionais perceberam que os processos são diferentes, cada equipe é singular. Sendo assim, não é a mudança simples do coordenador que irá garantir o processo da outra equipe, porque o trabalho em equipe é, segundo Matumoto *et al.* (2005, p.14), é:

[...] como uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero etc.), entre pessoas, produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos.

Por isso, cada equipe é única. Depende dos profissionais que a compõem, dos seus desejos, das relações presentes, das experiências vividas. A cada troca de qualquer profissional, inicia-se um novo processo. Os trabalhadores têm percepções diferenciadas, que são constituídas por suas formações, experiência profissional, visões de mundo e, portanto, cada grupo terá seu caminhar específico. Por isso, um dos desafios dos trabalhadores é, justamente, compreender a dinâmica do seu próprio processo de construção-desconstrução-reconstrução. É preciso aprender a lidar com a quebra do mito da equipe perfeita, saber lidar com sua incompletude (MATUMOTO *et al.*, 2005).

Outro aspecto levantado pelos profissionais, que afeta diretamente o processo da EPS, é a “correria” do dia-a-dia.

Teve várias coisas que não deu para discutir ainda. E até hoje a gente tenta, mas não consegue. [...] tem vários processos de trabalho truncados [...] por conta da correria a gente não ‘consegue sentar’ (E6).

Esta fala pode ser um exemplo da captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, pois o trabalho vivo em ato em um processo é quando:

[...] há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; 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, 1997, p.5).

Sendo o trabalho em saúde sempre mais relacional, ele se realiza no momento em que está se produzindo. Este trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde (FRANCO, 2006).

A forma como está organizado, atualmente, o trabalho em saúde, com foco nos procedimentos e, na produtividade, não produz espaço para reflexão, dificultando a implantação da política de educação permanente em saúde. Ao mesmo tempo, a proposta da Política veio para promover a mudança deste processo de trabalho. Pode-se dizer que o modelo de saúde vigente provoca um tensionamento no dia-a-dia dos trabalhadores, dificultando o espaço de novas produções. Será então que a grande resistência não seria a proposta de mudança do modelo de saúde? Se as equipes de saúde estão em funcionamento e obtendo seus resultados, então eles podem perguntar: para que mudar? Por isso, o aparecimento das resistências é natureza do trabalho em saúde, as quais são também respostas da ação do trabalhador, sujeito deste processo de trabalho.

Diante de tantas adversidades, para desenvolvimento da EPS no ambiente de trabalho, seria necessário apoiar as equipes em suas dificuldades? Este é outro objetivo da EPS: contribuir para esta quebra de certezas construídas ao longo do tempo, promovendo um espaço para escuta, diálogo e reflexão da equipe sobre o modo de operar o cotidiano.

Os profissionais, que vivenciaram esta experiência apresentaram em suas entrevistas, como enxergaram a ajuda para este processo, sendo essa a próxima categoria a ser discutida.

5.2.2.2 O apoio como sustentação e fortalecimento do processo

Esta subcategoria foi nominada desta forma porque os profissionais trouxeram em seus discursos percepções sobre alguns elementos que possam ter apoiado o processo das oficinas.

Os entrevistados, em suas falas, lembraram os encontros sistematizados que ocorriam entre gerentes e equipe central.

Pena que não tem encontros sistematizados. Porque as oficinas (locais) continuam (E8).

Quinzenalmente, tinha texto e a gente fazia um trabalho nas Unidades e depois a gente vinha à reunião e lia os textos, refletia, [...], em grupo (E3).

As falas mostram que havia uma organização para discussão da EPS, quando relatam que houve encontros específicos entre os gerentes, durante o processo vivenciado. Os profissionais pesquisados reforçam a necessidade de continuidade dos encontros entre eles, *Eu penso assim que deveria ter EPS uma vez por mês para os coordenadores separados da Unidade. Porque você conseguiria pensar na sua Unidade, no funcionário, e ver o que poderia estar promovendo para EPS da Unidade (E6).*

Além desses encontros, os profissionais pesquisados percebem a necessidade de ajuda externa.

Porque o olhar de fora é ajuda importante. Mesmo que a gente tenha mais bagagem, conhecimento, mais domínio da situação, sempre é bem vindo (E8).

Por que o “olhar de fora” é importante? Por que precisam de ajuda? A partir deste momento, quando os entrevistados utilizarem em seus discursos a palavra ajuda e o olhar de fora, entender-se-á apoio para discussão desta subcategoria.

Assim, pelas falas dos profissionais pesquisados, identificam-se pelo menos quatro motivos pelos quais precisam de apoio.

Como primeiro motivo apresenta-se a dificuldade do gerente, quando não consegue caminhar em algumas situações:

Porque tem momentos que a gente acha que não há mais nada, enxerga só aquilo, e não tem mais jeito (E8).

O segundo motivo apresentado pelos entrevistados é a preocupação em atingir o que foi pactuado entre os trabalhadores, ou seja, o compromisso em dar resultados:

[...] por que senão você tenta responder a todas as necessidades e não consegue atingir objetivo (E2).

O terceiro motivo, seria quanto à adesão dos trabalhadores:

[...] todos tem muita dificuldade, cada um que vai entrando não entende (E2).

[...] explica parece que não quer entender, seria bom uma pessoa de fora vir discutir aquilo (E6).

O quarto motivo de ajuda seria para uma interação com outros setores *A interação entre a secretaria de saúde, as UBS, outras secretarias eu acho que é muito importante (E7).* Os sujeitos identificam que os demais componentes do sistema de saúde precisam estar envolvidos no processo.

Então assim não adianta só eu na minha unidade fazendo trabalho se a gente não discute todos os níveis, entendeu? Pra poder mudar. Porque não dependem de mim algumas coisas, depende de coisas mais complexas, tem que ter envolvimento de todos (E1).

