

MARIA TERESA SURÁNYI DE ANDRADE

**Formação de docentes nos serviços de saúde no
estado de São Paulo**

SÃO PAULO

2008

MARIA TERESA SURÁNYI DE ANDRADE

**Formação de docentes nos serviços de saúde no
estado de São Paulo**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Área de Concentração: Pesquisas
Laboratoriais em Saúde Pública**

**Orientador: Profa. Dra. Maria do
Carmo Sampaio Tavares Timenetsky**

SÃO PAULO

2008

**Aos meus PAIS, por todo amor,
exemplo de vida e incentivo, a quem devo
minha formação pessoal e profissional.**

**Ao Eder, que pacientemente
incentivou, acompanhou e ajudou no
processo e no resultado dessa caminhada.**

AGRADECIMENTOS

À professora doutora Maria do Carmo Sampaio Tavares Timenetsky, pela acolhida ao assumir a orientação, pelo firme e compreensivo acompanhamento ao longo da caminhada, pela atenção sempre dedicada, pelo significado que sempre me reforçou quanto à maturidade esperada de um doutorando e ao papel que deverá assumir com a titulação, meu agradecimento especial, de mente e coração.

À professora doutora Ana Lúcia da Silva, que iniciou comigo esta caminhada e que, carinhosamente exigente, questionou, discutiu, me levou a debruçar-me sobre a teoria antes de partir para a prática do campo, ajudando a organizar as idéias ainda confusas de uma profissional vinculada ao serviço, mas com pretensões de fazer pesquisa de qualidade.

À professora doutora Maria Luisa Sprovieri Ribeiro, pela disposição e disponibilidade de intermediar meu encontro com a Educação, pela forma cuidadosa de ler, ouvir e partilhar sua experiência na Faculdade de Educação da USP, buscando aproximar-se da área da Saúde.

Ao professor doutor Carlos Bottazzo, que já me acompanha desde a graduação, me “apresentou” ao Programa de Pós-Graduação da Secretaria de Estado da Saúde; foi quem primeiro me acolheu, como aluna especial, desafiou a ousar mais e acreditou que é possível transformar a realidade que não aceitamos, dentro de um rigor científico que não engessa, mas joga uma luz capaz de ampliar o horizonte visível.

Às professoras doutoras Maria Cezira Fantini Nogueira Martins, Helena Coharik Chamlian e Cleide Lavieri Martins, pela cuidadosa leitura e preciosas contribuições, por ocasião da banca de qualificação.

Aos amigos que incentivaram, apoiaram e agüentaram as ausências e os momentos de stress, em especial aos que participaram ativamente, digitando, transcrevendo entrevistas, lendo, relendo e discutindo capítulo após capítulo, e que tem um pedaço de si constituindo esse trabalho: Maria Cristina Turazzi, Jussara Simões Vaz, Nancy Cristina

Masson, Ney Rodrigues Junior, Kênia Rezende, Viviane Elias Gomes, Adriana M. Macedo Barbosa.

À secretária do Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Emiliana Simões Toledo Corrêa, pela solicitude e pelo apoio permanentes.

À doutora Rosa Barros, no cargo de coordenadora da Atenção Básica no período de autorização para realizar o trabalho nas instâncias estaduais e frente ao Comitê de Ética em Pesquisa, pela atenção e confiança demonstradas e pelo espírito cooperativo e interessado na realização de pesquisa em uma das atividades pelas quais era responsável.

Aos profissionais entrevistados, e às suas chefias, pela confiança e colaboração que obtive de todos, que se expuseram, mesmo com todo cuidado ético, e falaram do que sentem e no que acreditam.

Aos colegas que formaram o Núcleo Norte de Educação Permanente do município de São Paulo, que ao longo de 2004 desbravou um novo referencial e uma nova prática em Educação, vivenciando as RODAS e contribuindo para surgirem as indagações que deram origem a este trabalho.

Aos colegas de trabalho das Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo e de São Pedro, pela convivência diária e profícua, pelo sonho diário de construir o SUS e pelas conquistas aparentemente pequenas, mas que em processo contínuo nos permitem acreditar que o sonho pode ser real.

RESUMO

A formação de todo profissional é um processo que tem seu início na formação específica e se perpetua ao longo da vida. Esse conceito, claro na literatura, dá as bases para a Política de Educação Permanente. Educar exige competências pedagógicas próprias para obter resultados esperados em relação a valores, atitudes, conhecimentos e habilidades. O diversificado corpo de trabalhadores do SUS, para manter-se comprometido e atualizado, participa de ações educativas como discente e futuro multiplicador. Neste estudo foram investigadas as competências e necessidades de formação percebidas por alunos e coordenadores dos cursos de multiplicadores para o Curso Introdutório para Profissionais da Saúde da Família, realizados no Estado de São Paulo em 2006. Utilizando abordagem qualitativa, buscou-se inserir os entrevistados no contexto de sua trajetória pessoal e no serviço público de saúde. A maior experiência no SUS e em Educação se traduziu em maior percepção da insuficiência de conteúdos pedagógicos, na relação da trajetória pessoal com a formação de multiplicadores, na visão processual da formação e na clara opção pedagógica problematizadora. Os profissionais com inserção mais recente apontaram mais o aproveitamento dos conteúdos teóricos, e não perceberam tanto a abordagem de questões pedagógicas. As diferenças nos grupos e nas respostas individuais retrataram o processo de formação docente através da incorporação da Educação nas falas e ações expostas. Foi solicitado aumento de conteúdos teóricos específicos e transversais, aliados ao aprofundamento no conteúdo pedagógico, como apontados pré-requisitos e perfil pessoal mais adequado, além de interferência de questões financeiras e políticas nas ações educativas. A preparação de profissionais de Saúde para a docência é um processo de reflexão mais longo que um curso teórico: inicia-se na vontade de lecionar, faz-se na vivência e troca com os pares e os alunos, mediante o compromisso de transformar a realidade do SUS.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Educação Continuada; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Programa Saúde da Família; Competência Profissional; Educação/tendências.

ABSTRACT

The formation of any professional is a life-long process: it begins during formal education and goes on all through the life. Literature shows that educating requires certain competences for the expected acquisition of values, knowledge and attitudes. Human resources in public health has a variety of formation and experiences and are involved in continuing education in order to keep engaged with the main directives of the system and to get new knowledge, and also to teach afterwards what they have learned. The competences and formation needs identified and difficulties felt by students and coordinators of the preparatory course for teachers to the “Curso Introdutório para Profissionais da Saúde da Família” were investigated in the state of São Paulo, in 2006. Adopting a qualitative approach, the interviews seek the context of personal history and work experiences. Results shows that major experience in working with both public health and education led to a perception of teaching skills content, major coherence and relation between personal history and the formation to teach, belief in the formation process and a clear concept of critical pedagogy. Less time in public health work meant more theories learned but less concern with pedagogic issues. Theoretical contents, both specific and transversal, were nominated as needed professional competences, allied to solicitation of more pedagogic content. And also were pointed prerequisites and personal profile, as well as the interference of financial and political issues that compromise the success of educational activities. A theoretical course is not enough to lead the health professional to become a teacher too. A mental process is required, that begins with the decision and free will to teach, is instigated by discussion between fellows and students, and engaged with changes in the reality of public health.

Key words: Single Health System; Education, Continuing; Health Human Resource Training; Family Health Program; Professional Competence; Education/ trends.

