

**Universidade Federal de São Carlos**  
**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**  
**Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica**

**Renata Zanoni Demori**

**A Educação no Trabalho no Contexto da Estratégia Saúde  
da Família**

**São Carlos**

**2013**

**Universidade Federal de São Carlos**  
**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**  
**Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica**

**Renata Zanoni Demori**

**A Educação no Trabalho no contexto da Estratégia Saúde  
da Família**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à  
Universidade Federal de São Carlos para obtenção  
do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-  
graduação em Gestão da Clínica Área de  
concentração em Gestão da Clínica Orientação:  
Profª Drª Roseli Ferreira da Silva.

**São Carlos**

**2013**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D386e Demori, Renata Zanoni  
A educação no trabalho no contexto da estratégia  
saúde da família / Renata Zanoni Demori. -- São  
Carlos : UFSCar, 2016.  
71 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de  
São Carlos, 2015.

1. Educação profissional em saúde pública. 2.  
Aprendizagem. 3. Saúde da família. I. Título.



## FOLHA DE APROVAÇÃO

RENATA ZANONI DEMORI

“A EDUCAÇÃO NO TRABALHO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 18/03/2015

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Niituma Ogata - UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luzmarina Aparecida D. Braccialli - FAMEMA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roseli Ferreira da Silva - UFSCar

Por todas as noites que o deixei para poder ir às aulas, por todas as vezes que me chamou para brincar e não pude atendê-lo. Por todos os almoços, lanches e “jantinhas” atrasadas. Por todos os sábados e domingos que não o levei ao parque, ao cinema, ou a qualquer outro lugar divertido. Por todas as vezes que, cansada, perdi a paciência... E, principalmente, pelo meu amor infinito e incomparável, dedico esta dissertação ao meu filho Heitor Zanoni Marques Gomes.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por todas as oportunidades concedidas, sobretudo, por todos os obstáculos que fizeram de mim uma pessoa melhor.

Aos meus pais, avós, tios e primas, com os quais aprendi o significado e a importância da Família, pessoas de quem herdei os meus mais nobres valores, o meu carácter, e sem os quais não poderia chegar até aqui.

À minha orientadora, Roseli Ferreira da Silva, por quem tenho grande admiração e respeito, pela compreensão e paciência em todos os momentos deste trabalho.

A todos os professores que estiveram comigo durante este curso, com os quais tive oportunidade de me inspirar, refletir e crescer como profissional e também como pessoa.

A todos meus colegas de curso e meus amigos, pelo incentivo e apoio.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, por todo o apoio e retaguarda.

*“Muitas vezes, as pessoas são egocêntricas, ilógicas e insensatas. Perdoe-as, assim mesmo. Se você é gentil, as pessoas podem acusá-lo de egoísta, interesseiro. Seja gentil, assim mesmo. Se você é um vencedor, terá alguns falsos amigos e inimigos verdadeiros. Vença, assim mesmo. Se você é honesto e franco, as pessoas podem enganá-lo. Seja honesto e franco, assim mesmo. Se você tem paz e é feliz, as pessoas podem sentir inveja. Seja feliz, assim mesmo. O bem que você faz hoje pode ser esquecido amanhã. Faça o bem, assim mesmo. Dê ao mundo o melhor de você, mas isso pode nunca ser o bastante. Dê o melhor de você, assim mesmo. Veja você que, no final das contas é entre Você e Deus e não entre você e os homens.”*

**Madre Tereza de Calcutá**

## Resumo

Frente aos desafios a serem superados pela Estratégia de Saúde da Família, as ações educativas no trabalho que são desenvolvidas no cotidiano, podem colaborar para a transformação das práticas, com incorporação de novos valores de saúde, mais próximos ao que se propõe o SUS. Nesse sentido destaca-se a Educação Permanente que parte da problematização e da reflexão do processo de trabalho para resignificar a prática profissional.

**Objetivos:** Este trabalho se propõe a analisar as concepções e a prática de ações educativas no trabalho desenvolvido por médicos, enfermeiros e dentistas no contexto das Equipes de Saúde da Família. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, qualitativo, realizado por entrevista conjunta, semiestruturada, entre enfermeiro, médico e dentista gestores de quatorze Equipes de Saúde da Família de São Carlos-SP. Para análise dos dados coletados foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). **Análise:** a análise dos dados permitiu a construção de quatro categorias: 1ª *Entendimento de Educação no Trabalho*, em que os exemplos discutidos se aproximavam mais do conceito de Educação Continuada; 2ª *Embasamento Pedagógico na Prática Educativa*, alguns sujeitos entenderam aprendizagem como transmissão de conhecimento, outros como problematização do trabalho; 3ª *Espaços Educativos nas Equipes de Saúde da Família*, com destaque para as Reuniões de Equipe, apesar de uma valorização de capacitações técnicas; 4ª *Apoio da Gestão Municipal*, em que os sujeitos relataram pouco apoio da Gestão. **Considerações Finais:** A educação no trabalho vem sendo discutida e utilizada pelas equipes. Nota-se esforço em se adequarem às propostas educativas mais reflexivas e problematizadoras, destacando as contribuições recebidas pela aproximação com a universidade.

**Palavras-Chaves:** Educação Profissional em Saúde Pública, Aprendizagem, Saúde da Família.



## Abstract

The challenges to be overcome by the Family Health Strategy, educational activities at work that are developed daily, may contribute to the transformation of practices with incorporation of new health values, closer to what the SUS proposes. In this sense, there is a permanent education that emerges from questioning and the work process reflection to reframe the professional practice. **Objectives:** This study aims to analyze the concepts and practice of educational activities at work developed by doctors, nurses and dentists in the context of the Family Health Teams. **Methodology:** This is an exploratory, descriptive qualitative study by joint interview, semi-structured, among nurse, doctor and dentist managers fourteen Family Health Teams of São Carlos - SP. For data analysis was used content analysis proposed by Bardin (1977). **Analysis:** data analysis allowed the construction of four categories: 1st - Understanding of Education at Work, which brought the examples were closer to the concept of Continuing Education; 2nd - Teaching Basement in Educational Practice, some subjects reported understand learning as transmission of knowledge, some as work questioning; 3rd - Educational Spaces in the Family Health Teams, especially the team meetings, although an appreciation of technical skills; 4th - Support of Municipal Management, in which subjects reported little support from management. **Conclusion:** Education at work has been discussed and used by the teams. Note is an effort to fit the educational proposals more reflective and problem-solving, highlighting the contributions received by the closeness to the university.

**Key Words:** Public Health Professional, Learning, Family Health, Professional Practice.

## **Lista de Siglas**

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**eSF** – Equipe de Saúde da Família

**USF** – Unidade de Saúde da Família

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**ACS** – Agente comunitário de Saúde

**EPS** – Educação Permanente em Saúde

**EP** – Educação Permanente

**PNEPS** – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

**EC** – Educação Continuada

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

**CEME** – Centro de Especialidades Médicas

**CEO** – Centro de Especialidades Odontológicas

## **SUMÁRIO**

<b>1. Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Objetivos</b>	
<b>2.1. Objetivo Geral.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>3. Referencial Teórico</b>	
<b>3.1. As diferentes Concepções de Aprendizagem.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2. A Influência das Concepções de Aprendizagem para as Ações de Educação no Trabalho.....</b>	<b>29</b>
<b>4. Política Nacional de Educação Permanente.....</b>	<b>32</b>
<b>5. Percurso Metodológico.....</b>	<b>37</b>
<b>5.1. Campo de Estudo.....</b>	<b>37</b>
<b>5.2. Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>39</b>
<b>5.3. Aspectos Éticos da Pesquisa.....</b>	<b>39</b>
<b>5.4. Coleta de Dados.....</b>	<b>40</b>
<b>5.5. Análise dos Dados.....</b>	<b>41</b>
<b>6. Resultados e Discussão.....</b>	<b>43</b>
<b>6.1. Entendimento de Educação no Trabalho.....</b>	<b>43</b>
<b>6.2. Embasamento Pedagógico na Prática Educativa.....</b>	<b>47</b>
<b>6.3. Espaços Educativos nas ESF.....</b>	<b>52</b>
<b>6.4. Apoio da Gestão Municipal.....</b>	<b>55</b>
<b>7. Considerações Finais.....</b>	<b>61</b>
<b>Referências.....</b>	<b>64</b>
<b>Apêndice I.....</b>	<b>70</b>
<b>Apêndice II.....</b>	<b>71</b>

## 1. Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994, pelo Ministério da Saúde, constitui-se na tentativa de reorientação do modelo assistencial, e busca a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propostos na Constituição Federal de 1988. Tais propostos envolvem a universalidade de acesso para serviços de saúde, a integralidade das ações de saúde e a equidade, atendendo, portanto, as necessidades de cada indivíduo. Além disso, a reestruturação dos serviços para garantia desses princípios deve envolver a descentralização das ações de saúde, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação social (BRASIL, 1990).

A proposta da ESF fundamenta-se no cuidado de famílias, entendendo que o processo de saúde e doença transcende o corpo físico e biológico. Compreende, também, aspectos mais abstratos como o contexto social, cultural, familiar, psíquico e espiritual. A família, como objeto de atenção no ambiente em que vive, possibilita uma melhor compreensão dos determinantes de saúde, o que torna possível intervir com equidade e qualidade (BRASIL, 2011).

A operacionalização da ESF ocorreu por meio da implantação de Equipes de Saúde da Família (eSF), com caráter multiprofissional, em unidades de saúde conhecidas como Unidades de Saúde da Família (USF), ou incorporadas a Unidades Básicas de Saúde (UBS). Cada eSF possui um território definido de atuação, no qual prestam assistência tanto em âmbito individual, quanto coletivo, atuando com ações de prevenção de agravos, promoção da saúde, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2011).

A implantação das eSF deve ser antecedida do processo de territorialização, que define a área de abrangência, sob responsabilidade de cada eSF. A determinação do território permite às eSF conhecerem sua clientela, estabelecerem relações de empatia e vínculo, corresponsabilizando-se pelo cuidado, além do que permite também a longitudinalidade do cuidado, o que possibilita a organização do fluxo nos serviços para um acesso de melhor qualidade. O território adstrito consente ainda o planejamento das eSF

para ações de saúde, envolvendo equipamentos sociais e recursos da própria comunidade (BRASIL, 2011).

As eSF possuem caráter multiprofissional, devendo ser compostas, minimamente, por um médico generalista, um enfermeiro, um dentista, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de consultório odontológico e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais são responsáveis por uma população de 3.000 a 4.000 pessoas, previamente selecionada por meio do processo de territorialização, e têm como objetivo garantir a essas pessoas o acesso a uma assistência direcionada às necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade (BRASIL, 2011).

As eSF têm a missão de aproximar as ações de saúde às necessidades e expectativas da clientela, para isso devem se aproximar da comunidade, a partir do levantamento de suas necessidades, da identificação e priorização de situações de riscos, elaboração de planos de cuidado, individual e coletivo. Ademais devem prestar assistência integral às famílias e utilizar de outras organizações sociais, por exemplo, escolas e associações de moradores, como objetos de atenção e de parcerias, ampliando o acesso e a resolutividade das ações de saúde (BRASIL, 2011).

As atividades de gerenciamento de insumos, gestão de pessoas e Educação Permanente em Saúde (EPS) nas eSF, são de responsabilidade dos profissionais médico, enfermeiro e dentista, de acordo com a Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Além de suas atividades assistenciais, esses profissionais também exercem a gestão local de forma compartilhada ou colegiada, ou seja, os três profissionais são responsáveis por ações de planejamento e avaliação da eSF.

Ao longo desses dezenove anos de implantação da eSF muitos desafios foram alcançados, principalmente no que se refere ao acesso de comunidades menos favorecidas, as quais foram amplamente beneficiadas com as eSF implantadas, preferencialmente, em áreas mais carentes e distantes de recursos de saúde. No entanto, ainda há muitos outros desafios a serem superados, sobretudo, quanto ao envolvimento dos profissionais inseridos nas eSF no processo de reorientação das práticas de saúde. Centrar a lógica da atenção à saúde na produção de cuidado é ainda o maior desafio da eSF em

que, além dos procedimentos técnicos, como um curativo ou uma consulta clínica, o indivíduo possa ser acolhido, possibilitando o olhar do profissional ao ser humano, por meio da empatia e formação de vínculo (COSTA *et al*, 2009).

Inclui-se nesses desafios a necessidade de se alterar os processos de trabalho a partir da reinvenção de suas tecnologias, com maior liberdade e autonomia para os profissionais atuarem na saúde. As práticas de saúde estabelecidas através de Programas de Saúde definem o repertório de ação dos trabalhadores, desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para o cuidado, como também para lidarem com aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer. Tais ações, portanto, podem levar a restrição do cuidado, ou ainda a reprodução do modelo hegemônico (FEUERWKER, 2005).

Outros desafios a serem destacados são a centralização do cuidado na figura do médico, com diminuição do potencial cuidador do restante da equipe, e o próprio trabalho em equipe. As relações dentro das equipes ainda apresentam caráter hierarquizado, em que os problemas referentes ao trabalho são pouco discutidos, e as decisões ficam centradas nos profissionais de nível superior (COSTA *et al*, 2009) .

O entrosamento entre os profissionais inseridos nas eSF é considerado um dos elementos fundamentais para que a ESF se consolide. Entretanto, para isso é necessário que haja uma reestruturação dos processos de trabalho que possibilite a integração dos diferentes saberes, utilizando a tecnologia das relações para operar de modo multiprofissional, rompendo com o atual modo de produção de saúde, centrado no individualismo profissional e em tecnologias mais estruturadas (MERHY; FRANCO, 2002).

A dinâmica do trabalho em equipe também oferece uma limitação importante no sucesso da Saúde da Família. O trabalho multiprofissional é prejudicado pela ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias, cujos membros mantêm representações hierárquicas entre profissionais de nível superior e nível médio, além de entre médico, dentista e enfermeiro (COSTA, *et al*, 2011).

