**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GABRIELA RODRIGUES ZINN

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
DE DIRETRIZ POLÍTICA A UMA PRÁTICA POSSÍVEL**

**São Paulo
2015**

GABRIELA RODRIGUES ZINN

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
DE DIRETRIZ POLÍTICA A UMA PRÁTICA POSSÍVEL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Mira

Versão Corrigida

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

**São Paulo
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO, CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Zinn, Gabriela Rodrigues

Educação permanente em saúde: de diretriz política a uma prática possível / Gabriela Rodrigues Zinn. São Paulo, 2015.
147 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mira

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Política de saúde. 2. Educação em saúde.
3. Educação em saúde. I. Título.

Nome: Gabriela Rodrigues Zinn

Título: Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEEn) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*À minha filha Isabella, presença de amor sem fim em minha vida,
Aos meus pais, Sérgio e Longa, fontes de amor e proteção,
Ao meu irmão Gustavo, amigo e incentivador constante,
Ao meu afilhado Vítor, filho do coração.*

Agradecer é alegria e reconhecimento do outro em nossa história!

Agradeço...

Em primeiro lugar, a Deus! Caminho, verdade e vida!

*À minha filha pela parceria fiel em todos os momentos da vida,
inspiração maior e amor eterno;*

*Aos meus pais, por serem o meu porto seguro em qualquer
circunstância, raiz profunda de sustentação e presença certa de
cuidado e afeto;*

*Ao meu irmão por quem tenho profunda admiração e amor, por
todo apoio, proteção e acolhida de sempre;*

*À minha orientadora Professora Vera, pessoa simplesmente
admirável, cheia de humanidade e sabedoria, obrigada pela
paciência com o meu ritmo de vida e de produção, serei sempre
grata pela sua presença de competência e paz;*

*Ao meu orientador anterior Professor Ronca que me ensinou no
mestrado o significado da palavra generosidade, minha gratidão e
admiração;*

*À Professora Maria Helena, que me abriu as portas no grupo de
pesquisa e que, desde a graduação, ensinou-me pelo exemplo o
que é uma educação dialógica;*

*À Professora Marina, pessoa que também admiro desde a
graduação pela grande sabedoria, obrigada pelos cuidados
direcionados na qualificação;*

Às companheiras de jornada no grupo NEPAPEGS que é mais do que de pesquisa, é um grupo de parcerias, obrigada pela presença;

Aos meus parceiros e amigos do mundo do trabalho e do mundo da vida, Raquel Coutinho, Adriana Cecel, Melissa Lara, Sheilla Siedler, Regina Cardoso, Márcia Feldreman, Verusk Mimura, Miriam Sanches, Débora Barros, Daniele Comino e todos que não estão escritos aqui, mas estão no meu coração, agradeço a torcida e o apoio;

À Márcia Cristina, pela amizade fiel e por toda generosidade de cuidados no trabalho e na vida;

À Cássia, pela amizade fraterna e por todo carinho e disponibilidade em ajudar sem medida;

Às minhas amigas de vida e de fé, Magda Arantes e Daniela Pascon, presenças de amor;

À minha amiga Carla Lecca, parceira de projetos, ideais e crença no cuidado pautado na ética e no amor;

À minha amiga de longa caminhada Bruna Damas, pelo compartilhamento de lutas, conquistas, alegrias e tristezas; obrigada pela presença carinhosa e apoio incondicional;

Aos profissionais da Secretaria de Saúde de Sorocaba juntos na luta por um cuidado em saúde de qualidade, agradeço a disponibilidade e ajuda de sempre. Obrigada Odair, Gleidjane, Monalisa, Diego, Liliane e todos que sempre contribuíram nessa construção coletiva;

Aos profissionais que participaram das entrevistas e dos encontros de grupo focal, meu profundo agradecimento. Aprendi muito com vocês;

À Regina Pissinato pela escuta amorosa e intercessão constante nos momentos de reconstruções e crescimento;

À Angela e à Helena pela amizade construída no amor e na verdade, obrigada pela presença constante;

À Dona Ione, meu amparo amoroso do lar;

Finalmente, e de forma muito especial, agradeço a minha família: tio Algaci e tia Conceição, tio Moisés e tia Cida, tio Eustáquio, Cláudia, Beatrice e Carol, obrigada pela presença de amor, pela torcida e pelas orações, sempre!

**Aprende de mim que sou manso
e humilde de coração**

(Mt, 11:29)

Zinn GR. Educação permanente em saúde: de diretriz política a uma prática possível [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

A construção da educação permanente em saúde ultrapassa a existência de uma política de indução, pois essa prática educativa é parte constitutiva do trabalho em todas as dimensões que o compõe: a política, a organização e o cuidado. Ela ocorre no campo da micropolítica do encontro e, por isso, no campo das relações do trabalho vivo em ato. **Objetivos:** conhecer o processo de educação permanente em saúde no município de Sorocaba, na perspectiva dos profissionais; construir um plano de ações para avaliação de necessidades educativas, na lógica da educação permanente em saúde e planejar uma intervenção educativa, a partir da avaliação de necessidades. **Metodologia:** Adotamos a pesquisa-ação, considerada uma pesquisa social de cunho qualitativo e por sua coerência com os pressupostos da educação permanente em saúde. A primeira etapa do estudo contemplou 17 entrevistas, pautadas em questões norteadoras, com sete gestores e dez profissionais de saúde, incluindo médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atuam nos serviços de saúde do município; os relatos foram submetidos à análise de discurso do sujeito coletivo. A segunda etapa foi desenvolvida a partir de cinco encontros de grupo focal que tiveram a participação de seis técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde do município. **Resultados:** Os principais resultados apontam que a percepção de educação permanente em saúde diverge entre os gestores e os trabalhadores; o movimento de educação permanente está acontecendo no município, embora, sem a legitimação necessária para o seu reconhecimento, entretanto, o cenário atual favorece a sua ampliação. Existem desafios para consecução da educação permanente, tais como a necessidade de superar a coexistência de paradigmas educativos contraditórios e de mobilizar potências nas pessoas envolvidas. O plano de ações para avaliação de necessidades educativas foi construído com base na experiência vivida no grupo focal e ancorado nas bases teóricas da educação permanente e obteve avaliação inicial favorável. O planejamento da ação educativa, elaborado pelos integrantes do grupo focal, apresentou como tema a Comunicação prejudicada no ambiente de trabalho, selecionado como

prioridade dentre as necessidades. Esta ação envolve gestores, trabalhadores e usuários e consiste em estratégias de baixo custo, aplicáveis em diversos cenários e pautadas em ações simples e potencialmente capazes de qualificar as relações no cotidiano de trabalho. **Considerações Finais:** A educação permanente é uma prática possível no campo estudado, visto que seus princípios e objetivos têm acontecido de maneira informal e porque encontra, na atual organização administrativa, espaço formal de reconhecimento. Para concretizar esta prática, é preciso, daqui para frente, superar a contradição dos paradigmas coexistentes e avançar nos movimentos de sensibilização para valorização e legitimação do espaço do trabalho como um espaço de educação. O tema Comunicação, escolhido para a ação educativa, é significativo em um cenário de construção de educação dialógica. Este trabalho terá continuidade com a realização da ação ora proposta.

Descritores: Política de Saúde; Educação; Capacitação em Serviço

Zinn GR. Permanent health education: from health policy to a possible practice [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

The construction of permanent health education goes beyond the existence of an induction policy, as this educational practice is an integral part of the work in all dimensions that compose it: politics, organization and care. It occurs in the field of micro policy of meeting and therefore in the field of live work relationship in action. **Objectives:** know the process of permanent health education in the city of Sorocaba, from the professionals perspective; build a form of assessment of educational needs in health work subsidized by the premises of permanent health education and plan an educational intervention from the necessities evaluation. **Methodology:** We adopted the research-action, considered a social research with qualitative approach and also for its consistency with the assumptions of permanent health education. The first stage of the study included 17 interviews based in guided questions with 07 managers and 10 health professionals, including doctors, dentists, nurses, nurse technicians and community health workers who work in the municipal health services; the reports were submitted to discourse analysis of the collective subject. The second stage was developed from 05 focus group meetings that had the participations of six nursing technicians and five nurses who work over the primary attention of municipal health. **Results:** The main results show that the perception of permanent health education diverges between the managers and the workers; the continuing education action is happening in the city, although without the necessary legitimation for its recognition, on this way, the current scenario favors its expansion. Among the challenges is highlighted the necessity to overcome the coexistence of contradictory educational paradigms and to mobilize the potential in the involved people. The research of educational necessities model was built based on the experience lived in this study, in the results found and grounded on the theoretical bases of permanent education. Among the emerged diagnostics, the intervention priority was focused on the Communication, including managers, employees and users. The educational proposal, drawn up by members of the focused group, consists of low cost strategies, applicable in various scenarios and guided by simple actions and potentially able to qualify the daily work

relationships. **Final Thoughts:** The permanent education is a possible practice in the studied field since its principles and objectives has happened informally and thus it founds in the current administrative organization formal space of recognition; it is necessary now to proceed in the mobilization movements, aware the people involved and to overcome the contradiction of coexisting paradigms. The evaluation model of educational needs has shown successful in its application and had favorable initial evaluation. Communication the theme chosen for the educational action is significantly in a dialogical education building scenario that supports the permanent health education. This work will have continuity with the implementation and evaluation of this proposal.

Descriptors: Health Policy; Education; Inservice Training

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

- Quadro 01** – Viabilidade percebida pelos subgrupos para resolução local dos problemas identificados. Sorocaba, 2014 98
- Quadro 02** – Ordem de prioridade dos problemas que necessitam intervenções educativas. Sorocaba, 2014.....99
- Quadro 03** – Planejamento educativo construído pelo grupo focal. Sorocaba, 2014 105

FIGURAS

- Figura 01** – Representação da investigação-ação 48
- Figura 02** – Mapa da distribuição dos bairros entre as Regiões de Saúde do Município de Sorocaba 50
- Figura 03** – Distribuição das UBS conforme Regiões de Saúde 51

LISTA DE SIGLAS

ACS	✎	Agente Comunitário de Saúde
CEP	✎	Comitê de Ética em Pesquisa
CIES	✎	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
COAS	✎	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CGR	✎	Colegiados de Gestão Regional
CNPq	✎	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSC	✎	Discurso do Sujeito Coletivo
DST	✎	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	✎	Educação Continuada
ECH	✎	Expressões Chave
EEUSP	✎	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EP	✎	Educação Permanente
EPS	✎	Educação Permanente em Saúde
ESF	✎	Estratégia de Saúde da Família
PNEPS	✎	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RH	✎	Recursos Humanos
SMS	✎	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	✎	Unidade Básica de Saúde

SAME	☞	Serviço de Assistência Médica Especializada
SAMU	☞	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
TCLE	☞	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD&E	☞	Treinamento Desenvolvimento e Educação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1 POR UM MODELO CRÍTICO DE EDUCAÇÃO	27
3.2 SUS: TERRITÓRIO DE DISPUTAS RADICAIS.....	33
3.3 CONTRADIÇÕES PARADIGMÁTICAS: RUMO À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	36
4 CAMINHO METODOLÓGICO	45
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	46
4.2 CAMPO DE ESTUDO	49
4.3 PRIMEIRO MOMENTO - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES	53
4.3.1 Sujeitos	53
4.3.2 Coleta e análise de dados	54
4.4 SEGUNDO MOMENTO - AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES EDUCATIVAS E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	56
4.4.1 Sujeitos	56
4.4.2 Coleta e análise de dados	58
5 ASPECTOS ÉTICOS	64
6 RESULTADOS	67
6.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES	68
6.2 CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	92
6.2.1 Construção coletiva	92
6.2.2 Um modo de fazer avaliação de necessidades educativas.....	111
6.2.3 Da necessidade prioritária à proposta de ação educativa.....	115
7 DISCUSSÃO.....	117
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS.....	134

APÊNDICES.....	142
APÊNDICE 01 – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NOS ENCONTROS DE GRUPO FOCAL	143
APÊNDICE 02 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	144
APÊNDICE 03 – QUADRO DE PROBLEMAS E FACILITADORES NO COTIDIANO DE TRABALHO.....	145
ANEXO.....	146
ANEXO 01 – ORGANOGRAMA DA SMS DE SOROCABA.....	147

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Não adianta uma política de indução simplesmente para que se aposte na construção de uma educação permanente, como muitos pensam, porque essa prática da educação permanente ocorre como parte constitutiva do mundo do trabalho em todas suas dimensões no campo da política, da organização e do cuidado (Merhy, 2013, p.2).

Merhy (2013) evidencia ainda a necessidade de ruptura da dicotomia entre teoria e prática a partir da proposta de inversão da relação entre conteúdo teórico e vivência, assim as vivências seriam as ordenadoras dos conteúdos teóricos.

Nesse sentido, é importante considerar a necessidade de articulação entre o saber conhecer e o saber fazer nos processos educativos, pois ambos são elementos da mesma experiência humana, capazes de ultrapassar a padronização e a suposta divisão entre teoria e prática, além de estimular a criatividade e o espírito inventivo (Brasil, 2014).

Dessa forma, apresentamos o objeto do presente estudo: a Educação Permanente em Saúde (EPS), considerando suas diretrizes políticas e sua aplicabilidade no cotidiano de trabalho em saúde.

O recorte escolhido contempla a avaliação das necessidades de ações educativas na lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa escolha ocorreu a partir da compreensão de que todo o processo deve ser permeado de coerência entre as práticas e os pressupostos teóricos e conceituais, assim, direcionamos o nosso olhar ao início do processo: a avaliação das necessidades.

Partimos da afirmação que educação e saúde existem em uma relação dialética e, dessa forma, pensar os processos de organização e práticas do sistema de saúde, necessariamente requer refletir sobre a educação que permeia este processo.

Atualmente, na organização dos serviços de saúde no Brasil, temos a discussão da manutenção dos princípios e diretrizes do sistema de saúde vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS), que, muitas vezes, mostram-se contraditórios à lógica econômica existente no país. Ou seja, princípios tais como universalidade de acesso, integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis de complexidade e equidade no cuidado à coletividade, podem ser contraditórios à lógica de mercado capitalista que rege a economia mundial.

Em nosso cenário contemporâneo, somos convocados à missão de manter vivo o movimento constituinte do SUS. Este momento é sugerido como o tempo da mobilização em defesa da Política Pública de Saúde (Heckert, Passos, Barros, 2009).

Para além da estrutura formal de organização do sistema, com seu arcabouço de leis, diretrizes, protocolos e demais desenhos estruturais e operacionais, temos que a ação humana, em seu ambiente micropolítico, tem grande potencial para fazer a diferença nas práticas de saúde, para o bem ou para o mal. E para que essa ação seja consciente e crítica e em benefício de todos os envolvidos, a educação configura-se como instrumento capaz de mobilizar essas ações.

A própria PNEPS afirma que é pela educação permanente dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde que o sistema de saúde pode se manter em seus princípios e avançar (Brasil, 2009).

A EPS é considerada como um enfoque educacional apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais (Brasil, 2009).

As pessoas envolvidas no cotidiano de trabalho em saúde e suas relações são compreendidas, portanto, como eixo essencial para dar vida à engrenagem do sistema de saúde a partir dos encontros que

ocorrem diariamente entre os gestores, trabalhadores dos serviços de saúde e população.

A EPS, conforme sua finalidade e estratégias propostas, apresenta potencial para desenvolver o empoderamento de todos os envolvidos no sistema de saúde para que, a partir de reflexões e discussões coletivas, tenham a oportunidade de atuar em um movimento espiral e ascendente de qualificação, conscientização e responsabilização do seu papel nesse sistema.

Entretanto, apenas o texto com peso de diretriz política não é em si suficiente para uma real mudança no modelo de atenção à saúde. O agir consciente das pessoas, em seus ambientes micropolíticos, é que possibilita vida às diretrizes do papel e as qualifica positivamente ou não.

Reforçamos, dessa forma, a importância de uma condução crítica e reflexiva da EPS para que ela possa desencadear benefícios reais no cotidiano de funcionamento dos serviços de saúde.

Como ponto de partida e subsidiado por um panorama teórico-conceitual, destacamos a reflexão que nos remete à existência, na modernidade, do processo progressivo e permanente de construção dos direitos democráticos em choque com a lógica do capital. Este choque entre o que podemos chamar de cidadania ou democracia e o capitalismo não é um fato explosivo e concentrado em um único momento, mas sim uma contradição existente em forma de processo, marcado por avanços e recuos, porém com uma tendência predominante da introdução cada vez maior de novas lógicas não mercantis na regulação da vida social (Coutinho, 2000).

Este autor sintetiza, como principal característica da modernidade, a existência de um processo dinâmico e contraditório, uma época histórica distinguida pela promessa de emancipação do homem de todas as opressões e alienações, contraditoriamente produzidas e reproduzidas pelo capitalismo e, considera que as

possibilidades abertas na modernidade para a humanidade, referentes à emancipação, ainda não foram realizadas (Coutinho, 2000).

Ainda refletindo sobre o momento histórico, o sociólogo Bauman (2003) nos apresenta o que ele chama de modernidade líquida, momento atual caracterizado pela fluidez, volatilidade, incerteza e insegurança. No campo das relações, essas, uma vez fragilizadas, passam de relações a conexões, como que passíveis de consumo e exclusões simplificadas; no campo do trabalho, este se torna mais fluido e desregulamentado. Em síntese, o consumo se inscreve nas esferas mais fundamentais do sujeito.

Para prosseguir nessas novas lógicas de regulação da vida social na modernidade e contribuir na realização e no avanço desses processos emancipatórios, mais uma vez apontamos para a prática educativa, em especial para as práticas educativas que permeiam o sistema de saúde.

Consideramos que os processos educativos devem estimular a convivência em uma relação de solidariedade que supera as ações individualistas, e também devem favorecer a ética da identidade, onde está incluído o saber ser, finalidade máxima da ação educativa que ultrapassa a simples transmissão de conhecimentos prontos (Brasil, 2014).

Merhy (2012), nesse caminho reflexivo, levanta uma questão central que é a aposta de que a vida de qualquer um vale a pena, não como algo a ser representado no pensamento, mas para ser vivida nos encontros com os outros, especialmente no mundo do trabalho em saúde.

A tensão existente é expressa no questionamento de como conseguir operar o enfrentamento de que a vida de qualquer um vale a pena, em uma realidade material de produção que é evidentemente centrada em uma lógica invertida, na qual a vida do outro interessa enquanto consumidor e substrato para o lucro (Merhy, 2012).

O desafio apresentado está em ultrapassar e vazar essa lógica a partir do agir micropolítico, produzindo assim novas possibilidades de sentido (Merhy, 2012).

Dessa forma, acreditamos que o cotidiano de trabalho em saúde e sua construção permanente traz em si o potencial de transformar os encontros entre profissionais de saúde e usuários em novas possibilidades de emancipação e valorização da vida.

Evidenciamos a necessidade de nos voltarmos para os sentidos, valores e significados do que se faz e para quem fazemos nossas ações em saúde. E assim, cabe aqui destacar, como apontam Carvalho e Ceccim (2009), que as questões de natureza ética e humana têm sido preteridas na formação à medida que não se adotam metodologias de ensino que promovam a participação do aluno e a sua responsabilização no processo de formação.

Destacamos que a PNEPS, em seu texto, elucida conceitos coerentes com o que foi apresentado até aqui. Transformar este texto em trabalho vivo é o desafio posto.

Desafio complexo que enfrenta muitas contradições, mas que encontra na atuação micropolítica, possibilidades de transformações. Assim, torna-se pertinente investigar caminhos para transformar as diretrizes da PNEPS em práticas possíveis.

O presente estudo é parte de um projeto apoiado financeiramente pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e terá prosseguimento com a realização e a avaliação de uma ação educativa na lógica da PNEPS, a partir do diagnóstico realizado por esta pesquisa.

A decorative floral graphic in the bottom right corner, featuring a large, stylized flower with multiple petals and a central stem with several smaller, five-petaled flowers and leaves. The graphic is rendered in a light gray color.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

- Conhecer o processo de Educação Permanente em Saúde no município de Sorocaba, na perspectiva dos profissionais.
- Construir um plano de ações para avaliação de necessidades educativas, na lógica da Educação Permanente em Saúde;
- Planejar uma intervenção educativa, a partir da avaliação de necessidades.

A decorative floral illustration in a light gray tone, featuring swirling vines, leaves, and small flowers, positioned in the lower half of the page.

3 Referencial teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POR UM MODELO CRÍTICO DE EDUCAÇÃO

O amor ao mundo e aos homens, bem como a humildade são pré-requisitos para a existência do diálogo. Neste lugar de encontro há que se compreender a existência de homens unidos na busca de saber mais. Não existem ignorantes absolutos ou sábios absolutos (Freire, 2005).

O profundo amor ao mundo e aos homens, bem como a humildade, são essenciais para a existência do diálogo, pois a autossuficiência impede a aproximação necessária. Neste lugar de aproximação e, portanto de encontro, não há ignorantes totais, nem sábios absolutos, mas sim homens em comunhão que almejam saber mais (Freire, 2005).

A proposta pedagógica de Paulo Freire remete à crítica e à superação dos modelos educacionais hegemônicos. A educação apresenta-se como um caminho para a mudança social, para a formação de sujeitos históricos, atores e autores de seus processos cotidianos de emancipação coletiva e individual (Oliveira et al., 2008).

Nesse sentido, a educação é compreendida como mediação básica da vida social de todas as comunidades humanas e como elemento gerador de novas formas de concepção de mundo, potencialmente capazes de se contraporem à concepção de mundo dominante, rompendo assim com a ideia de elemento de reprodução de determinado sistema social, como sugerem as teorias reprodutivistas (Severino, 2000).

Michel Foucault, filósofo do século XX, foi um crítico das instituições que usam o poder para criar corpos dóceis (Cassiano, Silva, 2012). Dentre estas instituições, podemos incluir os equipamentos que compõe o sistema de saúde repleto de relações de

poder que, ainda no século XXI, podem impedir a emancipação individual e coletiva.

Nesse caminho, Freire (2005) diz que a libertação autêntica, parte da humanização em processo, ou seja, não é algo que se deposita nos homens, não é uma palavra, mas sim uma práxis a qual demanda ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo “encha” de conteúdos [...], mas nos homens como “corpos conscientes” e na consciência como consciência intencionada ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo (Freire, 2005, p. 77).

Em coerência com esses apontamentos teóricos, a agenda de um movimento instituinte de novas práticas referentes à PNEPS pretende que os processos educativos superem a aquisição de habilidades intelectuais e psicomotoras, mas que exista como uma ferramenta política no enfrentamento da fragmentação dos serviços e das ações de saúde e com o objetivo de desenvolver potencialidades individuais e coletivas capazes de aprimorar os processos de trabalho (Brasil, 2014).

A metodologia problematizadora é mais do que uma abordagem educativa, porque ela é uma postura educacional crítica sobre os elementos da realidade vivida pelos sujeitos do processo [...]. Essa metodologia está ancorada nas pedagogias que tomam como objeto a transformação do mundo do trabalho, do indivíduo e da sociedade como um todo, por meio de aprendizagens significativas e contextualizadas que contribuam para o desenvolvimento de capacidades e competências individuais e coletivas, gerais e específicas, para o trabalho e para a vida (Brasil, 2014, p.11).

Antes de avançar nesse modelo educativo crítico, significativo e pautado no diálogo e para compreender brevemente o desenvolvimento de teorias da educação, vale trazer à cena a análise que Saviani (2012) realiza acerca das teorias não críticas, das teorias crítico reprodutivistas e do desafio de uma teoria crítica da educação.

Referente às teorias não críticas, a chamada escola tradicional é considerada como um “antídoto à ignorância” e é configurada pela demanda histórica de meados do século XIX. Entretanto, ela não atingiu sua meta de ajustar os sujeitos à sociedade que se pretendia consolidar. Assim, novas teorias surgiram, a exemplo da pedagogia nova que sai do eixo filosófico com centro na ciência lógica para uma pedagogia inspirada no experimento, subsidiada principalmente pelas contribuições da biologia e da psicologia, porém, em um mecanismo de reconfiguração da hegemonia da classe dominante (Saviani, 2012).