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. INTRODUÇÃO	26
2.1. A Educação na Saúde, uma revisão histórica.....	26
2.1.1. Situação de saúde no Brasil e seus recursos humanos. 26	
2.1.2. Os trabalhadores de Saúde e sua educação	46
2.1.3. A Política de Educação Permanente em Saúde.....	59
2.1.4. A Estratégia de Saúde da Família.....	65
2.2. Ampliação do olhar interdisciplinar.....	77
2.2.1. Pensando em Filosofia da Educação e Didática	78
2.2.2. Competências e recursos cognitivos do professor	99
2.2.3. A comunicação, o discurso e as representações	120
3. OBJETIVOS.....	131
3.1. Objetivo geral	131
3.2. Objetivos específicos	131
4. CAMINHO METODOLÓGICO.....	132
4.1. Tipo de estudo.....	132
4.2. Cenário.....	134
4.3. Atores sociais.....	136
4.4. Coleta de dados	138
4.4.1. Pré-teste do instrumento	139
4.4.2. Considerações éticas	140
4.5. Processo de análise	141
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	147
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	235
7. CONCLUSÕES	244
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	247

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Diferenças entre educação continuada e educação permanente	63
Quadro 2 – Evolução da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil, 2003 a 2008	67
Figura 1 – Mapa do estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2007.....	134
Quadro 3 – Roteiro de entrevistas, objetivos e associações de idéias esperadas para a análise, categorias, indicadores e índices iniciais, por grupo de atores entrevistados.....	148
Quadro 4 – Classificação dos entrevistados por grupo, tempo e forma de inserção no SUS e na Estratégia de Saúde da Família	152
Figura 2 – Diagrama de ocorrência de necessidades de formação e competências pedagógicas percebidas durante o curso de formação de multiplicadores	210
Figura 3 – Diagrama de associação de idéias quanto a necessidades e competências percebidas pelos entrevistados, agrupadas por grupo e região.....	213

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACD – auxiliar de consultório dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ou SIDA)
ANS – Agencia Nacional de Saúde
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão
CD – compact-disc
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CETS – Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DIR – Diretoria Regional de Saúde
DRS – Departamento Regional de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMaD – Ensino Médico a Distância
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ETSUS – Escola Técnica de Saúde do SUS
EUA – Estados Unidos da América
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FCES – Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo
GM – Gabinete do Ministro

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*, vírus da AIDS

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IS – Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

MS – Ministério da Saúde

MT – Mato Grosso

NOAS – Norma Organizacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NRS – Núcleo Regional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS – Organização Social de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PE – Pernambuco

PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários

PEPS – Pólos de Educação Permanente

PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PSF – Programa Saúde da Família

QUALIS – Qualidade Integral à Saúde

REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

RH – Recursos Humanos

RN – recém Nascido

SENAC – Serviço Nacional do Comércio

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SF – Saúde da Família

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNISA – Universidade Santo Amaro

1. APRESENTAÇÃO

A realidade do sistema de saúde¹ no Brasil remete às construções teórico-práticas iniciadas pelo Movimento da Reforma Sanitária² nas décadas de 1970 e 1980, que, fazendo uma leitura das proposições para a saúde no mundo e no contexto brasileiro, deram suporte à concretização de uma política nacional de saúde com a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. A criação e definição de suas diretrizes básicas expressas na Constituição Federal (Brasil, 1988) e nas Leis Federais nº 8.080/90 (Brasil, 1990a) e nº 8.142/90 (Brasil, 1990b) – notadamente a universalidade, a integralidade na atenção, a descentralização, a participação social, a regionalização e a hierarquização da assistência – permitem considerar o SUS uma das maiores conquistas sociais da Constituição de 1988, chamada por Ulysses Guimarães de *CONSTITUIÇÃO CIDADÃ* (Andrade LOM et al., 2000; Negri e Viana, 2002).

Estes princípios doutrinários e organizativos do SUS apontam para a democratização das ações e dos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais e entendidos dentro de uma visão mais ampla e atualizada de saúde, assumidos pela primeira vez como direito social. Entretanto, num país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, ao pensar em organizar esse sistema tem-se que levar em conta tais diferenças. As peculiaridades e as determinações locais definem diversas formas de aproximação da gestão/gerência para com os cidadãos usuários, seja com a descentralização político-administrativa (especialmente a municipalização, bem avançada em várias regiões e

¹ Entende-se “sistema de saúde” como o conjunto de recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis em uma determinada sociedade, num momento histórico, cujo objetivo é reduzir a morbimortalidade e elevar o nível de saúde da população.

² Segundo Arouca (2002), “O movimento da Reforma Sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura”, na idéia clara de que “ditadura e saúde são incompatíveis”. O espaço de integração entre os participantes era o dos recém-criados Departamentos de Medicina Social (e seus similares nas demais áreas de saúde), em que, “a partir de uma análise de esquerda marxista da saúde, se rediscute o conceito saúde/doença e o processo de trabalho, a determinação social da doença e se introduz a noção de estrutura de sistema [...] Quando a Ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas” (idem, p. 1). Defendia que todos têm direito à saúde e atendimento público e integral. As principais contribuições foram a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e o capítulo da saúde na Constituição de 1988, que cria o SUS.

reforçada nos mais recentes documentos norteadores e reguladores do SUS, através do Pacto pela Saúde – Portarias Ministeriais 399/06 e 699/06 – Brasil, 2006a; 2006c), seja através do controle social do sistema. As diretrizes gerais são as mesmas, mas municípios com menos de 5 mil habitantes não podem ser comparados com outros com 50 mil, muito menos com um de 10 milhões: o financiamento, disponibilidade e acesso aos serviços são obviamente diferentes. A diversidade socioeconômica e educacional e a vivência da cidadania e democracia também são muito díspares nos municípios e regiões do Brasil, favorecendo que vários momentos de implantação do SUS convivam em várias realidades de saúde pelo país (Campos FE et al., 1998a; 1998b).

Mesmo com os avanços obtidos pelo SUS nas suas estruturas legal e organizacional, ainda se mantém a falta de equidade e acesso desigual para parcela importante da população e permanece o desafio de tornar o SUS concreto e possível para todos. A integralidade também não conseguiu se concretizar: embora tenha sido ampliada a oferta de exames e especialidades, as diferenças regionais são mais acentuadas que na Atenção Básica, e o processo de pactuação e regulação do acesso, principalmente intermunicipal, continua pautando os espaços de intermediação e as normatizações federais, a exemplo do Pacto de Gestão (Brasil, 2006a) e portarias complementares. O controle social, importante conquista do SUS e cujo modelo que tem sido exportado para outras áreas da seguridade social e gestão pública, também revela a sua desigualdade: continua alvo de políticas clientelistas, interesses corporativos e ingerência do Executivo, que em muitos municípios ainda indica os componentes do Conselho de Saúde, mas também tornou possível, em 2007, a realização da XIII Conferência Nacional de Saúde – que no processo contabilizou 77% dos municípios brasileiros realizando suas conferências municipais (4.430 municípios) e contou com quase 5 mil participantes, entre gestores, trabalhadores, usuários, parlamentares, professores, na qualidade de delegados e observadores. Na apresentação do Relatório Final (Brasil, 2008a, p. 8), o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, assinala os

avanços e conquistas, inclusive a maturidade dos participantes e a qualidade do debate, e também considera que:

“Apesar de sua caminhada vitoriosa rumo aos 20 anos de existência, o SUS apresenta desafios, vinculados à gestão dos recursos humanos, à melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, ao aprimoramento dos mecanismos de controle, à ampliação do aporte de recursos financeiros e à utilização dos mesmos de maneira eficiente, entre outros”.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2003b) publicou, em comemoração aos 15 anos de criação do SUS, uma análise dos desafios e das propostas para sua efetivação, em que apontou como problemas a insuficiência e inadequação do financiamento e uso dos recursos, a baixa participação dos estados no financiamento das ações, a baixa resolutividade e limitações no acesso aos serviços (filas), a deficiência quali-quantitativa de recursos humanos e a precariedade das relações de trabalho. Diante desses problemas, os desafios apontados seriam o financiamento e a adoção de critérios de alocação de recursos orientados pelas necessidades da população; a definição da divisão de responsabilidades entre União, estados e municípios, a integração entre sistemas municipais; a garantia de resolutividade e acesso aos serviços, e a implantação de Política de Recursos Humanos em Saúde. Entre as propostas para enfrentar tais desafios, aprovadas para 2003, figura a construção de uma Política de Recursos Humanos no SUS, que abrangeria a criação da carreira SUS, o serviço civil, a implantação da mesa de negociação nacional dos trabalhadores do SUS, a redução da precariedade das relações de trabalho, a regulação da formação (graduação e pós-graduação) e a reorientação das ações de capacitação e educação permanente no SUS.