Faz-se necessário, desse modo, profissionais qualificados que atendam ao perfil do trabalho em equipe. Entretanto, estamos diante de mais um

desafio, a escassez de profissionais com tal perfil. O entendimento sobre os papéis dos profissionais para que atendam as especificidades do trabalho em equipe e do Saúde da Família deve ser reestruturado para que possam mudar sua prática (JESUS, *et al*, 2008). Para um novo modelo de atenção é imprescindível formar um novo profissional (ROSA, LABARTE, 2005).

A reestruturação pedagógica no processo de formação desses profissionais, torna-se indispensável, de modo que haja espaços e dispositivos de análise das ações e operacionalização do SUS. Deve-se buscar, durante a formação, uma prática transformadora e reconstrutora do saber (BALBINO, 2010)

A formação profissional, contudo, mantém um caráter tradicional, centrada na transmissão de conhecimentos técnicos, com foco no corpo biológico, e em procedimentos, deixando o debate crítico sobre os sistemas de saúde e de estruturação do cuidado de lado, o que pouco atende às necessidades do SUS (CECCIM; FEUERWEKER, 2004).

Compreendendo que há falhas importantes na formação profissional, foram estabelecidas novas diretrizes e estratégias para implantação da Educação Permanente (EP) como política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, por meio da Portaria 1996/GM, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2008). Essas mudanças culminaram nas diretrizes operacionais propostas pelo Pacto pela Saúde, portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006), e na sua definição como política de recursos humanos para o SUS conforme eixo estruturante que deve buscar a valorização do trabalho e dos profissionais de saúde (PEDUZZI, *et al*, 2009).

O Pacto pela Saúde, 2006, define ainda que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), dar-se-á por meio dos colegiados de gestão regional com a participação das comissões permanentes de integração ensino-serviço, instâncias previstas no regulamento do Pacto pela Saúde no qual participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação da mesma. (PEDUZZI, *et al*, 2009).

As ações de EP vêm sendo discutidas desde o início dos anos de 1980, quando a Organização Pan-Americana da Saúde propôs o conceito de EPS

com a finalidade de reconceituar e reorientar os processos de educação dos trabalhadores dos serviços de saúde (HADDAD, 1994).

A EPS se propõe também a disparar nos profissionais já inseridos nas eSF a reflexão de suas práticas de saúde com o intuito de alcançar os princípios propostos pelo SUS por meio de novas tecnologias baseadas no trabalho multidisciplinar, na escuta, na empatia, na solidariedade e cidadania. Com isso, passam a ser capazes de atender com maior qualificação a população e superar o modelo curativo hegemônico atual (MANCIA, CABRAL E KOERICH, 2004).

A EPS busca transformar o cotidiano do trabalho ao agregar a qualificação do trabalhador à melhoria da assistência a saúde, mantendo-se focado no contexto das necessidades locais. Com isso a proposta de EPS apresenta-se como item de primeira necessidade dentro das eSF, haja vista que a reflexão e transformação das práticas de saúde são o ponto de partida para o fortalecimento de ações de saúde mais humanas em consonância com os princípios do SUS e com a reestruturação da Atenção Básica (SILVA, *et al*, 2010) .

As metodologias ativas de aprendizagem com base na problematização das questões cotidianas, portanto, proporcionam uma aprendizagem significativa, e tem-se apresentado mais eficaz na medida em que os profissionais são considerados como protagonistas para as ações educativas, sendo valorizadas as necessidades referidas pelos mesmos, assim como valorizado o conhecimento prévio de cada sujeito. Dessa forma, o objetivo principal torna-se a transformação das práticas de saúde e da própria organização do processo de trabalho (MANCIA, CABRAL E KOERICH, 2004; SILVA, *et al*, 2010).

O protagonista, então, deixa de ser o conteúdo a ser aprendido, como reforçam concepções de aprendizagem mais tradicionais, e passa a serem os próprios profissionais de saúde, que representam quem de fato irá atuar durante as ações de saúde.

A temática de educação para trabalhadores de saúde, entretanto, é referida na literatura com três diferentes denominações: Educação Continuada (EC), educação em serviço e EPS. De um lado apresenta diferenças no olhar



sobre educação do setor da saúde e por outro a existência de três propostas consolidadas que podem ter caráter complementar, embora apresentem marcantes diferenças conceituais, principalmente, entre - EC e EPS (MONTANHA e PEDUZZI, 2010).

No entanto, quando analisamos a educação em serviço, tradicionalmente utilizam-se as capacitações em serviço, que tem impactado pouco nas transformações das práticas de saúde. Grande parte dos cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorre de maneira difusa, aleatória, desarticulada do contexto dos serviços e, muitas vezes, não responde às necessidades dos gestores, dos trabalhadores e da comunidade (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

A EC é o modelo tradicionalmente utilizado nas instituições de saúde, como uma extensão do modelo acadêmico, pautada no conhecimento técnico científico, com ênfase em cursos, treinamentos e palestras, geralmente orientados a cada categoria profissional. A EC, em vista disso, pode não proporcionar espaços de reflexão e crítica sobre as necessidades de saúde dos usuários e da prática profissional, além disso, tende reproduzir modelos de prestação de serviços fragmentados, hierarquização das relações de trabalho, individualismo e paradoxo técnico-científico (MONTANHA e PEDUZZI, 2010).

O modelo de EPS constitui um projeto com vistas à transformação das práticas de saúde na perspectiva do cuidado integral e humanizado com ampliação da autonomia dos profissionais envolvidos e da satisfação no trabalho motivado pelo significado, dando sentido naquilo que é apreendido por cada indivíduo. Nesse modelo a ação pedagógica acontece por meio do levantamento de necessidades, que podem ser dos usuários, dos trabalhadores ou do serviço, e, a partir disso, a ação pedagógica acontece, considerando, a princípio, o conhecimento prévio de cada indivíduo (CECCIM, 2005).

Apesar de alguns autores citarem a crescente valorização da EC, o que mostra uma preocupação em adequar os profissionais para o máximo desempenho de suas atribuições, a EPS se destaca ao imprimir significado e liberdade de aprendizagem, desmistificando a figura do professor como portador de conhecimento e do aluno como mero receptor de informações.

Desse modo, ao sentir-se valorizado, o desempenho dos profissionais pode aumentar, sem sobrecarga de trabalho, porém elevando sua satisfação em fazê-lo (MONTANHA e PEDUZZI, 2010).

Deve-se considerar também que ações educativas nos moldes da EC, podem ser planejadas diante da necessidade das equipes, ou da própria demanda da comunidade, e ser desenvolvida com metodologias que contemplem os trabalhadores como sujeitos ativos no processo de aprendizagem, e não meros receptores de conteúdos, oferecendo, além do conteúdo, a reflexão de sua prática mediante um novo conhecimento. Atividades educativas nesses moldes podem proporcionar ao trabalhador um crescimento profissional técnico, mas também reflexivo, agregando ao trabalho maior qualidade e empenho profissional.

Contudo, as ações educativas que vêm sendo realizadas nas eSF são, na sua maioria, mal planejadas, possuem pouco impacto nas ações de saúde, pouca resolutividade e a etapa de avaliação é pouco desenvolvida (SILVA e SEIFFERT, 2009; PEDUZZI *et al*, 2009). Além disso, na maioria das vezes, as atividades educativas nas eSF ficam restritas as capacitações com temas pré-determinados, muitas vezes pontuais e desvinculados do cotidiano dos trabalhadores. São programadas levando em consideração o que a gestão local supõe ser imprescindível, desconsiderando o interesse e as necessidades dos profissionais e da realidade local (SILVA, *et al*, 2010).

A fim de proporcionar mudanças de práticas de atenção é indispensável pensar uma nova pedagogia, compromissada com a construção de sujeitos autodeterminados e engajados com a construção e defesa da vida, individual e coletiva, colocando como centro do processo pedagógico o trabalhador no seu agir em ato, produzindo cuidado em saúde (MERHY, 2005).

Nesse sentido, a EPS pode representar uma importante ferramenta, uma vez que sua proposta permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento de problemas de cada equipe em seu território de atuação, na busca da qualificação do cuidado (BRASIL, 2004).

A prática da EPS, como ação educativa, dessa forma, deve ser incorporada às atividades de gestão e de cuidado do enfermeiro, médico e dentista das eSF, ademais, deve ser valorizada, priorizada, e entendida como

ferramenta fundamental na mudança das práticas de saúde, para uma assistência humana, de qualidade e resolutiva (VILLAS BÔAS, ARAÚJO e TIMÓTEO, 2008).

Contudo, a figura do enfermeiro ainda é marcada pela cultura de que este deve ser o gerente e responsável pelas atividades de gestão e educação da equipe, enquanto os profissionais médico e dentista possuem um envolvimento mais direcionado para a prática clínica. Nesse contexto, o enfermeiro, incumbido de muitos papéis/atribuições, como assistencial, gestor e educador, pode não conseguir priorizar os momentos de educação com a equipe, ou, muitas vezes, restringir tais atividades a capacitações pontuais (SILVA e SEIFFERT, 2009).

O trabalho em equipe na eSF é fundamental para a superação desses paradigmas, o trabalho multidisciplinar e a valorização dos saberes de cada profissional, assim como seus valores individuais, podem, caso bem articulados, serem geradores de mudanças no processo de trabalho e de gestão. Nesse sentido, ações educativas reflexivas podem ser consideradas apropriadas e essenciais para o trabalho interno das equipes, configurando-se como, não somente uma proposta pedagógica, mas também como um dispositivo de mudança individual e coletivo. (MANCIA, CABRAL E KOERICH, 2004; SILVA, et al, 2010).

O desafio reside na implicação dos sujeitos em processos que demandem autoanálise de si mesmo no agir produtor de cuidado e posicionar-se ético-politicamente em discussão. As assessorias, consultorias ou apoios são insuficientes para “atingir a alma” dos trabalhadores e coletivos na construção do cuidado. Estarmos diante de uma nova pedagogia, a *Pedagogia da Implicação*, que deve promover nos sujeitos o compromisso ético-político e a determinação em agir em defesa da vida (MEHRY, 2005).

Em suma, quanto mais as eSF, principalmente, enfermeiros, médicos e dentistas, compreendem e se envolvem no potencial gerador de mudança da EPS e de outras ações educativas mais reflexivas, melhor determina o tipo de assistência que será oferecida ao cliente, e, por fim, garante o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS. Portanto essa problemática educativa traz

em si muito mais que capacitar, pode significar um caminho para uma verdadeira mudança na lógica de atenção à saúde.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo Geral**

Analisar as concepções e a prática de ações educativas no trabalho, desenvolvidas por enfermeiros, médicos e dentistas, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, em um município da região nordeste do Estado de São Paulo.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Apreender a compreensão dos enfermeiros, médicos e dentistas sobre educação no trabalho;
- Analisar as concepções pedagógicas envolvidas no desenvolvimento de atividades de educação no trabalho realizadas por enfermeiros, médicos e dentistas;
- Identificar as práticas de educação no trabalho desenvolvida nas eSF.

### 3. Referencial Teórico

#### 3.1. As Diferentes Concepções de Aprendizagem

Neste capítulo serão discutidas as concepções pedagógicas que norteiam e influenciam as ações de educação nos serviços de saúde. Segundo Saviani (2005), a expressão *concepções pedagógicas* é correlata de ideias pedagógicas, em que o adjetivo “pedagógicas” tem ressonância metodológica, ou seja, denotando o modo de operar, de realizar o ato educativo, portanto, constituindo a própria substância da prática educativa. De forma geral, as concepções pedagógicas envolvem três níveis: o nível da filosofia da educação, que visa explicitar as finalidades, os valores que expressam uma visão geral de homem, mundo e sociedade, orientando a compreensão do fenômeno educativo; o nível da teoria da educação, que busca sistematizar os conhecimentos disponíveis sobre os vários aspectos envolvidos na questão educacional, empenhando-se em sistematizar também os métodos, processos e procedimentos, objetivando dar intencionalidade ao ato educativo; o terceiro nível é o da prática pedagógica que se refere ao como é de fato organizado e realizado o ato educativo.

Com base nesse contexto, observa-se que na história da educação brasileira é possível identificar diversas concepções pedagógicas, inclusive coexistentes até os dias de hoje, que ao expressar sua visão de sociedade e homem interferem diretamente nas atividades educativas da área de saúde, como também, são capazes de determinar as relações entre os trabalhadores de saúde, seus pares e comunidade que assistem (Saviani, 2005). Essas concepções podem ser classificadas como tradicionais, comportamentalista (ou behaviorista), humanista, cognitivista, construtivista e sociocultural.

A Pedagogia Tradicional, ou Concepção Pedagógica Tradicional, foi introduzida no Brasil no final do século XIX a partir do movimento renovador que, para nomear as novidades que começaram a ser veiculadas, classificaram como tradicional a concepção até então dominante. Assim, essa concepção compreende as correntes pedagógicas construídas desde a Antiguidade, compreendendo uma visão essencialista do homem e uma compreensão pedagógica centrada no educador, no adulto, no intelecto, na disciplina,

memorização e nos conteúdos cognitivos transmitidos do professor para o aluno (SAVIANI, 2005).

A concepção tradicional também é conhecida por Educação Bancária, como designou Paulo Freire, uma vez que conhecimentos e conteúdos são depositados nos trabalhadores de forma impositiva, acreditando que o acúmulo de conhecimento possa melhorar a prática profissional do trabalhador. Da mesma maneira, autoritária, suas competências são cobradas e mensuradas, com o propósito de avaliação, uma avaliação, contudo, punitiva e geradora de desconforto e medo (FREIRE, 1987).

A concepção pautada nas Teorias Comportamentalistas ou Behavioristas tem John Watson (1878-1958) como o seu fundador no ocidente, e utilizou esse termo a fim de enfatizar sua preocupação com aspectos relacionados ao comportamento. Enfatizou suas pesquisas mais nos estímulos do que nas consequências dos mesmos, realizando experimentos, envolvendo estímulos e respostas, com animais e seres humanos, incluindo bebês (OSTERMANN e CAVALCANTI, 2010).