Os motivos apresentados apontam para a necessidade de apoio aos profissionais. Buscou-se achar explicações, tentando identificar porque estas situações dificultam a construção dos novos modos de operar o cotidiano. O ambiente com o qual o gerente se depara, no espaço de reflexão, é repleto de diferenças: são diversos trabalhadores, cada um possui um saber, uma história de vida, formação específica e suas diferentes experiências no mundo do trabalho. Essas diferenças, segundo Fortuna *et al.* (2005), devem ser consideradas quando coloca-se em discussão o processo de trabalho, e a partir daí é importante saber articulá-las, para desenvolver o trabalho em equipe. O trabalho em equipe, segundo a mesma autora, é como uma rede de relações de poderes, de saberes, afetos, interesses e desejos. Por isso, quem está dentro do processo, em algum momento, pode sentir dificuldades para conduzi-lo, pois, como gerente, também pertence àquele grupo e pode, às vezes, não dar conta do que ocorre nas relações da equipe.

Outro motivo identificado pelos profissionais é quanto ao alcance dos objetivos pactuados com a equipe. O compromisso nos resultados se torna de extrema importância, pois, um dos motivos, que leva a equipe a entrar em paralisia, pode ser a falta de resultado.

Referente ao terceiro motivo, a adesão dos trabalhadores, na subcategoria sobre as resistências, foram abordados alguns aspectos que podem

interferir na mesma. Portanto, é da natureza desse processo gerar a desconfiança, o descrédito, pois os mesmos têm seus próprios interesses, sua forma de enxergar o processo. Para compreender um pouco mais sobre a dinâmica do trabalho em equipe, Fortuna *et al.* (2005) explicam que existem dois medos básicos: o medo do ataque e o medo da perda. O medo do ataque refere-se àquilo que já se conhece (experiência vivida) e o medo da perda é o de prejuízo da individualidade. As autoras esclarecem que, no início da construção da equipe, estes medos fazem com que os integrantes mostrem suas diferenças e disputem seus "poderes" e "saberes". Na medida em que superam as diferenças, passam a procurar as igualdades e, na medida em que se vinculam, se aceitam, vão compreendendo suas semelhanças e diferenças de outra forma. Os integrantes da equipe vão mudando os papéis, trocando saberes, constituindo-se como equipe. Nesta intensidade de relações pode haver, principalmente no início de um processo, necessidade de apoio.

Por último, o motivo para o qual solicitam ajuda é auxiliar na integração entre os diversos equipamentos da rede de atenção do sistema. Eles começam, aos poucos, repensar sobre a forma hierárquica predominante do sistema, desejando a articulação das ações entre a própria secretaria de saúde e fora dela, formulando um conceito de rede.

Mas que tipo de apoio os profissionais querem? Os profissionais pesquisados expõem algumas características.

Ter alguém para reportar, fortalecer, isso eu sinto falta. Não pode deixar de existir. [...] eu acho que a gente tem que ter um suporte, é imprescindível. Se a educação faz parte de toda transformação do modelo precisa acontecer, ter supervisão, ter suporte senão não atinge objetivo, [...]. Se não tiver suporte vai acabar (E2).

Eles apontam como características deste apoio: uma supervisão, alguém para reportar, fortalecer e dar suporte. Desta forma, os profissionais qualificam qual o tipo de apoio que desejam. Os discursos sugerem que não trata da supervisão ligada a uma concepção de controle do trabalho e trabalhador, proveniente da teoria clássica da administração e, sim, uma supervisão para fortalecimento do processo, nas dificuldades apontadas pelos gerentes, ou evidenciadas no decorrer das ações.

Tais características, reportar, fortalecer e dar suporte estão mais próximas do apoio institucional, que trabalha com base na prática relacional, para operar as relações mais horizontais, dialógicas e não autoritárias. Para isto, o apoiador se utilizaria de ferramentas que favoreçam a capacidade de negociar, de produzir conexões, de compatibilizar os interesses distintos, mediante acordos; de facilitar os processos e de trabalhar a partir do cotidiano (BERTUSSI, 2010).

Ainda sobre o apoio nas organizações, Matumoto *et al.* (2005) coloca que o papel do apoiador poderia ser como supervisor externo, que tem como objetivo facilitar o enfrentamento das diferentes dificuldades e dos movimentos de resistência, que se produzem em qualquer processo de trabalho. Este apoiador assumiria um papel de co-pensador, daquele que pensa junto sobre os obstáculos com os quais a equipe se depara, ao realizar sua tarefa. O apoiador ajudaria a equipe a compreender e modificar os obstáculos, pois, dependendo da forma como ela utiliza-se deste espaço de reflexão, o mesmo pode servir para que nada se modifique. Pois o trabalho em equipe:

[...] vai se constituindo, gestando-se no seu fazer de todo dia, e precisa ser analisado, pois passa por movimentos de dificuldades, de paralisação, de satisfação, enfim, é também um processo de idas e vindas em diversas direções (FORTUNA *et al.*, 2005, p.264).

Os profissionais querem apoio, mas também querem exercer sua autonomia nas oficinas locais.

A partir do momento em que a gente se viu sozinha, a gente começou a entender que a gente tinha capacidade, tinha segurança de fazer aquilo lá. Fazendo uma oficina de estar mostrando, estar discutindo (E8).

Para os profissionais, o apoiador deverá ser alguém que consiga promover a autonomia dos trabalhadores, apostar no potencial de cada um, viabilizar o desenvolvimento da autonomia do gerente local. As autoras, Matumoto *et al.* (2005) alertam que o apoiador precisa ter clareza do seu papel, para que permita realmente a construção de autonomia da equipe. Para o gerente ou coordenador, torna-se necessário ter alguém para ajudar, auxiliar a conversar, ou contribuir para que, por si mesmo, vá encontrando respostas, num movimento que nunca termina.