Seguindo a mesma linha, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) lançou, na sua série de publicações *Progestor*, um volume com os avanços e desafios do SUS (Brasil, 2006i), fruto de amplo debate em fórum nacional, e propôs os seguintes desafios para a continuidade dos avanços no SUS: o desafio da universalização; o desafio do financiamento; o desafio do modelo institucional; o desafio do modelo de

atenção à saúde; o desafio da gestão do trabalho no SUS e o desafio da participação social. No desafio da gestão do trabalho no SUS, especificamente na gestão da educação do trabalhador da Saúde, ressalta que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da Saúde:

“passam pela incorporação de valores de um sistema de saúde solidário, público, universal e equitativo, e devem ser capazes de propiciar mudanças de práticas de saúde e do processo de trabalho que ajudem a configuração dos novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes que estão sendo exigidos no novo cenário do mundo do trabalho e no contexto do SUS” (idem, p. 149).

Entre os desafios assinalados, a pesquisadora também considera a gestão de recursos humanos um elemento estimulante e rico de possibilidades de atuação, sem desconsiderar a relevância dos demais que, como não poderia deixar de ser percebido em uma visão sistêmica de causas e determinantes, caminham juntos e interferem entre si e mutuamente. O foco da formação no trabalho e para o trabalho, de forma permanente e a partir das necessidades, problemas e inovações do cotidiano, é uma parte dessa gestão, a gestão da educação do trabalhador da Saúde. O investimento no profissional da Saúde pode resultar em melhoria da qualidade, da atenção e do acesso para a população e contribuir no aprimoramento dos mecanismos de controle. Além disso, se não interfere diretamente na ampliação do aporte de recursos financeiros, participa na utilização dos mesmos de maneira eficiente. Nessa propositura juntam-se motivações vivenciais relacionadas à experiência acumulada pela pesquisadora em diferentes serviços, estruturas e municípios, e a inquietação teórica para buscar caminhos aos dilemas da prática, resultando na escolha do objeto, na intersecção da Educação como base teórica e da Saúde como espaço dessa práxis, que é educar para e por profissionais da Saúde. A questão colocada não se refere à formação inicial dos profissionais que atuam na área de Saúde, embora possa resultar em alguma contribuição nesse sentido. Refere-se ao espaço dos serviços de saúde, às necessidades e processos de capacitação dos profissionais da Saúde e

principalmente o cotidiano e a trajetória daqueles que se tornam responsáveis por capacitar outros, assumindo uma atribuição que poderia ser considerada uma profissão a mais, e não simplesmente mais uma função a desempenhar na rotina das ações de saúde.

A revisão da literatura explora inicialmente as dificuldades específicas de concretização do SUS na esfera nacional e sua inter-relação com a conjuntura internacional, o que permite confrontá-las com as expectativas em relação aos recursos humanos em Saúde. Revela ainda posições favoráveis e críticas quanto aos processos de formação em serviço e principalmente à vertente denominada “educação permanente” a que esses atores, tão essenciais para existência e viabilidade do SUS, estão expostos ou não.

Verifica-se, de modo geral, que os serviços de saúde, assumindo que os profissionais não chegam “prontos” para o trabalho em saúde coletiva nem comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, assumem o papel de oferecer educação em serviço a esses trabalhadores, a fim de adequá-los aos serviços que irão executar. Mas, embora esse discurso esteja presente no cotidiano de todos os setores da Saúde, despendendo energia, tempo e recursos financeiros, as pesquisas, principalmente nos últimos 20 anos de implantação do SUS, têm mostrado a baixa efetividade de tais práticas.

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente³ em Saúde através da Portaria Ministerial nº 198, de 13/02/2004 (Brasil, 2004a), como proposta do Sistema Único de Saúde em introduzir estratégias coerentes para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Na apresentação sobre a Educação Permanente que o Ministério da Saúde faz em seu site, considerando-a uma política de saúde, ressalta que:

“a falta de profissionais com perfil adequado tem sido, ao lado de problemas de gestão e

³ Educação Permanente “é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (Brasil, 2004a).

organização da atenção, um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS” (Brasil, 2007b, p. 1).

A Educação Permanente, assumida então como política do Ministério da Saúde, traz esperanças para tornar o processo de ensino/aprendizagem na Saúde mais uniforme, metodologicamente orientado, facilitando para o trabalhador da Saúde, ao sair de um local (serviço, município ou instância de gestão) para outro, poder continuar uma formação em serviço. Tal formação opõe-se à educação **formal**, que implica na aquisição das habilitações profissionais de pessoal de nível médio e formação acadêmica/residências/ pós-graduação do pessoal de nível superior. A Educação Permanente tem em seu bojo o objetivo primeiro do compromisso do trabalhador com a comunidade e com os princípios do SUS, sem desmerecer a incorporação de novas tecnologias (equipamentos, produtos e técnicas). A “educação permanente” não é um consenso como conceito e forma de educação: surge na literatura mais recente como contraponto à “educação continuada” por ser “transformadora de uma prática” entendida como insuficiente, mas nem sempre torna explícitas quais as formas de atingir os objetivos almejados. Ao tornar-se uma política pública, oficial e reguladora, um viés político-partidário é acrescentado ao aspecto ideológico, dificultando ainda mais a obtenção da unanimidade como proposta educativa.

O dilema de transformar o processo de ensinar em Saúde tem sido exposto em um cenário que também se encontra em constante transformação: de acompanhar as mudanças nas relações de trabalho, nas relações público-privadas, no Brasil e no mundo globalizado, de implementar o SUS e romper suas barreiras e iniquidades, de incorporar o novo, seja na compreensão de doenças novas e antigas, seja nas novas tecnologias (entendidas como produtos, equipamentos, técnicas e formas de fazer). É nesse cenário que o profissional de Saúde se depara com o desafio de tornar-se docente: preparar novos colegas, incorporar novas posturas e práticas, discutir caminhos para resolver os problemas locais ou implantar

novas políticas nacionais. Assumir ser um formador de pessoal auxiliar ou treinar a equipe para uma técnica que aprendeu em um curso e da qual se tornou multiplicador; liderar um processo de definição de territórios e áreas de abrangência em uma região ou discutir um plano de contingência para uma nova epidemia, são desafios educativos para um profissional que certamente pautou sua trajetória na aquisição de conhecimento técnico específico de sua especialidade, mas nem sempre se preparou para saber ensiná-lo.

Define-se, então, a **pergunta norteadora** desta pesquisa como:

- *Quais são as dificuldades, necessidades de formação e competências esperadas de profissionais de Saúde que se envolvem em atividades docentes dentro da política nacional e dos princípios da educação permanente?*

Para tal questão optou-se por tomar como cenário o Curso Introdutório para Profissionais da Saúde da Família⁴, um exemplo de capacitação no conjunto das ações de educação desenvolvidas nos serviços de saúde do Brasil, que possui objetivos e conteúdos definidos em nível nacional e que, no estado de São Paulo, incorporou-se à prática de secretarias municipais e estadual⁵ desde a segunda metade da década de 1990.

A revisão bibliográfica, portanto, também aborda a Estratégia de Saúde da Família e suas características, principalmente de formação, que foi escolhida como cenário para este trabalho por sua centralização diretiva e

⁴ Programa Saúde da Família – PSF, renomeado como Estratégia de Saúde da Família – ESF (no intuito de ampliar a noção de permanência em relação ao risco de interrupção do “programa” por razões políticas), reorienta a atenção básica no país. Tem por base a “Equipe de Saúde da Família”, formada por médico generalista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, além dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, oriundos da área a ser coberta pela equipe, com cerca de 120 famílias por ACS, e de 5 a 6 ACS por equipe de Saúde da Família. O Curso Introdutório é o primeiro e obrigatório momento de capacitação dessas equipes de Saúde da Família.