Para o estudioso o conhecimento se dava conforme o condicionamento clássico de Ivan Pavlov (1849-1936): estímulo neutro, quando emparelhado um número suficiente de vezes como estímulo incondicionado, passa a eliciar a mesma resposta do último, substituindo-o (Watson, 1930).

Watson descartava o mentalismo, distinção entre corpo e mente. Para ele o comportamento era inteiramente composto de impulsos fisiológicos. Apesar de não usar o conceito de reforço (como faz Skinner) na aprendizagem, Watson explica tal processo por meio do Princípio da Frequência e Princípio da Recência (Watson, 1930).

O Princípio da Frequência diz que quanto mais frequente associamos uma dada resposta a um dado estímulo, mais provavelmente os associaremos outra vez. Portanto, cabe ao professor promover o maior número de vezes possível a associação de uma resposta (desejada) a um estímulo para que o aluno adquira o conhecimento (Watson, 1930).

O Princípio da Recência diz que quanto mais recente associarmos uma dada resposta a um dado estímulo, mais provavelmente os associaremos

outra vez. Assim o professor deverá associar ao aluno o mais rápido possível o vínculo entre resposta e o estímulo a ela associado (Watson, 1930).

Watson teve muita repercussão na década de 1930, nos Estados Unidos, por proferir frases polêmicas. Afirmava, por exemplo, que grupos de escoteiros eram mais vulneráveis ao homossexualismo, visto que, as meninas, por trocarem beijos entre si, dormirem na mesma cama e se darem as mãos, segundo o estudioso, corriam mais riscos (Watson, 1930).

A educação brasileira, no entanto, foi fortemente influenciada por outro behaviorista, Burrhus Frederic Skinner (1904-1990). No Brasil, a influência de sua pedagogia tecnicista data da metade dos anos de 1950, porém, foi introduzida mais efetivamente no final dos anos 1960, com o objetivo de inserir a escola nos modelos de racionalização do sistema de produção capitalista (OSTERMANN e CAVALCANTI, 2010).

Na teoria de Skinner a aprendizagem está relacionada a uma questão de modificação de desempenho: o bom ensino depende de organizar eficientemente as condições estimuladoras, de modo que o aluno saia da situação de aprendizagem diferente de como entrou. O ensino é um processo de condicionamento por meio do uso de reforçamento das respostas que se quer obter. Nesse sentido, os sistemas instrucionais visam o controle do comportamento individual face dos objetivos pré-estabelecidos. Trata-se de um enfoque diretivo do ensino, centrado no controle das condições que cercam o organismo que se comporta (SKINNER, 1969).

O objetivo do behaviorismo skinneriano é o estudo científico do comportamento: descobrir as leis naturais que regem as reações do organismo que aprende, a fim de aumentar o controle das variáveis que o afetam. Os componentes de aprendizagem – motivação, retenção, transparência – decorrem da aplicação do condicionamento operante. De acordo com o estudioso, o comportamento aprendido é uma resposta aos estímulos externos, controlados por meio de reforços que ocorrem com a resposta ou após a mesma: se a ocorrência de um comportamento operante é seguida pela apresentação de um estímulo (reforçador), a capacidade de reforçamento é aumentada (SKINNER, 1969).



Os métodos de ensino consistem em técnicas e procedimentos eficazes no controle das situações ambientais, os quais garantem a transmissão e a recepção de informações. As etapas básicas de um processo de ensino-aprendizagem na perspectiva skinneriana são (SKINNER, 1969):

- Estabelecimento de comportamentos terminais através de objetivos instrucionais;
- Análise da tarefa de aprendizagem a fim de ordenar sequencialmente os passos da instrução;
- Executar o programa reforçando gradualmente as respostas afirmativas correspondentes aos objetivos.

Diferentemente da concepção comportamental, cujo enfoque é o objeto, na concepção humanista o eixo central é o sujeito, estando o ensino centrado no aluno. Essa corrente tem origem a partir dos estudos de Carl Ranson Rogers (1902-1987), que aplicou à educação princípios da psicologia clínica. No Brasil, suas ideias se difundiram na década de 1970, em confronto direto com as ideias comportamentalistas de Skinner. Por meio de sua proposta de “Pedagogia Tradicional”, sempre centrada no aluno, acreditava que os alunos aprenderiam melhor, seriam mais criativos e mais capazes de solucionar problemas, quando os professores proporcionassem um ambiente humano e de facilitação (MOGILKA, 2000).

Para Rogers a liberdade em sala de aula possibilita ao aluno descobrir a aprendizagem, expor ao professor seus sentimentos e encontrar novos caminhos. Há uma participação ativa e real do aluno, em que sua liberdade é expressa na vontade de aprender e na autocondução de sua aprendizagem, as aulas, nesse contexto, deixam de ser padronizadas, idênticas para todos os alunos, sendo os conteúdos selecionados a partir do interesse dos alunos, com caráter não-diretivo. Para Rogers, os alunos são pessoas em construção, e não uma pessoa construindo comportamentos acadêmicos pré-moldados (MOGILKA, 2000).

O papel do professor diante dessa concepção é de facilitador. A facilitação, em face desse contexto, significa uma situação em que o professor torna-se, por meio de uma escuta sensível, acessível ao aluno e ao grupo como um todo. Tal relação é marcada pela empatia e vai fazendo com que a

aprendizagem aconteça de forma consciente e afetiva, proporcionando ao aluno aprender a aprender, aprender o significado e criar sentido para aquilo que é novo para ele. Portanto, formando o conteúdo completo no interior de cada um, para o significado da própria vida (OSTERMANN e CAVALCANTI, 2010).

Na concepção Cognitivista, o aluno também está em evidência, uma vez que os processos mentais, ao agregar aprendizagem e inteligência, são o ponto de partida para essa concepção. Nela o aluno tem papel ativo no processo de aprendizagem. Os principais pesquisadores nessa área são Jean Piaget e Jerome Brunner. Essa abordagem também é conhecida como Piagetiana, em virtude de sua grande difusão e influencia na pedagogia em geral (OSTERMANN e CAVALCANTI, 2010).

Na teoria de Piaget o sujeito é um ser ativo que estabelece relação de troca com o meio-objeto (físico, pessoa, conhecimento) em um sistema de relações vivenciadas e significativas, uma vez que este é resultado de ações do indivíduo sobre o meio em que vive, adquirindo significação ao ser humano quando o conhecimento é inserido em uma estrutura (assimilação). A aprendizagem desse sujeito ativo exige sempre uma atividade organizadora na interação estabelecida entre ele e o conteúdo a ser aprendido, além de estar vinculado sua aprendizagem ao grau de desenvolvimento já alcançado (BECKER, 1992).

Segundo Piaget, o aluno é um sujeito cultural ativo cuja ação tem dupla dimensão: assimiladora e acomodadora. Para o pensador há um jogo duplo entre assimilação e acomodação o qual denominou de mecanismo de equilíbrio. Trata-se do equilíbrio entre tendência dos esquemas mentais em assimilar a realidade e a tendência contrária para se acomodar e modificar-se. Na assimilação o sujeito age ativamente sobre o objeto, apropriando-se deste, já na acomodação o sujeito cria em si, para este objeto, um significado próprio interpretando-o de acordo com suas possibilidades e fase cognitiva. A equilíbrio é o verdadeiro motor do desenvolvimento e progresso intelectual, à medida que os seres humanos estabelecem intercâmbio com o meio no qual vivem, há uma tendência ao equilíbrio, não apenas para recuperar o equilíbrio, mas também para recuperar o equilíbrio em um nível superior ao que era

permitido pela organização dos esquemas mentais que percebeu a perda do equilíbrio (BECKER, 1992).

Piaget também influenciou a concepção construtivista uma vez que essa corrente pedagógica nasce da ideia de que nada, a rigor, está pronto, acabado e de que, especificamente, o conhecimento não é dado, em nenhuma instância, como algo terminado, ele se constitui pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais e se constitui por força de sua ação e não por qualquer dotação prévia na bagagem hereditária ou no meio (BECKER, 1992).

No Construtivismo o conhecer é transformar o objeto naquilo que tem significado e transformar-se a partir desse novo conhecer. O conhecimento como construção pode ser definido como um processo de reflexão, construção ou reconstrução do seu pensar, ampliando em compreensão e extensão (BECKER, 1992) .

Outro pesquisador que influenciou fortemente o construtivismo foi Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934), este atento à natureza social do homem, defende que a inteligência humana é produto da convivência social: “na ausência do outro, o homem não se constrói homem”. A vivência em comunidade transforma o homem que deixa de ser biológico e passa a ser humano. É pela aprendizagem nas relações com os outros que construímos os conhecimentos que permitem nosso desenvolvimento mental, nesse sentido, ao considerar o valor social na construção do conhecimento na formação do homem, nasce o sócio-construtivismo (REGO, 1995).

As crianças, segundo Vygotsky, nascem apenas com funções psicológicas elementares, com o aprendizado cultural, parte dessas funções básicas se transformam em funções psicológicas superiores (consciência, planejamento e deliberação). Essa evolução ocorre pela elaboração das informações realizadas no meio, entretanto as informações nunca são absorvidas diretamente do meio. São sempre intermediadas pelas pessoas que rodeiam a criança, carregando significados sociais e históricos. As informações intermediadas são reelaboradas numa espécie de linguagem interna, é isso que caracteriza a individualidade. A linguagem é duplamente importante, primeiro por ser o principal instrumento de intermediação do conhecimento

entre os seres humanos e segundo por ter relação direta com o desenvolvimento psicológico (VYGOTSKY, 2003).

Para Vygotsky, a evolução intelectual é caracterizada por saltos qualitativos de um nível de conhecimento para outro. Em virtude disso, desenvolveu o conceito de Zona de desenvolvimento Proximal, a qual representa a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com pessoas mais capazes. A Zona Proximal é o que separa a pessoa de um desenvolvimento que está próximo, mas ainda não foi alcançado. O mediador é quem ajuda a criança a concretizar um desenvolvimento, o qual ela ainda não atinge sozinha. O desenvolvimento potencial é aquilo que a criança ainda não domina, porém, é capaz de desenvolver com ajuda de alguém mais experiente (VYGOTSKY, 2003).

Em sua teoria, o desenvolvimento mental da criança aparece segundo a lei de que todas as funções aparecem duas vezes: primeiro no nível social (entre pessoas – interpsicológica) e depois no nível individual (interior – intrapsicológica). A finalidade da aprendizagem é a assimilação consciente do meio físico mediante a interiorização consciente e gradual de atos externos e suas transformações em ações mentais. A aprendizagem se produz pelo constante diálogo entre o exterior e o interior do indivíduo (VYGOTSKY, 2003).

Em Vygotsky as curvas de aprendizagem não coincidem com a do desenvolvimento. Não há paralelismo entre aprendizado e desenvolvimento das funções psicológicas correspondentes. Tal relação é um processo complexo dialético, não linear, dá-se aos saltos, mediante surgimento do caos. Para o pensador, é preciso desenvolver uma sequência que permite o progresso de forma adequada, impulsionando ao longo de novas aquisições, sem esperar a maturação mecânica, e, com isso, evitando o que possa pressupor as dificuldades para prosperar por não provocar um desequilíbrio adequado. Portanto, a aprendizagem vai à frente do desenvolvimento (VYGOTSKY, 2003).

As potencialidades, desse modo, devem ser levadas em conta no processo ensino-aprendizagem. Para Vygotsky, a escola deve dirigir o ensino não para etapas intelectuais já alcançadas, mas sim para estágios do desenvolvimento ainda não incorporados, funcionando como um incentivador de novas conquistas psicológicas. A escola, assim sendo, deveria partir do nível de desenvolvimento real da criança e como ponto de chegada os objetivos da aula. Desse modo, o professor tem o papel de interferir na zona de desenvolvimento proximal dos alunos (VYGOTSKY, 2003).

Paulo Freire (1921-1997) traz também grandes contribuições para as correntes filosóficas de aprendizagem, seu método, perspectiva ou teoria, fundamenta-se também na concepção Sociocultural. É considerado ainda um dos educadores mais influentes do Brasil, cuja publicação mais conhecida é *Pedagogia do Oprimido* (1987). Seus primeiros projetos educacionais voltaram-se para a alfabetização de adultos, que se originou na década de 1950, com os círculos de cultura. Devido sua eficiência, em 1963, foi convidado pelo então presidente, João Goulart, para reformar o sistema de educação para adultos no Brasil, porém, interrompido em virtude do Golpe Militar, em 1964, quando, em setembro do mesmo ano, aos 43 anos, foi exilado para a Bolívia. (OSTERMANN e CAVALCANTI, 2010).

A perspectiva educacional de Freire é muito mais próxima de uma teoria do que de um método, como é conhecida (método freiriano). Portanto, quando em Freire encontramos método, devemos entender como filosofia ou teoria do conhecimento, ou, mais adequadamente, perspectiva freiriana (FREIRE, 1987).

Sua perspectiva não reside apenas na eficácia do método, mas, acima de tudo, na inovação de seus conceitos, dentre eles, a conscientização. Essa conscientização nasce em um determinado contexto pedagógico, no qual, com novas técnicas, aprende-se uma nova visão de mundo, a qual permite críticas, e os caminhos não são impostos, mas deixados à capacidade criadora da consciência livre. Não se conscientiza um indivíduo isolado, mas sim uma comunidade, quando ela é totalmente solidária com respeito a uma situação limite comum. Portanto, a matriz do método, que é a educação concebida como um momento do processo global de transformação revolucionária da sociedade, é um desafio a toda situação pré-revolucionária, e sugere a criação

de atos pedagógicos humanizantes, que se incorporam em uma pedagogia de revolução. O método freiriano está, então, comprometido com a transformação total da sociedade (FREIRE, 1987).

Nos círculos de cultura não havia a programação de conteúdo, eram escolhidos pelo grupo de alunos. Aos educadores cabia orientar os alunos, enriquecendo os debates e propondo temas secundários para impulsionar o processo educativo (FREIRE, 1987).