Sobre isso, é também intenção da EPS, constituir pessoas e organização dos processos, a partir da autonomia gerada pela própria equipe. Desta forma, cada equipe estaria formando sua identidade e sua dinâmica, provocando o resgate do trabalhador, enquanto sujeito (BRASIL, 2005b).

Por todos os motivos apresentados pelos profissionais, o apoio pode colaborar com movimentos que são importantes para promover a mudança da prática dos profissionais, valorizando os conhecimentos da equipe, buscando construir um projeto que tenha o usuário no centro da atenção e onde cada equipe busque, efetivamente, a nova prática do cuidado.

Este apoio também pode colaborar na articulação do processo de integração, para o envolvimento dos diversos componentes do sistema, induzindo conexões para a construção de um sistema em rede, onde todos são responsáveis pelo seu funcionamento. Desta forma, seria possível um aumento na capacidade para dar respostas às necessidades de saúde, pois os serviços de saúde estão organizados para dar respostas ao modelo, ainda hoje predominante, dificultando o encontro entre os trabalhadores, entre trabalhador e usuário, as decisões mais coletivas e a articulação em rede.

A todo o momento, no espaço do trabalho, se processa uma rede de relações, que vai definindo os atos necessários à produção do cuidado, em movimentos que se repetem no dia a dia. O apoiador também, ao se relacionar com as equipes, irá produzir encontros e, cada encontro será único, o que poderá levá-lo a vários outros papéis. O apoio é a própria educação permanente em saúde, que poderá potencializar as equipes ao rompimento das características do modelo de saúde hegemônico, o modelo tradicional de gestão, podendo vir a estabelecer novos arranjos no processo do trabalho e do cuidado.

5.2.3 Os Efeitos na Prática Gerencial e na Prática do Cuidado

Por meio das entrevistas, pode-se perceber que os profissionais pesquisados mostram superação de alguns obstáculos e indicam alguns efeitos da EPS. Atribuem algumas situações, em mudanças no processo de trabalho da equipe, como alguns resultados na forma de atendimento ao usuário. Portanto esta categoria apresenta-se em duas subcategorias: a prática gerencial e a prática do cuidado.

5.2.3.1 A prática gerencial

As falas dos profissionais apontam a EPS como um dispositivo que permitiu a reflexão sobre as possibilidades de desenvolvimento da prática gerencial, no cotidiano.

Eu lembro sim, que depois que a gente começou com EP, ficou bem claro, o poder que a gente tinha, de estar supervisionando, estar planejando, estar organizando (E8).

Percebe-se que a EPS possibilitou aproximação da gerência como lugar de poder, de tomada de decisões e direcionamento das ações em saúde. Pode-se dizer que este espaço favoreceu o desenvolvimento da autonomia na organização do processo, espaço que gerou potência às funções gerenciais.

Como os entrevistados são, na sua maioria, profissionais enfermeiros, a palavra supervisão se destaca, pois ainda é muito utilizada na prática desta categoria profissional; portanto, é importante neste momento, refletir sobre esta expressão, que possui forte ligação com a prática gerencial proveniente da teoria clássica da administração, como exemplo o taylorismo.

Esta teoria tem como princípio a administração de pessoas, como se fossem instrumentos destituídos de vontade. Segundo Campos (1998) e Spagnol (2005), o gerenciamento dos serviços de saúde também utiliza a supervisão como dispositivo de controle do processo de trabalho e do comportamento dos trabalhadores. Apesar dos entrevistados utilizarem essa forma de expressão, percebe-se nos discursos, que a prática gerencial começa construir outros caminhos de gestão do processo de trabalho, desvinculando das teorias mais tradicionais, pois mostram pelo discurso que consideram os saberes, [...] *a troca de saberes, trabalharem com outros profissionais, saber escutar (E4).*

A reflexão desencadeada pela EPS foi percebida pelos sujeitos, com finalidade para transformação da prática técnica e social, em que refletir, trabalhar em equipe e enxergar o outro e sua forma de pensar, passa a ser essencial para atuar no cotidiano. Ampliar a compreensão sobre o trabalho e ainda relacionar com o desejo de cada um não é a forma mais praticada entre os trabalhadores e nas instituições de saúde.

Mobilizar estes espaços em coletivos, para refletir a própria prática, coloca em análise a forma como cada profissional produz seu trabalho. Assim, aceitar que não existe uma verdade única, ainda que possa ser o seu projeto a se modificar, pode ter gerado desconforto, mas também gerou o efeito da quebra de certezas, [...] *partilhar e até entender que você não está certo* (E4). Nesta quebra de certezas, o gerente sai da posição de conforto e se depara com a necessidade de utilizar novas habilidades/tecnologias, que, na maioria das vezes, precisam ser ainda desenvolvidas, como exemplo: escuta, evidenciamento dos desejos dos profissionais, valorização das experiências, realização de negociações, elaboração de estratégias e compromissos entre os trabalhadores.

Outro efeito foi a aproximação com o aprendizado, no concreto do trabalho de cada equipe.

Para mim..., o aprendizado era diferente, não era este reflexivo, foi muito difícil, porque não estava acostumada. Não tinha muita idéia do que era este trabalhar com a equipe, a partir de coisas já vividas (E3).

Eu gosto porque tenho um pensamento mais crítico, tenho algumas idéias [...] (E6).

Esta forma de aprendizado não é uma prática comum na condução de processos de trabalho, nas organizações de saúde.

Além de identificarem os aspectos conceituais da EPS, perceberam o efeito que a mesma provocou. Como exemplo: o efeito da interação entre as experiências, os saberes, o reconhecimento das diversas profissões para enriquecimento da equipe.

[...] nós nos reunimos com toda equipe de trabalho não só as enfermeiras, outras pessoas, outras categorias e isso assim trazia muito enriquecimento para todos (E7).