Em meados do século XX, o escolanovismo demonstra-se ineficaz. Articula-se nesse momento uma nova teoria educacional, a pedagogia tecnicista, com inspiração em princípios racionais, de eficiência e produtividade, e com vistas à objetivação do trabalho pedagógico, onde o foco está em formar indivíduos eficientes (Saviani, 2012).

Passando para reflexão sobre as teorias crítico reprodutivistas, o autor considera que estas se manifestaram em diferentes versões, mas destaca três teorias: a teoria do sistema de ensino como violência simbólica, de Bourdieu e Passeron, na qual a função da educação resulta na reprodução das desigualdades sociais e os grupos ou classes sociais são marginalizados devido à falta de força material (capital econômico) e força simbólica (capital cultural); a teoria da escola como aparelho ideológico do Estado (AIE), de Althusser, onde o AIE escolar constitui um mecanismo burguês para garantir e perpetuar seus interesses; e a teoria da escola dualista, de Baudelot e Estlabet, na qual a escola tem como fim impedir o desenvolvimento da ideologia do proletariado e a luta revolucionária (Saviani, 2012).

O que essas três teorias trazem de diferente do grupo das consideradas não críticas é a constatação das determinações sociais na educação, a qual sofre a influência do conflito de interesses, característicos da sociedade. Porém, essas teorias, apesar de críticas, não avançaram na articulação dos sistemas de ensino para a superação do problema da marginalidade. O autor coloca então, o desafio de uma teoria crítica de educação que deve subsidiar a luta contra essa marginalidade e evitar que esta seja forjada pelos interesses dominantes (Saviani, 2012).

Destaca-se, portanto, a aposta em algo que ultrapassa o processo ensinar e aprender, mas que tem como alvo a construção de um modelo novo de relação e de interação, pautado no diálogo, no respeito, na igualdade e na solidariedade (Brasil, 2014).

Dessa forma, o diálogo, além de ser uma potência de transformação, conduz à busca de novos significados em tempos novos, no qual existem novas relações de poder (Terciottt, 2008).

Para Foucault as ciências do homem são inseparáveis das “relações de poder que as tornam possíveis e que suscitam saberes mais ou menos capazes de atravessar um limiar epistemológico ou de formar um conhecimento” (Deleuze, 2013, p. 82).

O poder para Foucault é uma relação de forças que, considerado abstratamente, não vê e nem fala, porém ele faz ver e faz falar, dessa forma, o saber que vê e que fala está preso nas relações de poder que ele supõe e atualiza (Deleuze, 2013, p. 82).

Em um contexto marcado por relações de poder, onde a aposta está voltada para a construção de novos modelos de relações pautadas no diálogo, cabe retomar as contribuições de Freire e de Vygotsky que influenciaram e seguem influenciando o pensamento pedagógico atual e subsidiam a possibilidade de construção desses novos modelos.

Gehlen, Maldaner e Delizoicov (2010) expressam as possíveis aproximações presentes nos trabalhos de Paulo Freire (1921-1997) e Lev Vygotsky (1896-1934) que apresentam interlocuções a começar pela consideração da educação como uma prática dialética.

É a partir da unidade dialética que se desencadeia a ação e o pensamento crítico sobre a realidade para transformá-la. A conscientização insere o ser humano no processo histórico, como sujeito, favorecendo uma visão crítica da realidade, evitando, com isso o medo da liberdade (Marques, Marques, 2006).

Seguindo nas interlocuções dos pensamentos de Freire e Vygotsky, também temos destaque para a linguagem e a mediação (Gehlen, Maldaner, Delizoicov, 2010).

Segundo Rodríguez-Arocho (2000, apud: Gehlen, Maldaner, Delizoicov, 2010), Freire e Vygotsky consideram as palavras como signos que podem ser utilizados na transformação do pensamento. Dessa forma, as palavras influenciam diretamente o desenvolvimento cognitivo das pessoas impactando na constituição da consciência.

No que se refere à mediação, existe uma possível aproximação entre o processo proposto por Freire, de codificação, decodificação e tema gerador e os signos, propostos por Vygotsky. Mesmo sem uma referência à problematização, conforme concebido por Freire, há sinais de uma compreensão implícita da problematização também na perspectiva de Vygotsky (Gehlen, Maldaner, Delizoicov, 2010).

Para Freire (2005), a investigação do tema gerador insere o homem em uma forma crítica de pensar o mundo, trata-se de um processo de busca e de criação que exige que os envolvidos descubram no encadeamento de temas significativos, a interpretação dos problemas e implica uma conscientização da situação desde o início do processo. Esses temas funcionam como codificações, uma representação de uma situação existencial. Esta por sua vez passa por uma decodificação a partir do diálogo, da explicitação da consciência real, promovendo um novo olhar para a percepção anterior e, assim, o

novo conhecimento se prolonga sistematicamente na implantação do plano educativo.

Aprofundando agora nas contribuições de Vygotsky, temos que para ele, o desenvolvimento cognitivo está conectado na referência do contexto social, histórico e cultural em que ocorre. Os processos mentais superiores da pessoa se originam nos processos sociais e o desenvolvimento desses processos é mediado por instrumentos e signos construídos social, histórica e culturalmente no meio em que ele se encontra. A este respeito, considera-se que as palavras são signos linguísticos e que a linguagem compreende um sistema articulado de signos (Moreira, 2008).

Prosseguindo nas contribuições teóricas para uma educação crítica, vale destacar o papel da aprendizagem significativa.

A aprendizagem significativa é a interação cognitiva entre conhecimentos novos e conhecimentos prévios, aos quais Ausubel chama subsunçores que podem ser para além de conceitos, ideias, proposições e representações que funcionam como âncoras para novos conhecimentos, que também incluem novos conceitos, proposições e representações, a serem reconstruídos significativamente pelo educando. Trata-se de um processo interativo, em que os conhecimentos novos e os prévios se modificam e tornam-se capazes de facilitar a aprendizagem significativa de outros novos conhecimentos (Moreira, 2008).

Promover a aprendizagem significativa é admitir que aprender é um processo dinâmico que demanda ações educativas capazes de levar os envolvidos a aprofundarem e ampliarem os significados (re)elaborados a partir de suas participações nas atividades de ensino-aprendizagem (Brasil, 2014). Isto evidencia que essas atividades ocorrem, inclusive, no mundo do trabalho.

3.2 SUS: TERRITÓRIO DE DISPUTAS RADICAIS

O Brasil da década de 60, época de intensificação da guerra fria, viveu grandes mudanças sociais e políticas. Após duas décadas de retorno ao regime democrático, em 1964, o país sofre um golpe militar que promete restaurar o regime democrático em pouco tempo, porém, esse poder militar permaneceu ao longo de mais de vinte anos. Esse cenário desencadeou um processo de endurecimento político, onde não havia espaço para qualquer iniciativa que remetesse ao ideário socialista (Paiva, Teixeira, 2014).

Além disso, o cenário do sistema público de saúde vivia a duplicidade de um sistema de medicina previdenciária, focada nos trabalhadores formais e na área urbana, e de saúde pública, esta com foco preventivo de grupos desfavorecidos e prioritariamente na área rural. O governo militar, neste contexto, incentivou a expansão do setor privado (Paiva, Teixeira, 2014).

Já na década de 1970, a prosperidade econômica e social, que foi iniciada no pós-guerra, sofre relativa decadência e repercute na expansão do estado de bem-estar social. Esse cenário teve impacto na organização das pautas institucionais e, ao mesmo tempo, aumentava o registro das críticas às intervenções verticais, com foco na doença, pautadas em ações curativas e centradas na área hospitalar e nas tecnologias complexas. É nesse ambiente de críticas, que o movimento sanitário brasileiro ganharia expressão viva e seguiria em interlocução com a crescente evidência das abordagens integrais e de experiências de medicina simplificada desenvolvidas em países em desenvolvimento (Paiva, Teixeira, 2014).

Complementarmente, Sophia (2012) destaca que, a partir da metade da década de 1970, tem início no Brasil uma série de mudanças no setor saúde, subsidiadas em ações que tinham como meta a viabilidade legal e pública da luta política em âmbito nacional e

orientadas por ideais de transformação das práticas de saúde. Nesse bojo, constitui-se o Movimento de Reforma Sanitária.

No contexto de tal movimento, um número expressivo de entidades surge para discutir mudanças no quadro sanitário do país, dentre elas o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), instituição que se constituiu no ponto de encontro de médicos e sanitaristas (Sophia, 2012, p.555).

Além do CEBES, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) também adensa as discussões de transformações necessárias na atenção à saúde (Paim, 2013).

Entretanto, além da formação de atores e instituições mobilizadas com mudanças radicais no sistema de saúde, corroboram um conjunto de aspectos, desde o desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva iniciado na década de 1950 e a contraposição fortalecida ao regime autoritário que vislumbrava, a derrocada deste sistema como a única forma de construção de um sistema de saúde democrático e eficiente (Paiva, Teixeira, 2014).

A partir da redemocratização iniciada em 1985, era evidente a tensão entre propostas assistencialistas e de universalização na saúde, que disputavam uma resposta do Estado quanto à dívida social acumulada durante o autoritarismo (Paim, 2013).

Nesse contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a oitava CNS, em 1986. Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único (Paiva, Teixeira, 2014, p.25).

Apesar da sugestiva vitória a partir da aprovação do capítulo da Seguridade Social na nova Constituição de 1988, a disputa com as forças conservadoras foi intensificada (Paim 2013). Assim, apesar da criação do SUS e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, as grandes

mudanças econômicas e políticas viriam a ocorrer. O otimismo inicial de uma mudança radical do sistema de saúde, expresso na carta constitucional brasileira, foi desfeito. As ações transformadoras entravam em choque com interesses econômicos de grupos altamente organizados, além disso, havia a constatação da complexidade de concretização de um sistema único de saúde em um país com disparidades regionais grandiosas (Paiva, Teixeira, 2014).

A implantação de um sistema de saúde universal no Brasil foi, portanto, iniciado em um contexto político e econômico não favorável, em meio a um cenário neoliberal com evidente posicionamento de organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais (Paim et al., 2011).

Apesar de todos os avanços, o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que permanece na luta para garantir a cobertura universal e equitativa. A participação do setor privado no mercado é crescente e as interações entre os setores público e privado criam contradições e uma competição injusta, culminando em ideologias e objetivos opostos, a exemplo do acesso universal, contrário à segmentação do mercado. Isso gera resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde (Paim et al., 2011).

Um dado importante para esta análise é que apesar do financiamento federal ter aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, acarretando restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos (Paim et al., 2011).

É evidente a necessidade de um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos seus serviços. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde e sua proposta de uma rede de serviços de saúde organizada com fundamentos na atenção básica, associado às recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, as quais orientam para a necessidade de abordar as causas

primordiais dos problemas de saúde, podem ajudar nessa conformação de modelos de atenção ampliados (Paim et al., 2011).

Pode-se dizer que o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Aspectos como o financiamento, a articulação entre público e privado e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica (Paim et al., 2011).

Em meio a este cenário, Merhy (2012) compreende o SUS como utopia, o que traz a ideia de algo a ser alcançado. Mas para ele, esse SUS apresentado como utopia apresenta a base para o reconhecimento de que este campo de práticas sociais é pautado em disputas radicais, impactando os modos de produzir o cuidado em saúde tanto no plano individual como coletivo. Nesse sentido, Deleuze (2010) e Merhy (2012) destacam que não se trata de questões simplesmente conceituais, mas algo a ser vivido e, dessa forma, o SUS como utopia permite a construção de novos sentidos enriquecedores dos viveres, como forma de produzir saúde, a partir das ações práticas cotidianas.

3.3 CONTRADIÇÕES PARADIGMÁTICAS: RUMO À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Vivemos atualmente em tempos de transição paradigmática. Dentre outras coisas, nesta transição, as mudanças vêm influenciando o modo como entendemos a saúde, como entendemos o cuidado e como entendemos a formação dos profissionais que cuidam da saúde (Corradi-Webster, Carvalho, 2011, p. 975).

Para Almeida Filho (2014), um conceito reducionista e classicamente cartesiano para compreender a doença, afirma que esta decorre de uma cascata de defeitos que tem início na estrutura molecular das células que produz lesão tecidual que por sua vez, resulta em alterações nas funções de órgãos e sistemas, causando a patologia expressa objetivamente em sinais e sintomas nos indivíduos,

ou em grupos, formando o perfil de morbidade na população e nas sociedades.

Foucault (2012) afirma que o controle da sociedade sobre as pessoas, não ocorre simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas tem início no corpo. A sociedade capitalista investiu antes de tudo no biológico, somático e corporal. O corpo é uma realidade biopolítica e a medicina uma estratégia nessa biopolítica.

O discurso médico científico não abrange a significação mais ampla da saúde e do adoecer, pois a saúde não é objeto que se possa delimitar, não pode ser traduzida em conceito científico, bem como o sofrimento que envolve o adoecer. Descartes, considerado o primeiro formulador da concepção mecanicista do corpo, reconheceu que há partes do corpo humano vivo que são exclusivamente acessíveis a seu titular (Caponi, 1997).

Nessa perspectiva, ressaltamos que a questão da saúde não diz respeito à incorporação de um novo discurso que migra da dimensão da objetividade à da subjetividade. Não se trata de construir novos posicionamentos que mantêm a reprodução de antigas oposições conceituais acerca da saúde, mas de conseguir transitar entre diferentes níveis e formas de entendimento e de apreensão da realidade, tomando como base os acontecimentos que nos mobilizam a elaborar e a intervir (Czeresnia, 2003).

Uma das possibilidades de compreensão dos fenômenos é pautada no discurso construcionista social, pois este possibilita a compreensão da linguagem, que ocorre no bojo das relações, como fundamental construtor da realidade (Burr, 2003 apud Corradi-Webster e Carvalho, 2011).

Dessa forma, as implicações para o processo de trabalho em saúde apontam:

para a possibilidade de construções interventivas que reconheçam e valorizem a participação tanto do profissional de saúde quanto do usuário na construção de sentidos

sobre saúde/doença e, conseqüentemente, do projeto terapêutico a se seguir, podendo estar eles relacionalmente responsáveis. Desta forma, a importância dos espaços coletivos de interação não se dá apenas pela aproximação entre os atores sociais, mas também e, principalmente, pelo que se produz nesta interação (Camargo-Borges, Mishima, McNamee, 2008, p.17).

Partindo das interfaces existentes entre a formação escolar e a gestão do trabalho, é possível que as demandas existentes, em especial nos serviços públicos de saúde, determinarão a direção e as competências fundamentais presentes na formação universitária, na educação profissional e na educação no trabalho no SUS (Tronchin et al.).

Especificamente na área da saúde, a dificuldade na adesão a essas intervenções [dialógicas e corresponsáveis] se dá pela formação eminentemente tecnicista do trabalhador de saúde, sentindo-se inseguro e despreparado para uma prática mais relacional ou também desvalorizando práticas que rompam com o saber “especialista” (Camargo-Borges, Mishima, McNamee, 2008, p.15).

A gestão de recursos humanos (RH) é uma das barreiras para implantação do SUS desde a sua criação. A lacuna de profissionais com perfis adequados, associado aos problemas de gestão e organização da atenção são obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS (Brasil, 2000).

A intervenção profissional na área da saúde ocorre com o corpo vivo e em interação com o social e com o ambiente, a partir de processos de subjetivação, em contraposição, a formação dos profissionais de saúde tende a enfrentar o corpo vivo apenas ao final da graduação o que gera uma tensão elementar entre a imagem de dissecação do corpo apreendida ao longo da formação e a sua alteridade (Carvalho, Ceccim, 2009).

Cabe citar o estabelecimento de discussões no âmbito ético-político acerca da formação em saúde ao longo das últimas décadas. Podemos pontuar como exemplo, o estabelecimento do Programa

Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2005, para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, com ênfase na integração entre instituições de ensino, estruturas de gestão da saúde, órgãos de representação popular e os serviços de atenção à saúde (Carvalho, Ceccim, 2009). Entretanto, essas diretrizes políticas e curriculares relativamente recentes ainda são pontuais e não esgotam a demanda de discussão da formação em saúde.

Em uma reflexão paradigmática, temos que o processo de formação acadêmica historicamente tem se baseado nos conhecimentos oriundos das ciências biológicas, de forma fragmentada. Diante dessa limitação teórica, sugere-se a busca de subsídios que fundamentem um ensino que não apenas reitere nossas vivências, mas que favoreça a formação de profissionais capazes de apreender e praticar um cuidado pautado no pensamento complexo (Silva, Ciampone, 2003).

Também é pertinente considerar que a formação de profissionais na área da saúde não acompanha a velocidade de renovação do conhecimento e das tecnologias desse campo, por isso é constante a demanda por atualização permanente desses profissionais (Ceccim, 2005).

Um estudo que analisou as atividades educativas desenvolvidas com profissionais de saúde em hospitais, constatou que há predominância de ações educativas voltadas para execução de técnicas e recuperação da saúde. As estratégias de ensino utilizadas são as tradicionais e a avaliação é escassa. Dessa forma, evidencia-se a reiteração do modelo clínico de assistência individual e a fragmentação das ações, apresentando distância das proposições da política pública de saúde que se fundamenta pela integralidade, trabalho em equipe e EPS (Tronchin et al., 2010).

Outro estudo que investigou a percepção de docentes e tutores de uma universidade, que desenvolve a prática da educação

significativa, constatou que o docente apresentou dificuldade em agir como produtor da sua própria aprendizagem no momento em que estava na posição de aprendiz, sua postura era de aguardar dos facilitadores a transmissão do conhecimento (Lazarini, Francischetti, 2010).

Analisando o impacto das ações de capacitação, formação e educação permanente dos trabalhadores da Atenção Básica, Silva, Ogata e Machado (2007), constataram que há predominância no uso do modelo de educação tradicional, configuradas como ações de educação continuada que ocorrem a partir da transmissão de conhecimentos.

A educação em serviço é caracterizada como um processo educativo aplicado nas relações humanas do trabalho com o objetivo de desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras (Paschoal, Mantovani, Méier, 2007).

A capacitação é uma estratégia amplamente utilizada no enfrentamento dos problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Ela é aqui compreendida como conjunto de ações intencionais e planejadas que tem como meta o fortalecimento dos conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas. Essas ações sofrem influência de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que antecipam e determinam o espaço dentro do qual a capacitação pode operar (Brasil, 2009).

No âmbito das organizações e a partir de estudos da área da administração e da psicologia, Meneses, Zerbini e Abbad (2010) definem treinamento, desenvolvimento e educação de pessoas (TD&E) como ações organizacionais que utilizam a tecnologia instrucional para promover o desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes (CHA) com o objetivo de suprir lacunas de desempenho no trabalho ou ainda preparar as pessoas para novas funções.

A tecnologia instrucional é o conjunto de atividades que possibilitam a identificação de necessidades de desempenho, tanto

individual como organizacional e as transformam em planos executivos para determinados grupos profissionais (Meneses, Zerbini, Abbad, 2010).

Nesse contexto administrativo, Meneses, Zerbini e Abbad (2010) esclarecem que a informação é composta por unidades organizadas de conteúdo; a instrução é a execução de procedimentos de ensino direcionados aos objetivos estabelecidos; o treinamento é a ação voltada para atividades desempenhadas no momento; educação é uma ação voltada para atividades que serão desempenhadas em um momento posterior; por fim, desenvolvimento é a ação direcionada para o crescimento pessoal e profissional do funcionário, sem necessidade de ligação com ações desempenhadas ou demandadas pela organização.

Em contraposição a lógica até aqui apresentada com predomínio de um paradigma cartesiano, temos a proposta da EPS que está baseada na evolução conceitual no campo da educação, incluindo elementos da pedagogia crítica e construtivista. As discussões acerca da EPS tiveram origem na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) com foco no desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006; Davini, Nervi, Roschke, 2002).

No Brasil, a EPS foi regulamentada em 2003 pela resolução 335 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprovou a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”.

Foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198 / 2004 que foi substituída pela Portaria GM/MS nº 1996 / 2007 que por sua vez foi atualizada pela Portaria GM/MS nº 278 / 2014 que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da política. Esta portaria atual absorve o conceito de aprendizagem significativa no trabalho e tem, dentre outras diretrizes, a contribuição para a mudança cultural e

institucional direcionada à gestão compartilhada e ao aprimoramento do SUS.

A PNEPS traz a proposta de constituir o SUS em uma rede-escola, modificando o pensamento do ensino transmitido de modo unidirecional, dos detentores do conhecimento para os trabalhadores de saúde, mas considerando o espaço concreto de trabalho como um local de ensino-aprendizagem compartilhado. Além disso, a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia que viabiliza as transformações do trabalho na saúde para que este seja local de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (Brasil, 2009; Ceccim, 2005).

Dessa forma, a produção PNEPS representou o esforço de cumprir uma das metas da saúde coletiva de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Destacamos, entretanto, a necessidade de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor para nos permitir constituir o SUS verdadeiramente como uma rede-escola (Ceccim, 2005).

Ceccim (2005b, p.162) destaca que:

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

Um estudo que teve como objetivo analisar a prática de atividades educativas de trabalhadores da saúde em Unidade Básica de Saúde, segundo as concepções de educação permanente em saúde e de educação continuada, constatou-se que, apesar da presença majoritária de estratégias de ensino participativas que indicam a preconização da reflexão sobre as práticas de saúde em

espaços de discussão coletiva, há evidência de uma prática pautada na concepção de educação continuada a qual preconiza os fundamentos técnico-científicos das áreas profissionais específicas para promover o desenvolvimento das instituições. Ressalta-se do trabalho realizado a necessidade de ampliação das ações educativas de trabalhadores no próprio espaço cotidiano de trabalho (Peduzzi et al., 2009).

Complementarmente, ressaltamos que o conceito de educação continuada está atrelado ao saber técnico-científico e utiliza a atualização do conhecimento específico das categorias profissionais, com utilização recorrente da transferência de conteúdos, o que conduz à fragmentação das práticas de saúde (Silva, 2009).

Montanha e Peduzzi (2010) nos apresentam o resultado de um estudo no qual, referente ao levantamento de necessidades educacionais de trabalhadores de enfermagem, o foco está nas falhas identificadas e nos problemas evidenciados, o que resulta em ações educativas voltadas para os procedimentos técnicos de enfermagem, o que se desdobra na reiteração do modelo de cuidado e de atenção à saúde hegemônico, biomédico e à concepção também dominante de educação continuada. Apesar de, em menor escala, também outras fontes sejam utilizadas no planejamento das atividades educativas.

As autoras vislumbram em suas conclusões uma possível resposta ao questionamento de como seria possível investir em uma dimensão emancipatória a partir de um cotidiano restrito à reiteração do paroxismo técnico-científico. A possível resposta apresenta-se a partir dos resultados que, apesar de atestarem o predomínio de ações educativas de trabalhadores de enfermagem orientadas pela concepção de educação continuada, coexistem com a identificação, por parte desses mesmos trabalhadores, da necessidade e possibilidade de atividades educativas com novos formatos, conteúdos e sentidos, na perspectiva da educação permanente. Isso corrobora com o entendimento de que ambas as concepções podem ser complementares e que a distinção clara entre elas permite o

reconhecimento do espaço que devem ocupar na gestão do trabalho (Montanha, Peduzzi, 2010).

Referente à gestão no trabalho, a gestão compartilhada é apontada como diretriz política para prática da EPS, destaca-se a afirmação de Cecilio (2010, p. 558):

Fazer gestão colegiada, materializada em colegiados de gestão, em todos os níveis de decisão, formulação e avaliação de políticas de saúde e em todos os espaços de trabalho, transformou-se em uma espécie de garantia de inovação da gestão, que deveria resultar em efetivas mudanças no paradigma clássico da administração pública, com suas bem conhecidas e denunciadas mazelas de rigidez, baixa comunicação, autoritarismo, alienação dos trabalhadores, e, mais importante, na insensibilidade para com as necessidades dos usuários.