Freire argumentava que há um saber popular que deve ser levado em conta no sentido de uma conscientização, visando uma transformação social. Nos círculos de cultura os alunos obtiveram excelente desempenho, tanto no aprofundamento, quanto no comprometimento e na postura crítica. Essa forma de trabalhar pressupunha uma relação horizontal entre educadores e educando (FREIRE, 1987).

A forma de trabalho nos círculos de cultura era sinteticamente a seguinte (FREIRE, 1987):

- O educador ia ao ambiente comunitário e registrava tudo o que via e ouvia, o objetivo principal era registrar as palavras mais usadas pela comunidade já alfabetizada. Desse ponto nasciam as chamadas palavras e temas geradores, que eram escolhidas não só pelo significado, mas também pela relevância social. Tinham ainda, que representar todos os fonemas da Língua Portuguesa;
- As palavras deveriam representar a forma de vida das pessoas, posteriormente, essas palavras seriam esmiuçadas e integradas a um conjunto de perguntas, que poderiam ser existenciais ou políticas. Os temas geradores são sempre amplos e conscientizadores;
- Esse processo mostrou que não era necessário mais do que 20 palavras geradoras para completar o ciclo de alfabetização inicial;
- Dessa forma, os adultos se educavam discutindo suas experiências de vida e seus anseios com as pessoas que viviam experiências e anseios semelhantes.

A grande originalidade do trabalho de Freire é considerar a educação como libertadora, essa é a ideia básica de seu livro mais famoso, *Pedagogia do Oprimido*. Independente do trabalho, como também, nem um círculo de cultura ser ou não para alfabetização, o educador deve promover o debate, instigando os alunos a fazerem perguntas em torno das palavras geradoras. Deve-se também estar atento as dificuldades do grupo e saná-las durante o processo. As discussões eram incrementadas com vários recursos didáticos como pôsteres e projetores, destacando-se a palavra geradora (FREIRE, 1987).

A marca da pedagogia freiriana é o ensino informal, no entanto, educadores engajados com o ensino escolar vêm adotando os pressupostos dessa pedagogia. Dessa forma, alunos e professores mediatizados pela realidade e, da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa mesma realidade, a fim de nela atuarem, em um sentido de transformação social (OSTERMANN e CAVALCANTI, 2010).

Para Freire, tanto a educação tradicional - denominada bancária, porque visava o depósito de informações nos alunos - assim como, a educação renovada - que pretendia uma libertação psicológica individual - são domesticadoras, já que em nada contribuem para desvelar a realidade social de opressão (FREIRE, 1987).

Os passos da aprendizagem: codificação, decodificação e problematização da situação, permitem aos alunos um esforço para a compreensão do vivido, até chegar em um nível mais crítico de conhecimento da realidade, sempre por meio da troca de experiências em torno da prática social. Dessa forma, dispensa-se um programa educacional previamente estruturado, trabalhos escritos, aulas expositivas, assim como qualquer tipo de verificação direta da aprendizagem. Admite-se, porém, a autoavaliação, feita em termos de compromissos previamente assumidos, e a avaliação da prática vivenciada entre educador e educando no processo de grupo (FREIRE, 1987).

A designação de educação problematizadora, como correspondente da educação libertadora, revela a força motivadora da aprendizagem, que

se dá a partir da codificação de uma situação problema, da qual se toma distância para analisá-la criticamente. Nessa lógica, o que é aprendido não decorre de memorização ou imposição, mas sim do nível crítico de conhecimento, ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica. O que o profissional de saúde aprende é o que foi incorporado como resposta às situações de opressão, como também, ao significado daquilo que lhe foi apresentado (OSTERMANN e CAVALCANTI, 2010).

### **3.2 A Influência das Concepções de Aprendizagem para as Ações de Educação no Trabalho**

As ações educativas, segundo a proposta de Educação Permanente, exigem uma concepção ideológica de educação capaz de promover contribuições valiosas ao propor reflexões sob a perspectiva político-filosófica, valorizando a articulação da atenção à saúde com a gestão e o controle social, reconhecendo que práticas de saúde são definidas pelo papel de diferentes profissionais integrados para o mesmo propósito, contribuindo mutuamente para transformação das práticas e melhoria da assistência à saúde.

É comum encontrarmos ações de ensino em serviço voltadas para conhecimentos e conteúdos, sendo organizadas de acordo com concepções tradicionais, de transmissão de conhecimento, buscando qualificar os profissionais e preencher lacunas que não foram bem desenvolvidas no processo de formação. Segundo Lopes (2007), o importante para esse modelo de ensino é que o profissional saiba reproduzir o conhecimento que lhe foi transmitido, não importa qual relação o profissional tenha com o conteúdo, se houve aprendizado, transformação ou conhecimento.

Em várias profissões da área da saúde, ações de EC também são desenvolvidas a partir de concepções comportamentalistas. Nestas concepções há a valorização da técnica e do condicionamento para tal. Por exemplo, a medida da pressão arterial pressupõe uma técnica, quanto mais treinado o profissional estiver menor a chance de erro, portanto a expertise técnica é reconhecida como primordial e para isso condicionaliza-se o comportamento profissional.



Teremos, dessa forma, um profissional muito capaz em determinar o valor da pressão arterial, muitas vezes, entretanto, sem trato com o paciente. Tem-se um resultado, mas o que fazer com ele, o que dizer ao paciente, quais orientações são necessárias, será preciso pedir ajuda a outro profissional, e o paciente tem influência sobre todas as indagações anteriores? Se for homem, se for mulher, jovem, velho, morador de rua ou de um condomínio? Para tais questões a teoria de aprendizagem anterior não é capaz de responder, somente com profissionais críticos, reflexivos, “empoderados” de sua prática profissional, do contexto sociopolítico do qual faz parte, pode conseguir responder ou dar continuidade ao cuidado de forma adequada e segura.

Sabemos que a prática profissional, na atenção primária, é de grande complexidade, já que requer ampla mobilização de recursos e saberes, além da consciência da ação, e não apenas de uma dada técnica, mas sim da técnica aliada à reflexão. Nesse sentido, o conhecimento é construído em seu dia a dia por meio de experiências e dos significados que essas ações trazem para a vida do profissional.

Ao contrário das ações educativas propostas pelo modelo acadêmico tradicional, no qual os saberes, na maioria das vezes, técnicos, são apenas transmitidos de forma fragmentada e pontual, conforme as competências de cada profissão, faz-se imprescindível um arranjo em que diversas profissões dentro de uma equipe, possam se aproximar e discutir o trabalho, dessa forma, voltadas para a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.

Um modelo de educação no trabalho que promova reflexões por meio de estratégias de ensino contextualizadas e participativas e, orientado-se para a transformação das práticas de saúde, pode ser muito mais efetivo, contribuindo para o fortalecimento das ações de saúde com base nos princípios do SUS.

A EPS propõe uma estratégia de ensino pautada em teorias centradas nos atores sociais envolvidos e na construção coletiva de saberes, tendo como pano de fundo o próprio trabalho em saúde. Seu compromisso é tornar o profissional capaz de refletir sobre seu fazer ou sua prática a partir de valores e crenças construídos por meio de suas experiências de vida, além dos princípios de solidariedade, humanização, trabalho em equipe, entre outros. As teorias de aprendizagem em questão são as sócio-construtivistas e sócio-

culturais, as quais embasarão a concepção e discussões de educação no trabalho deste estudo.

A educação no trabalho tem, portanto, o desafio de inovar nas metodologias de ensino-aprendizagem, o que, apesar de causar estranheza aos profissionais, que normalmente são formados de acordo com metodologias tradicionais, podem transformar as práticas de saúde, tendo como resultado um salto qualitativo na assistência à saúde, com grandes repercussões nas comunidades assistidas por equipes que participam de atividades de educação permanente.

As ações educativas desenvolvidas nas eSF devem estar mais próximas das necessidades percebidas pelos trabalhadores, e não somente próximas de questões técnico-científicas e dos desempenhos que o serviço demanda. No entanto, essas necessidades também são legítimas e devem ser contempladas durante as ações educativas, o desafio, portanto, é tornar essas necessidades significantes aos trabalhadores e ao mesmo tempo valorizar as angústias e necessidades sentidas pelos mesmos.

#### **4. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

A Constituição Federal Brasileira, de 1988, em seu inciso III, artigo 200, atribui ao SUS à competência de coordenar a formação dos profissionais da área da saúde (BRASIL, 1988). Para sua efetivação e funcionamento, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias estratégias e políticas voltadas para educação, formação e qualificação dos trabalhadores de saúde. Entre as estratégias para tal qualificação, encontra-se a Educação Permanente em Saúde, que foi instituída dentro de um cenário político, com base no fortalecimento do SUS, como a principal ferramenta de qualificação profissional em saúde (BRASIL, 2009).

Em 18 de setembro de 2003, o Ministério da Saúde propôs, por meio da Comissão de Intergestores Tripartite a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde. Essa política foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS n 335), em 27 de novembro de 2003, como instâncias regionais e interinstitucionais de Gestão da Educação Permanente. A Comissão de Intergestores Tripartite define em seu artigo 1, que a Política de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação em saúde. Deliberou também, que a condução da Política de educação permanente em saúde se dará mediante os colegiados de gestão regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Cabendo a estes a elaboração de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os planos de saúde Estaduais e Municipais de cada região, no que se refere à educação em saúde (BRASIL 2009).

Cabe aos Colegiados de Gestão Regional a construção coletiva e definição do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para cada região, a partir de diretrizes nacionais, estaduais e municipais da sua área de abrangência; submetê-lo à Comissão de Intergestores Bipartite para homologação; pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional,

que poderá ser realizada pelo estado distrito federal e municípios; incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições de ensino, dos trabalhadores dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde; acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; avaliar periodicamente o trabalho e composição das Comissões de Integração Ensino-Serviço (BRASIL, 2009).

As Comissões Permanentes de Ensino-Serviço são instâncias intersetoriais e interinstitucionais que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. Essas deverão ser compostas pelos gestores municipais e estaduais de educação, trabalhadores do SUS e suas entidades representativas, instituições de ensino com cursos da área da saúde e de movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas. Suas atribuições são: apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional, na construção dos Planos Regionais de Educação; articular instituições para propor de forma coordenada estratégias de intervenção no campo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores; incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de ensino; contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de educação permanente implementadas; apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente (BRASIL, 2009).

Deve haver, dessa forma, uma estreita relação entre os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino-Serviço, uma vez que caberá aos Colegiados de Gestão Regional a elaboração do Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde, a qual servirá de norteador para as atividades das Comissões de Integração Ensino-Serviço, que trabalharão na construção de projetos e estratégias de intervenção no campo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Essas ações deverão ser apresentadas ao Colegiado de Gestão Regional para validação, acompanhamento e execução dos projetos.

Importante destacar também os papéis do Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, já que são responsáveis por garantir cooperação e assessoramento técnico, além da elaboração do Plano

de Ação Regional para Educação Permanente, orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente, instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação, como também, a organização de um sistema de informação com atualização permanente dos dados referentes à formação (BRASIL, 2009).

Essas duas instâncias, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, com as Secretarias Municipais de saúde, serão responsáveis por: planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores de saúde do SUS, no seu âmbito de Gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de Gestão, para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós graduação na saúde; e articular, junto às instituições de ensino técnico e superior, mudanças em seus cursos de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária.

Enfim, todas as ações para a formação e aperfeiçoamento dos trabalhadores de nível técnico da área de saúde devem ser produto da articulação técnica, cooperação e diálogo das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social.

Além das definições descritas acima, a Política Nacional de Educação Permanente, também traz para discussão questões referentes ao embasamento teórico e o entendimento de Educação Permanente:

“A educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no 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 experiências que as pessoas já tem. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores de 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)

Dessa forma, é possível notar que o conceito de Educação Permanente, contido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estabelece, é

convergente com os princípios e diretrizes do SUS e, como a própria PNEPS nomeou, a construção da Cadeia de Cuidado Progressivo à Saúde. Essa cadeia supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços de saúde, em que todas as ações e serviços sejam prestados, reconhecendo as histórias e contextos de vida, assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e da comunidade.

A PNEPS também problematiza sobre as estratégias utilizadas para o aperfeiçoamento profissional, destacando as capacitações como modelo vigente de ações educativas na área da saúde influenciada por uma variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, além do modelo escolar vigente, determinando o espaço dentro do qual a capacitação pode operar seus limites e potencialidades. O texto destaca as condições que determinam esse tipo de estratégia, como a simplificação, reduzindo a questão educativa à aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, reduzindo, desse modo, processos educativos a um meio de alcançar objetivos pontuais, e não como meio de mudança institucional. O imediatismo também interfere de forma negativa, uma vez que acredita em grandes mudanças por meio de um programa educativo de aplicação rápida. Associado a isso, há, ainda, a baixa discriminação dos problemas a superar, cuja solução não depende somente de ações educativas mas também da tendência em atuar por meio de programas com a lógica de começo e fim (BRASIL, 2009).

Além disso, a PNEPS diferencia os conceitos de Capacitação e de Educação Permanente, da mesma forma que se diferencia Educação Continuada de Educação Permanente. Observa-se que, embora as capacitações visem à melhoria do desempenho profissional, suas ações não representam parte substantiva de mudança institucional, e as mesmas podem estar inseridas no processo de educação permanente com vistas à cultura institucional, na qual se faz presente.

Finalmente, a PNEPS também discute as bases teóricas da educação, fazendo críticas ao modelo escolar vigente e às teorias que se formularam a partir de pesquisas do desenvolvimento e aprendizagem nas crianças.

Destaca-se que a Educação Permanente refere-se a aprendizagem de adultos, os quais apresentam grandes peculiaridades no aprender (BRASIL, 2009).

## 5. Percurso Metodológico

Para atender o objetivo proposto de analisar as concepções e prática de educação no trabalho dos enfermeiros, médicos e dentistas das eSF, de um município da região nordeste do Estado de São Paulo, com referencial teórico respaldado pela concepção de aprendizagem construtivista, considerou-se mais adequada a abordagem qualitativa.

Para Minayo (2007, p. 57), o método qualitativo:

“é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam.”