Portanto, passam a reconhecer que o caráter multiprofissional fortalece a constituição dos espaços coletivos, como ambiente próprio para crescimento.

O espaço da EPS permitiu que a equipe iniciasse a discussão sobre problemas, neste caso, problemas ainda mais diretamente relacionados à organização do trabalho, internos ou não.

Não só problemas que a gente achava que era externo, e estava interferindo, mas problemas internos que também interferiam (E7).

Parece que era mais evidente, aos profissionais, atribuir aos problemas, responsabilidades externas à UBS ou setor, e, a partir da auto-análise, passaram a identificar os problemas nos processos locais. Assim começaram a se responsabilizar de maneira diferente com seu papel gerencial, como revela este discurso:

Depois que entende essa questão do processo de trabalho você começa a atribuir a você mesma mais responsabilidade. Você não está ali somente respondendo uma função, fazendo um ofício, uma reunião, tem que surtir algum efeito na prática. Tem que funcionar. Eu acho que isso eu trouxe daquela época para cá. Eu tenho essa responsabilidade de transformar na prática (E1).

É o gerente comprometendo-se com a mudança, com a transformação da prática, ou seja, a EPS operando, trazendo significado ao trabalhador.

Além dos efeitos apresentados acima, os profissionais pesquisados se preocupavam com a condução do processo e planejamento das ações.

Você começa a pensar, além daquela rotina do dia a dia, começa a pensar o que vai acontecer depois, começa a planejar as ações (E3).

[...] a gente tem necessidade desse momento, e tenta caminhar, mas se não parar e fazer aquele momento de reflexão, de retomada fica dando tiro no escuro (E8).

Estes profissionais começaram a modificar o modo de produção do trabalho em saúde, buscando ir além dos problemas rotineiros. Porém, os momentos de pausa para reflexão se mostram essenciais para o planejamento do processo.

Quando escolhemos uma atividade só e trabalhamos, vimos que houve resultado. A equipe sentiu mudanças, nos resultados. A gente

trabalhava, trabalhava, sem parar, para ver e analisar o que estava acontecendo e não tinha resultados (E8).

Mas é também neste momento, da dificuldade, que há produção das novas relações, pois o gerente se coloca para ouvir, realiza negociações singulares e cria o novo. Esta situação acaba exigindo, do gerente, a capacidade de discutir e fazer articulações com os desejos e pensamentos do trabalhador.

Pelas falas, parece ter iniciado uma ruptura dos conceitos pré-existentes na prática gerencial, ao referirem possuir a responsabilidade em transformar este espaço. A partir da análise, buscavam realizar a autogestão do processo local. Para Baremlitt (2002), a autogestão é o gerenciamento de suas condições, onde os conhecimentos essenciais são compartilhados e as decisões importantes são tomadas coletivamente.

Deste modo, percebe-se o fortalecimento dos gerentes na sua prática, quando emergem nos discursos a melhoria da segurança na execução das suas funções, nas Unidades de Saúde.

Com bastante segurança eu faço a coordenação. Quando fiquei sozinha para fazer as oficinas, achava que não ia dar conta. Então a partir do momento em que comecei a andar sozinha percebi que foi através da EP. Porque se não fosse educação permanente eu não teria este amadurecimento, este conhecimento (E8).

Os profissionais atribuíram à EPS o desenvolvimento da sua capacidade sobre seu papel e crescimento, ou seja, sua autonomia.

Apesar das manifestações quanto ao desejo de planejamento das ações, o crescimento profissional, a segurança e a autonomia, nota-se, nos discursos, a dificuldade em organizar este espaço de trabalho.

Eu acho que eu estou engatinhando ainda na EPS por falta de tempo também para preparar, pra organizar. A gente tem um monte de sonhos..., sabe ainda bem (E6).

Esta fala mostra a realidade do processo de trabalho, pois, não é fácil modificar o que antes norteava a sua prática, criar um novo olhar e adotar novas atitudes.

[...] tenho algumas idéias porque dá pra por em prática, mas ainda está faltando alguma coisa. Eu não descobri o que é. É falta de tempo para planejar, talvez seja isso, talvez não, talvez seja o resgate de alguma coisa, ler [...] (E6).

A reflexão de como viabilizar, gerar novos arranjos para o desenvolvimento do trabalho em saúde, parece ter se aproximado do pensamento destes profissionais, pois uma nova prática remete a uma organização, conciliação de tempo para preparação das atividades.

Os trabalhadores estão muitas vezes capturados pelo trabalho morto, como exemplificado nos discursos a seguir, e não se enxergam capazes para modificar o cotidiano.

Eu acredito que a gente trabalha muito mecanicamente, a preocupação de estar só no atendimento, resolvendo só problemas pertinentes ao dia a dia (E7).

Porque eu acredito que se a gente não tivesse (EPS), não teria percebido que a gente poderia construir (E8).

Mesmo com tantos desafios percebe-se, pelas entrevistas, que houve a busca de estratégias por parte dos gerentes, para superar as dificuldades.

Dar oportunidade, ouvir outros, outra forma, outra idéia (E4).

Quando escolhemos uma atividade só e trabalhamos, vimos que teve resultado. A equipe sentiu mudanças, nos resultados. A gente trabalhava, trabalhava, sem parar, para ver e analisar o que estava acontecendo e não tinha resultados (E8).

Pode-se dizer que, na medida em que as tensões e as resistências foram trabalhadas como potência para mudança, o gerente conseguiu resignificar, ter uma atitude pró ativa com a equipe, ou seja, tornar o processo voltado ao crescimento. Isso é muito importante quando se tem em mente que esse espaço do trabalho é um processo produtivo, onde sempre existirão tensões, como revela Merhy (2002):

O agir em saúde é sempre tenso, e sua alma é a produção do cuidado individual e, ou, coletivo. [...] Pode-se dizer que todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem de

primeiro produzir atos de saúde, e que esta relação em si é tensa (p.161).