Articulando o exposto com a consideração das necessidades no cenário da educação permanente em saúde e considerando a base de educação crítica e significativa que a EPS propõe, vale resgatar o que Freire (2005) nos diz que não podemos esperar resultados positivos de um programa educativo, seja ele com foco técnico ou político, sem respeitar a visão do mundo de quem nele está inserido, pois, mesmo que com boas intenções, uma proposta sem esse olhar é uma invasão cultural. Do ponto de vista metodológico, a investigação necessita da presença crítica dos representantes envolvidos, do início ao fim.

A decorative floral illustration in a light gray tone, featuring swirling vines, leaves, and small flowers, positioned in the lower half of the page.

4 Caminho metodológico

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Considerando a amplitude e características dos objetivos pretendidos, realizamos um estudo na modalidade da pesquisa-ação por integrar diversas formas de coleta e análise de dados.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 2011, p. 20).

A partir da pesquisa-ação é possível investigar de forma dinâmica os problemas, decisões, ações, negociações, conflitos e tomadas de consciência que ocorrem entre os envolvidos durante o processo de transformação da situação (Thiollent, 2011).

Quanto ao aspecto valorativo desta metodologia, existe uma compreensão da utilização da pesquisa-ação como ação emancipatória, como engajamento sociopolítico; entretanto, esta metodologia também é discutida em áreas técnico-organizativas pautadas em outros compromissos ideológicos (Thiollent, 2011).

Ressaltamos que a educação permanente em saúde consiste em uma prática social que requer a interação participante das pessoas envolvidas e nesse sentido, demanda metodologias que convergem para esse olhar.

Na prática da pesquisa-ação deseja-se coproduzir o sentido e o significado de forma compartilhada e aceita pelos parceiros, produzir conhecimentos novos, fundamentados cientificamente, além de otimizar a ação em uma perspectiva de transformação (Szymanski e Cury, 2004).

Essa metodologia de pesquisa vai ao encontro da metodologia de ação proposta pela EPS no que se refere à produção de novos conhecimentos que se desenvolvem no cotidiano de trabalho, promovendo um processo participativo, contínuo e dinâmico de transformação da realidade.

Considerando, portanto, o que é proposto pela PNEPS, percebemos que a pesquisa-ação corrobora para o alcance dos seguintes critérios de educação preconizados nessa política: estar inserida no próprio contexto social, sanitário e do serviço a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações; ser reflexiva e participativa, voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, uma vez que eles não existem sem sujeitos ativos que os criam; ter caráter perene, no qual os diversos momentos e modalidades específicas se combinem em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo; ser orientada para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, o que supõe orientar para a transformação das práticas coletivas; e ser estratégica para que atinja uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisões técnicas e políticas do sistema (Brasil, 2009).

Dessa forma, vale ressaltar o que nos diz Freire (2005, p. 118): “quanto mais investigo o pensar do povo com ele, tanto mais nos educamos juntos. Quanto mais nos educamos, tanto mais continuamos investigando”.

Tripp (2005) destaca que é importante reconhecer a pesquisa-ação como uma versão da investigação-ação, a qual se refere a qualquer processo que siga um ciclo de aprimoramento da prática pela oscilação sistemática entre agir e investigar o campo da prática. Para o autor a pesquisa-ação deve ser assim denominada uma vez que atende aos critérios de pesquisa acadêmica.

Para este autor, os diferentes termos utilizados em referência à investigação-ação é resultado de um uso indiscriminado de novos

nomes para denominar o mesmo objeto, ou ainda a adaptação desta forma de investigação a situações diversas. O ciclo básico da investigação-ação, abaixo representado, consiste em quatro fases.

Figura 01 – Representação da investigação-ação

Fonte: Tripp (2005, p.446).

Assim, é possível evidenciar a convergência de propostas e o dinamismo de ações entre a pesquisa-ação - forma científica de colocar em prática a investigação-ação - e a metodologia ativa de educação, a exemplo da PNEPS.

O presente estudo ocorreu em dois momentos. Primeiramente, buscamos conhecer as percepções de gestores e trabalhadores sobre o processo de EPS no município.

No segundo momento, por meio da técnica de grupo focal, desenvolvemos um planejamento educativo a partir da avaliação das necessidades. Os dois momentos são apresentados, detalhadamente, após apresentação do campo de estudo.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa ocorreu no Município de Sorocaba que possui uma área de 449 km² e se localiza na região Sudoeste do Estado de São Paulo, aproximadamente 90 km de distância da capital. A população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 586.625 habitantes em 2010, com projeção de 637.187 em 2014. A população é predominantemente urbana. O Município é polo de uma região com mais de dois milhões de habitantes e possui diversidade econômica. Esta na 5ª colocação de cidade em desenvolvimento econômico do Estado de São Paulo e as principais bases da economia do Município são os setores de indústria, comércio e serviços.

Sorocaba possui atualmente 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 05 desenvolvem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 09 estão em processo de transição do modelo tradicional para ESF. O município também possui 02 Unidades Pré-Hospitalares (UPH), 03 Unidades de Pronto Atendimento (PA), 01 Unidade Ambulatorial chamada Policlínica, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), o Serviço de Assistência Médica Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis (SAME – DST) e o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS).

O quadro de pessoal computado no final de 2013 indicava 1.827 profissionais, incluindo 566 médicos; 198 enfermeiros; 140 cirurgiões dentistas; 341 auxiliares de enfermagem; 471 técnicos de enfermagem; 10 assistentes sociais; 62 auxiliares de saúde bucal; três biólogos; três biomédicos; oito farmacêuticos; nove fisioterapeutas; dois fonoaudiólogos; nove psicólogos; dois técnicos de RX e três terapeutas.

Esses números sofreram acréscimos até a data atual, em especial se considerarmos a transição de nove UBS para ESF com a demanda de formação de equipes. A informação fornecida em janeiro de 2015, pela Diretoria da Área de Educação Permanente e de

Assistência à Saúde aponta que de 80 ACS em 2013, hoje o município conta com 245 e das 16 Equipes de Saúde da Família existentes naquele ano, hoje totalizam 44 equipes.

A partir da gestão municipal de 2013, ocorreram inúmeras mudanças na organização dos serviços de saúde em Sorocaba, em função da aprovação da reforma administrativa em setembro de 2013, dentre elas, a aprovação do novo organograma da SMS que saiu da lógica da organização por programas para a lógica da organização por territórios. Houve, nesse sentido, a criação de cargos de gestão nos Colegiados ou Regiões de Saúde já existentes previamente, porém sem a presença física e administrativa que foi então incorporada ao sistema. Atualmente, são três Coordenadorias Regionais, a Norte que abrange os Colegiados Norte e Centro Norte; Oeste que abrange os Colegiados Noroeste e Sudoeste; e Sudeste que abrange os Colegiados Centro Sul e Leste.

Figura 02 – Mapa da distribuição dos bairros entre as Regiões de Saúde do Município de Sorocaba

Fonte: Caracterização do território de Sorocaba com foco nas ações intersetoriais que envolvem a SMS. Prefeitura de Sorocaba - Secretaria da Saúde Núcleo de Estudos das Informações de Saúde, 2012, p.12.

Figura 03 – Distribuição das UBS conforme Regiões de Saúde¹

Colegiados	UBSs				
Norte	Habiteto	Vitória Régia	Ulysses Guimarães	Paineiras	Laranjeiras
Centro Norte	Nova Sorocaba	Mineirão	Maria do Carmo	Fiore	Angélica
Centro Sul	Santana	Vila Haro	Vila Hortência	Barcelona	Centro de Saúde Escola
Leste	Cajuru	Éden	Aparecidinha	Brigadeiro Tobias	Sabiá
Noroeste	Nova Esperança	Vila Barão	Lopes de Oliveira	Maria Eugênia	Parque São Bento
Sudoeste	Márcia Mendes	Sorocaba I	Cerrado	Simus	Wanel Ville

Fonte: Caracterização do território de Sorocaba com foco nas ações intersetoriais que envolvem a SMS. Prefeitura de Sorocaba - Secretaria da Saúde Núcleo de Estudos das Informações de Saúde, 2012, p.13.

A partir da referida reforma administrativa o que antes era chamado de Núcleo de Educação Permanente, vinculado à antiga área de Atenção Básica, já extinta, hoje é denominada Área de Educação Permanente, composta pela Divisão de Educação Permanente e pela Divisão de Estágio, Aperfeiçoamento, Especialização e Residências em Saúde. Importante ressaltar que esta nova organização está em processo de construção, uma vez que está oficialmente instituída a partir de novembro de 2013.

A Área de Educação Permanente está subordinada diretamente à Secretaria de Saúde e mantém o mesmo nível hierárquico que as demais áreas, tais como: Área de Vigilância em Saúde, Área de Atenção à Saúde, Área de Administração e Coordenadorias das Regionais de Saúde conforme demonstrado no organograma (anexo 01).

¹ Nesta figura não está incluída a 31ª Unidade Básica de Saúde, chamada São Guilherme, inaugurada em outubro de 2012.

Existe um colegiado de gestão para a Área de Educação, constituído por sete profissionais, sendo um técnico administrativo e os demais profissionais da área da saúde, incluindo médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas.

Além do colegiado de gestão, existem cinco comissões de cogestão, compostas por nove a doze profissionais em cada uma com membros de todas as áreas do organograma da SMS.

O colegiado de gestão, no momento, está estruturando o novo desenho administrativo para operacionalizar o desenvolvimento dos trabalhos relacionados à formação profissional e permanente em saúde no Município. Trata-se de um momento de transição.

A missão, os objetivos e metas da área seguem a lógica existente na PNEPS. Pretende-se em curto prazo, implantar a PNEPS a partir da estruturação da Área de Educação que já disparou algumas iniciativas significativas. Como exemplo dessas iniciativas, vale citar a oficina de sensibilização para Estratégia de Saúde da Família realizada em 2014 na proposta pedagógica problematizadora e com ênfase na multiplicação dos espaços de diálogo nos territórios de atuação profissional. Está ocorrendo também o programa de Residências Multiprofissionais e Médica no Município e a partir da presença dos residentes e preceptores nos territórios já é evidente um movimento reflexivo desencadeado em todo o sistema. São iniciativas recentes, mas que já demonstraram potências de reflexão.

Como a reforma administrativa ocorreu recentemente, não há indicadores de resultados na área. Anteriormente à reforma ocorreram diversos movimentos de Educação Permanente, porém não oficializados, uma vez que não faziam parte de uma estrutura política favorável. Existe um cenário promissor à criação de modelos e instrumentos de avaliação para que os indicadores, especialmente de resultados das ações educativas sejam mensurados.

O financiamento das ações educativas incluem verbas Federais, Estaduais e Municipais previstas em Lei para essas atividades.

Atualmente o exemplo concreto são as bolsas de estudo Federais para os alunos que iniciarão a Residência Multiprofissional em Saúde, em parceria com o financiamento Municipal para as tutorias, preceptorias e docência.

Como a PNEPS contempla, em suas bases conceituais, a construção coletiva de novas práticas e saberes, para a escolha dos participantes no estudo, consideramos as diferentes categorias profissionais envolvidas e a dimensão gerencial e assistencial de atuação.

A partir de diálogo na Secretaria de Saúde do Município, fizemos contato com as Regionais de Saúde, bem como com a Área de Educação e de Assistência à Saúde, pessoalmente e por e-mail para convite e agendamento das entrevistas e reuniões do grupo focal.

4.3 PRIMEIRO MOMENTO - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES

4.3.1 Sujeitos

Para conhecer a percepção de gestores e trabalhadores sobre o processo de EPS no município, foram entrevistados, entre os meses de agosto e outubro de 2014, sete gestores e dez profissionais de saúde que atuam na assistência contemplando as dimensões assistencial e gerencial.

A partir de visitas da pesquisadora nos equipamentos de saúde, previamente agendadas, verificamos a disponibilidade dos profissionais, priorizando a representação das diferentes categorias e considerando o mínimo de seis meses de atuação na área de saúde do município. A princípio este período de corte seria de um ano, porém, com o ingresso recente dos médicos participantes do Programa Mais

Médicos e com o interesse deles em participar do estudo, optamos por incluí-los.

Entre os gestores, participaram do estudo seis enfermeiros e um dentista; dois do sexo masculino e cinco do sexo feminino; a média de idade foi 37 anos, variando entre 32 e 46 anos; a média de tempo de trabalho na SMS foi de 10 anos, variando de quatro a 23 anos; o tempo de trabalho no cargo atual teve média de um ano, com variação entre três e 17 meses.

Quanto aos trabalhadores assistenciais, participaram duas técnicas de enfermagem, três médicas, duas dentistas, uma enfermeira e duas ACS; todas do sexo feminino; a média de idade foi de 41 anos, variando de 26 a 57 anos; a média de tempo de trabalho na SMS foi de seis anos e meio, variando de seis meses a 29 anos; o tempo de trabalho no cargo atual teve média de três anos e meio, com variação entre seis meses e 10 anos.

A realização das 17 entrevistas foi suficiente para alcançar o objetivo pretendido.

4.3.2 Coleta e análise de dados

As entrevistas consistiram em conhecer a participação dos profissionais de saúde nas atividades educativas e foram estruturadas pelas seguintes questões norteadoras:

1. Você participa de atividades educativas de formação / atualização profissional?
2. Você participa do planejamento dessas ações educativas?
3. Quais são os aspectos positivos e negativos vivenciados nesses momentos educativos?
4. O que você entende por Educação Permanente em Saúde?

5. Quais os desafios para que a Educação Permanente em saúde ocorra no seu local de trabalho?

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de discurso do sujeito coletivo (DSC), que é um processo metodológico que utiliza uma estratégia discursiva com o objetivo de clarificar uma representação social, bem como o conjunto das representações que compreendem um imaginário específico (Lèfevre, Lèfevre, 2005).

Trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa que possibilita uma coletividade falar como se fosse apenas um indivíduo. (Lefevre, Lefevre, 2011).

Estes autores (2005) sugerem que para elaborar os DSC, devemos utilizar as seguintes figuras metodológicas:

- Expressões-chave (ECH) que são compostas por trechos literais do discurso destacados pelo pesquisador por revelarem a essência do depoimento;
- Ideia central (IC) que constitui uma expressão linguística que revela uma descrição do sentido dos depoimentos e do conjunto homogêneo de ECH (Lèfevre, Lèfevre, 2005; Figueiredo, Chiari, Goulart, 2013);
- O DSC que contempla um discurso-síntese, expresso na primeira pessoa do singular, extraído de trechos de discursos individuais e constituindo a principal figura metodológica;
- Ancoragem, inspirada na teoria das representações sociais, refere-se a uma manifestação linguística explícita reveladora de uma ideologia, teoria ou crença que sustenta as concepções do autor do discurso. A obtenção da ancoragem tem utilização prática, especialmente em ações educativas, uma vez que é necessário explicitar as bases teóricas, ideológicas e

conceituais que, por vezes, de modo inconsciente, estão subjacentes às práticas cotidianas.

Como técnica de análise de dados para obtenção do pensamento coletivo, o DSC apresenta como resultado um painel de discursos que sugere uma pessoa coletiva, expressando-se como representação de um sujeito individual de discurso. Assim, o DSC resulta em uma síntese que reconstitui a representação social discursivamente (Lèfevre, Lèfevre 2005).

O DSC representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permite que se conheçam os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos (Figueiredo, Chiari, Goulart, 2013).

4.4 SEGUNDO MOMENTO - AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES EDUCATIVAS E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

4.4.1 Sujeitos

Com a finalidade de manter o princípio da integralidade, prevíamos a composição de um grupo focal com representantes de todas as unidades de saúde municipais, sem divisão por área de complexidade assistencial ou categoria profissional, para evitar a dicotomia no planejamento das ações educativas. Os gestores, no entanto, não foram convidados para compor o grupo, por acreditarmos que a presença destes poderia interferir na expressão dos trabalhadores sob sua gestão.

Em contato com a Área de Educação da Secretaria Municipal de Saúde, tivemos a acolhida e autorização para a realização da coleta de dados na modalidade de grupo focal, com a ponderação de realizar essa coleta apenas nas Regionais de Saúde Norte e Centro-Norte, primeiramente por uma questão de equidade, pois são regiões de maior vulnerabilidade social e também considerando a

operacionalidade da pesquisa, uma vez que centralizar em uma região geográfica facilitaria o deslocamento dos participantes para os encontros. A escolha da unidade para sediar os grupos ocorreu devido à sua estrutura física adequada e localização central em relação às demais unidades participantes.

Participamos de reuniões com os coordenadores dos equipamentos de saúde dessas Regionais e realizamos a explanação do projeto, bem como distribuição do convite (apêndice 01) para participação dos profissionais de saúde nos encontros do grupo, e para isso foi entregue um formulário para preenchimento dos dados dos profissionais que demonstrassem interesse.

Após participação nessas reuniões de coordenadores, visitamos pessoalmente cada equipamento de saúde para reforçar o convite aos profissionais e verificar a adesão dos interessados. Conforme perfil e disponibilidade do coordenador de cada unidade, houve maior ou menor abertura para divulgação entre os profissionais; pudemos observar que nas unidades em que o coordenador se envolveu com a proposta, o número de profissionais interessados em participar foi maior.

Antes da data do primeiro encontro, realizamos telefonemas para todos os interessados para confirmar a presença. Também encaminhamos um e-mail a todos, agradecendo a disponibilidade em participar e reforçando informações sobre os dias, local e horário dos encontros.

Houve o registro de 24 pessoas interessadas em participar, todos de UBS, incluindo unidades com a ESF implantada. Referente à UPH, que compõe os equipamentos de saúde das Regiões de Saúde Norte e Centro Norte, no momento da pesquisa, houve transição de gestão nesta unidade e denúncias de problemas com o desempenho dos profissionais de saúde que lá trabalhavam. Este cenário favoreceu a não adesão de trabalhadores da UPH na coleta de dados.

Desta forma, o grupo foi formado, especificamente, por trabalhadores da atenção primária à saúde, sendo seis técnicas de enfermagem e cinco enfermeiras residentes. Todas do sexo feminino, com média de idade de 37 anos, variando de 25 a 48 anos; a média de tempo de trabalho na SMS foi de quatro anos e meio, com variação entre seis meses e 20 anos; o tempo de atuação no atual local de trabalho teve média de dois anos e variou entre seis meses e seis anos.

4.4.2 Coleta e análise de dados

Para alcançar o objetivo de desenvolver um planejamento de intervenção educativa, a partir da avaliação de necessidades e com base nas premissas da EPS, utilizamos para a coleta de dados, a técnica do grupo focal, como espaço de construção coletiva, que nos permitiu colocar em prática a pesquisa-ação, promovendo, de fato, a reflexão das pessoas.

O grupo focal, no cenário da saúde pública, reflete a necessária disposição de combinar métodos e técnicas de várias disciplinas para a compreensão de fenômenos que, cada vez mais, não conseguem ser captados e analisados por meio do uso de uma única técnica, ou de técnicas que abordem, exclusivamente, métodos quantitativos de análise (Iervolino, Pelicioni, 2001).

Considerando a capacidade interativa e problematizadora, o grupo focal se configura como uma importante estratégia para inserir os participantes da pesquisa nas discussões de análise e síntese, que contribuem para repensar atitudes, concepções, práticas e políticas sociais (Backes et al., 2011).

Além disso, o grupo focal é considerado como uma técnica que ajuda os pesquisadores na investigação de crenças, valores, atitudes, opiniões e processos de influência grupal. Também fundamenta a

geração de hipóteses, a construção teórica e a elaboração de instrumentos (Gondim, 2003).

Antes de iniciar o trabalho, providenciamos a organização da sala a ser utilizada que é uma sala de ginástica ampla, iluminada e ventilada. Compramos cadeiras que o local não possuía, organizamos a distribuição dos objetos para ter uma aparência de cuidado e organização e montamos a mesa que serviria de apoio ao café da manhã oferecido. Também testamos os equipamentos.

Foram planejados seis encontros do grupo, porém com o andamento dos encontros, foi possível atingir o objetivo proposto em apenas cinco encontros semanais, no período de 13/8 a 10/9/2014. O planejamento prévio sofreu alterações no decorrer do processo, conforme necessidades percebidas.

Cada encontro teve duração de duas horas, tempo suficiente para discussão sem, entretanto, ultrapassar os limites de disponibilidade e capacidade de atenção dos participantes.

Os encontros foram norteados por objetivos, finalidades e estratégias e foi sempre finalizado com um relatório síntese retomado em cada encontro subsequente.

Segue o planejamento de cada encontro realizado:

Primeiro encontro (27/08/14)

Finalidade: integrar o grupo e refletir sobre os problemas e os aspectos facilitadores vivenciados no cotidiano de trabalho.

Objetivos:

- Realizar acolhida e apresentações;
- Apresentar a finalidade, os objetivos e a técnica de pesquisa;
- Estabelecer os acordos éticos e operacionais;

- Discutir os problemas e os facilitadores presentes na atuação profissional;

Estratégias:

- Acolhida com café da manhã e identificação com crachá elaborado pelas participantes;
- Momento de apresentação pessoal de cada participante;
- Divisão do grupo em pequenos subgrupos para discussão e registro dos problemas e dos facilitadores encontrados no dia a dia de trabalho
- Retomada da roda de conversa com todo grupo para apresentação do resultado das discussões nos pequenos grupos

2º encontro (03/09/14)

Finalidade: Organizar os problemas de forma a clarificar as possibilidades de intervenções educativas.

Objetivos:

- Apresentar e discutir os problemas em ordem de prioridade de resolução e de viabilidade de intervenção;
- Identificar as possibilidades de intervenções educativas.

Estratégias:

- Acolhida de boas vindas, nova rodada de apresentações;
- Resgate dialogado do compromisso ético de sigilo;
- Apresentação da síntese do encontro anterior com entrega dos quadros de categorização dos problemas nas dimensões organizadas;
- Subdivisão do grupo para breve discussão sobre o quadro (validação da produção anterior)

- Produção em cada subgrupo de cartazes elencando a ordem de prioridade de resolução dos problemas e a viabilidade de intervenção dos problemas em nível local;
- Retomada do grupo para apresentar as discussões;
- Eleição de um problema viável de intervenção local e com elevado nível de prioridade para iniciar debate sobre ações de mudança.

3º encontro (10/09/14)

Finalidade: Passar da reflexão para a ação. Refletir as reais possibilidades de intervenção educativa na lógica da EPS.

Objetivos:

- Sensibilizar os participantes acerca do modo de fazer EPS;
- Identificar as prioridades de intervenção coletivamente;
- Organizar uma intervenção educativa para a prioridade mais urgente.

Estratégias:

- Acolhida
- Conversa sobre o compromisso da pesquisa que inclui posterior diálogo com gestores acerca dos problemas levantados, como parte do compromisso ético - os problemas não serão apenas levantados sem que sejam compartilhados no espaço adequado, respeitando o anonimato;
- Explicação dialogada sobre a lógica da PNEPS que está sendo utilizada nesses momentos de reflexão vivenciados pelo grupo. Assim, exemplificar o que é colocar essa política em prática;

- Apresentação da síntese do encontro anterior por escrito e pedir para o grupo todo reavaliar se há algo para mudar ou acrescentar (validar a produção anterior);
- Elaboração de uma lista única de prioridades de intervenções viáveis;
- Discussão sobre o problema escolhido para a intervenção educativa incluindo a identificação das características do problema e a reflexão sobre o objetivo dessa intervenção.

4º encontro (17/09/14)

Finalidade: Contribuir com a construção de um planejamento educativo pautado na pedagogia dialógica.

Objetivo:

- Desenvolver um planejamento educativo na lógica da PNEPS para uma das necessidades educativas identificadas e escolhidas pelo grupo.

Estratégias:

- Acolhida
- Resgate dos aspectos facilitadores do trabalho que podem contribuir na superação do problema em questão;
- Organização dos objetivos, identificando o objetivo geral e os objetivos específicos;
- Para cada objetivo específico, dividir em subgrupos para pensarem em conjunto as estratégias concretas de intervenção;
- Descrição do suporte necessário para as intervenções.

5º encontro (24/09/14)

Finalidade: Compartilhar os produtos construídos pelo grupo, bem como realizar uma avaliação dos aspectos positivos e negativos vivenciados nos encontros e agradecer a participação e contribuição de todos.