Trata-se, portanto, de um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, o qual visa analisar criticamente os dados obtidos de acordo com os objetivos propostos. Segundo Minayo (2007), a pesquisa qualitativa abrange um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um plano mais profundo das relações, fenômenos e processos, os quais não podem ser reduzidos a números.

### 5.1. Campo de Estudo

Para Minayo (2007, p. 201), o campo de estudo pode ser entendido como o “recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”.

A pesquisa foi realizada em um município da região nordeste do Estado de São Paulo. Este município possui 221.936 habitantes, dos quais, 213.070 vivem na área urbana e 8.866 na área rural. Possui ainda dois distritos rurais, o um com 3.296 habitantes, e outro com 3.034 habitantes. Além disso, o município conta também com uma população flutuante de aproximadamente 20.000 habitantes.

A estrutura da rede básica de saúde desse município conta com dezessete (17) eSF, duas delas situadas em área rural, que, juntas, têm uma cobertura de 39.768 pessoas e de treze (13) UBS. A atenção secundária à saúde é composta de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), além de um Centro de Especialidades Médicas (CEME) para atendimentos ambulatoriais e de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A Rede



Hospitalar é composta por um hospital de média e alta complexidade, outro de baixa e média complexidade e uma maternidade.

Essa estrutura compõe a Rede Escola de Cuidados à Saúde, criada para prestar assistência qualificada e, ao mesmo tempo, promover ensino de qualidade, possibilitando o cuidado integral da saúde dos indivíduos e da comunidade, considerando os princípios do SUS.

A Rede Escola de Cuidados à Saúde é um arranjo organizativo das Unidades e ações de saúde pública, contratadas e conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde, que, integradas com base nas tecnologias de apoio e gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado da população e constituem espaços de aprendizagem para estudantes de graduação e pós-graduação das instituições de ensino do município (Zen-Mascarenhas et. al., 2012).

A partir da criação do curso de medicina na UFSCar, aliado à relação estreita entre a Universidade e o poder público municipal, consolidou-se a Rede Escola de Cuidados à Saúde. Com isso, foi instituído o Conselho de Parceria entre a Universidade e a Prefeitura Municipal, responsável pela formulação e acompanhamento da política de formação profissional e de cuidados em Saúde, pela integração das ações de ambos os parceiros e pela proposição de instrumentos legais voltados à institucionalização dessas políticas e à sua sedimentação enquanto políticas de Estado. (Em <<http://www.conselhodeparceria.ufscar.br/menu-lateral-esquerdo/outros-documentos-1/conselho-de-parceria/lei-municipal-13936.>>).

Após a criação do curso de medicina, iniciou-se o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em diversas áreas, por exemplo, medicina, enfermagem, odontologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, serviço social, farmácia, fonoaudiologia e educação física. Tanto o curso de medicina quanto o Programa de Residência Multiprofissional tornaram-se viáveis por meio da parceria da gestão municipal e da Universidade, na qual alunos e residentes seriam inseridos na rede municipal de saúde, potencializando as ações de cuidado e recebendo dos profissionais da rede apoio, supervisão e orientação.

Além disso, alunos e residentes inseridos em um cenário real, mais próximos das necessidades de saúde da comunidade, têm a chance de receber uma formação de melhor qualidade, orientada para os princípios e

diretrizes do SUS. Em contrapartida, os profissionais da rede, mais próximos da Universidade, participando dos processos de formação de alunos e residentes, teriam a oportunidade de crescimento profissional, rediscutindo sua prática técnica e social em espaços formais ou informais no dia a dia com alunos e residentes.

Operacionalmente, a Rede de Cuidados à Saúde desse município se encontra na possibilidade de um sistema de provisão de cuidado de natureza multiprofissional e intersetorial, articulado no formato de uma rede intercooperativa e intercomplementar, composta por diversos equipamentos sociais e institucionais, entre eles, Gestão Municipal e Universidade.

## **5.2 Sujeitos da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada com os enfermeiros, médicos e dentistas em quatorze (14) eSF, do município, foram excluídas da pesquisa as duas eSF situadas na zona rural da cidade, devido ao acesso a elas e ao período de tempo limitado para a execução da pesquisa. Foi excluída, também, a eSF onde a pesquisadora estava inserida como trabalhadora.

Optou-se por trabalhar com enfermeiros, médicos e dentistas, uma vez que estes profissionais compõe a equipe de gestão das eSF, cabendo a eles o desenvolvimento de atividades gerenciais, de apoio, e de ensino para com as eSF, tendo a Educação Permanente como uma das ferramentas de gestão e como recurso de motivação dos profissionais das eSF (BRASIL, 2009).

## **5.3 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Este projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, recebendo parecer favorável, número 185.157, no dia 14 de janeiro de 2013. Foi apresentado, também, à Secretaria Municipal de Saúde para apreciação e autorização para pesquisa de campo, tendo sido autorizado pelo secretário de saúde em exercício naquele momento. Além disso, os entrevistados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa, demonstrando ciência e interesse em participar da mesma, o mesmo encontra-se descrito no apêndice II.

#### 5.4. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada de forma conjunta entre enfermeiro, médico e dentista de cada eSF, sendo no total quarenta e dois sujeitos, entre os meses de março, abril, maio e junho de 2013. Esse tipo de entrevista é sugerida por Chizzotti (2000 p. 89), na qual ele cita alguns instrumentos de coleta de dados, e, entre eles, a entrevista coletiva.

A entrevista semi-estruturada teve como objetivo identificar as ações de educação no trabalho desenvolvidas pelos sujeitos entrevistados. O roteiro de perguntas utilizado nas entrevistas está disponível no Apêndice I. Como propõe Neto (in Minayo, 1999), as perguntas foram previamente elaboradas, porém direcionadas de forma aberta para que o entrevistado pudesse discursar livremente sobre a mesma.

As entrevistas foram realizadas de acordo com agendamento prévio via telefone, respeitando a disponibilidade dos sujeitos, porém houve alguns imprevistos: em três eSF a equipe não estava completa, ou seja, o profissional dentista não fazia parte do quadro de funcionários de duas equipes e o profissional enfermeiro também não fazia parte do quadro de funcionários de outra equipe, naquele momento. Assim, os sujeitos diminuíram pra trinta e nove profissionais. Em duas eSF, mesmo após três tentativas, não foi possível a presença do profissional médico no momento da entrevista. Portanto, nessas duas eSF a entrevista foi realizada somente com o enfermeiro e o dentista.

Para garantir seu anonimato, as eSF foram identificadas com algarismos romanos de acordo com a ordem de execução das entrevistas. Após as entrevistas o áudio foi transcrito para potencializar o trabalho de análise.

Segue abaixo um quadro das eSF de acordo com a realização da entrevista e a presença dos sujeitos.

**Quadro I: Distribuição das eSF visitadas e profissionais entrevistados, município da região nordeste do estado de São Paulo, 2013.**

eSF	Profissionais presentes na entrevista	Profissionais ausentes na entrevista	Profissionais ausentes na equipe
I	Todos	–	–
II	Todos	–	–
III	Enfermeiro e Médico	–	Dentista
IV	Enfermeiro e Dentista	Médico	–
V	Todos	–	–
VI	Todos	–	–
VII	Enfermeiro e Dentista	Médico	–
VIII	Dentista e Médico	–	Enfermeiro
IX	Todos	–	–
X	Todos	–	–
XI	Todos	–	–
XII	Todos	–	–
XIII	Todos	–	–
XIV	Enfermeiro e Médico	-	Dentista

Como mostra o quadro, das 14 eSF selecionadas, foi possível entrevistar enfermeiro, médico e dentista conjuntamente em nove (9) delas. Em cinco (5) eSF não foi possível entrevistar as três categorias profissionais, seja por ausência do profissional na equipe, ou por dificuldade de conciliação de agendas. Portanto, dos trinta e nove (39), somente dois (2) não puderam participar da entrevista, o que denota a colaboração e disponibilidade dos profissionais com atividades de pesquisa.

## 5.5 Análise dos Dados

Para análise de dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977).

Os passos percorridos para análise consistiram, em primeiro lugar, da leitura flutuante das entrevistas, após transcrição das mesmas. Esse passo teve o objetivo de proporcionar ao pesquisador um reconhecimento dos elementos textuais, aquecendo o mesmo para interpretação do conteúdo das entrevistas e progressão da análise.

Iniciou-se, então, a análise propriamente dita com uma segunda leitura, na qual as unidades de registro são identificadas. Unidades de registro são palavras, expressões, frases ou parágrafos que expressem um conceito, um valor, ou um entendimento, que seja congruente com os objetivos da pesquisa. Em seguida, realizou-se o processo de codificação, que consistiu no reconhecimento das unidades de registro, selecionadas nas entrevistas. Ao observar sua prevalência, estas foram agrupadas e classificadas, permitindo atingir uma representação do conteúdo na intencionalidade de sua categorização.

Assim, as categorias construídas neste estudo foram: Entendimento de Educação no Trabalho; Embasamento Pedagógico na Prática Educativa; Espaços Educativos nas eSF; e Apoio da Gestão Municipal.

## 6. Resultados e Discussão

As categorias apresentadas neste capítulo permitiram a compreensão das ações de educação no trabalho, produzidas no contexto das eSF, como espaço de desenvolvimento de capacidades para produção de mudanças das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A seguir, será apresentada e discutida cada uma das categorias.

### 6.1 Entendimento de Educação no Trabalho

Com relação ao entendimento de educação no trabalho os sujeitos reconheceram a EP e a EC como estratégias para ações educativas nas equipes, explicando de diversas formas como as concebem e como tem tentado operacionalizá-las dentro das equipes. Alguns sujeitos trouxeram ideias e até exemplos mais próximos do que a EP propõe, e outras mais próximas da EC.

Algumas dessas ideias são explicadas pelos sujeitos e devem acontecer a partir das necessidades originadas pelo processo de trabalho e que possibilite ao trabalhador a ressignificação de suas práticas e do próprio trabalho, dando sentido, potencializando, e qualificando o fazer e o cuidar. O que está de acordo com a PNEPS, que estabelece como objetivo final da EP a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho.

*“[...] eu entendo como a problematização do próprio processo de trabalho, dos problemas e discussão em cima da realidade com participação multiprofissional.” eSF VI.*

*“Acho que o objetivo também é dar mais significado ao processo de trabalho, por que cada um vem de uma formação e aí se a gente consegue fazer isso permanentemente, a gente ressignifica até a nossa própria formação [...] a gente se empodera e empodera as pessoas em todas as questões do trabalho, tanto na gestão como na atuação.” eSF XIII.*

Os sujeitos demonstraram entender o processo de Educação no trabalho como sendo, algumas vezes, de maneira formal, e, outras vezes, em momentos informais, na rotina do próprio trabalho, entre os atendimentos, de acordo com a necessidade, envolvendo somente parte dos profissionais da equipe. As discussões isoladas podem gerar rivalidades, disputa de poder e fragmentar a equipe. O envolvimento de toda a equipe e a reflexão coletiva dos problemas é indispensável para que ações educativas nos moldes de EP aconteçam de maneira eficaz. A equipe deve estar coesa e esse trabalho conjunto colabora para elucidar valores e concepções que podem desestruturar a equipe ou serem expressos através de um cuidado de pouca qualidade.

*“No dia a dia, no atendimento do paciente quando surge uma dúvida a gente acaba conversando rapidamente e esclarecendo algumas dúvidas, eu, por exemplo, posso fazer uma busca e voltar a conversar.”* eSF I.

*“A questão de educação no trabalho é no dia a dia é na convivência, é na realização das atividades, então se alguém manifesta essas dificuldades a gente garante esses espaços pra gente rever a prática...”* eSF X.

O cotidiano é rico e pode ser explorado, uma vez que dele, emergem necessidades legítimas. Contudo, não deve ser resumido a questões somente técnicas com predomínio de transmissão de conhecimento, no qual um profissional mais capacitado transmite um conhecimento a outro tecnicamente menos capacitado.

Para Stroschein e Zocche (2011) é necessário que os profissionais reservem um espaço para observar a realidade onde estão inseridos, para elencar problemas do trabalho, bem como possíveis estratégias educacionais de enfrentamento, relacionando teoria e prática mediante hipóteses e soluções. Nesse sentido, rompendo o modelo biomédico e, rompendo também, a cultura da metodologia da transmissão de conhecimento, ainda predominante. Para tal, a autoanálise e a autogestão são essenciais para que as transformações das práticas ocorram.

Algumas equipes revelaram também conceitos mais coerentes com as propostas de capacitações, atualizações e cursos. Muitas vezes, relacionaram somente a questões técnicas, como protocolos clínicos, e, ainda, com

procedimentos como vacinas, administração de medicação, procedimentos odontológicos e médicos. Nos relatos nota-se que o valor dado ao conhecimento técnico-científico ainda é forte, prevalecendo algumas vezes sobre a reflexão e a crítica. Tal entendimento de educação no trabalho se revelou semelhante ao que propõe a EC.

*“Educação para o trabalho é uma educação voltada a capacitar o profissional para o trabalho específico que ele está realizando.”* eSF IX.

*“Eu acho importante para reciclagem, agente tem que se atualizar...as vezes muda uma técnica, alguma coisa e agente nem fica sabendo [...]”* eSF XII.

As ações de EC podem estar presentes no cotidiano das equipes e devem ser organizadas de modo a suprir a necessidade das equipes frente à demanda da população assistida. Porém, deve fazer parte de um processo crítico e reflexivo que garanta significado e liberdade ao aprendizado, diminuindo o risco de alienação do trabalho.

*“Nós deveríamos estar trabalhando dentro de uma assistência humanizada, então EP e EC seria uma maneira de capacitar esses profissionais para que eles tenham, tanto os ACS quanto os profissionais que já tenham uma graduação ou especialidade, para que eles possam trabalhar dessa maneira, com as necessidades da população, fazendo um bom acolhimento [...]”* eSF IX.