⁵ Em 1998 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo instituiu o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família da Região Metropolitana da Grande São Paulo e Santos, espaço de integração ensino-serviços, com objetivo inicial de ofertar o curso introdutório, ampliando-se para o curso de especialização para médicos e enfermeiros do PSF. Essa experiência acumulada resultou no Manual de Treinamento Introdutório do PSF (São Paulo, 2004).

direcionamento normativo. Embora a normatização única para todo o território nacional seja uma das principais críticas à Estratégia de Saúde da Família, é justamente sua definição e descrição em normas que o torna ideal para a pesquisa, porque facilita a coleta e análise de dados, visto que, *a priori*, as diferentes organizações de capacitação inicial das equipes de Saúde da Família, conhecidas como cursos introdutórios para os profissionais da Saúde da Família, deveriam ser similares em todo o país. Em São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde realizou, em 2006, um levantamento (São Paulo, 2006a) em todas as regionais de Saúde que aponta dois aspectos: 1) os cursos introdutórios para os profissionais de Saúde da Família realizados pelos diversos serviços e parceiros que compõem a rede de atenção do estado estão longe de ser similares e 2) há um número excessivo de trabalhadores de Saúde da Família que não fez o curso introdutório. Esse levantamento serviu para a Secretaria de Estado da Saúde demonstrar a necessidade de propor e dar início, ainda em 2006, a um processo de capacitação das equipes de Saúde da Família no curso introdutório para profissionais de Saúde da Família no estado de São Paulo. A oficina “Construindo Estratégias para o Treinamento Introdutório do Programa Saúde da Família” (São Paulo, 2006b) e as experiências de descentralização e capilarização dos processos educativos incluíram a formação de multiplicadores como estratégia para alcançar a formação de mais de 15 mil profissionais de Saúde da Família, por meio da capacitação de grupos de profissionais em cada região de Saúde do estado para serem multiplicadores, agentes responsáveis pela condução dos cursos introdutórios nos seus municípios ou em microrregiões (grupos de municípios), com o acompanhamento dos profissionais da Secretaria de Estado nas suas regiões.

A legislação vigente (especialmente as Portarias 399/06, 648/06 e 2.527/06 – Brasil, 2006a; 2006b; 2006d) prevê conteúdo mínimo, carga horária mínima, prazo máximo para início da capacitação e responsabilidades das três esferas de governo. A definição das estratégias e opções pedagógicas fica em aberto, permitindo subentender-se – ou não –

que a vigência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde já define, em seu bojo, as estratégias do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. No entanto, o que está subentendido deve ser explicitado, afinal, mesmo o óbvio precisa ser dito, porque o que é óbvio para um pode não ser óbvio para todos, ainda mais quando “todos” se refere a milhares de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, em mais de 5 mil municípios.

Espera-se que o Curso Introdutório seja um marco, um momento “de virada” que permita a quebra inicial do paradigma da assistência centrada no médico e na demanda para uma atuação em equipe, de forma participativa e ética, com enfoque na promoção de saúde. Esse processo envolve a definição de funções, papéis e forma de atuação, que devem ser reforçados ao longo de outras oportunidades de educação permanente, visto que uma intervenção nunca é suficiente para esgotar todas as necessidades de informação, formação e adoção de atitudes. O curso é essencial também para permitir uma aproximação inicial desse conjunto de profissionais que formam a equipe, com conhecimentos, valores e vínculos muito díspares, visto que a capacitação agrega todos os seus membros, desde o médico, a enfermeira, o dentista, ao funcionário administrativo e ao agente comunitário de saúde. O desafio proposto para o curso introdutório é compor uma equipe em que alguns membros estão no extremo da especialização (e precisam aprender, muitas vezes, a generalizar seu conhecimento) com outros que não têm, a princípio, nenhuma formação em Saúde, mas que por outro lado conhecem a comunidade que será atendida porque vivem nela.

A incorporação da educação no cotidiano da saúde, e especificamente na Estratégia de Saúde da Família, revelou-se essencial na conjuntura de intensas mudanças da área da saúde nos últimos anos do século passado e nas expectativas do novo século, que conduzem gestores, trabalhadores e serviços públicos de saúde a atuarem:

- como ativos participantes do processo de implementação do SUS, com suas dificuldades, resistências, bem como os ideais e os avanços;

- incorporando o novo, tanto na compreensão de doenças emergentes e reemergentes como na utilização de novas tecnologias (entendidas como produtos, equipamentos, técnicas e formas de fazer), de forma crítica, para não onerar o serviço por força da pressão de mercado, mas para melhorar a eficiência, alcance e precisão das ações de saúde;
- humanizando a atenção, estabelecendo relações e rotinas de trabalho na ótica do cuidar em saúde, que envolve inclusive ações para cuidar do cuidador.

Acompanhar o ritmo de mudanças e conseguir fazer com que o corpo dos trabalhadores da saúde esteja compromissado, atualizado e sensibilizado exige um conjunto de ações de gestão de recursos humanos, com forte enfoque educativo nas mesmas. Partindo da percepção de que ainda se faz necessário o investimento na formação e capacitação profissional para a renovação da prática em saúde dentro do SUS, definiu-se, dentro do conjunto de ações da gestão de recursos humanos, o recorte da educação profissional em serviço, na perspectiva da contínua formação do profissional.

As mudanças nos campos do conhecimento, das atitudes e das práticas de forma integrada envolvem, portanto, uma concepção de aprendizagem significativa, delineada como uma aprendizagem que deve ultrapassar a acumulação de informações e levar à transformação do sujeito envolvido pela reflexão consciente sobre os problemas que vivencia e pela busca de soluções a serem incorporadas em seu cotidiano, seu comportamento, suas atitudes e até em sua visão de mundo.

A formação continuada poderia ser analisada sob diferentes aspectos, e escolheu-se, pelas angústias apontadas anteriormente, analisar as competências e necessidades de formação do profissional de Saúde que, dentro do serviço e por causa deste, torna-se docente: professor, tutor, multiplicador, facilitador, preceptor, monitor, instrutor, supervisor, orientador, ou tantos outros títulos dados nos diferentes serviços e em diferentes momentos aos profissionais responsáveis por atividades de Educação na Saúde, excluídas nesse recorte as ações de educação em saúde voltadas

para a população na perspectiva de aquisição de conhecimentos e atitudes saudáveis e que contribuem para o aumento da autonomia das mesmas no seu cuidado com a saúde (Brasil, 2008a).

A análise cuidadosa do processo de preparação de uma ação educativa estruturada a partir de um projeto definido em bases legais (nas portarias citadas anteriormente) – cuja concepção ocorre no Ministério da Saúde e sua execução, nas Secretarias Estaduais e Municipais –, sob a ótica das competências e necessidades de formação dos indivíduos envolvidos com a sua execução, aponta algumas faces do alcance pretendido neste trabalho, como contribuir para:

1. o delineamento de um quadro referencial para a formação de docentes ligados à Educação Permanente em Saúde, sugerindo um rol de competências mínimas no momento atual;

2. o investimento, dentro dos serviços, em parcerias com as universidades, na formação do docente em serviços de saúde, assumindo que nem todo profissional que sabe fazer sabe ensinar a fazer;

3. o planejamento das ações de educação formal e desenvolvimento dos servidores, recém-contratados ou em exercício profissional, adotando metodologia e recursos pedagógicos mais adequados;

4. a busca de instrumentos adequados para o acompanhamento da Política de Educação Permanente oferecida aos profissionais de Saúde nos serviços públicos;

5. a otimização dos investimentos em cursos, considerando que estes (recursos financeiros, tempo de docentes e trabalhadores e recursos complementares – transporte, material audiovisual e didático etc.) têm apresentado resultados duvidosos na melhoria da qualidade da atenção à população. Assim, investir em qualidade através de formação pedagógica, aproveitando as necessidades como estratégia de formação, pode ampliar a efetividade e a eficiência das ações educativas.