Mas, quais motivos levam os trabalhadores a não se sentirem sujeitos do seu processo de trabalho? Buscando respostas para melhor compreender esta questão, encontrou-se uma observação sobre o ambiente organizacional vivenciado pelos trabalhadores, o que pode explicar, em parte, este sentimento.

Esse ambiente organizacional traz o imaginário de que a cadeia de mando do sistema de saúde ocupa o lugar do "saber" e este deve ser repassado para o nível de produção, que supostamente não tem conhecimento necessário para operar os processos disparados a partir da sua direção (FRANCO, 2007, p. 428).

Em síntese, um motivo de os trabalhadores não se sentirem sujeitos dos processos de trabalho, atuais ou novos, pode ser devido à forma de organização dos espaços de trabalho que, por vezes, coloca os trabalhadores como grupo "sujeitado" e assim eles se reduzem à dependência de uma direção (FRANCO, 2007).

Na sua maioria, os ambientes organizacionais enxergam os trabalhadores pelas funções; não há atores, mas papéis a serem cumpridos, ou espera-se que este trabalhador faça adesão automática a determinados conceitos, novas formas de organizar o cuidado e de fazer a gestão. Esta visão dos trabalhadores é designada por Cecílio (2007) como "trabalhador moral", em que o trabalhador apoiaria sempre os novos projetos.

De acordo com Spagnol (2005), o modelo de gestão tradicional dificulta, aos trabalhadores, compartilharem o processo decisório e adquirirem capacidade coletiva de análise, para resolverem seus problemas e identificarem suas demandas, bem como, a formação de espaços coletivos de gestão, em que possam agir como atores sociais. Este modelo de gestão serviu como orientador para as organizações de saúde e, até hoje, ainda é o mais praticado.

Ainda sobre isso, Spagnol (2005), coloca que os profissionais de saúde e aqueles que ocupam funções de gerência ou coordenação demoram a perceber, ou nunca percebem que são capturados pelas características deste modelo clássico de gerência. Também parece ser este o sentimento revelado pelos

discursos dos profissionais pesquisados. É necessário desconstruir os estereótipos anteriores, para se construir novas relações de trabalho na saúde, segundo a autora.

Pode-se atribuir as dificuldades ao modo como se opera o dia-a-dia do trabalho, com ênfase nos procedimentos técnicos, funções pré-estabelecidas e pouco espaço para escuta.

Sobre isso, Spagnol (2005) expõe que os modelos gerenciais das teorias de administração das escolas clássicas, adotados como paradigmas para pensar a administração pública, inibem o desenvolvimento de qualquer movimento mais participativo e reflexivo.

Tornar os momentos de fato, potencializado ao crescimento, para que não sejam somente encontros para homologação de idéias ou de decisões, torna-se um desafio para a gerência. Algumas formas são apresentadas por Baduy (2010) que podem colaborar para produção de novas práticas em saúde:

Analisar criticamente, identificar problemas, produzir alteridade, e/ou estabelecer normas, padrões, critérios, e/ou agir burocraticamente e “deixar rolar” são alguns modos de operar a condução dos trabalhadores em saúde para a produção de novas práticas em saúde em disputa (p.92).

Também é necessário estimular a capacidade dos trabalhadores para entender o mundo do trabalho, antes de propor novos conceitos, para que haja transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2005c).

Neste sentido, pode-se perceber, que os gerentes demonstraram algumas atitudes mais pró ativas na condução do trabalho em equipe, quando identificaram problemas, planejaram, elegeram uma atividade e refletiram sobre sua prática, ações estas que podem contribuir para construção de novas práticas gerenciais.

5.2.3.2 A prática do cuidado

Os profissionais pesquisados mostram, em suas falas, que foram se responsabilizando pelo processo de trabalho local, se organizando para oferecer, uma melhor assistência.

O que foi firmado, o acordo nas oficinas, é que não tivesse divergência entre as falas, para benefício da população. Porque a partir do momento em que você conseguiu discutir o processo de trabalho você conseguia organizar ele (usuário) melhor na rede, na assistência (E9).

Nesta perspectiva parece que os trabalhadores procuraram modificar o foco do processo de trabalho, iniciando uma proposta centrada no usuário. Na medida em que a equipe foi constituindo novas formas de se relacionar, isso refletiu na forma de pensar no usuário. Para Campos (2000), na sociedade contemporânea, os campos científicos e as práticas têm caráter multiprofissional e interdisciplinar, o que facilita responder às necessidades dos clientes e dos trabalhadores.

Nas falas, os entrevistados demonstraram envolvimento com os usuários, assumindo a responsabilidade com o mesmo.

Eu acho que teve algum efeito pelo menos na forma do acolhimento, acho que melhorou muito, do que era antes da educação permanente e depois a gente vê que tem mais envolvimento, com a pessoa, com paciente, com cliente, do que tinha antes (E9).

Palavras como acolhimento, envolvimento, melhoria para usuário evidenciam a construção coletiva de um conceito importante, para atender às necessidades da população, a integralidade. Desta forma, a integralidade passa a ser um conceito-ferramenta para a construção de uma nova prática do cuidado. Pensar em integralidade desencadeia uma reflexão sobre as características na produção do cuidado. Para Feuerwerker (2010), dos muitos sentidos que a integralidade pode ter, o mais apropriado para discutir a produção da cadeia do cuidado em saúde, é o que articula com as necessidades de saúde. O vínculo com o usuário é uma das características que muda a forma de agir dos trabalhadores, aproximando-os das necessidades dos usuários e provocando a busca de respostas mais adequadas para seus problemas.

Conhecer o território sob sua responsabilidade e perceber as dificuldades dos usuários é também preocupação revelada nos discursos dos profissionais.