Ainda seguindo a lógica da EC, alguns sujeitos, relacionaram a educação no trabalho a cursos, treinamentos ou capacitações oferecidas pela instituição, ou por iniciativa própria, para aperfeiçoamento técnico. Secundariamente, relacionaram também a discussões em equipe ou aos cursos internos, planejados pela gestão local para a própria equipe.

*“Algumas coisas a gente recebe treinamento outras a gente acaba indo buscar... mas, pelo menos o que eu percebo na rotina do trabalho é que é muito mais uma busca do próprio profissional do que uma coisa que vem de fora.”* eSF XI.



*“Às vezes tem uma demanda levantada pela equipe e a gente solicita um profissional de fora, organiza uma capacitação [...] porque às vezes é um tema que a gente não dá conta de trabalhar sozinho [...]”* eSF XII.

A primeira fala demonstra um entendimento de educação no trabalho que não envolve o processo de trabalho, mas sim o aperfeiçoamento técnico necessário para cada categoria profissional, separadamente, de acordo com suas necessidades e envolvimento com o trabalho e profissão.

Em relação às capacitações técnicas, a maioria dos sujeitos, principalmente a categoria médica, queixou-se de não haver mais os Grupos Técnicos de Saúde da Criança e da Mulher que costumavam oferecer cursos e capacitações voltadas para as necessidades da categoria. Ao passo que a grande maioria dos dentistas disseram estar satisfeitos com o Grupo Técnico em Saúde Bucal, que mantém encontros mensais para discussões e capacitações.

*“A gente tinha cursos, capacitações dos grupos técnicos, mas os grupos acabaram e agora não temos mais nada. Esses cursos eram bons, ajudavam bastante [...] os dentistas ainda tem, mas a gente (médicos) não tem mais.”* eSF XIII

*“Quando tinham os grupos técnicos funcionando, as capacitações, uma vez por mês, ajudava na parte clínica, saúde da criança, da mulher. Tinha uma psiquiatra que vinha uma vez por mês na USF ajudar nos casos mais complexos [...]”* eSF V.

No entanto, como coloca Franco (2005), o investimento em programas educacionais não tem se convertido em mudança das práticas de cuidado, podendo também ser analisada como uma carência ou preocupação técnica apenas, operacionalizadas em ações de EC.

Alguns sujeitos preferiram também utilizar tanto a estratégia da EP quanto da EC, denotando sua complementaridade e importância para o desenvolvimento do trabalho.

*“Desenvolvemos as duas, tanto educação permanente em saúde em reunião de equipe, em reunião de ACS, e no cotidiano mesmo conforme*

*acontecem os problemas ou aparecem dúvidas [...] e como foi colocado em capacitações pontuais, mais técnicas, algo mais do núcleo.” eSF VI.*

*“[...] também passa pela questão da EP e da Educação Continuada. As capacitações fechadas, aos programas, aos processos de trabalho, que são de alguma forma fechados, na questão de fluxo, e a permanente no sentido de tudo que é relacional que pode ser revisto, reconstruído.” eSF VIII.*

Foi possível identificar diante das falas que o entendimento de Educação no Trabalho compreende aspectos técnicos e reflexivos, algumas vezes isolados, e, outras vezes, coerentes dando sentido e direcionalidade para as ações educativas. Porém, os aspectos técnicos envolvidos na compreensão da educação no trabalho é muito forte, denotando uma preocupação tanto na qualidade da assistência prestada, quanto do aprimoramento técnico e da aquisição de conhecimento somente.

Dessa forma, uma vez que os sujeitos são entendidos como produtos do seu próprio trabalho, de acordo com a concepção marxista, suas relações sociais e objetos produzidos podem ter caráter alienante, e somente haverá uma práxis transformadora mediante a desalienação dos trabalhadores. Para que essa desalienação ocorra, faz-se necessário que os profissionais, além da prática reflexiva, que transcende perícia técnica, também sejam capazes de exercitar sua autonomia e cidadania (SILVA et al, 2010).

A reflexão sobre o processo de trabalho também parece ser entendida por alguns sujeitos como eixo estruturante da educação no trabalho, seja por disparar necessidades técnicas legítimas ou por potencializar o trabalho em equipe, o envolvimento profissional e aplicação pessoal com foco numa prática profissional condizente com os pressupostos da Saúde da Família.

## **6.2. Embasamento Pedagógico na Prática Educativa**

Durante as entrevistas foi possível extrair as diferentes concepções pedagógicas com as quais os sujeitos interpretam o processo de aprendizagem, algumas vezes de modo subjetivo, mas expresso

principalmente no que se refere ao entendimento de educação no trabalho, ou na operacionalização desses processos.

*“A gente problematiza o que eles trazem, eles tentam chegar em um consenso e a gente vai só colocando os pontos pra valorizar o saber deles. Porque só aulas expositivas podem não fazer muito sentido [...]”* eSF V.

*“A questão assim da ação-reflexão, reflexão-ação, acho que a equipe conseguiu desenvolver bem isso no decorrer do tempo, a reflexão e discussão do próprio trabalho e do processo de trabalho.”* eSF X.

A problematização parece ser bastante utilizada pelos sujeitos, o que está de acordo com a proposta da EP, citada tanto na PNEPS como na bibliografia estudada. Algumas equipes, disseram utilizar a problematização da realidade, e das necessidades locais, no momento das discussões de caso. As discussões de casos problematizadoras e voltada para realidade local, podem ser consideradas potentes para a concepção construtivista, uma vez que o conhecimento como construção pode ser definido como um processo de reflexão, construção e reconstrução do seu saber, potencializado pelo convívio social e interação da equipe, tendo como pano de fundo a própria realidade.

*“Temos as discussões de caso que também ensinam um pouco isso. Na medida em que eu discuto um caso clínico e cada profissional traz o seu saber, o seu conhecimento, isso enriquece a equipe e beneficia o cliente.”* eSF V.

*“Os casos ou dúvidas são compartilhadas com toda equipe para que todos possam contribuir. Todos fazem busca que são compartilhadas e a gestão intervém para que todos tenham compromisso e busquem para não ficar esperando que só um traga o conhecimento.”* eSF III.

*“A gente fez uma escala, cada um vai apresentar um caso, vai elaborar um genograma, aí a gente vai trocando essas experiências, aprendendo a construir genograma, aprendendo a elencar prioridades e envolvendo todo mundo.”* eSF I.

Outro conceito citado foi o das metodologias ativas de aprendizagem, em que, metade dos sujeitos disseram utilizá-las, o que também é compatível com a EP e com a concepção de aprendizagem construtivista, na qual o

conhecer é transformar o objeto naquilo que tem significado. Apesar disso, a valorização do conhecimento prévio foi citada por poucas equipes como sendo aquela que tem papel importante na construção de novos conhecimentos, partindo de um conhecimento próprio, anteriormente concebido, assim como na valorização social do sujeito.

*“Com os ACS, por conta dos residentes, a gente fazia assim: situação problema, a residente trazia uma situação problema [...], uma narrativa e então, em cada encontro, um trazia, a gente anotava a questão e fazia busca [...], mas a gente trabalhava um pouco assim com síntese provisória e nova síntese [...], partindo do conhecimento prévio e da aprendizagem significativa .” eSF X.*

*“Mas é mais por metodologia ativa, algo que acontece no dia a dia que vira discussão a gente tenta entrar nos temas. Uma coisa que eu aprendi na especialização é sempre partir do ponto onde eles sabem [...]” eSF VII.*

Alguns sujeitos referiram-se ao uso de metodologias inovadoras, assim como de metodologias tradicionais, denotando uma mescla de concepções e métodos de aprendizagem. Assim, parece ocorrer de acordo com a necessidade apontada pela equipe e que disparam uma ação educativa.

*“A gente tem preferência para discussão de casos, estudo de caso mesmo, da problematização da aprendizagem significativa, mas a gente acaba utilizando também a abordagem tradicional de informação, de transmissão de conhecimento e até muitas vezes de condicionamento.” eSF VI.*

Entretanto, alguns sujeitos demonstraram em seus relatos uma maior convicção em ações educativas com caráter tradicional, embasadas na transmissão de conhecimento e centradas no conhecimento de um único profissional, com pouca ou nenhuma reflexão da equipe. Algumas vezes relataram claramente uma reprodução do modelo escolar.

*“A gente pra capacitar os agentes na equipe, a gente faz pesquisa na internet mesmo e traz pra eles, ou a gente monta uma apostilinha mesmo, eles tinham 15 dias para ler e vinham depois com as dúvidas. Depois fazia uma outra apostila com a demanda deles, com os temas.” eSF II.*

*“O ano passado a gente usou a apostila do agente de saúde, então tinha uma sequência, por ciclo de vida, mas não era algo fechado, era por necessidade.” eSF VII.*

Concepções Tradicionais ou centradas no conhecimento absoluto de uma pessoa da equipe, muitas vezes, representados pelo enfermeiro ou médico, não possibilitam reflexão e mudança de postura, apenas reforçam os papéis tradicionais dentro das equipes, como os dos “chefes” e dos “subordinados”. Entretanto, em quase todas as entrevistas, foram citadas ações embasadas na transmissão de conhecimento, como o uso de material impresso, apostila ou algo que contenha um conhecimento no qual os sujeitos desejam que seja apreendido.

*“[...] nossa estratégia é fornecer o material impresso [...] A gente utiliza tudo o que a gente pode, então, data show, computador, folhetim, todos os recursos pedagógicos a gente vai utilizando” eSF V.*

Quanto ao desenvolvimento e dinâmica interna das atividades educativas, foram muito citadas as discussões em equipe e rodas de conversa, demonstrando preocupação de alguns sujeitos em ouvir, em dar oportunidade para a argumentação, como mostra o exemplo abaixo.

*“Tem que dar uma abertura pra pessoa se colocar, perguntar, então é uma metodologia interessante. Aprendi isso aqui trabalhando com os alunos de medicina, então acho bem interessante começar a partir do conhecimento do outro.” eSF V.*

Porém, em algumas equipes isso não representou a garantia de uma metodologia coerente com a proposta, pois houve contradições durante a entrevista que acabavam por revelar mais uma vez a questão da transmissão de conhecimento, que, de certa forma, é camuflada ao receber o nome de dinâmica ou oficina.

*“A gente tenta fazer mais assim em nível de dinâmica, não ser só aula expositiva, que não funciona, [...] mas, às vezes, tem a expositiva também, palestra.” eSF XII.*

*“Às vezes, em forma de oficina, bate papo. Dependendo do tema você precisa formalizar sua apresentação no data show, a gente já fez até arte terapia, alguns cursos [...]”* eSF VIII.

É importante notar que a questão de aprender por meio de temas, ainda é forte, assim como outros trechos como , *“formalizar a apresentação”, “aula expositiva”, “palestra”, “cursos”,* reforçam que o valor dado à aprendizagem e a educação se aproximam mais de uma concepção tradicional.

Houve também outras estratégias associadas à tentativa de trabalhar com uma metodologia mais apropriada. Foi possível perceber durante as entrevistas uma preocupação com a questão metodológica no sentido de estar em conformidade ao que se espera de metodologias ativas. No entanto, poucas equipes demonstraram embasamento nesse assunto, apresentando, por vezes, conceitos vazios ou contraditórios. Alguns exemplos, mais coerentes com a proposta de EP, que merecem ser citados são as discussões de caso, presentes no discurso de quase todos os sujeitos; e o estímulo à busca individual por meio das dúvidas apresentadas, com discussão posterior, citado por poucos sujeitos.

*“A gente procura focar nas discussões de caso, nas reuniões de equipe, cada um traz seu caso e a gente vai discutindo e vendo o que cada um pode contribuir, por que cada profissional traz sua experiência e a gente vai somando tudo [...]”* eSF I.

*“Toda vez que aparece uma dúvida sobre um caso, o que fazer em uma determinada situação, a gente procura levar para reunião de equipe para a própria equipe se ajudar e construir um cuidado melhor para o paciente.”* eSF III.

Quanto aos disparadores utilizados houve referências tanto para as necessidades levantadas pela própria equipe, necessidades na maioria das vezes técnica, quanto referências a temas previamente estabelecidos, denotando a intencionalidade de capacitação mais próxima da EC:

*“[...] eu estipulei um horário com eles para que a gente pudesse sentar e eles colocarem os temas que eles têm maior dificuldade”* eSF IV.

*“[...] é de acordo com o que a gente julgue necessário, tanto da parte da equipe quanto da parte dos gestores.” eSF IX.*

Entendendo o conhecimento como um processo mental complexo, abstrato e, sobretudo, individual, no qual cada indivíduo constrói um significado único de determinado objeto, a partir de suas experiências no decorrer da vida, o uso de instrumentos prontos, para transmissão passiva de conhecimentos, normalmente não favorecem o aprendizado, tão pouco a mudança de postura profissional. Nenhum conhecimento pode ser transmitido ou dado, pelo contrário, todos os dias se constroem e reconstroem o conhecimento.

As atividades educativas nas equipes de saúde, tanto no que diz respeito à EP, como a qualquer outra atividade educativa, devem caminhar numa tendência a se valorizar muito mais a reflexão e construção de conhecimentos voltados para a realidade. Deve-se tirar o foco da excelência técnica e voltar-se para valores e atitudes, em um processo de qualificação mais amplo para o trabalho, que resultem em mudança de postura profissional e transformação das práticas de saúde, coerente com as necessidades de cada região.

Para que isso seja possível, esse processo deve ocorrer em equipe interdisciplinar potencializando a mudança de práticas tradicionais centradas na doença e no tratamento medicamentoso. Para Stroschein e Zocche o verbo problematizar, no contexto da educação permanente, envolve outros verbos como *“refletir, planejar, analisar, subjetivar, criar, recriar, envolver, inserir, responsabilizar, transversalizar e catalisar”* (STROSCHEIN e ZOCICHE, 2012, p.511).

### **6.3 Espaços Educativos nas eSF**

As reuniões de equipe foram citadas por todos os sujeitos como um espaço conquistado, o qual é usado também para atividades educativas. Durante essas reuniões as atividades de educação no trabalho são algumas vezes programadas e outras vezes acontecem naturalmente a partir de questões que emergem das discussões de caso ou do processo de trabalho, porém não são em todas as reuniões que há esses momentos.