6. a discussão com os formadores de profissionais de Saúde, no sentido de preparar os futuros profissionais para a realidade dos serviços, envolvendo a perspectiva da docência.

Ressalta-se, finalmente, que estas opções não são neutras. Pautam-se nas concepções pedagógicas e de perfil profissional dessa pesquisadora, esclarecendo que o olhar e a leitura sistemática da literatura específica são dotados de juízos de valor e trazem consigo a história pessoal e profissional na definição das expectativas quanto ao trabalhador da Saúde, sua participação no processo de educação permanente, o papel do serviço e seus gestores, e o resultado na atenção da comunidade.

Também é importante explicitar que não se pretende dar conta nem mesmo de todas as competências e necessidades de formação dos profissionais de Saúde envolvidos com qualquer prática de formação, quanto mais do conjunto das necessidades e expectativas que a gestão de recursos humanos e as transformações das práticas cotidianas da saúde apresentam.

Assim, este trabalho tem por objetivo avaliar as competências e necessidades de formação de docentes, acompanhando os envolvidos (alunos e coordenadores) no processo de formação de multiplicadores do curso introdutório para profissionais de Saúde da Família promovido pela Secretaria de Estado da Saúde a partir de 2006.

A revisão de literatura, para subsidiar os objetivos almejados, debruça-se também nos pressupostos e conceitos da Educação, com enfoque preferencial para as questões didáticas. Mostra que as concepções de educação mais modernas chamam atenção para o fato de que a transmissão de conhecimentos não encerra em si todas as dimensões do aprendizado, que deve envolver também mudanças em atitudes e habilidades, conforme o conteúdo e objetivo da prática pedagógica. Também sinaliza com mudanças no professor e em sua postura e função nos processos de ensino e de aprendizagem. Quando se observa o curso introdutório para profissionais da Saúde da Família nas suas definições legais e na literatura da área, e as expectativas que sobre o mesmo são

depositadas, nota-se a essencialidade de pensar o processo pedagógico com compromisso e com técnica suficientes para não frustrar seus objetivos.

É a partir da confluência da contextualização da problemática da Saúde e do SUS com a aproximação do campo de conhecimento da Educação que foi possível delimitar os objetivos e os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados.

Finalmente, a revisão bibliográfica aborda as representações sociais, adotadas como forma de perceber as contradições e dificuldades dos profissionais de Saúde envolvidos em práticas de ensino, através de entrevistas cujo discurso dos protagonistas permite entrever as dificuldades sentidas pelos profissionais de Saúde que se tornaram docentes em serviços de saúde e as diferenças e semelhanças entre as competências e necessidades de formação percebidas e os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

2. INTRODUÇÃO

2.1. A Educação na Saúde, uma revisão histórica

2.1.1. Situação de saúde no Brasil e seus recursos humanos

Ao analisar a saúde no Brasil, é comum ouvir que este é o maior problema das políticas públicas em pequenos e grandes municípios, capaz tanto de eleger como de não reeleger prefeitos, governadores e até presidentes. A saúde é levada em destaque ao palanque, mas teima em não alcançar melhorias suficientes para a população, embora progressos tenham sido alcançados em diversos aspectos e/ou para algumas comunidades. Deve-se reconhecer que a questão da iniquidade do acesso à saúde no Brasil não é um problema novo nem homogêneo no país. Baptista (2005, p. 12) ressalta que, a partir da instituição do SUS, muitos municípios

“avançaram na garantia do direito universal e integral à saúde. Contudo essa ainda não é uma realidade em todo o país [...] essas realidades que não concretizam o SUS, que encontram maior espaço de expressão nos jornais e mídia em geral, mas não podem ser tomados como a única face do SUS. Antes de criticar ou tomar as manchetes de jornais como realidade nacional, é preciso conhecer o SUS, sua proposta, dificuldades e desafios”.

Chaves (1986) afirma que é necessário que o Estado participe do sistema de saúde do país – independentemente de sua estrutura ou ideologia dominante –, organizando e oferecendo serviços públicos e de livre acesso no sentido de satisfazer as expectativas da sociedade e manter seu equilíbrio social. Ressalta que a população exerce pressão para o aumento do número de serviços (diferentes especialidades e mais locais de atendimento), assim como para um acesso mais eqüitativo, pois os que mais necessitam são geralmente os mais excluídos e que têm maiores

dificuldades de conseguir a atenção à saúde que procuram. Assim sendo, o sistema de saúde de uma cidade, região ou país depende fundamentalmente da organização política da sociedade e das relações de poder entre grupos e instituições envolvidos na demanda e oferta de bens e serviços de saúde.

É reconhecido que o Estado brasileiro demorou a assumir sua responsabilidade pela saúde dos brasileiros, e durante a maior parte do século passado as políticas públicas eram dissociadas das reais necessidades da população e geridas por diferentes gestores num mesmo território.

Embora ações de saneamento dos portos e das crescentes cidades tenham sido adotadas anteriormente pelo Estado, o ano de 1923 é o marco da saúde pública brasileira na perspectiva da assistência, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, que instituiu as CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão – como organização inicial da Previdência e vinculando a Assistência em Saúde para os trabalhadores contribuintes. Cada categoria organizava sua caixa; portanto, havia grupos mais ricos, mais bem organizados e, por isso, mais bem atendidos do que outros.

Na era Vargas, com o fortalecimento do Estado e da política populista, aliado à industrialização e ao crescimento das cidades, o aparelho estatal começou a desenvolver práticas de saúde muitas vezes voltadas para a prevenção das doenças em caráter coletivo e a organizar os principais serviços públicos de saúde, tanto em nível federal como nos estados e municípios. Transformou os CAPs em IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão – com intervenção do Estado e gestão mista.

Nas décadas de 1950 e 1960 no Brasil, sob a influência da “*public health*” dos EUA, as políticas públicas visavam conter as pressões das classes trabalhadoras e o crescimento do comunismo por meio de programas muitas vezes paternalistas, que tinham por objetivo desestruturar os movimentos reivindicatórios através da concessão de benefícios, entre eles a assistência à saúde, com mínimo custo e máxima cobertura possíveis, num enfoque numérico, administrativo-burocrático (Westphal, 1992).

Esses programas se perpetuaram durante a ditadura militar, marcada ainda por uma maior centralização das decisões e pela unificação dos IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), igualando os direitos dos segurados dos diferentes IAPs e estando vinculado ao Ministério da Previdência Social. Enquanto as cidades e o país prosperavam, crescia um segmento novo de assistência à saúde, particular, com financiamento público por meio de convênios com o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – e linhas de crédito a fundo perdido para construção de hospitais, reforçando uma concepção hospitalocêntrica de assistência ao doente, dependente da alta tecnologia e dos medicamentos mais modernos, com forte influência das indústrias de equipamentos e farmacêutica. A assistência à saúde era restrita aos contribuintes da Previdência e os serviços eram prestados mediante apresentação de carteira de trabalho. Existia um duplo comando na área da Saúde: o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas, como as campanhas de vacinação, e o Ministério da Previdência Social incumbia-se da prestação de serviços médicos curativos, ambos excessivamente centralizados e longe das reais necessidades da população.