Objetivos:

- Discutir o planejamento educativo construído pelo grupo;
- Fornecer devolutiva da trajetória da pesquisa até o momento;
- Verificar a avaliação do grupo frente aos encontros ocorridos;
- Agradecer a participação de todos.

Estratégias:

- Acolhida
- Apresentação e discussão do programa educativo elaborado pelo grupo;
- Apresentação dialogada de uma síntese do desenvolvimento da pesquisa;
- Realização de uma dinâmica para avaliar o trabalho desenvolvido nos encontros realizados;
- Confraternização de agradecimento.

A coordenadora do grupo foi a própria pesquisadora e contamos com a participação de uma observadora, externa ao coletivo estudado. Os encontros foram filmados, as gravações foram transcritas e apresentadas em forma de narrativa e com alguns momentos analisados pelo DSC.

A decorative floral graphic in the bottom right corner, featuring a large, stylized flower with multiple petals and a central swirl, surrounded by smaller flowers and swirling lines.

5 Aspectos éticos

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob registro 435.413. Os responsáveis pela Área de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba autorizaram a execução do estudo.

Foram respeitadas as premissas das Resoluções 196/96 e 466/12, referentes a pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes foram convidados e devidamente orientados acerca dos objetivos do estudo para que participassem espontaneamente e cientes de que não haveria benefícios financeiros e nem prejuízos de qualquer natureza.

O benefício decorrente do estudo foi a construção compartilhada de estratégias que possuem potencial para qualificar o trabalho de todos os envolvidos no serviço de saúde, de modo especial, no exercício de diagnosticar as necessidades de intervenções educativas com a equipe de saúde e, assim, deixar uma proposta de EPS coerente com as necessidades emergidas.

A vivência da construção de uma avaliação de necessidades educativas, pautada nas bases conceituais da PNEPS já consistiu em si em um benefício de aprendizado no próprio exercício do trabalho.

Os profissionais que concordaram em participar da pesquisa receberam o TCLE para assinatura mediante a compreensão das explicações acerca dos objetivos e metodologia do estudo (apêndice 02).

Nos encontros de grupo focal foi reforçada a questão do sigilo das informações discutidas, como parte do nosso compromisso ético, para garantir que as discussões fossem instrumento de pesquisa sem a possibilidade de compartilhar as informações fora desse espaço. As demandas que surgiram nos encontros foram compartilhadas com a Área de Educação Permanente, respeitando o anonimato dos

participantes, inclusive das suas unidades de trabalho, com a finalidade de dar seguimento às fragilidades discutidas.

6 Resultados

6 RESULTADOS

6.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES

Referente às entrevistas realizadas com sete gestores e dez trabalhadores de saúde, cada participante foi identificado com uma letra e um número, G indica os gestores, tanto de atuação local - coordenadores de unidade, como de atuação central - gestão na área de Educação e na área de Assistência à Saúde na SMS. A letra T indica os trabalhadores assistenciais dos serviços de saúde.

A seguir apresentaremos as ideias centrais das cinco perguntas direcionadas aos profissionais de saúde, seguidas de ECH e DSC. Para as questões 04 e 05, complementamos com as ancoragens existentes.

Referente à pergunta - Você participa de atividades educativas de formação / atualização profissional? Seguem as ideias centrais emergidas:

Ideia Central 1.1 – Organização político-administrativa facilitadora da participação em atividades educativas

A nossa gestão mudou muito nos últimos meses, no último ano. Então, não dá pra falar que eu faço hoje [atividades educativas] só porque agora eu estou na gestão. Não! Eu acho que é uma mudança da política mesmo atual, a implantação da área de educação em saúde (G6).

Então assim, eu participo sim, atualmente, eu me sinto sim bem atualizada e inclusive estou fazendo pela Prefeitura mais uma especialização por convite deles, não foi nem imposição, não foi impositivo (G6).

Tem acontecido muito mais ações educativas organizadas pela Secretaria de Saúde, porque eu acho que o grande ganho que aconteceu, no ano passado e nesse ano, pois ainda está no processo de construção, foi a área de educação que não tinha (G7).

O que já participei e foi recente é de uma sensibilização em saúde da família lá no Núcleo de Educação e aí foram vários facilitadores escolhidos, no caso eu fui escolhida (T5).

DSC: Acredito que a nova organização política do município, que incluiu a Área de Educação na SMS, favoreceu a participação em ações educativas no serviço.

Ideia Central 1.2 – Reconhecimento do trabalho como espaço de educação

Eu consigo hoje ter esse tempo, uma vez por semana, não é nem pra capacitar, é mais uma reunião de orientação, de dúvidas (G7).

Aqui na unidade temos momentos para conversar sobre muitas ações e muitas coisas na reunião de matriciamento de Saúde Mental, são tocados em muitos temas [...]. E a reunião de planejamento, em vários temas que a coordenação direciona (T3).

Nos dois anos e meio que estou aqui já teve dois momentos de atualização dentro da unidade (T4).

Hoje, a gente consegue fazer treinamento na reunião de equipe [...], mas é o momento que a gente tem de reflexão, de discussão de caso e de estudo e a gente aborda assuntos principais aqui da unidade [...]. Então, na reunião de equipe a gente consegue um bom treinamento (T10).

DSC: Considero que há momentos para conversar na reunião de equipe e este espaço passa a ser local de treinamento, de estudo e também de reflexão a partir da discussão de casos e do cotidiano de trabalho.

Ideia Central 1.3 – Barreiras para participação em atividades educativas

Enquanto eu era dentista, atuava como dentista, não tinha capacitação e treinamento. Era uma vez por ano, duas no máximo, mas assim, um encontro de 4 horas e nada além (G6).

Se eu tivesse um mês com uma programação definida do que vai ter de capacitação, ficaria mais fácil, eu conseguiria adequar a escala. Agora como nem sempre vem dessa forma, então, às vezes, a gente não consegue (G7).

Existem [cursos], mas não dá para que todos participem. Eu nunca participei, mas sempre tem um funcionário ou outro indo pra algum lugar fazer um curso (T1).

Congresso eu sempre estou indo, atualização de artigos, sempre estou lendo pra me manter atualizada, mas não por conta de Prefeitura (T7).

DSC: A oferta de capacitações, treinamentos, cursos e atualizações, sejam elas ofertadas pela Prefeitura ou a partir de uma busca pessoal, ocorre em momentos pontuais e não conta com a participação de todos. Se eu recebesse uma programação definida desses momentos, organizaria a escala de serviço para que mais pessoas pudessem participar.

Referente ao primeiro questionamento, observamos que há reconhecimento dos trabalhadores sobre a participação em atividades educativas relacionadas ao trabalho, ora compreendidas como experiências vividas no próprio cotidiano laboral, ora relacionadas com ações externas ao ambiente de trabalho, neste caso, denominadas de capacitação, treinamento, atualização ou curso. Constatamos ainda que a viabilização de participação em ações educativas externas ao local de trabalho ocorre de forma desigual entre os trabalhadores.

Na segunda pergunta direcionada aos profissionais, foi questionada a participação deles no planejamento das ações educativas vivenciadas. Seguem as ideias centrais:

Ideia Central 2.1 – Planejamento externo sem participação dos envolvidos

O que tem acontecido, o grande treinamento que teve aqui foi o da sensibilização, mas veio todo um cronograma, não foi requisitada a nossa opinião (G6).

Nas capacitações que somos convocados, não temos participação. Já vem pronta. Quando eu estava na Secretaria eu participava. Era a gente que elaborava. Agora não. Já tem a pessoa que vem e já aplica (G7).

Não. Já vem pronta. [...] As que vêm da Prefeitura já vem prontas (T2).

De maneira geral não, já vem pronto (T3).

Então, eu sou participante das atividades. Não sou eu quem programa as atividades (T4).

Não. Fui só como participante. Eu organizava até esse mês, orientação médica coletiva para os pacientes com hipertensão e diabetes. Aí eu tinha a minha estratégia, eu que resolvia os temas, mas os demais não. Vieram prontos (T7).

Geralmente vem pronto. [...] Agora de participar, pronunciar, pelo menos da minha parte, não (T9).

DSC: Não tenho participação no planejamento dos programas educativos ofertados, eles já vêm prontos, sou apenas participante.

Ideia Central 2.2 – Participação no planejamento nos espaços de diálogo

Na reunião geral quando é sobre esses temas específicos normalmente sou eu quem faz [o planejamento]. A gente divide com as enfermeiras (G7).

A enfermeira e a médica sempre pedem para gente falar o que a gente quer que seja discutido na próxima reunião, se tem alguma coisa que a gente quer saber (T1).

Realmente só quando é reunião de equipe, participo do planejamento. Quando é reunião de equipe, solicitamos alguma coisa e, então, temos aí a comunicação (T3).

Eles já tinham um pré-programa e a gente discutiu: ah coloca isso, não, coloca aquilo; o que vocês acham de falar isso, uma dinâmica. E aí a gente repassava (T4).

Participei no planejamento dessa ação e na transmissão da ação. E pessoas das unidades que foram lá, elas assistiam comigo essa sensibilização e retransmitiam aqui. Então, isso foi em ondas (T5).

A gente teve um problema na sala de medicação, então foi solicitado para as enfermeiras, para a coordenação para ser feito uma educação a respeito, com toda a equipe para todo mundo falar a mesma língua, para ficar um protocolo, ainda não aconteceu, mas já foi cogitada a hipótese (T6).

Participo sim [do planejamento]. Não só eu como as outras agentes comunitárias também. A gente se reúne e daí a gente discute até chegar a um acordo (T8).

Algumas vezes como foi o caso, hoje de manhã, numa reunião com o coordenador, a gente deu sugestão do que a gente tem dificuldade. Só neste sentido (T9).

DSC: Participo do planejamento com sugestão de temas, finalidades e estratégias. Essa participação acontece em espaços de reunião onde posso discutir.

Percebemos que quando se trata de ações educativas externas ao local de trabalho, não existe envolvimento dos profissionais no planejamento. Porém, no ambiente do exercício profissional, decorrente dos momentos de diálogo, seja em reuniões de equipe, da unidade de saúde ou com o coordenador, a participação no planejamento acontece.

A terceira pergunta indagou sobre os aspectos positivos e negativos vivenciados nos momentos educativos. A seguir, as ideias centrais:

Ideia Central 3.1 – O encontro livre de disputa de poder como fator positivo nos momentos educativos

Positivo é o momento em que a gente consegue mesclar os diferentes saberes, as diferentes áreas de atuação, um [funcionário] administrativo junto com um médico, por exemplo, e ali naquele momento todo mundo é igual, todo mundo consegue falar o que pensa de positivo e negativo e a qualidade da conversa é muito boa (G6).

Eu gostei muito, em especial da sensibilização. Gostei muito porque foi feito de uma maneira que em cada equipe de preparação, tinha auxiliar de limpeza, técnicos em enfermagem, médicos, enfermeiras, então, foi muito legal porque cada um deu sua opinião sobre cada tema e tinham muitos agentes comunitários e ninguém se sentiu menos. Todos foram capazes de dar alguma coisa, então foi muito legal! (T3).

Em primeiro lugar, a união! A troca que a gente faz um com o outro. É muito bom a gente trabalhar em equipe porque, na unidade, a gente trabalha em equipe (T8).

Em geral é muito bom! A gente tem até algumas brincadeiras que a dentista faz, sabe? Então é muito bom mesmo e isso ajuda com que a gente se aproxime mais do outro. As dinâmicas são muito boas. Cada um tem a sua vez para falar, então, é muito importante isso! (T8).

DSC: A união é um aspecto muito positivo, bem como a possibilidade de mesclar os diferentes saberes e as diferentes áreas de atuação. Nesses momentos, ninguém se sente inferior ao outro, eu falo o que penso de positivo e de negativo, cada um tem a sua vez para falar, então a qualidade da conversa é muito boa e todos são capazes de dar a sua contribuição.

Ideia central 3.2 – O aprendizado de conteúdos como algo positivo

Positivo é que me estimula a querer estudar mais (T1).

De bom, tem muitas coisas porque nos ajuda a nos preparar (T2).

Olha, é bom porque você se recicla e aprende também coisas novas (T6).

De positivo, a informação que é muito importante, sempre está renovando, sempre está diferente (T7).

Ponto positivo é de a gente estar atualizado e saber responder aquilo que a população exige (T10).

DSC: Os momentos educativos no trabalho são positivos porque estimulam a minha vontade de estudar mais, posso reciclar os conhecimentos e aprender coisas novas.

Ideia central 3.3 – Estratégias de gestão que favorecem as ações educativas

Estou aprendendo muito com a equipe, por isso que eu gosto da gestão compartilhada. Como eu vou fazer uma escala de enfermagem? Quer dizer, tem que ter as enfermeiras junto, a opinião delas, dos técnicos (G6).

A nova coordenadora tem uma qualidade sem precedentes [...]. Ela integrou, ela puxou, ela está na frente. Então assim, não delega para os outros. Ela abre o caminho e puxa as pessoas para o trabalho [...]. A liberdade que você tem de chegar com um projeto e falar assim: “olha eu tenho esse projeto, o que você acha”? Nunca é inviável. Vamos estudar ver o que é viável, vamos ver o que vocês podem fazer e adequar o horário. Então existe um estímulo do profissional (T4).

O movimento em ondas [de multiplicação] foi muito interessante porque na verdade acabou levantando uma série de problemas e o quanto essas unidades são ou não organizadas para receber um treinamento, a boa vontade ou não do gestor e dos funcionários (T5).

DSC: Percebo que a gestão compartilhada abre espaço para propostas e possibilita encontrar caminhos possíveis para concretização de ideias, isso me motiva e resgata meu entusiasmo. Além disso, a organização da unidade favorece as ações educativas.

Ideia Central 3.4 – A falta de consideração das necessidades reais como elemento negativo

Eu acho que o aspecto negativo é que ainda não se parte de uma necessidade real. Parte de algo que alguém que está olhando o que está acontecendo, então é uma necessidade, mas não a que eu preciso. Então quase sempre é dirigido. Uma vez que eles estão envolvidos, desfrutam, eles aprendem, mas não necessariamente o que eu quero (T3).

No caso desse curso que nós tivemos que levantar as necessidades das famílias e que eram realmente pra nossa realidade; porque, às vezes, você tem um curso muito bom, mas não é a sua realidade (T9).

DSC: O que é necessidade para um, não é necessidade para o outro, um curso pode ser bom, mas se não parte da sua realidade, pode perder o sentido.

Ideia Central 3.5 – Processos de trabalho interrompidos e RH insuficiente: barreiras para as ações educativas

E negativo pra mim é interrupção constante, toda hora, é você não conseguir tirar um tempo. Eu não consigo, na unidade, fazer nada sem ser interrompida. Nada! Sempre tem alguma coisa, alguém que tem que falar que é importante, que é urgente e que depois você vê que não era, mas é assim (G6).

São pontos negativos: a quantidade insuficiente de funcionários que a gente tem, então para eu fazer com que o funcionário participe, por exemplo, da reunião de equipe, outro tem que estar cobrindo a escala para não ficar defasado. Quando é externo também tem um pouco dessa barreira, a escala fica defasada (G7).

O que não foi positivo é que tem unidade que até agora não começou a fazer essa multiplicação e sensibilização, porque depende do gestor, depende de escala. Mas aqui na nossa unidade, por exemplo, a gente tem uma gestora que é 100% de apoio neste sentido, de treinamento, de orientar. A gente também tem falta de RH, mas deu-se um jeito (T5).

Essa é uma parte negativa que eu acho que atrapalha muito de acontecer frequentemente, muitas vezes, é devido ao horário, falta de recursos humanos (T6).

DSC: A quantidade insuficiente de funcionários e as interrupções frequentes do processo de trabalho são aspectos negativos que atrapalham o desenvolvimento das ações educativas.

Quanto aos aspectos positivos vivenciados, o encontro com outras pessoas que possuem saberes e cargos diferentes, em um ambiente de respeito e diálogo, livre da disputa de poder, favorece trocas e discussões. Ainda como positivo destaca-se a aprendizagem de novos conteúdos e a gestão compartilhada. Já o número insuficiente de profissionais e o processo de trabalho permeado de interrupções se configuram em barreiras para as ações educativas. Outro fator negativo é a distância existente entre as necessidades reais e os programas educativos realizados.

A quarta pergunta - O que você entende por Educação Permanente em Saúde? - trouxe as seguintes ideias centrais:

Ideia Central 4.1 – Educação Permanente em Saúde é espaço de reflexão e movimento no mundo do trabalho.

Educação Permanente em Saúde, eu acho que é um processo que tem que ser continuado e que acontece praticamente a todo instante. Tem que ter os momentos definidos, mas também tem que ter aquele momento seu, da unidade, do serviço em si que aconteça a Educação Permanente. É um processo contínuo [...]. Então, a Educação Permanente são esses espaços que a gente tem para fazer uma reflexão do que vai discutir, pra atualizar, para fundamentar uma situação [...] é para estar lá na ponta, não é pra acontecer aqui na central (G1).

Eu acho que educação permanente em saúde é todo e qualquer processo que o profissional sai de uma inércia, uma zona de conforto e isso leve ele a algum outro momento, a alguma outra fase [...]. Pode partir dele enquanto pessoa, de ele ir atrás disso, que ele vá atrás e

queira, tenha vontade, ou pode ser da equipe que tenha algum momento para compartilhar isso para a equipe sair dessa zona de conforto, ou algo que venha determinado pelo gestor local ou pelo gestor central. Eu acho que tem esses três caminhos (G2).

É uma forma de você aprimorar seus conhecimentos, as suas atividades de uma forma permanente e principalmente, dando sentido em relação ao que você está fazendo. Você precisa aprimorar, você precisa perceber a necessidade, se ela não é percebida então existem outros mecanismos para que ela seja despertada e ela vem de uma forma contínua. E a gente até em muitos momentos desenvolve a educação permanente sem perceber, sem dar esse significado do aprimoramento (G3).

Então eu entendo Educação Permanente como sendo um processo que trabalha mais a partir do processo da vivência da pessoa e das percepções que ela tem de como os processos de educação, os problemas de saúde acontecem de forma que, a partir do aprendizado da pessoa com as suas situações particulares e pessoais, isso acaba depois com repercussão no trabalho (G4).

Eu acho que a Educação Permanente é um meio. É o “como fazer” educação. É a forma mais democrática de você transformar o trabalhador. Você faz com que ele participe das ações, identifique os problemas. Então, na verdade, é uma mudança de paradigma daquele que recebe toda uma capacitação, para você partir da identificação do problema e propor soluções, e isso dentro do seu contexto. A educação permanente tem que ser vivida no dia a dia do trabalhador e não uma coisa que tem que ter hora marcada. A prática do trabalhador, ela tem que ser construída dentro da educação permanente (G5).

Eu acho que é a educação que tem que acontecer no serviço mesmo, durante a rotina. Encontrou uma dificuldade, rever o processo de trabalho, mas em serviço. Eu não acho que tem que ser uma coisa externa ou fora do horário (G6).

É a construção, rediscussão, as rotinas, fluxos de trabalho. Não só essa parte educativa de, às vezes dar algum tema, mas às vezes você discutir um fluxo da unidade para que de alguma forma a gente se integre, para que se tenha uma equipe sempre coesa, que fale a mesma língua (G7).

É um processo de atualização de conhecimento, de habilidade de treinamento que acontece em meio ao processo de trabalho. Segundo o que eu tenho compreendido, é junto do processo. Então não se para pra ir

estudar e depois voltar, não é assim, tem que partir da necessidade do posto de trabalho porque senão fica longe da pessoa. Como não usa, a pessoa esquece (T3).

DSC: A EPS constitui-se em espaços de reflexão que mobilizam o profissional a sair da inércia. Esse movimento dá sentido ao cotidiano de trabalho e desperta a necessidade de aprimoramento. Muitas vezes vivencio a EPS sem perceber e sem dar significado àquele momento. A EPS existe a partir da experiência e não tem hora marcada para acontecer, pode até ter momentos definidos, mas precisa permear toda a prática do trabalho.

Ancoragem:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2009, p.20).

Ideia Central 4.2 – Educação Permanente em Saúde compreendida como Educação Continuada.

Eu entendo que Educação Permanente em Saúde é você ter treinamentos, palestras e estar aprendendo sempre, não só algumas vezes que pode, mas eu acho que sempre (T1).

Acaba sendo, eu entendo que é essa preparação que vem não só do Ministério da Saúde, da Prefeitura, do Governo,

mas tem a ver com a preparação do profissional, da gente que tem que continuamente estar se atualizando na literatura. Que tem coisas que começam a sair de moda (T2).

Eu entendo que é uma reciclagem de conhecimento. Como existe, tudo muda na vida, a educação nos traz um conhecimento novo (T4).

O que me vem à cabeça é como se fosse uma Educação Continuada. Eu acho que é uma reciclagem, um momento onde tem uma troca de saberes, uma capacitação específica em alguma situação (T6).

É atualização (T7).

Eu entendo que é exatamente isso: o profissional, ele não recebe só uma formação quando ele entra, mas está sempre passando por um curso, está sempre revendo os conceitos, então sempre com alguma atividade educativa ainda que seja na própria unidade (T9).

Eu acho que é a gente estar sempre se atualizando. É receber capacitação ou no meu caso, como líder, fazer a capacitação, fazer acontecer [...], é você nunca parar, é você estar sempre estudando, correndo atrás ou sempre recebendo (T10).

DSC: EPS é como se fosse uma EC, acredito que seja a realização de uma reciclagem, uma capacitação específica, treinamentos, palestras e cursos. É uma forma de instruir e rever conceitos de forma permanente.

Ancoragem: O conceito de educação continuada está atrelado ao saber técnico-científico e se pauta na atualização do conhecimento específico das categorias profissionais, a partir da utilização recorrente de transferência de conteúdos, o que conduz à fragmentação das práticas de saúde (Silva, 2009).

Diante das duas ideias centrais apresentadas, é evidente a coexistência de duas concepções, a primeira que compreende a EPS como um processo crítico, reflexivo, em movimento e que ocorre no cotidiano de trabalho; a segunda que concebe uma perspectiva de EPS

comparada à EC e pautada em conceitos tradicionais da educação. Destaca-se que a primeira concepção emerge da fala de todos os gestores e apenas um trabalhador da dimensão assistencial, enquanto que a concepção de EPS como sinônimo de EC ocorre apenas na fala dos trabalhadores.

A última questão realizada indagou os desafios para que a Educação Permanente em Saúde ocorra no ambiente de trabalho. As ideias centrais que surgiram foram as seguintes:

Ideia Central 5.1 – Desafio: legitimação da EPS em movimento.

A Educação Permanente está acontecendo [...]. Com certeza não é homogênea [...], acaba sendo centralizado em uma única pessoa e essa pessoa não tem esse espaço de multiplicar isso dentro da unidade para que contemple todos os servidores (G1).

Eu acho que ela [a Educação Permanente] acontece ainda muito aquém do que nós gostaríamos apesar de termos algumas unidades que conseguem fazer reuniões de equipes, tem espaço de discussões que acaba sendo um espaço de educação permanente [...]. Tem as oficinas de planejamento que também não deixam de ser um espaço de educação permanente (G2).

Eles começaram a organizar, dentro das suas rotinas de trabalho, espaços para uma discussão e capacitações de práticas [...], é possível que equipes tenham esse momento para discussões (G3).

Eu acho que boa parte do serviço e dos trabalhadores pratica a educação permanente sem ter noção de que fazem educação permanente, porque o conceito ainda eu acho que não foi incorporado. [...]. As pessoas, eu acho que estão esperando como se educação permanente tivesse uma cara, um corpo, e não, é um ambiente, um movimento educativo. [...] E o que acontece não é legitimado, não é visto como educação permanente. O que falta é isso ser legitimado, ser reconhecido e ser ampliado para que ela realmente se consolide no serviço (G5).

DSC: Acredito que boa parte do serviço e dos trabalhadores pratica a EPS sem ter a noção que a realizam, porque o conceito ainda não foi incorporado. A EPS acontece em espaços de discussão, a exemplo das reuniões de equipe, o que falta é isso ser legitimado, reconhecido e ampliado para que a ela se consolide no sistema. As pessoas esperam da EPS uma cara e um corpo, mas na verdade ela é um ambiente, é um movimento educativo.