Todo mundo foi a campo, conhecer a área e os pacientes, ver as dificuldades do usuário e deixar um pouco mais humanizado, o atendimento da pessoa (E6).

Os profissionais identificaram que a vida do usuário precisa ser considerada na prática do cuidado. Nota-se que aos poucos, vão criando vínculo e construindo o conceito de integralidade, quando percebem também a importância da continuidade do cuidado no sistema.

Às vezes nós não temos o serviço completo para dar, mas acho que ele até sai melhor dali, dependendo do trato de como ele é atendido (E4).

Essa manifestação remete à reflexão sobre a necessidade de articular a cadeia de cuidados de saúde à construção de arranjos que possibilitem articular, adequadamente, o acesso aos serviços de diferentes tipos (FEUERWERKER, 2010). Esta oferta não equânime dificulta o alcance da integralidade do usuário no sistema de saúde, e, às vezes, a equipe se sente impotente diante de tais desafios. Os profissionais perceberam tais desafios e que as necessidades são amplas e se modificam constantemente.

As falas revelam que os gerentes também começam a enxergar os encontros entre o trabalhador e o usuário, de forma diferente.

Eu acho que eu pude, eu percebi diferença. A partir da educação permanente eu comecei a ter uma visão diferente de cada funcionário, até do usuário, eu comecei a enxergar diferente (E3).

Nas falas dos profissionais, percebe-se a construção de novos arranjos para ir ao encontro e dar respostas mais adequadas àquela realidade.

Você acaba se colocando no lugar do usuário para ver qual o desejo dele, enquanto usuário que chega ao serviço. Você começa a refletir. Oferecer um serviço de qualidade (E9).

Emerge uma nova visão sobre o papel do trabalhador e do usuário na cadeia do cuidado, quando o profissional se coloca no lugar do outro e também reconhece que ambos são atores sociais, que se modificam mutuamente. Para Rolnik (1992, p. 4), a cada vez que encarnamos uma diferença, nos tornamos

outros. Assim, segundo a mesma autora, a alteridade (e seus efeitos), embora invisível, é real: nossa natureza é essencialmente produção de diferença e a diferença é gênese de devir-outro.

Também o processo do cuidado se reconstruiu na medida em que a EPS foi operando a capacidade dos trabalhadores em reconhecer uma situação: produzir acolhimento, escuta, mobilizar soluções, ou seja, inovar a produção do cuidado.

Eu acho que a EPS ela é muito proveitosa eu acho que veio mudar a forma de pensar, a forma de você trabalhar saúde, porque a gente sempre trabalhou mais focada na parte curativa. E a EPS ela resgata aquele processo do preventivo, humanização, do acolhimento. Eu acho que é uma coisa que vale a pena continuar fazendo e investindo na melhoria (E9).

Os profissionais passaram a refletir sobre a sua prática, na produção do modelo de saúde, com um olhar mais próximo da vida das pessoas e, assim, podem colaborar no apoio à qualidade de vida da população, com processos mais adequados de cuidar.

Nas falas dos entrevistados, percebe-se a preocupação do gerente para incentivar a equipe a estabelecer novos caminhos, inclusive para qualidade do trabalho e satisfação do trabalhador e usuário.

Colocar pensamento mais crítico, mudar pensamento em relação a planejar as ações no trabalho, para melhorar a qualidade não só do atendimento, mas de qualidade do trabalho que eles fazem [...] (E6).

Sobre isto, Merhy (1997) relata que o espaço do encontro entre o profissional e usuário é considerado um lugar estratégico de mudança do modo de produzir saúde e aí se encontra a potencialidade na construção de um modelo voltado às necessidades do usuário.

As falas dos profissionais trazem esta preocupação sobre a participação do usuário na produção do cuidado.

Mas acho que a gente ficou muito voltada na questão da Unidade, do espaço do profissional dentro da Unidade (E4).

A gente não conseguiu trazer o usuário para participar deste processo (E2).

Apesar da melhora na prática do cuidado, os profissionais refletiram que foi sem a participação efetiva da comunidade. Quando se pensa em integralidade, o modelo de saúde, centrado no usuário, pressupõe que os serviços de saúde precisam ser organizados a partir dele, com a participação do usuário. Os profissionais perceberam a necessidade de planejamento a partir das necessidades do usuário e iniciaram algumas reflexões que podem levar a um modelo mais adequado.

A EPS provocou também a reflexão sobre a co-responsabilidade da equipe e da população no desenvolvimento da autonomia. Sobre isto, Matumoto (2003), em seu estudo sobre programa saúde da família, aponta a ausência do usuário como protagonista de seu próprio viver e da produção de seu cuidado com trabalhador e a equipe.

Os gerentes acrescentaram, na sua prática, o papel de apoiar a construção das relações entre os trabalhadores e usuários, considerando as necessidades do usuário e da família, ou seja, a constante produção da prática do cuidado. A EPS constituiu-se como um dispositivo, conceito-ferramenta, que opera, produzindo rupturas, desencadeando novas práticas de gestão, interrogando a prática dos trabalhadores da saúde e propondo novas formas de produção do cuidado (BADUY, 2010, p. 104).

Para a produção do cuidado ou da cadeia de cuidado, Feuerwerker (2010), assinala, como primeiro ponto, olhar para a organização do serviço e para os encontros produzidos entre trabalhadores e usuários. Já para Matumoto *et al.* (2001), discutir o conceito de sujeito social, também traz elementos que possibilitam desencadear novas relações nos encontros. Para a mesma autora, considerar a concepção de homem como um ser social, em constante interação com outros homens e o meio, transformando-o e sendo transformado por ele, quando levado para reflexão, no processo de trabalho, ajuda os profissionais a produzirem novas práticas.