*“[...] as reuniões de equipe também. Acontece como pauta, ou quando acontece algum problema que a gente tenta se programar para discutir em reunião, mas não são em todas as reuniões”. eSF VII.*

*“[...] o espaço da quinta feira à tarde de reunião de equipe [...] esse espaço é muito importante pra gente poder estar fazendo EP.” eSF VIII.*

Também foi relatado, que algumas atividades educativas acontecem no dia a dia, durante a rotina do serviço. Na maioria dessas falas a concepção de transmissão de conhecimento é frequente, já que na rotina do serviço são tiradas dúvidas de natureza mais técnicas e pontuais.

*“Eu acabo fazendo isso de uma forma mais contínua, quando estou atendendo algum paciente com as auxiliares, eu já explico um pouquinho.” eSF IX.*

*“Nos acolhimentos quando a enfermagem me traz um caso, eu gosto de discutir primeiro, ver o que ela traz de importante para o meu atendimento, às vezes, alguma coisa da história do paciente que seja importante e que o paciente não vai falar. Aí eu tento também já passar algumas orientações de como ela poderia proceder no caso [...]” eSF V.*

As atividades educativas destinadas especificamente aos ACS destacaram-se muito, sendo citadas pela grande maioria das equipes. Os sujeitos relataram a criação de um espaço próprio para atividades de educação para essa categoria, chamado de Reunião de ACS. Essa reunião contava com a participação dos próprios ACS, do enfermeiro e, às vezes, do médico e do dentista. Esse espaço foi criado por iniciativa própria de algumas equipes, sem ser oficializado pela gestão.

A preocupação com a categoria dos ACS, por parte dos gestores locais, os coloca como prioridade na questão educativa. Primeiramente, por ser uma categoria não regimentada como uma profissão de nível técnico, inexistindo um preparo do profissional para o ingresso no serviço, e também por falta de clareza dos papéis que cabem a esses profissionais, se somente assistenciais, ou assistenciais e administrativos, por exemplo.



Algumas equipes, reconheceram também a necessidade de inserir os outros profissionais da equipe nessas reuniões, a princípio destinadas apenas aos ACS, porém referiram dificuldade de inseri-los, uma vez que essas reuniões ocorrem durante o atendimento da população. Na maioria das equipes havia um revezamento entre médico, enfermeiro e dentista ou entre enfermeiro e dentista para a condução desse espaço, nas demais essa atividade era restrita ao enfermeiro.

*“[...] com as auxiliares de enfermagem era mais difícil [...] O grupo que a gente visava mais era o agente comunitário de saúde.”* eSF VII.

*“[...] tem um dia que ela (a enfermeira) destina à capacitação dos ACS, então, ela traz os temas, eles apresentam o que querem saber, que discute dúvidas, então, este é um espaço formal.”* eSF V.

Há profissionais das equipes entrevistadas que não participam dos momentos educativos, principalmente por estarem envolvidos em atividades assistenciais nesses momentos, pois ocorreriam durante o atendimento à população.

Além desse espaço para a implementação de ações de educação no trabalho, é utilizado por todas as equipes o espaço da reunião de equipe, como já citado. Isso ocorre por não haver um espaço próprio para atividades educativas e educação permanente. Sendo assim, a maior parte das equipes, disseram reservar um momento na reunião de equipe para essas atividades.

Enfim, foram citados três cenários compreendidos como espaços educativos pelos entrevistados: um espaço próprio para educação no trabalho, o qual, porém é usado durante os atendimentos, onde nem toda equipe pode estar presente, o que já torna inadequado o processo de EP, por exemplo; momentos do dia a dia, no cotidiano do próprio trabalho, entre atendimentos, principalmente; e momentos reservados durante as reuniões de equipe.

Essa situação denuncia uma grande fragilidade da gestão municipal por não haver um planejamento junto às equipes das atividades de educação, ou por não regulamentar as ações educativas de modo que as equipes possam dispor tranquilamente desses momentos, respeitando, claro, as necessidades que cada equipe apresenta. As equipes parecem ficar inseguras ao se afastar

da assistência para participar das atividades de educação, tornando, por vezes, inviável a realização dos mesmos, ou inviável a participação de todos os integrantes das equipes.

Segundo Franco (2005), assim como Merhy (2005), as práticas pedagógicas direcionam a produção se sujeitos implicados com a produção do cuidado, onde diversos cenários do trabalho podem funcionar como unidades de produção pedagógica, com utilização de metodologias coerentes com a EP e adequadas as atividades educativas de maior poder reflexivo.

#### **6.4. Apoio da Gestão Municipal**

Essa categoria surgiu da insatisfação dos sujeitos diante da insegurança gerada com mudança da gestão municipal. O momento era de dúvidas, expectativas e receio de possíveis mudanças na rotina do serviço, além daquelas que já estavam sendo implantadas. Uma dessas mudanças foi em relação às reuniões de equipe, que aconteciam às quintas-feiras, à tarde, com a USF fechada ao público. Entretanto, a gestão atual solicitou às equipes que realizassem as reuniões com a USF aberta ao público, concomitante aos atendimentos. Para os profissionais esse movimento foi muito prejudicial, já que sem uma equipe completa não se podia fazer de fato a reunião de equipe. As equipes demonstraram sentimentos de descontentamento e desmotivação:

*“[...] com o monte de outras coisas que a gente tem no saúde da família, prevenção, promoção, atividades na escola, atividades em grupo, a EP fica perdida com todas as outras coisas, entendeu?! Então, tem um monte de coisas que são importantes, que estão na literatura, mas a gente não tem apoio institucional pra fazer isso acontecer. A nova gestão não tem entendimento do nosso trabalho aqui dentro, então não tem espaço pra isso [...] falta de espaço, é uma dificuldade, a gente tinha o espaço da reunião de equipe, agora não podemos fechar mais pra reunião [...]” eSF II.*

*“[...] eu acho que a gestão esta focada no curativo, ela não entende que eu vou fechar a agenda duas horas, eu não vou atender e fazer EP e que isso pode gerar um benefício muito maior [...] mas número não gera em EP.” eSF IV.*

*“ [...] não esta tendo mais o espaço da reunião de equipe [...] e esse espaço é muito importante pra gente estar fazendo isso (EP).” eSF VIII.*

Algumas equipes queixaram-se de não existir uma orientação e cobrança para que ações educativas para o trabalho ocorram, o que denota a cultura em esperar a cobrança para realização de tarefas inerentes ao trabalho, como as ações educativas com a equipe, e até mesmo, a ausência de implicação técnico-política dos sujeitos, que são os próprios gestores das eSF, para exercer suas funções independentes de serem delegadas.

Para Merhy, 2005 o foco para a operacionalização dessas práticas pedagógicas deve residir na “microgestão” das eSF. Os profissionais precisam conquistar sua autonomia para realizar as ações de educação no trabalho.

*“[...] se eu disser que nós temos um amparo ou cobrança para realização dessas atividades da parte da gestão, nós não temos.” eSF V.*

*“Acho que falta o feedback, acho que só vem aquela cobrança pontual e punitiva, e passado aquele momento de maior efervescência, tudo volta ao normal.” eSF VI.*

No que se refere à cobrança, é importante ressaltar que algumas equipes queixaram-se de cobranças sobre a questão de capacitação da equipe em momentos de conflitos ou em momentos de falhas técnicas, sobressaindo-se na figura do enfermeiro, culturalmente responsável pela capacitação da equipe. Mesmo em um modelo de atenção à saúde contra-hegemônico, no qual a gestão é compartilhada entre médico, enfermeiro e dentista, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro ainda é a referência para questões de gerência e gestão.

*“Eu acho que para o enfermeiro isso é cobrado, mas é cobrado de uma forma errônea, até prejudicial, ao invés de estimular é uma cobrança vazia e essa cobrança só vem quando eles detectam algum problema. Então, se aconteceu algum problema porque o enfermeiro que é o instrutor dos agentes não capacitou.” eSF VI.*

Diante das falas foi possível notar que não há uma política institucional para a ePS, tão pouco há preparo dos gestores locais para a realização dessa

tarefa, apesar da grande maioria dos entrevistados entenderem que estão capacitados para realizar esse tipo de atividade. Além disso, os sujeitos não reconheceram no município nenhuma iniciativa atual no âmbito político-institucional que contemplasse as questões referentes à EP ou outras atividades educativas.

*“Eu acho que a gente não recebe da gestão superior nenhuma orientação de como fazer EP, o que abordar [...]” eSF VII.*

*“Não conheço nenhuma política para EP, eu me baseio nos princípios do SUS e nos Cadernos de Atenção Básica [...] não tem um protocolo da secretaria, agente busca na internet [...]” eSF X.*

Da mesma forma, duas equipes citaram uma iniciativa de discussões a respeito da ePS em um espaço que ocorreu durante um ano na Regional de Saúde de Araraquara, e que não teve continuidade do município para que essas discussões se perpetuassem nas equipes.

*“Eu acho que uma grande dificuldade do município é não ter mais essas capacitações. Capacitar um educador, pro educador fazer na sua unidade, e também ter uma avaliação, não adianta cobrar, precisa de uma avaliação.” eSF XIV.*

*“Eu sei um pouco de Educação Permanente por que eu fiz o curso de Fortalecimento da Atenção Básica em Araraquara, mas não foi todo mundo que fez e agora não tem mais [...]” eSF IV.*

Diante disso, foi possível perceber fragilidades e inseguranças para ações de educação no trabalho. Outro exemplo dessas fragilidades ocorreu quando, a maioria dos sujeitos, queixou-se da ausência da figura de um apoiador institucional. Para os sujeitos, o apoiador institucional poderia exercer uma influência positiva estimulando o desenvolvimento de ações educativas nas eSF. As equipes trouxeram essa demanda falando algumas vezes de um sujeito de fora da equipe que poderia contribuir com sua experiência ou conhecimento apoiando os gestores na condução dessas atividades.

*“Eu sinto falta de alguém para falar: olha esse caso você pode trabalhar assim, você resgata dessa forma, porque isso é um pouco da experiência da*

*vivência do que fazer para as coisas irem acontecendo, mas eu acho que se tiver uma pessoa que trabalha comigo que fala: ‘olha eu tive uma experiência nesse caso você pode fazer isso’, eu me sentiria mais segura.” eSF I.*

*“Então estamos em um momento de aguardar a apresentação desse projeto (projeto de trabalho da nova gestão), e de como vamos caminhar, e se vai ter um apoiador institucional, se vai ter alguém da gestão pra compartilhar.” eSF X.*

As equipes também se referiram a uma “pessoa de fora” no sentido de alguém mais capacitado em determinado assunto, que proponha tema para capacitar a equipe, denotando o apego a uma concepção tradicional de transmissão de conhecimento. Porém, pode denotar também insegurança e despreparo para atividades educativas.

*“Às vezes, tem uma demanda levantada pela equipe e a gente solicita um profissional de fora, porque às vezes é um tema que a gente não dá conta de trabalhar sozinho...” eSF XII.*

*“[...] sempre que a gente tem um caso mais difícil, a gente chama a psicóloga do ares, e ela vem pra ajudar a gente, abrir horizontes, olhares diferentes.” eSF XIII.*

Apesar disso, nota-se nas falas um esforço para que aconteçam atividades educativas nas eSF, há uma valorização dessas atividades implícitas nas falas. Porém, evidencia-se também uma tensão no que diz respeito à gestão municipal, que no momento parece ter assumido um papel muito mais opressor do que de apoio e gestão. Ainda, no que se refere à gestão atual fica claro que não há um projeto político institucional que contemplem ações de educação no trabalho, tão pouco ações de ePS.

A maioria dos sujeitos, no entanto, relatou que foram beneficiados, com aquisição de novas habilidades, pela aproximação com a UFSCar, proporcionada pela gestão anterior, mediante incorporação de alunos e residentes na rede de saúde do município.

*“Tive mais contato com as EP nos pequenos grupos de EP por conta da residência, então fui aprendendo a questão de facilitação de EP, isso ajudou muito.” eSF III.*

*“[...] antigamente a parceria rede-escola permitia, a gente na EP, na universidade conhecer essa metodologia que a gente está trabalhando [...]” eSF XIII.*

*“Aprendi isso aqui trabalhando com os alunos de medicina, então acho bem interessante começar a partir do conhecimento do outro [...] a gente com o pessoal da residência aprendeu a como facilitar e conduzir um grupo, na formação de cada um a gente não tem isso.” eSF XI.*

De acordo com a PNEPS, a interação ensino-serviço pode potencializar muito o desempenho das equipes nas atividades educativas. A interação da Universidade com a Rede Municipal de Saúde é possível e possibilita benefícios para ambas as partes, uma vez que propicia um cenário real para o aprendizado e instrumentaliza as equipes para uma prática crítica e reflexiva. Isso foi relatado por alguns sujeitos referindo-se a participação dos gestores das eSF, com exceção dos médicos, em grupos de Educação Permanente, realizados na UFSCar, devido à participação dos mesmos no Programa de Residência Multiprofissional e à participação dos médicos nos momentos da atividade de Reflexão da Prática desenvolvida com os alunos da medicina na UFSCar. Para os sujeitos essas atividades potencializaram sua capacidade de facilitação nos momentos de educação permanente.

Para Ceccim (2005), a viabilidade de disseminar a capacidade pedagógica por toda a rede do SUS, reside na adoção da EP como um dispositivo para dimensionar essa tarefa, integrando saberes e práticas em saúde, tornando a rede pública de saúde uma rede de ensino aprendizagem no exercício do trabalho. Nesse sentido, defende a integração entre os seguimentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social, conhecido como *Quadrilátero da Formação*:

*“A interação entre segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetividade e criativa*

capacidade de crítica, bem como produzir sentidos auto-analíticos e autogestão.” (Ceccim, 2005)

Como propõe o *Quadrilátero da Formação* (Ceccim, 2005), a interação entre formação, atenção, gestão e controle social, parece ser, diante das falas, ainda muito incipiente, mesmo existindo algumas iniciativas de articulação. Observa-se que elas não fazem parte de um processo contínuo, sujeito à avaliação e à reconstrução permanente. Da mesma forma, o controle social deve estar envolvido em discussões e pactuações a respeito de estratégias educativas envolvendo profissionais de saúde, universidade, gestão e comunidade.