Ancoragem: É importante reconhecer que as rodas de conversas não se encontram em organogramas oficiais dos serviços e não seguem uma hierarquia organizacional. Esses espaços ocorrem no agir do trabalho vivo, nos espaços informais, nos quais os próprios trabalhadores, gestores e usuários vão fabricando a partir das suas ações de diálogo. Nesses mesmos espaços, além da construção coletiva de novos conhecimentos, há também processos de formação, sem que este seja nominado formalmente como local de capacitação do trabalhador para o exercício de suas funções. Porém, para que esse movimento seja percebido, há a necessidade de olhos capazes de vê-lo e reconhecê-lo como um movimento de educação permanente presente no dia a dia. O desafio está em aguçar a possibilidade de reconhecimento desse processo como elemento do mundo do trabalho o qual se configura como escola fundamental de formação (Merhy, 2013).

Ideia Central 5.2 – Desafio: mobilizar potências.

Na primeira semana, as pessoas não deram muita importância, teve mais resistência, dificuldade de se reunir. A partir da segunda semana até a expectativa da experiência das pessoas de sentar e conversar foi mais fácil [...]. Então eles perceberam que tinham necessidade daquilo, antes talvez não enxergassem, mas então despertou outro olhar. O funcionário tem que sentir a necessidade daquilo [...] a pessoa tem que entender que

aquilo é importante para ela, é importante para o outro também. Então a gente vê que o desafio maior é a disponibilidade de cada um, de entender a importância disso para ele e para o outro (G2).

Quando as pessoas percebem a necessidade, quanto ele é enriquecedor, e o quanto ele contribui para dar um incentivo e um significado ao seu trabalho, essa dificuldade do espaço físico é transposta com menos sofrimento. [...] Quando você abre espaço para o diálogo então nem sempre a condução acontece como você planejou e aí acontecem momentos de desabafos, acontecem momentos de críticas e você tem que conseguir trabalhar isso de forma mais harmoniosa e traçando estratégias comuns que todos consigam ter a sua participação e a sua responsabilidade (G3).

Para ela acontecer plenamente é preciso que mais pessoas acreditem no processo e entendam como sendo uma ferramenta efetiva. E que tenham mais pessoas capacitadas para desenvolver essa estratégia porque ela não pode ser conduzida sem um conhecimento técnico e específico também de como utilizar essa ferramenta. É uma questão de organização, de mais pessoas entenderem, e estarem mais sensíveis ao processo (G4).

E um pouco dos funcionários tem essa dificuldade de aprendizado, de querer aprender (T5).

Então assim, eu vejo mais por parte da equipe de não aderir, porque a Educação Permanente acontece (T6).

O fato é esse, primeiro assumir que a gente não sabe tudo e que a agente precisa correr atrás (T10).

DSC: O maior desafio é a disponibilidade interna de cada um, do grupo e do gestor local e central. Mais importante que o conteúdo, é a mudança de perspectiva do profissional. Quando percebo que o espaço de diálogo contribui e dá significado ao meu trabalho, até as dificuldades são transpostas com menos sofrimento. Para isso é importante habilidade de condução dos diálogos que, em geral, não seguem o que foi planejado e abrem espaços para desabafos e críticas. É fundamental que mais pessoas acreditem no processo e compreendam a EPS como ferramenta efetiva, para isso é necessário sensibilização.

Ancoragem: Um encontro necessita de preparo e não simplesmente juntar as pessoas. É preciso trazer as tensões e os ruídos para a cena com cuidado e, para isso, deve-se chamar o outro para a cooperação, estimular a paciência para a escuta e criar oportunidades para que nos coloquemos no lugar do outro, explorando os incômodos. É preciso delicadeza para problematizar, ter consciência que tensões e diferenças podem ser manejadas, mas, para isso, a disposição não pode ser para a guerra ou aniquilamento do outro pela sua incompetência. O foco não pode ser em encontrar a “pessoa problema”, mas sim, na discussão dos pontos do fluxo de trabalho que apresentam problemas, ruídos, desconexões e fragilidades (EPS em movimento, 2014).

Ideia Central 5.3 – Desafio: superar a contradição de paradigmas educacionais

E tem as questões externas que são mais de Educação Continuada, [...]. É mais temático. Mesmo assim, a ideia é que essa pessoa saia e vá para o treinamento, volte e leve para a equipe aquilo que ela viu (G2).

O que percebo é que eles tem necessidade de saber mais sobre vacina, a parte técnica [...].Então, a gente tem muitos profissionais que tem uma forma muito tradicional de passar informações, sem muita participação, sem conseguir que tenha significado na sua prática. Isso ainda precisa ser desenvolvido por alguns profissionais. De certa forma é uma proteção: você chega você passa um conteúdo e vai embora (G3).

Já tem uma percepção de que ela [EPS] pode ser efetiva e que pode ser uma solução para as nossas limitações em relação ao processo tradicional da Educação Continuada. [...] Às vezes as pessoas veem a Educação Permanente acontecendo nas rodas de conversa e a percepção é de que não está acontecendo um treinamento. O desafio é fazer que isso caminhe e que as pessoas entendam que os dois processos caminham juntos (G4).

Eu tenho a Educação Permanente muito como condutas (T6).

DSC: Muitos profissionais utilizam a forma tradicional de passar informação, sem mobilizar a participação e sem dar um sentido a essa informação para a prática profissional. Isso ainda necessita ser desenvolvido. De certa forma, essa atitude de passar o conteúdo e ir embora é uma forma de proteção. Por outro lado, já existe uma percepção de que a EPS pode ser uma solução para as limitações em relação ao processo tradicional de EC. Percebo que atualmente a maior demanda dos profissionais é saber a parte técnica a partir de treinamentos externos e temáticos.

Ancoragem: A EPS difere da EC quanto à concepção e pressupostos pedagógicos, ao público-alvo, às estratégias de ensino, ao local de realização da atividade, à origem da demanda e à finalidade. Enquanto a EPS está subsidiada por teorias educativas dialógicas e emancipatórias, a EC é pautada pela concepção de educação como transmissão do saber e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento. (Peduzzi et al., 2009).

Ideia Central 5.4 – Desafio: adequação do processo de trabalho

Os profissionais acabam sendo consumidos por uma demanda porque não têm um processo de trabalho definido. [...] se, eu tiver um processo de trabalho definido eu consigo atender a demanda das necessidades e consigo fazer, por exemplo, a Educação Permanente. O que falta é um processo de trabalho definido. Isso é o que mais prejudica. O primeiro passo é estruturar o processo de trabalho. Eu sei que tem unidades com dificuldade de recursos humanos, mas se eu tenho um processo de trabalho bem definido a chance de dar certo é muito maior (G1).

Um dos desafios é essa reorganização das unidades [...] começarem a trabalhar desta forma, de uma forma mais sistemática. Não é pontualmente, você precisa garantir esses momentos e a dificuldade é nessa organização, porque você não pode parar o serviço. Nós temos um

número razoável de funcionários e precisam ser discutidas práticas de trabalho para que elas sejam mais otimizadas (G2).

Nossa área [de Educação] então está fomentando que tenha conversa na unidade para que as unidades reconheçam que esse é um método que ele pode enfrentar problemas de recepção, de organização de serviço, de processo (G5).

Tem muita coisa sendo feita nessa unidade, caminhada, grupo de mulheres, adolescentes [...]. Mas um diagnóstico, o que está [realmente] acontecendo, um diagnóstico para traçar ações por esse diagnóstico, ainda não (T3).

DSC: O primeiro desafio é estruturar o processo de trabalho, os profissionais acabam consumidos por uma demanda porque não têm processo de trabalho definido, e isso gera desgaste e retrabalho. Tem unidades com dificuldades de recursos humanos, mas se eu tenho um processo de trabalho definido, a chance de dar certo é maior. Existe um fomento para que tenha conversa na unidade e para que as unidades reconheçam que esse é um método de enfrentar problemas, de processo de trabalho.

Ancoragem: Os processos de trabalho ocorrem em relações intercessoras entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. Nesses encontros, cada um é ator e ao mesmo tempo sujeito para a produção do cuidado e ambas as partes são afetadas e, assim, modificadas. Esses processos de trabalho não se desenvolvem apenas em uma plataforma organizada estruturalmente, mas cada pessoa com seus fluxos de conexão funcionam em plataformas que se sobrepõem aos direcionamentos formais e, dessa forma, o processo de trabalho expande o pré-determinado. O cotidiano de trabalho é, portanto, terreno de múltiplas faces em processo permanente de produção, como uma arena com seus diversos atores que se produzem micropoliticamente e com uma mistura entre espaços

privados de ação e espaços públicos de trabalho (Feuerwerker, 2012).

Ideia Central 5.5 – Desafio necessário: valorização do espaço de conversa

Então hoje é o caminho que a gente tem de conversar para fomentar a questão da educação permanente nas unidades [...] eles poderiam esquecer tudo o que foi falado nos encontros, mas se ficasse a necessidade de aquela equipe sentar semanalmente para conversar já teríamos ganhado 90% do que a gente tinha proposto (G2).

Tem que estar muito próximo da prática. Hoje tem se estimulado muito esse espaço dentro da unidade [...] para que se desenvolva esse momento de capacitação, de troca, de diálogo, de crescimento mesmo, de informações (G3).

Além do dia a dia, do cotidiano, tem que ter estabelecido pelo menos um período para as equipes sentarem e refletirem sobre seus trabalhos sem esperar que venha alguém de fora, que seja da equipe mesmo [...]. Não precisa esperar que alguém de fora venha como conhecedor do tema para ajudar a estruturar, o conhecimento está ali na unidade e basta colocar em roda e conversar. Então a educação acontece junto. Existe um apoio no percurso formativo e isso vai fazendo com que o profissional se reconheça como um agente multiplicador mesmo (G5).

Então eu falo: vamos aproveitar o espaço que a gente tem das oficinas que é a hora que realmente consegue parar para trazer coisas para os nossos funcionários, pra aprendizado pelo menos uma vez por mês. A reunião de equipe também é um espaço de Educação Permanente [...] com possibilidade de discussão de um caso complexo, de atuar de forma mais eficaz naquele paciente. Às vezes, o problema dele não é só a dor de dente, o problema dele é alimentação que ele tem, o problema dele é como a casa dele foi erguida, o problema dele é a mãe que “falta um parafuso” (T5).

DSC: Percebo que o caminho atual para fomentar a EPS nas unidades é a conscientização da equipe de sentar semanalmente para conversar. O desafio é manter isso, pois tenho medo de perder esse espaço de conversa essencial para

a equipe repensar os processos. É necessário garantir esses momentos permanentemente e não apenas de forma pontual. O conhecimento está ali na unidade, ele não vem de fora, basta colocar em roda e conversar.

Ancoragem: “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (Freire, 1996, p.47). No cenário da EPS, o maior desafio é colocar em prática processos de ensino aprendizagem pautados em ações crítico-reflexivas e participativas (Miccas, Batista, 2014).

Ideia Central 5.6 – Desafio: integração entre gestor, equipe e usuário.

O [desafio] do gestor é de ajudar a garantir esse espaço [...] e focar no usuário também, falar para o usuário o que você está fazendo. [...] Então [estão todos envolvidos] o indivíduo, a equipe, a gestão local e central, e também o usuário, pois tem que contar para o usuário e colocar ele na roda também. [...] Começou a campanha eleitoral, a gestão proíbe de fazer qualquer tipo de atividade que não atenda o usuário, então, você vem construindo, vem trabalhando com as pessoas e de repente para tudo, morre aí, então você perde, você joga. Então a gestão central também tem que estar sensibilizada para isso (G2).

Você percebe que em algumas gestões que isso [EPS] é mais valorizado, mais incentivado e em outras ela passa de uma forma assim despercebida. Ela não passa a ser um instrumento prioritário para aprimoramento, então, você começa sentir muitas barreiras e dificuldades para estimular a capacitação e o desenvolvimento profissional. Só o fato de ter uma área, uma diretoria de uma área de educação em saúde, ela ser criada e tal, já tem um grande significado e o gestor, o secretário de saúde, ele tem uma perfeita noção disso, até de conhecimento e muito estímulo para que isso se desenvolva de forma intensa. Então o incentivo a estudos, a cursos e até a elaboração de capacitações, o estímulo dentro do serviço, dentro da sua rotina, do seu horário de trabalho, isso tem tido um grande estímulo nesta gestão. Estou muito contente (G3).

O coordenador local que acho que ele é peça fundamental para que as coisas aconteçam. Se ele tiver entendimento do que é educação permanente, ele vai favorecer o desenvolvimento da educação permanente. Então, o primeiro passo é clareza do gestor para que todo momento seja um momento de educação permanente. A conversa rapidinha com as equipes, ou por categoria, com todo mundo tem que ser na proposta de educação permanente. [...] Envolver todos que estão participando da ação, trazer ações de gestão. Então eu vejo que nós já trabalhamos muito tempo tentando fomentar colegiados gestores nas unidades [...]. A secretaria está saindo da lógica de programas para a lógica de território, com as regionais (G5).

Eu acredito que essa carência que a rede está sentindo com relação à falta de treinamento, não é o treinamento em si do serviço e sim, é um pouco mais de segurança e informação de toda essa estruturação e às vezes eles vêm me cobrar, entre aspas, algumas perguntas que nem eu sei responder porque eu também não estou sendo atualizada, informada e quando você vai perguntar lá eles também não sabem, então é meio que um efeito cascata, mas é uma fase (G6).

O nosso gestor dá apoio, mas acima dele existe esse protocolo que a gente tem que seguir que tem ser um evento a cada semestre. Eu acho que a área de Educação em Saúde poderia estimular mais, trazer mais coisas. A gente tem ótimos funcionários da prefeitura que são pessoas engajadas nisso que têm essa vontade, mas eu acho que falta um direcionamento mais efetivo no sentido de trabalhar a unidade. É que no momento atual que estamos vivendo hoje, está um pouco complicado por causa de redução de carga horária, são muitas mudanças e mudanças muito rápidas então, por um lado eu até entendo a dificuldade, mas eu acho que a gente não pode parar (T5).

DSC: É importante o gestor estar sensibilizado do seu papel na garantia do espaço de conversa. Além disso, é importante contar para o usuário o que está acontecendo e colocar ele na roda também. Percebo que em algumas gestões esse espaço de conversa é mais valorizado e em outras ele passa despercebido e, nesse caso, aumentam as barreiras para que esses espaços existam. O coordenador local é peça fundamental para que as coisas aconteçam, se ele tiver entendimento do que é educação permanente, ele vai favorecer seu desenvolvimento, idealmente

a partir de um colegiado gestor. Estou muito contente com a criação de uma área de educação na SMS, percebo que a gestão está saindo da lógica de programas para a lógica de território.

Ancoragem: Existem tensões no processo de problematizar, pois este gera mobilizações e questionamentos diversos. Pode incomodar a gestão, se esta não for favorável à democratização dos processos decisórios ou se não conseguir enfrentar os problemas levantados. Pode incomodar os trabalhadores, se estes em seu trabalho vivo em ato encontrar formas de não seguir as iniciativas inovadoras devido ao desconforto intrínseco ao desconhecido e assim, reproduzir o modo hegemônico utilizado na atenção à saúde. Por outro lado, pode gerar potências para a gestão se esta compreender esse espaço de problematização, local de produção de novas negociações, de construção de equipes / coletivos, fundamental para quem deseja transformar o modo de produção em saúde dominante. E também potência para o trabalhador se este estiver disponível para trabalhar sua autonomia e, dessa forma, produzir encontros melhores e mais potentes, não só entre os trabalhadores, mas entre trabalhadores e usuários (Feuerwerker, 2014).

Há uma ausência evidente: o usuário. Educação Permanente em Saúde tem sido trabalhada prioritariamente no âmbito da relação gestão - trabalhadores, algumas vezes envolvendo também professores e estudantes. Algumas vezes usada como estratégia pedagógica na formação de conselheiros. Muito poucas vezes usada como estratégia para ampliar os encontros, “a superfície de contato” e de produção mútua entre trabalhadores e usuários, para aumentar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos compartilhados (não somente entre os profissionais, mas também entre profissionais e usuários), que levem em conta a autonomia do usuário na condução de sua própria vida (Feuerwerker, 2014, p. 91).

Ideia Central 5.7 – Desafio: necessidade de avaliação

Preocupa muitas iniciativas, mas pouco acompanhamento dessas iniciativas, da repercussão, para isso não se perder; um acompanhamento mesmo, e avaliação da efetividade, do resultado e de quanto isso reproduz porque essa estratégia de formar facilitador, multiplicador, se não tiver um acompanhamento, isso se perde (G4).

A gente precisaria olhar mesmo o que foi que aconteceu. O ideal seria se você tivesse um instrumento de avaliação já no início, mas a gente pelo menos está com a proposta de avaliar (G5).

DSC: A existência de muitas iniciativas educativas com pouco acompanhamento da repercussão desta me preocupa. É necessário o acompanhamento e a avaliação da efetividade, do resultado e de quanto essas iniciativas reproduzem. O ideal seria se houvesse um instrumento de avaliação já no início, mas ao menos já existe a proposta de avaliar.

Ancoragem: A avaliação é uma dimensão que necessita de desenvolvimento sistemático na busca de aperfeiçoamento e melhoria das ações e, dessa forma, apoiar as decisões durante o processo, possibilitando reorientações necessárias. É pertinente avaliar os resultados para perceber a existência de sucessos alcançados e limites a serem superados. É um instrumento de valor importante no terreno político, pois facilita a construção de redes de apoio e pode estimular o desenvolvimento de políticas de recursos humanos (Brasil, 2009).

Ideia Central 5.8 – Desafio: adequação de recursos humanos e de estrutura física

Em questão de estrutura física, nem todas as unidades têm condições de ter um espaço bom, agradável, tranquilo, porque também isso é importante (G3).

Uma coisa que complica muito é que a gente não tem recursos humanos suficiente para você tirar e deixar gente na retaguarda (G6).

Hoje o número [de profissionais] não é suficiente (G7).

Falta tempo, profissional, sala, local (T1). Eu acho que o espaço físico ainda é o maior problema porque por mais que algumas horas alguns funcionários sempre trabalham um pouquinho mais para que outros possam fazer o curso até dava, mas o espaço físico nesta unidade ainda é um problema (T1).

Enquanto unidade eu acho que é a questão do RH que dificulta (T5). Então eu acho que hoje o fator limitador aqui na unidade é a questão da escala, do RH, falta de funcionários (T5).

Hoje em dia o problema maior não é nem a boa vontade, é o espaço físico que a gente não tem (T6).

Nós não temos espaço, mas a gente se vira com o que pode (T10).

DSC: A falta de profissionais e de espaço físico adequado limita o desenvolvimento da EPS.

Ancoragem: Referente à implementação da PNEPS é necessário avançar na consideração desta como uma política de RH para o SUS, com ênfase na valorização do trabalho em saúde, dos trabalhadores e da integralidade (Tronchin et al, 2009). Nesse sentido, um dos desafios na Atenção Primária à Saúde é definir o número de profissionais necessários, além da capacitação do trabalhador e da garantia da qualidade na assistência (Malagutti, Biagolini, 2007). A gestão de RH em saúde ainda é considerada como um processo em construção que envolve questões polêmicas e conflitantes. Esse processo está diante de desafios que demandam reflexões sobre os modelos gerenciais para RH no setor saúde (Pierantoni et al, 2008).

Diante do questionamento acerca dos desafios a serem superados para que a EPS aconteça no espaço de trabalho, questões importantes foram levantadas tais como a necessidade de legitimação das ações educativas que já ocorrem no cotidiano laboral e a necessidade de adequação do processo de trabalho para não permitir que a demanda desordenada limite o desenvolvimento das ações educativas. Fortalecer a articulação entre gestores, trabalhadores e usuários é percebido como desafio importante, bem como adequar o quantitativo de RH e estrutura física que viabilize a prática da EPS. Foi constatada a presença de conceitos contraditórios de educação no ambiente do trabalho, coexistindo concepções tradicionais e críticas acerca das ações educativas, e também foi destacada a necessidade de mobilizar as pessoas envolvidas no processo para que elas acreditem e se sensibilizem na prática de EPS. Outro desafio posto é o avanço nas estratégias de avaliação dos momentos educativos que já ocorrem no município.

6.2 CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

6.2.1 Construção coletiva

Para a elaboração de um planejamento educativo pautado na avaliação das necessidades educativas, partimos da premissa contida na PNEPS de construção coletiva a partir do diálogo e interdisciplinaridade.

1º Encontro

Este encontro teve como finalidade integrar o grupo e refletir sobre os problemas e os aspectos facilitadores vivenciados no cotidiano de trabalho.

Houve atraso no início das atividades, pois as participantes que trabalham na unidade que sediou o encontro estavam executando atividades laborais. Participaram do encontro 11 profissionais.

Nos 20 minutos de atraso, acolhemos as que estavam presentes e convidamos a se servirem do café da manhã que foi montado na sala para que já se iniciasse a integração. Também distribuímos crachás de identificação para facilitar a interação no grupo.

Antes de iniciar a filmagem, conversamos sobre as prerrogativas éticas, as integrantes leram e assinaram o TCLE e, tendo firmado o acordo coletivo de sigilo, iniciei as gravações. A observadora do grupo esteve presente desde os momentos iniciais e colaborou na organização do ambiente e distribuição de materiais de trabalho, bem como esteve atenta a todos os detalhes.

Realizamos as apresentações e, então, explanamos sobre a finalidade, os objetivos e a técnica de pesquisa. Também realizei uma breve apresentação dialogada de educação problematizadora e sua relação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Falar de educação permanente em saúde exige falar de educação problematizadora, alguém já ouviu falar disso? De Paulo Freire? [...] Existe no nosso país uma política pública de educação permanente em saúde que tem como base essa educação problematizadora no cotidiano de trabalho [...]. Então a ideia é existir conversa no local de trabalho, com os colegas, com os coordenadores, com os usuários [...], debater o que acontece no nosso dia a dia, o que pode melhorar e como pode melhorar [...]. E não mais aquela educação que nos acostumamos desde pequenos, sentados em fileiras de carteiras só ouvindo quem sabe falar, no caso só o professor [...]. Então é uma outra forma de pensar a educação no nosso cotidiano de trabalho (Pesquisadora).

Cada participante se apresentou e relatou sua trajetória de trabalho na SMS, abaixo destaque para uma das falas:

Sou técnica de enfermagem e estou na ESF há 14 anos, eu era ACS, depois auxiliar de enfermagem e então, técnica;

hoje sou estudante de enfermagem, mas trabalho como técnica (Participante2).

Para iniciar a avaliação de necessidades de ações educativas e como primeira atividade do grupo, solicitamos que discutissem e elencassem, em cartolinas, os problemas encontrados no cotidiano de trabalho e, também, os aspectos que facilitam o trabalho no dia a dia. A ideia era não focar diretamente as ações de educação, considerando o espaço do trabalho como prognosticador dessas ações e, também, para não induzir respostas automáticas referentes aos treinamentos tradicionais.

Para integrar as pessoas das diferentes unidades a partir de um diálogo mais próximo, sugerimos a divisão em três subgrupos, o que se mostrou muito positivo, visto que elas apresentaram envolvimento e estabeleceram diálogo duradouro.

Retomamos a roda com todo o grupo e todas puderam explicar sobre os problemas e os facilitadores do cotidiano de trabalho (apêndice 03).

O que eu falei que é ligado a falta de liderança é que o funcionário vai e reclama de uma coisa que está acontecendo errado dentro da unidade, qualquer coisa, e não existe uma resposta. Não existe nada! Ontem mesmo a gente teve um problema, uma paciente foi remarcar o dentista porque ela tinha ido de manhã, mas estava sem sistema, aí ela voltou à tarde. Aí a tarde tem atendimento de ASB auxiliar de saúde bucal, então o pessoal do balcão mandou falar com a ASB, mas ela disse que não tinha vaga e aí mandou voltar para o balcão. A paciente é uma deficiente visual. A menina do balcão entendeu que ela não poderia ficar indo e vindo e foi até a coordenadora que é quem pode abrir agenda, porque o funcionário do administrativo que também faz isso está férias. Aí a coordenadora foi e abriu uma vaga para por essa paciente. A paciente saiu, a dentista veio que veio “pisando duro” e foi reclamar: “porque a gente manda pra vocês e vocês não resolvem!”. Aí ela ficou brava porque a gente foi na coordenadora tentar resolver o problema da paciente que é deficiente visual (Participante 10).