As dificuldades advindas da falta de coerência das políticas, da falta de um comando único, do descaso com os diagnósticos epidemiológicos, sociais, e com o planejamento feito localmente resultaram em restrição de acesso, falta de resolutividade, compartimentalização de assistência, quase inexistência de ações de promoção, além de desvio de verbas públicas para a iniciativa privada. A percepção da precariedade dos serviços de saúde oferecidos à população, em comparação com seu alto custo, levou à reflexão sobre o real papel do Estado na atenção à saúde e permitiu, mesmo contraditoriamente ao momento de restrição política da ditadura militar, nascer e crescer o Movimento de Reforma Sanitária. Tal Movimento apontou os erros, incorporou discussões e postulados de caráter internacional (Declaração de Alma Ata, Atenção Primária, Sistemas Locais de Saúde e Promoção de Saúde, entre outros) e propôs soluções para os problemas de saúde no país por meio de um conjunto de idéias para efetivar

as necessárias mudanças e transformações na área da Saúde, abrangendo não apenas o sistema público, mas todo o setor da Saúde, ao introduzir uma idéia ainda nova de “saúde” como “melhoria das condições de vida da população” (Baptista, 2005; Arouca, 2002; Bertolli Filho, 2001; Campos FE et al., 1998a; Andrade MTS, 1997; Narvai, 1994).

Como marco e fruto deste Movimento⁶, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, congregou todas as forças políticas da Saúde do país (reuniu, pela primeira vez, mais de 4 mil pessoas, das quais 50% eram usuários da Saúde) e apresentou o ideário do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi garantido na Constituição de 1988 e que vem sendo implantado desde então, com esforços para avançar e momentos de retrocesso ou paralisia do processo no caminhar de cada comunidade, município ou Estado, retratando o mosaico da atenção à saúde no Brasil.

É preciso entender a plasticidade do Estado que, longe de ser uma rocha imutável, vive em constante embate de forças, como coloca Faleiros (1982, p. 30, apud Sousa, 2001b, p. 36):

“O Estado é o lugar por excelência em que se condensam as contradições da sociedade [...] o Estado é, ao mesmo tempo, lugar onde se expressam momentos antagônicos e complementares de correlações de forças econômicas, sociais, políticas e ideológicas”.

Assim, desde sua criação na Constituição e regulamentação por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, uma seqüência de Normas Operacionais, Resoluções e Portarias vem tentando implantar e aperfeiçoar o SUS que vivemos no cotidiano para aproximá-lo do SUS que sonhamos e que está nas diretrizes e pressupostos. Negri e Viana (2002) confirmaram, numa retrospectiva dos dez anos de instituição do SUS, que ocorreram avanços, problemas inesperados ou já previstos, e que desafios permaneciam no processo de implementação do novo modelo de saúde nacional com o intuito de atender melhor e obter resultados positivos ao

⁶ O Movimento da Reforma Sanitária conseguiu articular suas idéias em um documento chamado “Saúde e Democracia”, que foi enviado para aprovação do Legislativo e, convidando a sociedade para participar da VIII Conferência Nacional de Saúde, discutiu amplamente esse conjunto de idéias.

alcance de toda a sociedade. Esses autores, ao apresentarem a questão dos recursos humanos no SUS, ressaltam que um dos problemas mais graves da política de saúde nacional é a dificuldade em organizar os serviços com os profissionais mais adequados. Entendem por “mais adequados” tanto a distribuição desigual dos profissionais, inviabilizando a expansão da atenção em algumas regiões ou municípios, como a qualificação dos mesmos na formação técnica e superior, bem como na “manutenção de gastos permanentes com treinamentos e atualização [...] voltados para o atendimento mais dedicado” (idem, p. 40).

Na agenda proposta pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Brasil, 2004e) apresenta-se a questão da regulação do exercício profissional pelos respectivos conselhos e a necessidade de adequar à realidade nacional de saúde e aos avanços científicos, prevendo a necessidade de um papel regulador do Estado para articular esforços e reduzir tensões entre as categorias profissionais.

Bottazzo (1999, p. 37) comenta sua experiência em Moçambique na implementação das políticas de saúde na recém-independente nação, ressaltando que sua estrutura não diferia significativamente

“daquilo que prescreve a literatura especializada e é conhecimento dado: integralidade das ações, eixo de condução epidemiológica, comando único local, ênfase em ações educativas, *formação de recursos humanos adequados ao funcionamento do sistema*, referência e contra-referência e controle sobre o meio ambiente” (grifos nossos).

Como no Brasil, respeitadas suas características próprias, as dificuldades de concretizar esse ideário se chocavam com a disposição de implantar o sistema de saúde e suas políticas. Em um discurso aos servidores da Saúde reunidos no Hospital Central de Maputo, o presidente moçambicano Samora Machel indicava – tomando o Hospital como representante do sistema de saúde e comparando-o com o processo produtivo em que o hospital produz saúde, bem-estar e vida – como uma falha em seu funcionamento põe em perigo a vida. E o passo seguinte do

diagnóstico dessa estrutura prestadora de serviço era afirmar que esta apresentava-se defeituosa

“porque os trabalhadores não cooperam com o processo e confundem tudo, mas no essencial confundem *mesmo o lugar de cada um no processo produtivo* e o poder que cada lugar destes – e os que estão neles – agrega” (idem, p. 40).

Centrar os erros das políticas e dos serviços públicos nos profissionais é um lugar-comum que abre espaço e reforça as políticas do neoliberalismo, que prevê um Estado mínimo, reduzindo serviços e servidores públicos, o que inviabiliza políticas de inclusão social e equidade, tão necessárias ao Brasil quanto (ou mais) a Moçambique. Mas isentar de responsabilidade estes mesmos funcionários é querer ver a realidade por um prisma cor-de-rosa, fora de foco, em que todos são bons só por serem trabalhadores. A segunda opinião é uma distorção tão perigosa quanto a primeira e muito comum nos sindicatos, representações dos trabalhadores nas instâncias colegiadas do SUS.

É possível adotar uma postura intermediária, compromissada com a noção de que, no cotidiano do SUS, as duas visões anteriores convivem entre si e ainda com outros entendimentos do senso comum e dos protagonistas das políticas e dos serviços de saúde, com todas as suas contradições, seus mitos e resistências, e as dificuldades que esta perspectiva não unitária traz aos gestores e aos trabalhadores em seu dia-a-dia.

Os profissionais de Saúde dão rosto e movimento ao SUS. Sem eles (independentemente de suas funções, cargos e formação), o SUS não existe. Compreender e cuidar destes personagens é essencial para conseguir implantar o SUS no Brasil. Se parte deles não conhece e não entende seu papel e, por isso ou por outras razões, não assume seu compromisso, o rosto do SUS ficará comprometido.

Sousa (2001a, p. 27) explicita de forma contundente que:

“são responsabilidades de todos nós a guarda das conquistas e a ampliação do ciclo virtuoso na ‘acumulação de forças, saberes e vontades’, para

reafirmar uma 'nova saúde', e esta voltada para o cuidar das famílias, nos seus espaços geopolíticos, possibilitando uma revisão no cotidiano das práticas exercidas pelos profissionais, priorizando a promoção e proteção da saúde, humanizando as relações serviços e famílias/comunidades, rompendo com a visão biológica do atendimento, trabalhando as condições locais de vida, os agravos a que as pessoas estão expostas e oferecendo os serviços de acordo com as reais necessidades da população”.

Assim, coloca-se como responsabilidade dos gestores o envolvimento do conjunto dos trabalhadores com suas competências específicas e experiências acumuladas, num constante diálogo comprometido com a prática cotidiana, em uma perspectiva renovadora da saúde, entendida aqui como ampliação da visão biologicista e centrada no atendimento da urgência ou da demanda desorganizada, para uma concepção ampliada da saúde, escrita na Constituição e na lei orgânica de saúde a partir de extenso debate nos meios acadêmicos e promotores de políticas nacionais e internacionais. A construção desse conceito no Brasil e na América Latina, desde a década de 1960, tem forte ligação com os diagnósticos e proposições debatidas em fóruns internacionais, capitaneados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Podemos citar importantes documentos, como a Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), que enfatiza que a saúde – “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (idem, p.1) –, como direito humano fundamental, requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da Saúde. Dentro da Saúde, propõe estratégias inovadoras, como os cuidados primários de saúde e a formulação de ações de educação, promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir do compromisso de analisar e contemplar as condições econômicas e características socioculturais e políticas das comunidades. Tais estratégias têm sua base de atuação naqueles “que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários

[...] e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade” (idem, p. 2).