Pode-se perceber, pelas manifestações dos profissionais pesquisados, que a partir do instante em que o relacionamento da equipe melhorou,

o trabalho em equipe foi se concretizando e houve sinais de mudança da prática do cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as falas dos profissionais de saúde, gerentes e coordenadores, pode se perceber que alguns conceitos da EPS foram sendo construídos na medida em que vivenciavam a prática da EPS local, onde ele foi o agente propositor de novos conceitos. Não é possível afirmar que foi a partir deste momento o seu aprendizado, pois a aprendizagem ocorre durante a vida, incluindo as experiências no trabalho e suas qualificações. Provavelmente a EPS tenha operado, potencializando os seus saberes, permitindo as reflexões e realizando as conexões com o cotidiano, o que possibilitou a construção de significados e tornou possível a sua aplicação. A experiência vivenciada foi propriamente a EPS, pois partiram da realidade local, refletiram sobre o seu cotidiano e estabeleceram novas relações entre a equipe e com o usuário.

Os problemas reais foram surgindo no decorrer do processo da implantação da EPS, como apontados pelos gerentes. As dificuldades foram se apresentando, seus problemas reais de gerenciamento de equipe, como: mobilização dos trabalhadores, descrédito no processo, não adesão de alguns trabalhadores, visões diferentes, ou mesmo, resistência à nova forma de encontros entre a equipe.

E como trabalhar com tantas diferenças?

As diferenças sempre existiram, mas dependendo da forma como está organizado o ambiente de trabalho, estas manifestações ou sentimentos não possuem ressonância. Mesmo quando os coletivos acontecem, nem sempre todos se revelam, mas, aos poucos, os desejos, os objetivos se evidenciam. O que se pretende é que haja sempre a construção de uma proposta, um projeto comum, que também pode não ocorrer e, por isso, é preciso cuidar desses processos coletivos. O trabalhador tem auto-governo do seu processo de trabalho e, para produzir mudanças facilitará, quando tiver significado para ele, ou seja, relacionar também com o seu desejo. Não basta apenas estabelecer regras para que tudo aconteça, até porque as necessidades tanto da equipe, como da população, se modificam.

O que mudou no dia-a-dia? O que mudou no processo de trabalho?

Considerando as manifestações nos discursos, verifica-se que houve entendimento, por parte dos profissionais, da relevância de se ter um espaço

para refletir, entre eles, sobre a sua prática e, com a equipe, sobre o processo de trabalho local, com isso, podendo modificar a prática da organização do trabalho.

Entretanto, estes encontros provocaram tensões e os entrevistados perceberam que, se estas tensões não fossem trabalhadas, poderia colocar o processo em descrédito. Assim, um apoio para este processo foi colocado como necessário. Eles também foram se responsabilizando pela resolução dos mesmos, não permanecendo na dependência do nível central. No entanto, apontaram que a mudança deve ser também desencadeada na organização da Secretaria de Saúde e do Setor Saúde, com participação da comunidade, para que as necessidades dos usuários possam ser atendidas.

Portanto as dificuldades e as resistências foram mobilizadoras para a aprendizagem significativa dos gerentes, que passaram a pensar na sua própria prática e articular outros arranjos para a continuidade do processo. Entenderam seu papel transformador das práticas e apontaram algumas superações.

O que significou discutir a prática do cuidado?

Sobre a prática do cuidado, ocorreram algumas mudanças no acolhimento e humanização do atendimento, vínculo, bem como a identificação de problemas no sistema, que afetavam a assistência ou a integralidade da atenção.

Também ocorreram mudanças nas relações, como: enxergar o outro, entender que existem visões diferentes, considerar os saberes diversos e as experiências da prática. Assim, pode-se considerar que a EPS ajudou a gerar autonomia, alteridade, escuta, criatividade e responsabilização pelas mudanças.

As mudanças originadas pela gestão central podem afetar diretamente as equipes nesse processo de novos arranjos, por isso a importância das mudanças em todos os níveis de gestão.

Este espaço deve ser um espaço intencional, uma política. Por outro lado, a EPS não tem um modelo, tudo vai se desenhando a partir das necessidades da prática. A educação permanente é uma estratégia nas reordenações do modelo de gestão e da atenção, modelo que vai se expressando pelos encontros do cotidiano.

A expectativa é que, com o passar do tempo, o processo de trabalho seja cada vez mais discutido e que possa ser menos dependente de padrões ou normatizações; a gerência possa ser mais propositiva e contribuir na

construção de um modelo assistencial, centrado no usuário. As mudanças são construídas de forma contínua e ao longo do tempo.

Espera-se que esta pesquisa forneça elementos aos gestores da saúde, para o enfrentamento dos desafios que se colocam no desenvolvimento dos profissionais, na construção das novas relações de trabalho. Portanto, diante destes achados, sendo o gestor responsável pela organização das ações de saúde à população, o mesmo poderá fomentar dispositivos que permitam aproximar as necessidades da população à prática dos profissionais da saúde.

Sendo assim, é importante garantir, pelo menos, um espaço para reflexão entre os gestores, gerentes, trabalhadores de saúde, usuários; reflexões não em abstrato, mas com foco nos problemas da realidade; ter foco na gestão das relações e seus resultados, desenvolvendo tecnologias leves; apoiar a equipe na formulação destas novas relações, no desenvolvimento da autonomia e possibilitar discussões para a construção de rede.

Para tanto é preciso dar suporte, apoio, aos processos coletivos, para que haja mais momentos de criação do que momentos de descrédito ou paralisia.