Porque como a gente conhece o paciente e a família, isso é um facilitador do trabalho. Aí você tem como trabalhar, tem como mover toda a equipe em função daquela família, então facilita (Participante 05).

Os três pequenos grupos formados não se comunicaram entre si durante a atividade, mesmo assim surgiram os seguintes aspectos positivos e negativos que se repetiram nos três grupos:

Positivos: vínculo, trabalho em equipe e trabalhos de grupo com a população.

Negativos: falha ou falta de comunicação e falta de liderança ou liderança inadequada.

Ao final, realizamos uma breve avaliação verbal sobre a percepção do grupo acerca das atividades deste dia. Elas referiram ter gostado e citaram as seguintes palavras como síntese do momento vivido: *aprendizado, interessante, expectativa*.

Em síntese, agrupando os 35 aspectos negativos e os 23 positivos que emergiram do grupo, excluindo-se os que se repetiram entre os grupos e, para reduzir a dimensionalidade destes aspectos, realizamos um agrupamento por afinidades, que resultou em cinco categorias de análise:

1. Gestão de Pessoas

Problemas: desmotivação no exercício profissional; posturas inadequadas de funcionários devido à falta de ações corretivas; falta de reconhecimento do bom desempenho do trabalhador; recursos humanos em número insuficiente com exigências de produtividade sem suporte para que a produção ocorra com qualidade e falta de capacitação dos profissionais para o exercício da sua profissão.

Facilitadores: empoderamento que gera resolutividade; liberdade para criar e segurança de empregabilidade como um aspecto motivador.

2. Impactos das Políticas Públicas

Problemas: idosos sem acompanhantes.

Facilitadores: Diretrizes Políticas que aproximam o ambiente acadêmico da realidade concreta de trabalho; Diretrizes Políticas que favorecem a resolutividade das demandas da população e Diretrizes Políticas que favorecem o aprofundamento no conhecimento da população.

3. Estrutura física e geográfica

Problemas: distância entre o local de trabalho e a residência; estrutura física das unidades ruim para um trabalho adequado.

Facilitadores: estrutura física adequada para desenvolvimento do trabalho e proximidade entre o local de trabalho e a residência.

4. Processo de trabalho

Problemas: Processos de trabalho inadequados.

Facilitadores: Trabalhos que aproximam o profissional da população.

5. Relações humanas

Problemas: atitudes inadequadas da equipe de trabalho quanto à insensibilidade e falta de empatia; comunicação prejudicada entre gestores e trabalhadores, entre a equipe de trabalho e entre trabalhadores e população; liderança inadequada ou ausente e trabalho em equipe prejudicado.

Facilitadores: relacionamento satisfatório entre a equipe e existência de vínculo entre profissionais e população.

2º Encontro

A finalidade deste encontro foi organizar os problemas de forma a clarificar as possibilidades de intervenções educativas. Participaram 10 profissionais

Iniciamos o encontro com um café da manhã, distribuição dos crachás de identificação e agradecendo o retorno de cada uma para continuidade das atividades.

Apresentamos a síntese do encontro anterior, explicando a categorização realizada.

O grupo foi novamente subdividido seguindo o critério de integrar pessoas de diferentes unidades de trabalho. Solicitamos para cada grupo verificar a categorização realizada e sugerir mudanças ou acréscimos; verificar a viabilidade de intervenção dos problemas em nível local; e elencar em ordem de prioridade os problemas viáveis de intervenção.

Após discussão nos pequenos grupos, retomamos a roda para as apresentações.

Mais uma vez o trabalho em grupos menores foi produtivo com muito envolvimento e disposição. Não houve acréscimos ou sugestões de alterações na categorização realizada.

O que a gente vê que é inviável é a estrutura física das unidades ruins. A gente viu que é inviável porque compete a um poder acima do nosso, aumentar a estrutura e planejar essa parte. A distância entre o local de trabalho e a residência, a gente viu que é inviável também. A maioria da parte do serviço é público então eles têm uma ordem de chamada. Eles têm uma ordem pra escolher o local de serviço e então não é pra todo mundo que é perto de casa. Recursos humanos em número insuficiente também. A gente viu que é inviável porque compete ao poder público ou abrir mais concursos ou abrir a lista de espera; então acaba sendo inviável para a gente (Participante 07).

Aí a gente listou as prioridades, a gente não fez separado por categorias. A gente colocou todas. Em primeiro lugar a gente colocou a liderança inadequada ou ausente como a primeira prioridade da resolução dos problemas. Quando

tem uma liderança boa acredito que os outros problemas se resolvam mais rápido. Aí a gente colocou que isso é uma coisa para ser mudada de médio a longo prazo. Como segunda prioridade a gente colocou a parte da comunicação prejudicada. Essa comunicação quando você já tem uma liderança que prioriza a comunicação e que lidera nesse sentido, a gente tem essa comunicação melhor e até entre a população. (Participante 02)

Referente à viabilidade de intervenção local os grupos se posicionaram conforme quadro abaixo:

Quadro 01 – Viabilidade percebida pelos subgrupos para resolução local dos problemas identificados. Sorocaba, 2014

Categorias	Grupo 01	Grupo 02	Grupo 03
Gestão de Pessoas			
Desmotivação no exercício profissional	Viável	Viável	Viável
Posturas inadequadas de funcionários devido à falta de ações corretivas	Inviável	Viável	Viável
Falta de reconhecimento do bom desempenho do trabalhador devido a Política de RH	Inviável	Inviável	Inviável
Recursos Humanos em número insuficiente	Inviável	Inviável	Inviável
Exigências de produtividade sem suporte para que a produção ocorra com qualidade	Inviável	Inviável	Inviável
Falta de capacitação dos profissionais para o exercício da sua profissão	Viável	Viável	Viável
Impacto das Políticas Públicas			
Idosos sem acompanhantes	Inviável	Viável	Inviável
Estrutura física e geográfica			
Estrutura física das unidades ruim e insuficiente para um trabalho adequado	Inviável	Inviável	Inviável
Distância entre o local de trabalho e a residência	Inviável	Inviável	Inviável
Processo de trabalho			
Processos de trabalho inadequados	Viável	Viável	Viável
Relações Humanas			
Atitudes inadequadas da equipe de trabalho: insensibilidade e falta de empatia	Viável	Viável	Viável
Comunicação prejudicada entre gestores e trabalhadores, entre a equipe de trabalho e entre trabalhadores e população	Viável	Viável	Inviável
Trabalho em equipe prejudicado	Viável	Viável	Viável
Liderança inadequada ou ausente	Viável	Viável	Viável

Quanto à ordem de prioridade de intervenção, dois grupos indicaram a questão da liderança ausente ou inadequada como prioritária e um grupo apontou a comunicação prejudicada. A ordem completa encontra-se abaixo:

Quadro 02 – Ordem de prioridade dos problemas que necessitam intervenções educativas. Sorocaba, 2014

Grupo 01		Grupo 02	Grupo 03
1º	Comunicação prejudicada	Liderança inadequada ou ausente	Liderança inadequada ou ausente
2º	Processos de trabalho inadequado	Comunicação prejudicada	Trabalho em equipe prejudicado
3º	Liderança Inadequada	Trabalho em equipe prejudicado	Processos de trabalho inadequado
		Processos de trabalho inadequado	
4º	Exigências de produtividade sem suporte	Exigências de produtividade sem suporte	Falta de capacitação
		Política de RH que favorece posturas inadequadas	
5º	Atitudes inadequadas da equipe	Atitudes inadequadas da equipe	Desmotivação
6º	Trabalho em Equipe Prejudicado	Desmotivação	Atitudes inadequadas da equipe
		Falta de capacitação	
7º	Desmotivação	Idosos sem acompanhantes	Falta de reconhecimento do bom desempenho
			Posturas inadequadas de funcionários devido à falta de ações corretivas
			Exigências de produtividade sem suporte

O grupo considerou a atividade complexa, mas avaliou positivamente, pois perceberam avanço no trabalho realizado.

3º Encontro

A finalidade deste dia foi passar da reflexão para a ação. Refletir e registrar as possibilidades reais de intervenção educativa na lógica da EPS. Participaram do encontro dez profissionais

Mais uma vez iniciamos com o café da manhã, acolhida de boas vindas e identificação.

Iniciamos a roda de discussão esclarecendo que os problemas levantados, seriam devidamente repassados aos gestores locais e regionais como compromisso ético e social, sem que fossem identificadas as unidades e nomes das participantes.

As participantes trouxeram os questionamentos que estão vivenciando nos locais de trabalho por estarem participando deste estudo e, com isso, retomamos a importância do sigilo. Também reforcei que estes momentos de grupo são capazes de mobilizar mudanças a partir das reflexões de cada uma delas e, também, pelo movimento que a existência de um momento como este causa direta ou indiretamente nas pessoas que sabem da sua existência.

Realizamos uma explanação dialogada acerca da PNEPS, exemplificando que a nossa vivência de grupo é exemplo de educação problematizadora e concretização de EPS.

Em seguida, apresentamos a síntese do encontro anterior com a ajuda dos quadros de viabilidade de intervenção local, bem como a ordem de prioridades levantadas por cada grupo.

O grupo todo permaneceu reunido e discutiu os pontos divergentes do que cada subgrupo havia considerado como viável ou não de intervenção e com as argumentações, chegaram ao consenso que os seguintes aspectos são inviáveis para intervenção local devido à falta de governabilidade: exigências de produtividade sem suporte para que a produção ocorra com qualidade; estrutura física das unidades ruim e insuficiente para um trabalho adequado; distância entre o local de trabalho e a residência; posturas inadequadas de

funcionários devido à falta de ações corretivas e Recursos Humanos em número insuficiente. Os demais aspectos foram julgados como passíveis de intervenção local.

Referente à ordem de prioridade dos problemas com viabilidade de resolução local e passível de intervenção educativa, iniciamos o debate para eleger as três primeiras necessidades. Concluíram que as intervenções devem incidir primeiramente na liderança inadequada ou ausente e na comunicação prejudicada, posteriormente, no processo de trabalho inadequado, seguido do trabalho em equipe prejudicado.

A partir dessa lista de prioridades, foi realizada uma dinâmica coletiva, direcionada apenas para a primeira prioridade identificada, com o objetivo de iniciar a compreensão ampliada para uma possível intervenção.

Solicitamos ao grupo, que estava reunido em uma única roda, que verbalizassem o que ocorria de concreto no local de trabalho que evidenciava o problema de liderança inadequada e comunicação prejudicada, que a princípio o grupo ponderou que não seria possível separar.

Surgiram os seguintes apontamentos: ausência de liderança independente da presença física; autoritarismo na liderança; diferença de tratamento do líder com as diferentes pessoas que trabalham no mesmo local, muda conforme afinidade; sobrecarga de tarefas, má distribuição de atividades; falta de ética ou postura inadequada; falta de coerência nas prioridades; falta de comprometimento; ausência de espaço de diálogo; informações não compartilhadas e comunicação inadequada.

Uma coisa que eu acho que é bastante conflituoso, que gera muito conflito na equipe que eu vejo, é a falta de clareza nas regras. Por exemplo, a gente não colhe exame de prevenção se não estiver com o CPF ou o cartão SUS: “ah mas aquela senhorinha que veio aqui, ela mora longe, então vou abrir uma exceção porque ela não vai querer voltar na casa dela””. Eu não atendo sem o cartão, mas se é um conhecido eu vou atender sem o cartão. Mas, se pode

atender uma pessoa sem cartão, porque não pode atender outra? (Participante 09)

Lá onde eu trabalho tem uma liderança, fiquei pensando: “tem liderança?”, sim, tem. Tem as enfermeiras que trabalham super bem, só que geralmente tem gente atrás delas “penduradas no jaleco”, mas tem uma funcionaria, uma colega de trabalho nossa que fala: “Viu o que está acontecendo aí? Fulano está sozinho lá e vocês aí fazendo nada!”. Então a gente pega ela como líder. Os médicos a procuram para ela ver as agendas que estão atrasadas, as fichas. Ela sempre chega animando, então o grupo acaba se unindo porque gosta dela pessoalmente; todo mundo adora ela e ninguém a responde (Participante 04).

Em seguida, questionamos o que o grupo almejaria encontrar no local de trabalho após uma intervenção educativa frente ao problema discutido e as respostas foram as seguintes: tratamento equitativo; informações para todos; comunicação com clareza; clareza nos objetivos propostos; disponibilidade para ouvir; presença do líder; evitar ausências desnecessárias e, se necessário, compartilhar informações para dar sentido às atividades que exigem sua ausência; conhecer as pessoas e as rotinas de trabalho; sensibilização e humanização no ambiente de trabalho; espaço de reunião para encontro e diálogo.

Gostaria que houvesse espaço para que a comunicação acontecesse e que chegasse para todos da mesma forma e não que passe de um para outro, pois assim às vezes nem chega a informação para todo mundo (Participante 01).

Destacamos que os líderes considerados pelo grupo são os coordenadores de unidade, os enfermeiros e, em alguns casos, outros profissionais, a exemplo de técnicos de enfermagem que assumem esse papel por características pessoais de respeito, bom relacionamento e pró-atividade.

Como avaliação deste dia, as participantes destacaram que foi possível perceber como os problemas se entrelaçam e perceberam que começamos a sair de um espaço onde se falou muito de problemas e agora é possível iniciar o pensamento das possíveis resoluções.

Também destacaram como aspecto positivo as diferentes percepções da mesma situação de pessoas que trabalham no mesmo local.

4º Encontro

A finalidade deste encontro foi contribuir na construção de um planejamento educativo. Participaram nove profissionais

As integrantes que faltaram enviaram justificativas dos motivos, todos relacionados à demanda de trabalho que não permitiu a liberação naquele dia.

Após o café da manhã e a conversa descontraída, iniciamos o encontro retomando a síntese do que foi discutido no encontro anterior e colocando para o grupo a reflexão sobre os dois primeiros focos de intervenção levantados pelos grupos: liderança inadequada ou ausente e comunicação prejudicada.

Acho que compensa trabalhar primeiro a comunicação porque aí todo mundo vai ter um entendimento do que está acontecendo e as pessoas ficam com a mente mais aberta para receber o que vai ouvir e o que vem depois. Se você vai direto fazer alguma coisa como liderança, vai ter gente que não vai entender o que você está fazendo, não vai se sentir informada, não vai se sentir dentro da situação (Participante 07).

Eu acho que de qualquer forma a comunicação vai acabar entrando em todos os problemas. Eu acho que sem problemas começar com comunicação primeiro e trabalhar separado (Participante 05).

A conversa com o grupo todo culminou na alteração do foco de intervenção prioritário que passou a ser a comunicação prejudicada, pois consideraram que ela permeia todos os outros problemas identificados na lista de prioridades.

Direcionamos o diálogo para que todas identificassem o objetivo a ser alcançado com uma intervenção educativa com esse foco. O grupo considerou que o objetivo seria: atingir uma comunicação adequada no local de trabalho. E então mediamos a discussão para

que esse objetivo fosse desdobrado em objetivos específicos, que foram os seguintes, atingir comunicação adequada: - entre a equipe de trabalho; - entre gestores e trabalhadores e - entre trabalhadores e usuários.

Dessa forma, o grupo foi novamente dividido em três, para que cada subgrupo pensasse nas estratégias e recursos necessários para o alcance de cada objetivo específico. Cada grupo se responsabilizou por um dos objetivos.

A ideia de separar o grupo em pequenos subgrupos decorreu das observações anteriores que apontaram para o grande empenho e produtividade que esta dinâmica provocou no grupo, o diálogo foi mais intenso nos subgrupos se comparado ao grupo maior. A criação foi profícua e culminou no quadro a seguir.

Quadro 03 – Planejamento educativo construído pelo grupo focal. Sorocaba, 2014

Problema identificado - Prioridade eleita - Comunicação prejudicada no ambiente de trabalho			
Características do problema - Exemplos do cotidiano que caracterizam o problema - Informações não compartilhadas - Ausência de espaços de diálogo - Comunicação inadequada - Falta de ética - Posturas inadequadas			
Objetivo Geral - Resultado esperado ao final da intervenção - Desenvolver uma comunicação adequada no local de trabalho			
Objetivos Específicos - Passos para alcançar o objetivo geral	AÇÃO	ESTRATÉGIAS	RECURSOS
1. Atingir uma comunicação efetiva entre a equipe no ambiente de trabalho	Estabelecer reuniões de equipe periódicas	- Criar agenda semanal para reuniões que integre toda a equipe de trabalho, alternando momentos em grupos menores e grupos maiores; - Reuniões planejadas com objetivos claros, roteiro de condução e registro dos pontos debatidos.	- Decisões gerenciais - Criatividade - Interesse
	Desenvolver instrumentos de registros de informações	- Deixar um livro-ata para registro de ocorrências pertinentes em cada jornada de trabalho em cada unidade ou sala de atendimento.	- Disposição - Materiais de consumo
	Multiplicar informações	- Escolher pessoas da equipe que possam agir como multiplicadores de informações de forma sistematizada.	- Recursos audiovisuais

Objetivos Específicos - Passos para alcançar o objetivo geral	AÇÃO	ESTRATÉGIAS	RECURSOS
2. Atingir uma comunicação efetiva no ambiente de trabalho entre gestores e trabalhadores	Sensibilizar coordenadores de unidades quanto ao tema comunicação antes de assumirem o cargo	- Estabelecer uma rotina de preparação para os coordenadores, referente à comunicação como instrumento de qualificação das relações.	- Decisões gerenciais - Criatividade - Interesse
	Criar vínculo entre coordenador e equipe	- Criar agenda para espaços de diálogos e dinâmicas entre equipe e coordenação.	- Disposição - Profissional capacitado em comunicação
	Sensibilizar gestores e enfermeiros quanto à comunicação, periodicamente	- Desenvolver oficinas de sensibilização semestrais nas Regionais de saúde com o tema comunicação.	- Materiais de consumo - Recursos audiovisuais
3. Atingir uma comunicação efetiva no ambiente de trabalho entre trabalhadores e população	Criar espaços de comunicação com a população	- Divulgar cartazes nos locais de atendimento com informações sobre o funcionamento da unidade; - Eleger membros da equipe com perfil comunicativo para dialogar com a população nos locais de espera para consultas, exames e demais atendimentos; - Entregar ao usuário do serviço de saúde, no ato do seu cadastro, um informativo da dinâmica de funcionamento da unidade e outras informações pertinentes; - Distribuir informativos sobre a instituição de saúde nos equipamentos sociais da área de abrangência; - Escalar um trabalhador para fornecer a primeira informação ao usuário do serviço e direcionar como proceder, utilizando uma identificação: <i>posso ajudar?</i>	- Decisões gerenciais - Criatividade - Interesse - Disposição - Materiais de consumo - Recursos audiovisuais

Como avaliação deste dia de encontro, as participantes disseram que foi muito produtivo e que a atividade foi mais fácil que a do encontro anterior. Expressaram expectativa em ver a prática do que foi discutido se concretizar e, ao mesmo tempo, sentiram-se despertadas a trabalhar melhor. Referiram mudança e ampliação da visão sobre o trabalho e sobre as atitudes e sentiram confiança. Por fim, refletiram sobre a importância de compreender o problema e encontrar um caminho para superá-lo.

Finalizamos o encontro dizendo que, a princípio, foram programados seis encontros, mas que atingiríamos o objetivo proposto na semana seguinte que seria, portanto, o último.

5º Encontro

A finalidade deste último encontro foi compartilhar os produtos construídos pelo grupo, bem como realizar uma avaliação dos aspectos positivos e negativos vivenciados nesses momentos, reforçando o agradecimento pela participação e contribuição de todos os envolvidos.

Neste último encontro, iniciamos o grupo com o café da manhã e as participantes disseram que já estavam sentindo falta desse espaço, pois havíamos criado vínculos e cumplicidade nas expressões do cotidiano de trabalho de cada uma.

Participaram apenas seis profissionais de saúde, as cinco participantes que trabalhavam na unidade que sediou o encontro faltaram, pois nesta unidade estava em implantação a ESF e neste dia houve início das reuniões de equipe, além disso, soubemos nesta data que a coordenadora da unidade havia saído do cargo e chegaria uma nova coordenadora.

Refletimos com elas que os momentos vivenciados foram espaços reais de EPS, com os princípios fundamentais de problematização e diálogo.

Apresentamos os resultados do encontro anterior mostrando o quadro estruturado com planejamento de intervenção educativa, a partir do trabalho de criação do grupo. Elas elogiaram, consideraram que apresentava clareza, estava muito bom e representava as ideias e expressões do grupo. Deixemos claro que o nosso trabalho foi apenas de direcionamento e organização, mas que a parte criativa foi de cada uma e de todo o grupo.

Ao final, solicitamos que a avaliação da presença nos grupos focais fosse realizada por escrito, seguem as respostas analisadas a partir do DSC:

Pergunta 01. Como você compreendeu a finalidade de participar desses encontros?

Ideia Central A – Colaboração, interação e concretização

Entendi que a necessidade de melhorias é uma constante em nosso meio de trabalho, que modificar atos e atitudes não cabe a quem gerencia e sim construir juntos a forma de fazer diferente e melhor. Esse é o melhor caminho para ir adiante e ter resultados esperados, priorizando tudo que o outro tem de melhor para oferecer (P1).

Ajudar no trabalho de pesquisa da executante e ainda me possibilitou expor algumas experiências, problemas e também conhecer outras realidades através dos demais participantes e, assim, foi possível a elaboração de um instrumento de trabalho (P2).

Por em prática as estratégias discutidas no grupo para atingir os objetivos necessários para melhorar a qualidade do trabalho (P3).

Que a opinião e experiência pode modificar em melhorias um processo de trabalho, sendo possível alcançar em grande, médio ou pequeno período de tempo (P4).

A visão vinda de várias unidades foi um ponto facilitador para chegar a um objetivo prático (P5).

Participamos do encontro com a finalidade de desenvolvimento de pesquisa para melhorias e planejamentos de intervenções na questão educacional em saúde. Colaboramos com as manifestações dos problemas

e com todo processo de objetivos e intervenções a seguir (P6).

DSC: Participei dos encontros com a finalidade do desenvolvimento de uma pesquisa que pretende contribuir com melhorias no planejamento de intervenções educativas. Percebi que para modificar atitudes não precisamos esperar apenas de quem gerencia, mas construir juntos formas de fazer diferente e melhor. O auxílio na pesquisa também possibilitou a expressão de experiências e problemas, bem como pude perceber a perspectiva dos demais participantes e assim, construir um instrumento de trabalho capaz de colocar em prática as estratégias discutidas.

Pergunta 2. Quais as contribuições que esses encontros trouxeram para sua vida profissional

Ideia Central B – Pesquisa-ação como disparador de potências

Tudo que contribui para o nosso crescimento é importantíssimo, eu vejo que os participantes já são pessoas diferenciadas, querem fazer a diferença e isso é como uma injeção de ânimo para fazer melhor e diferente em busca de melhor assistir (P1).

Sensibilização, conhecimento e expectativa (P2).

Pude melhorar minha estratégia de comunicação com a equipe de trabalho e a população (P3).

Como a verbalização sendo um instrumento de valor no contexto da comunicação para melhorar o serviço tanto para os trabalhadores como para a população (P4).

Maior interesse nos assuntos relacionados ao local de trabalho, como facilitadores para o bom relacionamento entre a equipe diretamente ligada e entre as equipes que antes não mostravam nenhum benefício, apenas ocupavam espaço. Agora, com a troca de experiências estou

conseguindo levar para minha unidade um futuro promissor na participação de todas as equipes e da gestão (P5).

Minha postura como trabalhador e futuro gestor sofreu e sofrerá modificações, principalmente, no que permeia a parte de comunicação como foco. Encontros de grande aprendizado, bem elaborados e bem conduzidos que acrescentou muito na minha vida pessoal e profissional (P6).