Ao assumir a responsabilidade de mudar o *modus operandi* dos trabalhadores, é necessário observar a história acumulada da prestação de serviços de saúde de forma ampla e da construção do SUS que se reproduzem em diferentes modos de ver a realidade e adaptar sua prática à mesma. Acompanhando o raciocínio de Bottazzo (1999, p. 65) sobre as relações de poder e as instâncias de tomada de decisão no planejamento e na implementação das políticas do SUS, este autor argumenta que:

“O movimento que conduz à apropriação não pode ser prévio e separado do movimento que então conduziria à implementação: apropriar-se previamente de algo é dar-lhe imediatamente existência, e o que era apenas prévio, torna-se agora conhecido e passado. Assim, atores sociais ao conformar ‘blocos históricos’, pode-se dizer, sempre apropriam e implementam saberes em movimento, numa práxis ininterrupta que consegue agitar mesmo os espaços sociais mais pobremente existentes. Atores sociais sempre produzem teoria e, portanto, não há como uns produzirem teoria e outros implementarem, enquanto processo dialético, se não se levar em conta que, ao implementarem e assim ao produzirem novos fatos, estes se lhes escapam ao controle e surgem transformados por outras mãos: somente por este mecanismo histórico de apropriação é que aparecem separados.”

Entende-se, portanto, que os profissionais ditos “da ponta”, caso não participem da compreensão e determinação das decisões de ação, dificilmente irão realizá-las como planejado em outra instância superior de decisão, à qual nem todos os profissionais estão ligados política ou ideologicamente. A observação dos desvios na implementação das políticas passa pelos diferentes atores desta implementação, sejam os planejadores, gestores ou executores, ou mais amplamente a sociedade que exige e recebe cuidados. Envolvem-se ainda, mesmo que aparentemente de forma distante, outras instâncias com interesses complementares ou opostos ao SUS (caso das indústrias de equipamentos e farmacêutica e as empresas de

medicina complementar) e as instituições de formação dos recursos humanos em Saúde, todos intervindo no que pensam e como agem esses profissionais.

Sousa (2001a, pp. 26-7), no auge das discussões da implantação da Estratégia de Saúde da Família no país, coloca a questão dos recursos humanos, suas relações de poder e possibilidades de compreensão do processo que estão vivenciando e sua parcela de responsabilidade e compromisso ético na viabilização do SUS, ao explicar que:

“é necessário enfrentarmos a construção de um modelo de atenção à saúde em novos paradigmas, uma vez que as barreiras que bloqueiam a eficácia de tais investimentos parecem intransponíveis, fortalecidas pela forma de organização da assistência médica, hospitalar e ambulatorial vigente no País. Portanto, é preciso compreender e aprofundar a leitura das relações que existem entre as diversas dimensões de um modelo ‘clássico’ de doença para a construção de um ‘novo modelo de atenção à saúde’, registrando com firmeza as bases que os movem e os sustentam em vários movimentos”.

Buss e Labra (1995, p. 98) discutem a questão dos recursos humanos em Saúde e apresentam, sobre a composição da equipe de Saúde no início da década de 1990, que cerca de 60% dos postos de trabalho eram ocupados por médicos e pessoal de nível elementar, ambos em proporção ao redor de 30% da equipe de Saúde e em extremos opostos de qualificação. Observando apenas os profissionais de nível superior, os médicos eram quase 70%, somando cerca de 210 mil em todo o país. Estes autores colocam as dificuldades geradas pela acentuada medicalização e também pela concentração dos serviços e profissionais nos grandes centros do Sul-Sudeste do país, ressaltando ainda que:

“O corporativismo exacerbado tem no absurdo descompromisso social dos profissionais de saúde uma das suas mais graves características. O absentismo, a baixa qualidade da relação com o usuário, o despreparo para o exercício das práticas de saúde são algumas das características da força de trabalho atualmente contratada pela rede pública de saúde. As

práticas dominantes nos serviços de saúde, voltadas essencialmente para os indivíduos e eminentemente assistenciais e hospitalares, possuem baixa resolutividade e são freqüentemente ineficazes, quando se considera o quadro epidemiológico prevalente ou, mais amplamente, as necessidades sociais em saúde.”

A formação dos profissionais de Saúde, universitários ou não, tem sido limitada a aspectos biológicos e tem-se mantido essencialmente tecnicista. Tal postura resulta tanto da formação acadêmica quanto de mecanismos de transmissão de valores hegemônicos, sem que se desperte naqueles profissionais a consciência da função reprodutora desses mesmos valores que eles exercem em sua prática, no contato com a população que demanda seus serviços (Brasil, 2006e). Enquanto Negri e Viana (2002, p. 40) comentam a necessária reformulação dos currículos das faculdades de medicina, “de modo a considerar a necessidade de formação em Atenção Básica e a recuperação da ética profissional”, Westphal e Pelicione (1991) apontam as dificuldades da implementação e ampliação das ações de educação e promoção de saúde, sem a necessária mudança no perfil dos profissionais envolvidos com a Atenção Básica.

Pierantoni (2002, p. 609) apresenta, quanto à gestão dos recursos humanos em Saúde, a perspectiva de avaliação dos dez anos de implantação do SUS, que se desenvolveu

“num elo inovador e conservador: inovador pela qualidade dos debates, da produção intelectual, pelo desenvolvimento de projetos específicos centrados em bases de expansão de mercado, formação e qualificação profissional. E conservador pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de saúde e da área de recursos humanos”.

Tal diagnóstico da ineficiência do modelo vigente (no final do século XX e persistindo em vários aspectos e em muitos serviços até hoje) não é exclusivamente centrado nos médicos e não circula apenas nos meios acadêmicos ou de alta gestão pública, aparece também em fóruns com participação do controle social e abrange outras áreas da Saúde.

A VII CNS – Conferência Nacional de Saúde, em 1980, por exemplo, foi organizada com um grupo de debate discutindo a inserção da odontologia nos serviços básicos de saúde. Apontou as características do modelo da prática e assistência odontológica na época (e ainda longe de estar superado), cujos traços gerais descritos apresentaram pouca diferença das críticas feitas à prática dos médicos e outros profissionais de Saúde de formação universitária: ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição no território, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista e, como não podia deixar de se mencionar, inadequação no preparo dos recursos humanos. Narvai (1994) retoma e continua a análise do grupo, ressaltando a formação e capacitação dos profissionais de Saúde, e para tal cita Bottazzo e Tomita (1990, p. 22, apud Narvai, 1994, p. 83):

“O ensino e a prática odontológicos no Brasil reproduzem de modo anacrônico o acentuado tecnicismo que marca essa especialidade médica nos países desenvolvidos. A odontologia brasileira, tal como está, é ineficaz no equacionar os problemas de saúde bucal de nossa população. De resto, é possível afirmar que esta não é sua preocupação. O modelo teórico no qual tanto o ensino quanto a prática se baseiam exclui a possibilidade de incorporar uma leitura social: trata-se de entender o fenômeno saúde-doença nos marcos estreitos do biológico, a determinação do fenômeno não interessando enquanto objeto”.

Os desafios a serem alcançados nesse processo de implementação do SUS e do direito universal à saúde abrangem profissionais e serviços: por um lado, há necessidade de profissionais comprometidos com as diretrizes do SUS, com o cuidado integral e humanizado; por outro, estruturar serviços que acolham o usuário, promovam saúde e qualidade de vida e sejam democráticos e participativos. Tais recomendações vêm sendo sistematicamente repetidas, nas conferências nacionais, nas conferências de áreas temáticas e inclusive nas Conferências Estaduais e Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação

na Saúde, ocorridas em 2006, cujo objetivo, definido na apresentação do *Consolidado dos relatórios das conferências estaduais* foi:

“propor diretrizes nacionais para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como referência a NOB RH/SUS⁷, ampliando a participação e a coresponsabilidade dos diversos segmentos do SUS, na execução desta política, qualificando o debate e fortalecendo o compromisso nacional nesse assunto” (Brasil, 2006g, p. 9).