O que possibilita mudança na gestão local é também estimular a capacidade dos trabalhadores, para entenderem o mundo do trabalho como um lugar de multiplicidades, às vezes de disputa, mas de alto poder de construção. Enfim, estabelecer uma política no desenvolvimento dos profissionais de saúde, com base em pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

REFERÊNCIAS

- BADUY, R. S. **Gestão municipal e gestão do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento.** 2010. 191 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BAREMBLITT, G. **Compendio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guatarri, 2002.
- BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 20 set.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. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 16 out.1996. n. 201, seção 1, p.21082.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes técnicos Institucionais: programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.34, n 3, p.316-19, 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: programa saúde da família.** Caderno 3. Educação Permanente. Brasília: MS, 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde.** Brasília: MS, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 14 fev. 2004.

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: MS, 2005a.

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: MS, 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 - práticas educativas no cotidiano do trabalho em 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**: orientações para o curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 30 mar. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 ago. 2007.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, out./dez. 1998.

CAMPOS, G. W. 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.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde**: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, set. 2005.

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

CECILIO, L. C. O. O "Trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre conceito. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.22, p.345-351, maio/ago. 2007.

DUARTE, R. **Pesquisa qualitativa**: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos Pesquisa*. São Paulo, n.115, p.139-154, mar. 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. **A cadeia do cuidado em saúde**. 2010. No Prelo.

FORTUNA, C. M. et. al. O Trabalho de equipe no programa saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e dos grupos operativos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.262-268, mar./abr. 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 21. ed. São Paulo: Graal, 2005.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ – ABRASCO, 2006. Disponível em: <www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf> Acesso em: 18 ago. 2010.

FRANCO, T. B. **Produção do cuidado e produção pedagógica**: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Rio de Janeiro, v.11, n.23, p.427-438, set./dez. 2007.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: UFRio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf> Acesso em: 18 ago. 2010.

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.

IBIPORÃ. Prefeitura Municipal de Ibiporã. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível em: <<http://www.ibipora.pr.gov.br/>> Acesso em: 12 mar. 2010.

LOPES, S. R. S. et. al. Potencialidades da educação permanente para transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v.18, n.2, p.147-155, abr. 2007.

MATUMOTO, S.; MISHIMA S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 233-41, jan./fev. 2001.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) –Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MATUMOTO, S. et al., Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexão acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.9-24, 2005.

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

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO T.B., Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, set./dez. 2003.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>> Acesso em: 10 set. 2010.

MINAYO, M. C. S. et. al (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

ROLNIK, S. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: ENCONTRO REGIONAL DE PSICOLOGIA SOCIAL DA ABRAPSO, 4, 1992. **Anais...** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/homemetica.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2011.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerencia em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. **Ciência Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.119-127, 2005.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Percepção dos trabalhadores sobre educação permanente e sua prática”. Esta pesquisa tem como objetivo identificar os significados atribuídos a educação permanente em saúde na prática profissional, através de entrevista com questões norteadoras para identificar esta percepção. Espera-se como resultado final, criar subsídios para elaboração de política de educação permanente nos serviços de saúde.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “Percepção dos trabalhadores sobre educação permanente e sua prática”. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas são confidenciais e os resultados do trabalho serão divulgados de forma global e anônima. Sei também que não precisarei efetuar qualquer pagamento. Em caso de dúvida posso esclarecer com a entrevistadora: Rosilene Aparecida Machado, F 43 -3328-5579 e 9161-7676 e Prof^a Dra. Regina Melchior, (Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR, telefone 43-3371-2398) ou ainda através de consulta ao *Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina*, telefone 3371-2490, segunda e quarta-feira no período da tarde ou quinta e sexta-feira no período da manhã. Entendo, que por ser um convite, que tenho a liberdade de aceitar ou não participar da entrevista e me recusar a participar no momento em que eu quiser, sem qualquer prejuízo para mim ou minha família.

Assinatura do entrevistado _____

Assinatura pesquisador _____

Local: _____, data ____/____/____

APÊNDICE B – Carta Explicativa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIPORÃ –PR.

Prezado (a) Sr. (a),

Estou realizando uma pesquisa em Educação Permanente em saúde, visando verificar a percepção dos profissionais que participaram da elaboração e implantação da Educação Permanente em saúde, nesta Secretaria de Saúde a partir de 2005.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar os significados atribuídos a educação permanente em saúde na prática profissional, através de entrevista com questões norteadoras para identificar esta percepção.

A pesquisa está aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina, conforme parecer em anexo segue os princípios éticos, pela Resolução nº 196/96 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ibiporã-Pr, em anexo.

Agradeço antecipadamente sua colaboração e me coloco a disposição.

Atenciosamente,

Rosilene Aparecida Machado

F 43 -3328-5579

9161-7676

ANEXOS

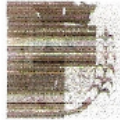
ANEXO A



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer Nº 166/09 CAAE Nº 2332.0.000.268-09 FOLHA DE ROSTO Nº 263489	Londrina, 14 de setembro de 2009.
PESQUISADOR: ROSILENE APARECIDA MACHADO (Processo 16737/09)	
Prezado(a) Senhor(a) <p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">"PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUA PRÁTICA"</p> <p style="text-align: center;">Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">  Prof.ª Dr.ª Ester M. O. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL </p>	

ANEXO B



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IBIPORÁ

Estado do Paraná

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº077/09

Ibiporá, 07 de abril de 2009.

Prezada Senhora,

Em resposta ao Ofício MPGSS nº 09/2009 de 23/03/2009, vimos, pelo presente, informar que autorizamos a realização de pesquisa científica pela aluna do *Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde* do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, **RÓSILENE APARECIDA MACHADO**, CPF 727.249.949-49, a ser desenvolvida como dissertação de mestrado, cujo objetivo é o levantamento da percepção dos profissionais que participaram da elaboração e implantação da Estratégia de Educação Permanente em Saúde em 2006, nesta Secretaria de Saúde.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,



Dr^a Leilaine Furlaneto Rodrigues
Secretária Municipal de Saúde

Ilm^a Sr^a
Prof^a Dr^a Regina Melchior
Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina/PR