DSC: Minha postura como trabalhador e futuro gestor sofreu e sofrerá modificações a partir desses encontros de grande aprendizado e que trouxeram acréscimos na minha vida pessoal e profissional. As pessoas que participaram do grupo já querem fazer a diferença e esses encontros foram como “injeções de ânimo” para me motivar ainda mais. Sinto-me sensibilizada e com expectativas. Desenvolvi maior interesse nos assuntos do meu local de trabalho e melhorei minha estratégia de comunicação com a equipe e com a população. Consigo levar para minha unidade um futuro promissor na participação de todas as equipes e da gestão.

Quanto aos aspectos positivos percebidos, destacamos a oportunidade de construção de novas amizades, a aquisição de conhecimento acerca das realidades de outras unidades, ampliação da visão e aprimoramento dos processos de trabalho, sensibilização pessoal, aplicação das sugestões e desenvolvimento de estratégias de comunicação no ambiente de trabalho. Referiram ainda que gostaram da dinâmica aplicada para conduzir o grupo e que foi positivo ter a oportunidade de falar dos problemas e criar estratégias diante deles, muitas vezes simples para algo que antes era considerado impossível. Por fim, consideraram positivamente o espaço de reflexão fora do nosso ambiente de trabalho e a troca de experiências.

Como aspectos negativos, as participantes apontaram a impossibilidade de participar de todos os encontros devido à resistência

existente para liberar o trabalhador para esses encontros, também citaram a dificuldade em manter o sigilo dos assuntos abordados, devido à curiosidade dos funcionários da unidade de trabalho. Ainda perceberam como negativo a discussão de algumas questões nos encontros que eram mais de ordem pessoal do que dos próprios problemas de importância do grupo e da pesquisadora.

Após o momento de avaliação, agradecemos a participação fundamental de cada um e nos comprometemos a dar a devolutiva dos resultados do estudo.

6.2.2 Um modo de fazer avaliação de necessidades educativas

Considerando a educação inserida na complexidade do mundo do trabalho e da vida e que não podemos reduzir as ações educativas à aplicação de instruções específicas e desconectadas desse mundo complexo, torna-se desafiador sugerir um modo de fazer a construção do processo educativo, desde o seu diagnóstico até a estratégia a ser praticada e toda a avaliação inserida no processo.

Desse modo, é imprescindível disponibilizar instrumentos que possam auxiliar na condução desses momentos em uma lógica cíclica de diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação.

A partir das considerações necessárias de contextualização, sugerimos alguns passos que podem ser seguidos para realização do diagnóstico de necessidades educativas.

Sem o enredo vivenciado no grupo de trabalho, a realização de um diagnóstico de necessidades educativas perde a sua potência. A organização em passos é uma forma de facilitar o nosso entendimento, já habituado a esta lógica, porém, deve ser claro que todos os passos aqui sugeridos são integrados, sem etapas rígidas e ordenadas. Enfatizando, contudo, o processo e não as tarefas e atribuições.

Estes passos podem ser seguidos, por exemplo, por aqueles que não sabem como iniciar o processo e que, ao iniciá-lo, certamente, o transformará.

Para realização de um diagnóstico de necessidades educativas, na lógica da EPS e pautado na experiência que tivemos no grupo focal, sugerimos:

- Promover encontros formais para discussão de problemas no trabalho;
- Escolher um mediador ou mais mediadores para conduzir os encontros:
  - Pessoas com clareza sobre os conceitos da EPS e que podem ou não fazer parte do ambiente de trabalho;
- Estabelecer local e duração dos encontros:
  - Preferencialmente, um local com iluminação e ventilação adequadas, espaço suficiente, bem como distante de possíveis interrupções;
  - A duração deve ser previamente acordada com os profissionais, de modo a não prejudicar a assistência ao usuário, bem como não interromper a participação ou sobrecarregar o trabalhador;
- Verificar viabilidade de participação de representantes de todos os envolvidos nos processos de trabalho em saúde, incluindo o usuário:
  - Utilizar estratégia democrática para realização de convite aos participantes;
  - Ter número de profissionais e processos de trabalho que viabilizem essa organização;
  - Considerar esse encontro - espaço de discussão - como uma atividade formal no cotidiano de trabalho, sendo prevista na escala de serviço;

- Iniciar o encontro com estratégias de integração, mesmo que os participantes já convivam no mesmo ambiente:
  - Uma sugestão é a oferta de um café da manhã ou da tarde compartilhado, ou algo semelhante, para demonstrar acolhida e já propiciar descontração e aproximações;

- Apresentar a prática de educação permanente em saúde no processo de trabalho como instrumento contínuo de gestão e qualificação das pessoas e do serviço:
  - A criatividade sempre deve ter espaço, isso pode ser feito em forma de dinâmica, vídeo, relato de experiência, dentre outros;

- Deixar claro o objetivo deste momento, realizando os acordos necessários:
  - Respeito mútuo, escuta ativa, sigilo de informações, foco nas fragilidades do processo de trabalho e não nas pessoas consideradas “problemas”;

- Levantar os problemas encontrados no cotidiano de trabalho, bem como os aspectos favoráveis:
  - Sugerimos a separação em subgrupos mistos - diversos envolvidos no processo de cuidar em saúde - para discussão e posterior abertura ao grupo maior;
  - A reflexão e expressão dos aspectos favoráveis são importantes para um olhar positivo da mesma situação e podem subsidiar posteriormente, intervenções de fortalecimento;

- Iniciar um processo de análise dos problemas levantados:
  - Aqui sugerimos a categorização, que é uma forma de organizar as queixas levantadas por eixos de ação;

- Realizar a devolutiva para o grupo sobre os principais problemas encontrados e categorizados, bem como os principais fatores que favorecem o trabalho:
  - Abrir espaço para validação e novas sugestões;

- Verificar a viabilidade de intervenção e nível de governabilidade, para os problemas identificados e ordem de prioridade de intervenção local:
  - Para isso, a discussão em grupo leva à reflexão e, possivelmente, um olhar mais aprofundado para o problema capaz de inferir suas causas e possibilidades reais de intervenção;

- Elaborar, coletivamente, propostas de intervenções aplicáveis a cada demanda encontrada:
  - Para a proposta considerar:
  - A identificação do problema – conforme desenvolvimento das etapas anteriores;
  - Caracterização do problema – exemplos do cotidiano
  - Objetivo geral - resultado esperado ao final da intervenção
  - Objetivos específicos – passos para alcançar o objetivo geral
  - Estratégias possíveis – espaço de criação
  - Recursos necessários

- Compartilhar as propostas com o grupo:
  - A devolutiva para o grupo para que eles reconheçam, validem e modifiquem o que foi proposto intensifica o empoderamento e democratização das decisões;

- Estabelecer cronograma de aplicação e pessoas responsáveis por cada momento da intervenção;
  - A visualização do cronograma tem potencial para fortalecer o compromisso e manter o processo em movimento, bem como

resgatar na memória visual a proposta de ação compartilhada;

- A escolha de responsáveis por diferentes etapas permitirá maior alcance da proposta e dependerá do grau de complexidade das demandas identificadas;
- Desenvolver e utilizar instrumentos de avaliação para verificar as reações e impactos das intervenções a serem realizadas.
  - A avaliação deve ocorrer em todo o processo a partir do estabelecimento de diálogo;
  - Os instrumentos sugeridos favorecerão o registro como ferramenta gerencial para potencializar os resultados positivos e modificar os que apresentarem fragilidades.

6.2.3 Da necessidade prioritária à proposta de ação educativa

A partir da construção coletiva realizada nos encontros de grupo focal, dentre as demandas identificadas que necessitam intervenções educativas, a prioridade foi apontada para a questão da *Comunicação prejudicada no ambiente de trabalho*.

Diante dessa prioridade de intervenção e das sugestões de estratégias emergidas no grupo focal, apresentamos uma proposta de intervenção educativa, passível de modificações após diálogo com os envolvidos:

Planejamento para ação educativa

Problema identificado: Comunicação prejudicada no ambiente de trabalho		
Características do problema (exemplos do cotidiano que caracterizam o problema): Informações não compartilhadas / Ausência de espaços de diálogo / Comunicação inadequada / Falta de ética / Posturas inadequadas		
Modalidade de ensino: Presencial	Facilitadores: Pesquisadoras	Carga Horária: 8 horas divididas em quatro encontros semanais
Público alvo: Profissionais de saúde e usuários do serviço de saúde		
Objetivo Geral (resultado esperado ao final da intervenção): Atingir comunicação efetiva no ambiente de trabalho entre a equipe, entre gestores e trabalhadores e entre trabalhadores e usuários.		
Objetivos Específicos (passos para atingir o objetivo geral): 1. Comunicar-se de modo respeitoso e ético 2. Diminuir falhas de comunicação escrita e oral 3. Definir e construir meios e instrumentos para melhorar a comunicação (estratégias e ações definidas pelo grupo focal); 4. Construir plano de ação nas unidades para melhorar a comunicação; 5. Construir instrumentos ou critérios para acompanhamento e avaliação da comunicação no ambiente de trabalho.		Estratégias: – Exposição dialogada dos conteúdos teóricos; – Dinâmicas sobre comunicação; – Oficinas em grupos para problematização das situações reais apontadas no grupo focal, com proposição de medidas para resolução.
Avaliação: Instrumento (a ser construído) elencando os problemas identificados e os objetivos específicos da ação educativa, para os quais, os participantes responderão o quão frequentes ou graves percebem os problemas no ambiente de trabalho. Será aplicado antes e três meses após a ação educativa.		
Conteúdo programático (saberes necessários): - Aspectos teóricos e metodológicos da Comunicação: comunicação não verbal, verbal e escrita; princípios da comunicação como instrumento de qualidade no trabalho; - Contextualização e discussão dos resultados da avaliação de necessidades educativas.		

A decorative floral illustration in a light gray tone, featuring swirling vines, leaves, and small flowers, positioned in the lower right quadrant of the page.

7 Discussão

7 DISCUSSÃO

Os resultados demonstram a coexistência de percepções paradigmáticas distintas frente à concepção de EPS. De um lado, a compreensão pautada em conceitos tradicionais de educação e de outro, a percepção da EPS a partir de conceitos críticos no campo educacional.

A educação tradicional é comparada a uma educação bancária, na qual a fonte do saber é externa e a sua apropriação ocorre pelo depósito, ou seja, pela transmissão de conteúdos (Freire, 2005).

A educação crítica é permeada pela consideração do outro na interação e, por isso, é dialógica; considera ainda que a problematização gera reflexão e possibilita a ressignificação e a construção de novos saberes e práticas (Freire, 2005; Brasil, 2009; Brasil, 2014).

No campo da saúde, a EC se apresenta em consonância com o modelo tradicional de educação. Entretanto, Mira (2010) evidencia que algumas instituições de saúde utilizam a nomenclatura EPS sem que os pressupostos educativos previstos na PNEPS sejam praticados.

Constatamos neste estudo que a compreensão de EPS dos gestores participantes é coerente com os pressupostos da PNEP, uma vez que eles percebem a importância da prática atrelada ao cotidiano de trabalho, destacam a consideração dos saberes do outro nas propostas educativas e dos espaços formais e informais de conversa como potenciais para EPS.

Em contraposição, os profissionais que atuam na dimensão assistencial ainda concebem a EPS como uma prática de EC e o arcabouço teórico que isso implica.

Podemos inferir que os gestores do município, no momento da coleta de dados, estavam vivenciando uma intensa reestruturação política e administrativa favorável à EPS, isso pode ter impactado em

maior acesso a leituras, discussões e reflexões acerca da EPS e, assim, uma aproximação da proposta crítica de educação.

O diálogo é um caminho que leva a um novo modelo organizacional, marcado pelo significado compartilhado e pela liderança participativa (Terciotti, 2008). Se essa prerrogativa do compartilhamento prevalecer, a expansão da proximidade com os significados de EPS para as bases do cuidado pode acontecer.

A existência de vertentes distintas na compreensão de EPS pelos profissionais de saúde impacta diretamente em outros aspectos analisados no estudo, por exemplo, a participação no planejamento e na concretização de momentos educativos no trabalho.

Os profissionais que concebem EPS como atividades de EC, relatam que a participação nessas ações educativas são pontuais e nem sempre possuem programação definida, o que dificulta a participação de todos. Referem ainda que não participam do planejamento dessas ações.

Por outro lado, os profissionais que afirmam a participação no planejamento das ações educativas vivenciadas, contextualizam essas ações como momentos de encontros e diálogo, a exemplo das reuniões de equipe, das conversas com o coordenador ou com outros profissionais.

Na EPS, o trabalhador participa do processo de construção do conhecimento, ele também é autor e produtor e não um ser passivo que recebe o conhecimento de um ser iluminado. A realidade o desafia constantemente a produzir caminhos para os problemas do cotidiano do seu trabalho (EPS em Movimento, 2014b).

Porém, Peduzzi et al. (2009) referem que nas UBS existe uma dificuldade dos profissionais aproveitarem o cotidiano de trabalho como território de percepção e devolutiva das necessidades de educação dos trabalhadores, tanto no aspecto técnico-científico como no âmbito da

reflexão crítica sobre a prática, por isso, existe a necessidade das UBS ampliarem as ações educativas no próprio espaço de trabalho.

Aqui, o elemento que se discute é a legitimação da EPS que está em movimento, reconhecendo que as rodas de conversa não estão em organogramas, como nos diz Merhy (2013) que também afirma que nesses espaços existem processos de formação que não são assim nominados, pois ainda é necessário reconhecer esse processo no cotidiano do mundo do trabalho.

Os aspectos positivos e negativos percebidos na vivência das ações educativas no trabalho apontam para os principais desafios com os quais a EPS se depara para que possa acontecer nos locais de trabalho em saúde.

Para iniciar essa discussão sobre os desafios da EPS, parafraseamos Milton Santos² ao afirmar que vivemos uma situação onde existem vulcões crepitando e não temos antenas para compreender o mecanismo intelectual dessas novas formas de construção de novos saberes e novas práticas.

Os profissionais de saúde do município, em especial os gestores, reconhecem a existência de momentos educativos ocorrendo no cotidiano de trabalho em saúde, porém, sem a legitimação necessária para seu reconhecimento. O foco está, portanto, na potencialização dos olhares, ou “radares” sensíveis. Pois assim, não se criará expectativa de algo externo, com cara e corpo de EPS, mas, a partir do próprio cotidiano descobrir na EPS um processo de trabalho a ser incorporado.

Merhy (2013) diz que a ampliação do olhar nos oportuniza ver coisas que no cotidiano ordinário não se vê e isso só ocorre a partir do núcleo pedagógico central que é o encontro com o outro, pois este momento possibilita troca de saberes e práticas que produzem sentido ético e político no agir em saúde.

---

² Tendler, S (diretor). Encontro com Milton Santos: o mundo global visto do lado de cá. São Paulo: Caliban Produções Cinematográficas; 2006 (89 min).

Considerando que para ocorrer encontro tem que ter diálogo, destacamos que a comunicação é importante para nosso crescimento como seres humanos e é concebida a partir de nossas experiências prévias e também daquelas construídas a cada dia. Uma vez que somos seres de relações, os processos comunicativos são fundamentos (Braga, Silva, 2007).

A comunicação competente ocorre como um processo interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores, para isso, as pessoas devem ter conhecimentos básicos de comunicação, consciência do verbal e do não verbal. Essa competência é capaz de promover o autoconhecimento e potencializar uma vida autêntica. Além disso, é uma capacidade que pode ser adquirida (Braga, Silva, 2007).

Esse êxito na comunicação interpessoal depende de preparo técnico e humano para o encontro e tem como prerrogativa, o respeito ao próximo. Ao ouvir e perceber o outro esse processo comunicativo passa a ser também investimento para o autoconhecimento (Braga, Silva, 2007).

Moscovici (2011) nos ensina que o processo de interação humana é marcado por interferências, por reações voluntárias ou involuntárias, intencionais ou não. As pessoas sempre terão reações a partir do encontro com o outro, elas se comunicam, simpatizam e sentem atrações, antipatizam e sentem aversões, aproximam-se, afastam-se, entram em conflito, competem, colaboram, desenvolvem afeto e, tudo isso é contínuo.

Uma das funções da comunicação é a de conhecer a si mesmo. Os indivíduos precisam reconhecer que podem ser afetados pelo comportamento do outro e ter consciência do seu próprio comportamento, seus modos de pensar, sentir, agir e reagir diante dos fatos. Essa compreensão de si viabiliza a compreensão do outro (Moscovici, 2011).

O autoconhecimento pode ser compreendido como uma revisão da prática comunicativa, ou seja, uma abertura à percepção consciente

de si enquanto pessoa e profissional, nas interações que estabelecem (Braga e Silva, 2007).

Vale lembrar que a competência aqui discutida está inserida em um movimento em direção à beleza, no sentido de algo que se aproxima do que se necessita concretamente para o bem social e coletivo (Rios, 2008).

Uma sugestão para construir esse espaço de diálogo a partir de uma comunicação competente é realizar uma rede de petição e compromissos, onde cada um diz o que precisa para trabalhar e também o que pensa sobre os efeitos do seu próprio trabalho (EPS em movimento, 2014).

Além do desafio de reconhecimento dos movimentos de EP já existentes nos serviços de saúde e da compreensão dos espaços de diálogo como fundamentais para o fortalecimento da EPS, os resultados do estudo também nos mostram que os profissionais precisam acreditar na EPS como prerrogativa para seu desenvolvimento.

A partir de uma perspectiva complexa de compreensão do ser humano, podemos afirmar que as crenças pessoais, como parte da individualidade da pessoa, influenciam o funcionamento mental e a organização do pensamento e, dessa forma, atua juntamente com os processos cognitivos (Pátaro, 2007).

Nesse sentido, as crenças se configuram como aspecto sócio-afetivo que se relacionam dialeticamente com os construtos cognitivos inseridos nos processos de educação no trabalho. É necessário acreditar na EPS para que exista disponibilidade interna capaz de desencadear mecanismos de reconhecimento e investimento nesse processo.

Um estudo realizado para avaliar as crenças dos profissionais de saúde sobre os sistemas de treinamento e desenvolvimento em instituições públicas e privadas dos três níveis de complexidade de

atenção à saúde incluiu, dentre os locais pesquisados, os serviços de saúde do município de Sorocaba³.

Os resultados para o município de Sorocaba apontam como principal evidência uma crença favorável aos processos de treinamento quando observada pelos valores absolutos dos escores alcançados. Porém, frente à amostra geral do estudo, que inclui diversos equipamentos de saúde de São Paulo, o município apresenta posicionamento no percentil inferior para o fator que indica as crenças sobre o processo de levantamento de necessidades de treinamento, e em percentis medianos para os fatores que avaliaram as crenças sobre as contribuições do treinamento para o indivíduo e para organização e as crenças sobre resultados e o processo de treinamento².

Outra evidência pertinente do estudo citado é que, conforme aumenta o nível de complexidade de atenção à saúde, aumenta a força das crenças nos sistemas de treinamento e desenvolvimento no que se refere aos três fatores citados anteriormente, tal evidência foi observada em toda amostra da pesquisa, inclusive no município de Sorocaba. Constatou ainda que a força da crença é maior para os profissionais que estão vivenciando algum processo de treinamento².

A partir desses resultados, evidenciamos que as crenças dos profissionais de saúde do município de Sorocaba favorecem o investimento nas ações educativas em serviço, porém, destacamos a necessidade de aprimorar os processos de levantamento de necessidades educativas para que o diagnóstico participativo favoreça o sucesso das ações.

Dessa forma, podemos afirmar que o próprio movimento da EPS retroalimenta o seu fortalecimento. Legitimar os espaços de discussão como momentos formativos, bem como cuidar para que esses espaços ocorram como territórios de respeito e crescimento humano e

---

³ Mira VL, Ciampone MHT (coordenadoras). Crenças da equipe de saúde nas ações de treinamento e desenvolvimento institucional. Relatório técnico de pesquisa apresentado ao Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), 2014.

profissional, reforçarão crenças positivas nas pessoas envolvidas. Essas crenças positivas poderão despertar a disponibilidade interna de cada um e, assim, o movimento estará posto, sem roteiros prontos, mas com princípios, olhares e cuidados pautados em um paradigma de diálogo, gestão compartilhada, beleza e potências de encontros.

Nesse sentido, temos o desafio de colocar em prática as ações crítico-reflexivas e participativas no processo ensino-aprendizagem no trabalho em saúde (Miccas e Batista, 2014).

A EPS envolve, portanto, uma vivência complexa em detrimento da perspectiva positivista.

O pensamento complexo é, pois, essencialmente o pensamento que trata com a incerteza e que é capaz de conceber a organização. É o pensamento capaz de reunir (complexus: aquilo que é tecido conjuntamente), de contextualizar, de globalizar, mas, ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto (Morin, 2000, p.207).

Assim, a perspectiva da gestão nos serviços de saúde, deve seguir o pensamento da complexidade para minimizar as tensões, dúvidas e desencontros que podem decorrer da coexistência entre conceitos distintos e até antagônicos.

Referente à necessidade de integração entre gestor, trabalhador e usuário, destacamos que apesar do papel decisivo da gestão em seus diferentes níveis, o gestor não governa sozinho, mas todos, trabalhadores e usuários governam juntos. O que muda é o poder de governabilidade (Feuerwerker, 2012).

Entretanto é importante perceber que os trabalhadores, em sua liberdade de ação, são capazes de criar “linhas de fuga” quando os sistemas de produção não correspondem às suas expectativas. Essas fugas podem gerar cuidado, a exemplo de superar protocolos e normas que impedem o atendimento às necessidades dos usuários, ou descuido, nas situações de ações automatizadas pautadas em queixa-conduta quando se espera, na verdade, ações de integralidade

respeitando às singularidades (Merhy, Franco, 2007; Feuerwerker, 2012).

Assim, Feuerwerker (2012) nos apresenta a complexidade do terreno do cuidado e as consequências disso para a política e a gestão em saúde, pois afirma que aquele que coloca em prática uma política, também a modifica no cotidiano de suas práticas. Dessa forma, a autora indica dois caminhos para lidar com esse contexto, a ampliação dos mecanismos de controle ou o reconhecimento da gestão como espaço compartilhado para problematização e a negociação.

Esse pensamento vai ao encontro do que diz Milton Santos¹ que para quebrar o totalitarismo no qual vivemos na atualidade, sob a forma de “globalitarismo”, em que temos que seguir roteiros e condutas definidas, é necessário viabilizar espaços de produção democrática, realmente democrática.

Há uma tensão entre a percepção do colegiado de gestão como espaço democrático, de práticas solidárias, dialógicas, visando à construção de consensos em torno de um projeto para a unidade, e a percepção do colegiado de gestão como espaço duro de disputa, de imposição de projetos que “vêm de cima”, revestindo-se, portanto, de um caráter mais instrumental e, onde, por consequência, nunca se pode “abrir tudo” (Cecilio, 2010, p.561).

Em um espaço de compartilhamento, a disposição não pode ser para a guerra e para apontar problemas e culpados, mas para a discussão das fragilidades do fluxo de trabalho em saúde (EPS, 2014).

Por isso, é necessário desapegar-se da cultura do resultado e do lucro que leva a uma crise de significados e estabelecer a cultura do compartilhamento e do diálogo (Terciotti, 2008).

Outro desafio apontado nos resultados do estudo se refere à necessidade de avaliação das ações educativas que já ocorrem no cotidiano de trabalho.

---

¹ Tandler, S (diretor). Encontro com Milton Santos: o mundo global visto do lado de cá. São Paulo: Caliban Produções Cinematográficas, 2006 (89 min).

É necessário prosseguir pesquisando e aperfeiçoando o processo de avaliação do impacto de ações instrucionais formais, considerando-se os limites e potencialidades dos métodos, técnicas e instrumentos que têm sido utilizados [...] nos serviços de saúde, tendo em vista que os resultados apontam para a necessidade inquestionável de empreenderem-se mudanças que abranjam todas as etapas, pois o diagnóstico é inútil, se não der lugar a uma ação apropriada e acompanhada de uma intervenção no processo (Bastos, Ciampone, Mira, 2013, p.1280).