## 7. Considerações Finais

A Estratégia de Saúde da Família continua sendo um importante propulsor na consolidação dos princípios do SUS, constituindo-se ainda como um grande desafio, principalmente porque envolve uma mudança importante do modo de entender, produzir e cuidar da saúde. Demanda, principalmente dos profissionais, a inversão dos valores por muito tempo incorporados na nossa cultura, os quais não se dissolvem facilmente, e que imprimem na assistência um caráter curativista e individualista que acaba por arruinar a proposta da Estratégia de Saúde da Família.

A educação no trabalho pode e deve ser entendida como um potente facilitador no processo de trabalho das equipes e no cuidado com a população, tanto por facilitar a incorporação de novos valores de saúde, mais próximos do que se propõe o SUS, quanto por propiciar a reflexão do seu próprio fazer com o objetivo de qualificar e dar sentido a assistência prestada.

A educação no trabalho vem sendo discutida, pensada e utilizada por grande parte das equipes no município de São Carlos, isso por si só já é um importante passo. Não apenas pelo simples fato desses momentos existirem, mas, principalmente pela importância e pelo reconhecimento que as equipes dão aos momentos de educação no trabalho. As equipes demonstraram não apenas realizar essa tarefa como mais uma atribuição, demonstraram que a motivação para fazê-lo nasce do reconhecimento do quão potente é essa ferramenta e também pelo prazer em qualificar a assistência buscando a satisfação profissional.

Nesse sentido foi possível perceber um grande esforço no desenvolvimento da prática educativa nas eSF, influenciados, sobretudo, pelo reconhecimento da complexidade do seu trabalho e da necessidade de abrir um espaço no qual o trabalho e suas demandas pudessem ser discutidos.

No entanto, a compreensão das equipes sobre educação no trabalho divergiu em alguns momentos, por alguns foi trazido apenas como uma capacitação técnica do trabalho de cada categoria, com vistas a um melhor desempenho profissional individual. Já por outros profissionais, foi entendido como um processo mais amplo de discussão e interação entre as diversas profissões. Foram também citadas a EPS e a EC como processos distintos, porém essenciais na prática educativa das eSF.



As equipes também demonstraram estar atentas às mudanças de concepções de aprendizagem que estão ocorrendo no cenário da educação brasileira. Isso se deve principalmente a aproximação com a UFSCar e as contribuições feitas, sobretudo, pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Essa aproximação parece ter sido um marco para as equipes que, talvez pela primeira vez, puderam ser ouvidas e apoiadas, experimentando um novo modelo de educação no trabalho, mais reflexivo e solidário, como propõe de fato a EPS.

As metodologias de ensino mais coerentes com a concepção construtivista foram citadas por várias equipes, referenciadas como metodologias ativas de aprendizagem, e, dentro destas, a problematização parece ter sido a mais utilizada. Foi possível perceber que as equipes que estavam mais seguras dessa forma de entender os processos educativos, aproximaram-se mais da proposta que traz a PNEPS.

Desse modo, o papel que a Universidade exerceu em aproximar as equipes ao que de fato é a EPS foi muito relevante, tanto que algumas equipes lamentaram essa aproximação ter se fragilizado por discordâncias entre as partes sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O que de fato, excluindo as razões de tais discordâncias, é um retrocesso lamentável.

No entanto, ainda permanece forte a concepção tradicional de educação, com uma importante valorização dos conhecimentos técnico-científicos específicos a cada categoria profissional. Não se pode negar que tal demanda existe e que a mesma tenha que ser suprida, porém algumas concepções relatadas pelas equipes trouxeram este como conceito principal da educação no trabalho.

Quanto à questão operacional, da prática da educação no trabalho, as equipes pareceram ter dificuldades, principalmente de encaixar um momento específico para isso dentro da rotina do trabalho. Compreendendo essa necessidade, criaram um espaço próprio, mas direcionado apenas a uma categoria profissional, os ACS. As reuniões de equipe também foram citadas, porém de maneira menos importante, sendo colocada, aparentemente, de forma mais burocrática e menos reflexiva.

Com relação ao apoio da gestão municipal, as equipes estavam muito descontentes e desmotivadas, tanto pela instabilidade política naquele momento, quanto também por perceberem uma pouca valorização dos

momentos educativos frente a uma pressão cada vez maior da produção, de aumentar o número de atendimentos e procedimentos oferecidos. O que foi claramente imposto a partir do momento em que as reuniões de equipe foram restringidas, uma vez que os atendimentos deveriam continuar acontecendo durante a mesma. Desse modo, as reuniões ficavam sempre incompletas, com apenas alguns profissionais da equipe, tornando o processo educativo pouco produtivo, e inviável para a prática de EPS.

Por fim, este trabalho atingiu seus objetivos, evidenciando as concepções que envolvem a educação no trabalho, o modo das equipes operarem a prática educativa, além de analisar as concepções de educação e aprendizagem que embasam as equipes para o desenvolvimento da educação no trabalho. Este trabalho ainda pode deflagrar uma situação política desfavorável para a prática educativa, tanto no que se refere a gestão municipal quanto à aproximação com a UFSCar.

Nesse sentido, como as próprias equipes citaram, o vínculo com a universidade oferece muitas contribuições. Além disso, influenciaram e pode continuar influenciando positivamente as equipes, para que se armem com subsídios, técnicas e experiências, transmitindo para suas equipes, de modo a disseminar a capacidade reflexiva sobre seu trabalho. Seria muito importante o restabelecimento de tal vínculo, e com ele novas relações e pactuações.

A formação de instâncias de diálogo entre serviço, universidade, gestão e comunidade, como propõe o Quadrilátero da Formação (Ceccim, 2005), poderiam promover novos pactos que contribuíssem para a melhoria da assistência de forma geral.

Desse modo, um espaço de conversas e discussão entre essas instâncias, que pudessem ser menos burocratizado, menos taxativo e, principalmente, menos hierarquizado, poderiam beneficiar muito as equipes, contribuindo para uma prática educativa mais sistematizada, sobretudo, mais livre e reflexiva, aproximando a prática profissional aos pressupostos da Estratégia Saúde da Família e do SUS.

## Referências

BECKER, F. O que é construtivismo? **Revista de Educação AEC**, v.21, n.83, p. 7-15, abr./jun. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.488, de 21 de outubro de 2011b**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1101542488.html>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 22 ago. 2008. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.65p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS** – doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 10p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 161-168, 2005.

CECCIM, R. B. **Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se coletivos organizados de produção em saúde**. Desafios para educação. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. P.161-80.

CECCIM, R. C, FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIN, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 975-986, 2005b.

COSTA, G. D. et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.1, p. 113-118, 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2000. – (Biblioteca de educação. Série 1. Escola; v.16).

FREIRE. P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. Ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

HADDAD. J., ROSHKE. M. A. C., DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: Organización Panamericana da la Salud; 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos em Salud, n.1000).

ITTAVO, J. **Inserção de enfermeiros recém-graduados, admitidos em área hospitalar: Um programa de educação conscientizadora.** [Dissertação Mestrado] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1997.

MANCIA, J. R., CABRAL, L. C., KOERICH, M. S. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) 2004 set/out; 57 (5): 605-10.

MERHY, E. E. O desafio que a Educação Permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p.161-177, 2005.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L., CECCIM, R. C. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en La Micropolítica Del Trabajo em Salud. **Revista Salud Colectiva**, Lanus, v. 2, n. 2, p. 147-160. 2006.

MERHY, E. E.,FRANCO, T. B. Programa de saúde da família: somos contra ou a favor? **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.118-122, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 11 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, 80p.

MOGILKA, M. A pedagogia da experiência e sua importância em uma educação democrática. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 32, p. 85-102, dezembro, 2000.

\_\_\_\_\_. Educação, desenvolvimento humano e cosmos. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.31, n.3, p. 363-377, set./dez. 2005.

MONTANHA, D., PEDUZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. Escola de Enfermagem USP**; 44(3): 597-604, 2010.

OSTERMANN, F. e CAVALCANTI, C. J. H. **Teorias de Aprendizagem** – Texto Introdutório. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Física, 2010. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/uab/informacoes/publicacoes/materiais-de-fisica.pdf>>.

PEDUZZI, M., GUERRA, D. A. D., BRAGA, C. P., LUCENA, F. S., SILVA, J. A. M. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**; 13(30):121-34, jul/set 2009.

REGO, T. C. **Pressupostos filosóficos e implicações educacionais do pensamento vygotskiano**. In: Vigotsky. Uma perspectiva histórico-cultural da educação. Rio de Janeiro, Editora Vozes. Capítulo III, p. 85-118, 1995.

ROSA, L. M. A **Educação de adultos no terceiro milênio**. Sinepe/SC. Disponível em: <<http://www.planetaeducacao.com.br>>. Acessado em: 14 jul 2011.

SANES, M. S. **Discursos possíveis da Educação Permanente na Estratégia de Saúde da Família**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

SANTOS, R. V. Abordagens do processo de ensino e aprendizagem. **Revista Interação**, n. 40 p. 19-31, jan/fev/mai, 2005.

SAVIANI, D. **As concepções pedagógicas na história da educação brasileira**. Texto elaborado no âmbito do projeto de pesquisa “O espaço acadêmico da pedagogia no Brasil”. Campinas, 25 de agosto de 2005. Disponível em: <[http://www.listedbr.fal.unicamp.br/navegando/artigos\\_frames/artigo036.html](http://www.listedbr.fal.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo036.html)>.

SILVA, G. M., SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. Brasileira Enfermagem**, Brasília (DF) 2009 maio/jun; 62(3): 362-6.

SILVA, J. A. M. OGATA, M. N., MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.9, n. 2, p.389-401, 2007.

SILVA, L.A.A., FERRAZ F., LINO, M. M., BACKES, V. M. S., SCHIMIDT, S. M. S. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaucha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) set; 31(3): 557-61, 2010.

SKYNNER, B. F. **Beharviorism at fifty**. In Skynner, B. F. (ed) *Contingencies of reinforament: A Theoretical Analysus*. New York: Appleton - Contury - Crofts, 9963/1969. P. 221-268.

SOLÉ, I., COLL, C. **Os professores e a concepção construtivista**. In: COLL, C., MARTÍN, E., MAURI, T., MIRAS, M. ONRUBIA, J., SOLÉ, I., ZABALA, A. *Construtivismo em sala de aula*. Editora Ática. Capítulo 1, p. 9-28.

VILLAS BÔAS, L. M. F. M., ARAÚJO, M. B. S., TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**; 13(4): 1355-60, 2008.

VYGOTSK, I. S. *a Formação Social da mente; O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Nartins Fontes, 2003.

Zem-Mascarenhas, S. H., Fabro, M R.C., Floriano, P. J., Joaquim, R. H. V.T., Sato, T. O., Matsukura, T.S., França, Y. Relato de experiência de São Carlos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol 36, n. 1. RJ Jan- Março, 2012.

Watson, J. **Behaviorism**. New York: w.w. Norton, 1930.

<[www.saocarlos.sp.gov.br/index.phd/conheca-sao-carlos/115442-ados-da-cidade-geografico-e-demografico.html](http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.phd/conheca-sao-carlos/115442-ados-da-cidade-geografico-e-demografico.html)>. Acesso em 13 de novembro de 2012.

<<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/secretariasunicipais/saude.html>.> Acesso em 13 de novembro de 2012.

<<http://www.conselhodeparceria.ufscar.br/menu-lateralesquerdo/outros-documentos-1/conselho-de-parceria/lei-municipal-13936>.> Acesso em 10 de maio de 2013.



## Apêndice I – Roteiro de Entrevista

1. Como vocês entendem a Educação no trabalho na Unidade de Saúde da Família?
2. Vocês desenvolvem essa atividade com a equipe? De que forma?
3. Em que momento essas atividades são desenvolvidas e qual o tempo destinado a elas?
4. Quais estratégias metodológicas vocês utilizam?
5. No que vocês se embasam para desenvolver atividades educativas com equipe?
6. Vocês se sentem preparados para realizar atividades de educação permanente com a equipe de saúde? Se não, vocês tem alguma sugestão?
7. Quais facilidades e dificuldades vocês encontram para desenvolver ações educativas junto à equipe de saúde?

## Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: O Trabalho de Educação Permanente em Saúde dos enfermeiros, médicos e dentistas no contexto da Estratégia de Saúde da família de São Carlos.

2. A relevância desta pesquisa justifica-se pelos benefícios que a prática da Educação Permanente em Saúde pode proporcionar para as equipes de saúde, como reflexão da prática e melhoria da qualidade da assistência, com vistas aos princípios do SUS.

a. Você foi selecionado por atuar como enfermeiro, médico ou dentista em uma equipe de saúde da família do município de São Carlos e sua participação não é obrigatória.

b. Os objetivos deste estudo são analisar as ações de Educação Permanente desenvolvidas por enfermeiros, médicos e dentistas das Unidades de Saúde da Família (USF) de São Carlos.

c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista realizada de forma conjunta entre enfermeiro, médico e dentista de cada Unidade de saúde da Família.

3. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, caso a gravação cause algum constrangimento, os entrevistados poderão solicitar para que a entrevista não seja gravada, ou que seja interrompida a qualquer momento.

4. Os participantes poderão acompanhar o andamento da pesquisa, podendo a qualquer momento acessar seus dados através de contato com a pesquisadora principal.

5. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

6. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Alguns trechos de falas poderão ser utilizados, porém será resguardado a identificação do informante. Somente poderá ser mencionado a categoria profissional das informações coletadas.

7. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Renata Zanoni Marques Gomes

e-mail: [re\\_zanoni@ig.com.br](mailto:re_zanoni@ig.com.br)

(16) 31162437 – (16) 97766970

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

**São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2013.**

---

Sujeito da pesquisa \*