Os resultados do estudo que indicam como demandas questões de ordem estrutural, organizacional e relacional em contraposição à uma demanda técnico científica normalmente esperada.

Nesse aspecto, Montanha e Peduzzi (2010) questionam a possibilidade de investimento pautado na perspectiva emancipatória em um contexto restrito à “reiteração do paroxismo técnico-científico”.

A falta de RH é apontada nos resultados do estudo como importante barreira para participação em momentos de discussões, configurados como educativos. Isso implica compreender que espaços de discussão entre gestores, trabalhadores e usuários são atividades de trabalho em saúde tão importantes quanto a realização de um procedimento. Porém, inevitavelmente isto trará impacto na dimensão político administrativa, pois sem uma reorganização do processo de trabalho e também do dimensionamento de pessoal que considere esse tempo de diálogo no serviço, dificilmente ele será valorizado e praticado.

Mas como Merhy (2013, p.6) nos lembra:

O que temos em questão é a ruptura com a dicotomia entre teoria e prática por meio da inversão da relação entre conteúdo teórico e vivência, fazendo com que as vivências sejam as ordenadoras dos conteúdos teóricos.

Nesse aspecto, o movimento da EPS viabilizará novas possibilidades teóricas de pensar o processo de trabalho e o dimensionamento de pessoal.

Avançamos agora na discussão para os resultados obtidos no segundo momento do estudo, referente à construção do diagnóstico de necessidade educativa e proposta de intervenção.

O foco gerencial nos serviços de saúde ainda está voltado à valorização da padronização das atividades. Predomina uma ilusão de que é viável e necessário o alcance de um saber que está fora, um protocolo ou um gestor idealizado como redentor e solucionador de todos os problemas (Cunha, Santos, 2010).

É evidente que temos uma forte herança cartesiana que anseia por concretude para reconhecer e valorizar as ações humanas. Nesse sentido, propusemos neste estudo um caminho de constante “abertura e fechamento da massa”, em outras palavras, abrir espaços de diálogos, reflexões e criações, seguidos de registros e ações concretas da produção destes momentos em um contínuo processo de construção que, como Merhy (2013, p.7) nos lembra: “o produto final nunca se terá, mas novos modos de olhar, dizer, reconhecer e cooperar estarão sempre em produção coletiva”.

Outro movimento que nos remete a essa proposta, vivida e sugerida, é o ciclo de sístole e diástole do coração, então, no mundo do trabalho, para que este seja oxigenado e se mantenha vivo, os dois momentos são necessários, a diástole seria todo momento reflexivo, intuitivo, de pesquisa e de criação que por sua vez reabasteceria a prática cotidiana do trabalho, fruto da sístole, o ato em si que, agora oxigenado, gera vida e ultrapassa qualquer tendência de ser máquina, burocrático e robotizado. Em um movimento permanente, com possíveis extrassístoles, mas sem fim, pois o fim geraria a morte.

Referente a este aspecto é importante destacar a alusão de Gomes (2014, p.48) ao defender a dialogia como base da mediação:

Um mediador consciente compreende que somente o processo dialógico torna bem sucedida a mediação pretendida. Isso também implica em admitir que os sujeitos envolvidos nesse processo são singulares, podendo e

devendo assumir o protagonismo da ação. Essa compreensão revela a mediação como um processo dialético que exige do agente mediador uma disposição e preparação para atuar no respeito a essa condição fundante da ação mediadora. E, ao mesmo tempo, ser capaz de se auto avaliar, buscando seu autoconhecimento para superação de seus próprios limites, mas também para se colocar como um sujeito implicado no processo, que se responsabiliza por ele, aperfeiçoando seu próprio perfil protagonista.

Reforçando este pensamento, é importante lembrar que um encontro necessita de preparo e não apenas juntar as pessoas, é necessário chamar o outro. É necessário delicadeza para problematizar (EPS em movimento, 2014). Podemos inferir que a falta de habilidade na condução desses momentos de encontro podem dar a impressão que essa nova forma de pensar a educação em serviço é ineficaz e pouco resolutive. A mudança de cultura por resultado deve dar espaço para a cultura do compartilhamento, mas para isso, essa nova cultura deve ter os seus cuidados e organização para serem reconhecidas e valorizadas.

Nessa lógica do compartilhamento, os resultados do estudo apontaram como prioridade de intervenção a comunicação prejudicada no trabalho, tema bastante significativo em um território de transição de concepções tradicionais de educação para uma ação educativa dialógica.

Não parece ao acaso que esse tema foi priorizado pelo grupo, pois para uma comunicação efetiva, é imperioso transcender visões e práticas tecnicistas, edificando relações mais horizontais nas equipes de saúde e destas com os usuários (Ortiz, 2014).

Essa constatação de prioridade foi fruto de reflexões e constatação coletiva de que para resolver problemas de gestão e de relacionamentos no trabalho, a comunicação seria um início estratégico.

Para o sucesso do diagnóstico de necessidades de ações educativas e da ação ora proposta acerca da comunicação, é essencial a oposição a uma cultura organizacional autoritária, privilegiando o planejamento, o pensamento e a gestão estratégicos como caminho para alcance da comunicação excelente (Kunsch, 2006).

Por fim, para além de uma proposta interventiva direcionada, constatamos, na construção desse trabalho, a necessidade de desenvolvimento do autoconhecimento e da “troca de óculos” – paradigmas – para compreender o contexto de complexidades e, assim, criar potências para mudança de atitudes no agir micropolítico em saúde.

A decorative floral illustration in a light gray tone, featuring swirling vines, leaves, and small flowers, positioned in the lower half of the page.

8 Considerações finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da percepção dos profissionais de saúde do município, incluindo gestores e trabalhadores da dimensão assistencial, constatamos que a EPS é uma prática possível no campo estudado, com desafios necessários para o seu fortalecimento, mas também com potências capazes de manter essa prática em movimento, em especial, porque encontra, na atual organização administrativa, espaço formal de reconhecimento.

A concepção de EPS difere entre gestores e trabalhadores assistenciais. Os profissionais em cargos de gestão consideram o paradigma crítico envolvido na prática da EPS, já os demais trabalhadores associam a EPS à prática de EC.

Como desafios para o fortalecimento da EPS no município, constatamos as seguintes necessidades: legitimação das práticas existentes e não nomeadas como EPS; avanço nos movimentos de mobilização e sensibilização das pessoas envolvidas no processo; superação da contradição entre paradigmas de educação coexistentes; organização dos processos de trabalho; valorização dos espaços de diálogo no trabalho; integração das perspectivas e ações de gestores, trabalhadores e população; avaliação das ações educativas existentes; superação de limitações de estrutura física e de RH.

O modo de fazer a avaliação de necessidades educativas demonstrou êxito em sua aplicação e teve avaliação inicial favorável. O tema escolhido para a ação educativa – a comunicação – é significativo em um cenário de construção de educação dialógica que subsidia a educação permanente em saúde.

A partir da experiência de reflexões e construções coletivas vivenciada nos encontros para realização do planejamento educativo, percebemos que a pesquisa realmente se configurou em uma ação e, mais do que isso, em um movimento de EPS que subsidiou uma

proposta de intervenção a partir de um paradigma dialógico e crítico, capaz de dar significado ao processo de ensino-aprendizagem.

Foi uma vivência comparada ao movimento de sístole e diástole que gera vida no trabalho em saúde. Para desenvolvimento da avaliação de necessidades educativas e elaboração de uma proposta de intervenção, evidenciou-se imperativo um contexto favorável que implica:

1. Gestores, trabalhadores e população sensibilizados para compreensão do espaço de prática de educação permanente em saúde enquanto espaço de reflexão, construção e qualificação do serviço;
2. Espaço formal e periódico para que ocorram encontros entre as pessoas envolvidas no trabalho para reflexão e diálogo;
3. Reconhecimento de todos os espaços informais de diálogo e reflexão como espaços de educação permanente em saúde que devem ser reconhecidos e valorizados;
4. Necessidade de agregar pessoas com habilidades educativas dialógicas e mediadoras capazes de disparar esse processo de EPS;
5. Disponibilização de instrumentos que possam auxiliar na condução desses momentos em uma lógica cíclica de diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação.

A proposta educativa, elaborada pelos integrantes do grupo focal consiste em estratégias com baixo custo, aplicáveis em diversos cenários e pautadas em ações simples e possíveis. Em cenário favorável para sua aplicação, conforme apresentamos, e a partir de sensibilização das pessoas envolvidas, acreditamos no seu potencial de avanço capaz de qualificar as relações no cotidiano de trabalho em saúde.

Como contribuição, sugerimos os passos para a realização de avaliação de necessidades educativas e planejamento de intervenção em outros cenários de atenção à saúde.

Destacamos como limitação deste estudo a participação de profissionais apenas da atenção primária à saúde com representação limitada a membros da equipe de enfermagem, o que contrasta com os princípios de participação interdisciplinar da EPS.

Os resultados deste estudo têm grande potencial de análise e a EPS muito ainda a se desenvolver, por estas razões e, também, porque parte do estudo está sendo subsidiado pelo CNPq, este trabalho terá continuidade com o aprofundamento da análise junto aos trabalhadores e gestores que não participaram do grupo focal e com a realização e avaliação do planejamento ora proposto em uma pesquisa de mestrado.

Referências

REFERÊNCIAS

Almeida Filho N. Towards a unified theory of health-disease: II. Holopathogenesis. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2014; 48(2): 192-205.

Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde: São Paulo*. 2011; 35(4): 438-42.

Bastos LFL, Ciampone MHT, Mira VL. Assessment of evaluation of transference support and training impact on the work of nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(6): 1274-81.

Bauman Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.

Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4): 410-4.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 278/GM/MS. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília; 2014

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996/GM/MS. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assuntos Administrativos. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: programa de saúde da família. Caderno 3. Educação Permanente. Brasília; 2000.

Camargo-Borges C, Mishima S e McNamee S. Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Revista Interinstitucional de Psicologia*. 2008; 1(1): 8-19.

Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde: Manguinhos*. 1997; 4(2): 287-307.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.

Cassiano C, Silva GA. Foucault e educação: as práticas de poder e a escola atual. *e-Ped*. 2012; 2(1): 98-108.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface [online]*. 2005; 9(16): 161-68.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(4): 975-86.

Cecilio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2010; 26(3): 557-66.

Corradi-Webster CM, Carvalho AMP. Diálogos da psicologia com a enfermagem em tempos de transição paradigmática. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4): 974-80

Coutinho CN. Notas sobre cidadania e modernidade. In: *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 49-69.

Cunha GT, Santos DVD. Grupos Balint Paideia: ferramenta para o apoio gerencial, contribuição para a clínica ampliada. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos Humaniza SUS: Atenção básica*. v.2, Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM (org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p.39-53

Davini MC, Nervi L, Roschke MA. Capacitación del personal de los servicios de salud: proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Ecuador: OPS/OMS; 2002. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 3).

Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34; 2010.

Deleuze G. Foucault. São Paulo: Brasiliense; 2013.

EPS em movimento. Uma possibilidade de fazer diferente. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/uma-possibilidade-de-fazer-diferente>. Acesso em: 12 jan 2015.

EPS em movimento. Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>. Acesso em: 12 jan 2015.

Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. [tese livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.

Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. Distúrb Comum. 2013; 25(1): 129-136.

Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 2012.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

Gehlen ST, Maldaner OA, Delizoicov DF. Freire e Vygotsky: um diálogo com pesquisas e sua contribuição na educação em ciências. *Pro-Posições* [online]. 2010; 21(1): 129-148.

Gomes HF. A dimensão dialógica, estética, formativa e ética da mediação da informação. *Inf. Inf.* 2014; 19(2): 46-59.

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*. 2003; 12(24): 149-61.

Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. An instrumental seminar: humanization of the Brazilian Unified Health System (SUS) under discussion. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2009; 13(1): 493-502.

Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2001; 35(2):115-21.

Kunsch MMK. Planejamento e gestão estratégica de relações públicas nas organizações contemporâneas. *Anàlisi*. 2006; 34: 125-39.

Lazarini CA, Francischetti I. Educação permanente: uma ferramenta para o desenvolvimento docente na graduação. *Rev. Bras. Educ. Med.* [online]. 2010; 34(4): 481-486.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs; 2005.

Malagutti W, Biagolini REM. Gerenciamento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e a enfermagem. In: Santos AS, Miranda SMRC. A enfermagem na gestão em Atenção Primária à Saúde. Barueri: Manole; 2007. p. 166-97.

Marques LP, Marques CA. Dialogando com Paulo Freire e Vygotsky sobre Educação. In: Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED), 29., 2006, Caxambu/MG.

Meneses P, Zerbini P, Abbad G. Manual de treinamento organizacional. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Merhy E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saude soc.* [online]. 2012; 21(2): 267-279.

Merhy EE. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde. Texto escrito como contribuição para o DEGES – SGTES – MS. Porto Alegre. 2013 (maio).

Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud colectiva [online]. 2006; 2(2): 147-160.

Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in: Saúde em Debate, Ano XXVII, 27(65). Rio de Janeiro; 2003.

Miccas FL, Batista SHSS. Educação Permanente em Saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública. 2014; 48(1): 170-185.

Mira VL. Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo. [tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Montanha D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção de trabalhadores. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(3): 597-604.

Moreira MA. Negociação de significados e aprendizagem significativa. Ensino, Saúde e Ambiente. 2008; 1(2): 2-13.

Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.

Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal. 7a ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1997.

Moura TMM. Aproximações entre as ideias de Freire e Vygotsky: importância para a prática pedagógica com jovens e adultos. In: Colóquio Internacional Paulo Freire, 2001, Recife/PE.

Oliveira FP, Ximemes VM, Coelho JPL, Silva KS. Psicologia comunitária e educação libertadora. Psicologia: Teoria e Prática. 2008; 10(2): 147-61.

Ortiz FC. Métodos de Criatividade para Gerir a Comunicação. Comunicação & Inovação. 2014; 15(29): 139-155.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011; 377(9779): 1778-97.

Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2013; 29(10): 1927-53.

Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. cienc. Saúde - Manguinhos [online]. 2014; 21(1): 15-36.

Paschoal AS Mantovani MF, Meier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2007; 41(3): 478-84.

Pátaro CSO. Pensamentos, crenças e complexidade humana. Ciências & Cognição 2007; 12: 134-49.

Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface. 2009; 13(30): 121-34.

Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. Physis [online]. 2008; 18(4): 685-704

Rios TA. Compreender e ensinar: por uma docência de melhor qualidade. São Paulo: Cortez; 2001.

Saviani D. Escola e democracia. 42^aed. Campinas: Autores Associados; 2012.

Severino AJ. Educação, trabalho e cidadania: a educação brasileira e o desafio da formação humana no atual cenário histórico. São Paulo Perspec. 2000; 14(2): 65-71.

Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminhar para o cuidado complexo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2003; 37(4): 13-23.

Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Rev. Eletrônica Enferm.* 2007; 9(2): 389-401.

Silva JAM. Análise das atividades educativas dos trabalhadores da saúde na atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Sophia DC. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da revista. *Saúde em Debate. Saúde em Debate.* Rio de Janeiro. 2012; 36(5): 554-561.

Szymanski H, Cury VE. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia* 2004; 9(2): 355-64.

Terciotti SH. O poder, a comunicação e o diálogo no ambiente organizacional. 2008. *Organicom*; 5(9): 23-32.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2011.

Tripp, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa.* 2005; 31(3): 443-66.

Tronchin DMR, Mira VL, Peduzzi M, Ciampone MHT, Melleiro MM, Silva JAM, et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. *Rev. Esc Enferm USP.* 2009; 43(spe 2): 1210-5.

Apêndices

APÊNDICE 01 – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NOS ENCONTROS DE GRUPO FOCAL

CONVITE

Convite aos Profissionais de Saúde da Regional Norte e Centro-Norte de Sorocaba para participação na pesquisa de doutorado:

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DE DIRETRIZ POLÍTICA A UMA PRÁTICA POSSÍVEL

Objetivo: contribuir na construção de uma forma prática e funcional de aplicação da educação em serviço (educação permanente)

De que forma? Participando de seis encontros - grupos focais - sempre às 4^{as} feiras, das 08h00 às 10h00, nas seguintes datas: 13/08, 20/08, 27/08, 03/09, 10/09 e 17/09. **Local:** UBS Paineiras.

Quem pode participar? Enfermeiros, Médicos, Dentistas, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Fisioterapeutas e Psicólogos

Por que participar?

Para contribuir na construção de uma forma eficaz de educação em serviço e, assim ajudar a melhorar a qualidade da atenção à saúde no Município

**CONTAMOS COM A SUA
PARTICIPAÇÃO!**

Em caso de interesse, por favor preencher o formulário que estará com o Coordenador da Unidade.

Para esclarecimento de dúvidas entrar em contato com Gabriela Zinn: cel.: 997552585 ou gzinn@usp.br

APÊNDICE 02 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa “Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível” que tem por finalidade identificar e analisar as necessidades de ações educativas em serviço nos equipamentos Municipais de saúde de Sorocaba; desenvolver um instrumento de levantamento de necessidades educativas e desenvolver um programa educativo a partir das necessidades identificadas.

Sua participação consiste em duas possibilidades:

Ser entrevistado pela pesquisadora, nesse caso, a entrevista será gravada para posterior análise dos dados sem que ocorra a sua identificação como entrevistado. O uso do conteúdo da entrevista é único e exclusivo para a presente pesquisa.

Ou participar de 06 encontros previamente combinados com duração máxima de 2 horas, para execução do que chamamos de grupo focal, no qual um grupo de pessoas discutirá o assunto tema desta pesquisa. Essas discussões em grupo serão gravadas para posterior análise, porém, o uso do conteúdo discutido em grupo é único e exclusivo para esta pesquisa, sem risco de utilização indevida para outros fins.

O presente estudo não trará nenhum risco a sua integridade física ou moral. As informações aqui prestadas são confidenciais e os dados serão tratados de forma sigilosa e anônima. Os resultados serão divulgados nesta Instituição e em eventos e revistas científicas.

Você receberá uma cópia assinada e datada deste termo, e poderá ter acesso às informações, esclarecer dúvidas ou retirar-se da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum ônus a sua pessoa. A outra cópia ficará em posse da pesquisadora.

Eu, _____,
após ter sido suficientemente informado, aceito espontaneamente participar deste estudo.

Sorocaba, ____/____/2014

_____
Assinatura do participante do estudo

_____
Profª Gabriela Rodrigues Zinn
Pesquisadora responsável
Escola de Enfermagem da USP
gzinn@usp.br Fone: (15) 997552585

_____
Comitê de Ética em Pesquisa
Escola de Enfermagem USP
edipesq@usp.br tel: (11) 30617548

APÊNDICE 03 – QUADRO DE PROBLEMAS E FACILITADORES NO COTIDIANO DE TRABALHO

Quadro 01. Levantamento dos aspectos positivos e negativos percebidos no cotidiano de trabalho. Sorocaba, 2014.

	Grupo 01	Grupo 02	Grupo 03
Aspectos Negativos no cotidiano de trabalho	Espaço físico reduzido Distância do local de trabalho e residência Regras no atendimento à população gerando entraves desnecessários Falta de empatia dos funcionários <u>Falha de comunicação</u> entre equipe e com usuários Trabalho em equipe ruim <u>Falta de liderança</u> Insensibilidade de funcionários Baixa adesão ao grupo de trabalho Falta de preparo e instrução de conhecimento para o trabalho Falta de reconhecimento e estímulo	Estrutura física ruim <u>Falta de comunicação</u> Falta de motivação Falta de colaboração Falta de funcionário Falta de qualificação Desvio de função <u>Falta de liderança</u> Falta de solução de problemas Estabilidade de emprego Falta de comprometimento com o trabalho	Falta de funcionário Demanda elevada de pacientes Falta de capacitação Falta de atenção básica Falha no sistema de informação <u>Falha da comunicação</u> dentro da unidade e entre SMS e unidade Falta de motivação <u>Liderança inadequada</u> (desune a equipe) Falta de diálogo Falta de capacitação para orientação de pacientes Muitas exigências da SMS x falta de tempo para cumprir Idosos sem acompanhantes Falta de tempo
Aspectos Positivos do trabalho	Facilidade de acesso <u>Vínculos</u> <u>Relacionamento entre a equipe</u> <u>Trabalhos de grupo com a população</u> Empoderamento Autonomia para criar Estabilidade Informação à população Reunião de equipe	<u>Trabalho em equipe</u> Estrutura física (adequada) ESF – possibilita o conhecimento da população local <u>Trabalho em grupo com pacientes</u> Terapia comunitária <u>Vínculo com a equipe</u>	<u>Trabalho em equipe</u> Troca de experiências e vivências <u>Boa relação interpessoal</u> <u>Trabalhos de grupo</u> (caminhada, programas, grupos) Matriciamento Vínculo com a comunidade Residência Multiprofissional Estrutura física (adequada)

*Grifo nos aspectos que surgiram nos 03 grupos

Anexo

O organograma da Direção Regional de Saúde do Rio de Janeiro é estruturado da seguinte forma:

- Conselho Municipal da Saúde** (dotted box)
  - Secretaria da Saúde**
    - Assessoria Técnica**
      - Área de Atenção à Saúde**
        - Área de Vigilância em Saúde**
          - CERST** (dotted box)
            - Divisão de Vigilância Sanitária**
              - Seção de Apoio Técnico**
              - Seção de Apoio Operacional**
            - Divisão de Vigilância Epidemiológica**
              - Seção de Apoio Administrativo**
            - Divisão de Zoonoses**
              - Seção de Apoio Administrativo**
                - Seção de Controle Animal**
          - Divisão de Assistência Hospitalar**
          - Divisão de Assistência Farmacêutica**
          - Divisão de Diagnóstico e Terapêutico**
            - Seção de Apoio Administrativo - Policlínica**
              - Seção de Coordenação de Enfermagem - Policlínica**
          - Divisão de Coordenação da Policlínica**
        - Área de Planejamento e Regulação**
          - Divisão da Central de Regulação**
            - Seção de Regulação Ambulatorial**
            - Seção de Regulação Hospitalar**
              - Seção de Regulação de Tratamento Fora do Domicílio**
          - Divisão de Avaliação e Controle**
            - Seção de Faturas e Cadastramento**
            - Seção de Informação**
        - SAMU Regional**
        - Seção de Enfermagem**
      - Assessoria Municipal da Saúde**
      - Auditoria**
- Área de Administração**
  - Divisão de Administração e Financeira**
    - Seção de Contratos e Convênios**
      - Seção de Especificação de Compras**
        - Seção de Gestão Financeira**
    - Seção de Apoio Administrativo**
  - Divisão de Administração de Recursos Humanos**
    - Seção de Apoio Administrativo**
  - Divisão de Manutenção e Transporte**
    - Seção de Unidades e Equipamentos**
      - Seção de Transporte**
  - Divisão de Material Médico Hospitalar e Farmacêutico**
    - Seção de Abastecimento de Materiais**
      - Seção de Medicamentos**
- Área de Educação Permanente**
  - Divisão de Educação Permanente**
    - Seção de Administração de Recursos Humanos - Regional Oeste**
      - Seção de Administração de Serviço - Regional Oeste**
    - Seção de Apoio Administrativo da UPH - Zona Oeste**
      - Seção de Coordenação de Enfermagem - Zona Oeste**
  - Divisão de Apoio Regional Oeste**
- Coordenadoria Regional Oeste** (dotted box)
  - Seção de Administração de Recursos Humanos - Regional Sudeste**
    - Seção de Administração de Serviço - Regional Sudeste**
  - Seção de Apoio Administrativo da UPH - Zona Sudeste**
    - Seção de Coordenação de Enfermagem - Zona Sudeste**
- Divisão de Apoio Regional Sudeste**
- Coordenadoria Regional Sudeste** (dotted box)
  - Seção de Administração de Recursos Humanos - Regional Norte**
    - Seção de Administração de Serviço - Regional Norte**
  - Seção de Apoio Administrativo da UPH - Zona Norte**
    - Seção de Coordenação de Enfermagem - Zona Norte**
- Divisão de Apoio Regional Norte**
- Coordenadoria Regional Norte** (dotted box)