Podemos resumir, dessa leitura geral, que os recursos humanos em Saúde, embora sejam os que dão rosto, voz e movimento ao SUS, estão, muitas vezes, despreparados, distantes das reais necessidades dos serviços e da população usuária, tendo sido formados na ótica do mercado privado de saúde que privilegia a tecnologia de ponta às relações interpessoais. Essa formação é reproduzida nos serviços públicos e aparece no descompromisso perante a clientela e na atuação centrada no conhecimento técnico profissional. Esses trabalhadores têm dificuldade de superar a atuação corporativa, burocrática e impessoal, e deixam de perceber seu papel preponderante na transformação da sociedade e em sua qualidade de vida e na de seus pacientes.

Pierantoni (2001) afirma que as intervenções realizadas no setor Saúde no Brasil ao longo da primeira década do SUS conseguiram mudar, definitivamente, a organização dos serviços públicos em todas as esferas, reorganizando os pactos federativos e sociais. Mas não conseguiram atingir na mesma intensidade as mudanças necessárias nos responsáveis pela execução dessas políticas: os recursos humanos. A gestão dos sistemas e serviços que constituem o SUS precisa olhar e buscar soluções para a questão dos recursos humanos como uma das vertentes de consolidação do modelo. Sem a maciça adesão destes atores, a transformação do modelo não conseguirá se efetivar.

Campos FE e Fekete (1998) apresentam como pressupostos a serem obtidos na gestão dos recursos humanos a adesão e o compromisso

⁷ Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – SUS (Brasil, 2002).

com os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social; e a participação na organização da oferta de serviços de acordo com as necessidades reveladas pelo perfil epidemiológico e sociocultural da população a ser atendida. Buscando explicar os desafios das políticas de recursos humanos no SUS para os gestores, esses autores ressaltaram a importância dos profissionais adequadamente preparados para garantir a qualidade e a quantidade de serviços oferecidos aos usuários do sistema, sendo responsabilidade do gestor promover processos de capacitação e educação continuada a seus profissionais.

Almeida et al. (1999) e Batista (2001) abordam a formação dos profissionais de saúde, e especificamente os dilemas colocados para os formadores: manter o rigor científico, acumular conhecimentos técnicos e desenvolver habilidades de relacionamento, com os pacientes e com a equipe de trabalho, pautadas na ética e no respeito ao outro, independente de condição econômica, posição social ou nível educacional.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (Brasil, 1994), analisando a concepção vigente de trabalho em equipe, sugeriu uma relação de “parceria”, na qual o médico teria a supremacia (trabalho intelectual qualificado) sobre o atendente (trabalho manual desqualificado), acordo tácito que manteria uma política de recursos humanos que beneficia os extremos da cadeia de atenção à saúde, numa relação clara de poder entre si e na exclusão dos demais atores envolvidos. Ressaltou que, na gestão de recursos humanos, foram adotados dois referenciais: “a crise nos serviços de saúde [...] e a debilidade e vulnerabilidade dos paradigmas administrativos, que marcam os serviços de saúde no Brasil hoje” (idem, pp. 24-5). Considerando a complexidade da questão de recursos humanos, seu diagnóstico e propostas de enfrentamento, é ressaltado que:

“A fragmentação que caracteriza o trabalho em saúde tem algumas implicações na qualidade da assistência: desconhecimento da finalidade da ação prestada, falta de integração da equipe, visão atomizada do corpo do usuário, atendimento

desumanizado, entre outras. O trabalhador não é entendido como gerente de seu trabalho, levando-o a não assumir responsabilidades no desenvolvimento das ações. Tendo isso em vista, propõe-se o desenvolvimento de um processo pedagógico dirigido a toda a equipe com vistas à compreensão do processo de trabalho como um todo” (idem, p. 29).

É bastante claro o diagnóstico de que a adesão dos trabalhadores é fundamental para o sucesso do SUS, e que gestores devem considerar a questão dos recursos humanos como uma das prioridades de enfrentamento. Mas o enfoque dado ao enfrentamento não pode ser exclusivamente pedagógico, como pode parecer em algumas falas. Pierantoni (2001; 2002) destaca que as questões relacionadas aos profissionais de Saúde envolvem a compreensão das mudanças mais amplas, como a reforma do Estado, com a diminuição dos quadros e redefinição de competências. A reforma administrativa ocorrida no Brasil na década de 1990 seguiu uma tendência mundial de privilegiar as decisões administrativas de cunho financeiro, mas pautou-se em metas para a privatização em alguns setores e a flexibilização da gestão, principalmente das relações trabalhistas tradicionais. A maior eficiência dos serviços públicos seria alcançada com redução dos quadros gerais e contratos menos estáveis, e, segundo Pierantoni, (2001), a população aprovava tais propostas pelo esforço de cooptação dos meios de comunicação, durante o governo de Fernando Collor de Mello, ao veicular mensagem de descrédito no funcionalismo.

O novo século não trouxe tantas mudanças: continua em voga nos meios de comunicação e senso comum a premissa da ineficiência do funcionalismo, que se alia à incapacidade de gestão do Estado, reforçando as parcerias público-privado, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as Organizações Sociais de Saúde (OSSs) como mais capacitadas e eficientes. Discurso recorrente nos meios de comunicação e bandeira política de eficiência na gestão estatal, eminentemente no estado de São Paulo – onde a Lei Complementar 846/98 (São Paulo, 1998), que dispõe sobre a qualificação de entidades como

organizações sociais, constitui-se no principal modelo de gestão que viabilizou a abertura de diversos hospitais no estado – e mais recentemente no município de São Paulo. Ibañez e Vecina Neto (2007), analisando as reformas do Estado e os modelos de gestão, assinalam que as experiências que passaram a proliferar no país a partir dos anos 1990 estavam ligadas à flexibilização gerencial, relacionada à compra de materiais, contratação de pessoal e gestão financeira dos recursos, mas incluíam metas de resultados, qualidade dos serviços prestados e satisfação do usuário. Retomando a chamada Reforma Bresser nos anos 90, os autores comentam que críticas surgiram devido ao fortalecimento do terceiro setor na realização de serviços antes públicos, em vez de investir em melhoria na gestão da administração pública. E concluem que, a despeito do Banco Mundial analisar a experiência do estado de São Paulo e considerá-la totalmente exitosa, continua sendo importante buscar mais alternativas na gestão, “afinal este é um país gigantesco e a padronização é burra” (idem, p. 1839). Apresentam e analisam a perspectiva da fundação pública de direito privado e a consideram uma possibilidade a mais, mas uma questão fundamental para seu sucesso é a gestão dos recursos humanos, entendendo que, “se forem realizadas concessões corporativistas, a solução será mais um problema” (idem, ibidem).

A falta de mecanismos de valorização do trabalho realizado, agravada pela ausência de perspectiva de crescimento profissional (poucos municípios e estados possuem planos de cargos, carreira e salário definidos), conduz a um quadro histórico de adoção do vínculo público como renda adicional, complementar à remuneração principal, no consultório ou hospital privado. Ibañez e Vecina Neto (2007, p. 1836) afirmam, em relação às alternativas da administração direta, que “Não dá para ser eficiente utilizando o estatuto do funcionalismo para gerenciar pessoal [...]. O estatuto deve ser utilizado apenas para as carreiras típicas de Estado”.

O problema da ineficiência não está relacionado, portanto, à quantidade de profissionais, mas à qualidade dos mesmos e de suas relações com a gerência. Envolve o baixo investimento e a falta de sintonia

em atividades de desenvolvimento de recursos humanos e, ainda, o reconhecimento parcial das novas exigências de perfil dos trabalhadores, em que a polivalência, a capacidade de inovar, a ênfase no trabalho em equipe, a qualificação, a responsabilidade e o desenvolvimento de habilidades cognitivas e destinadas a novas competências são valorizados no discurso, mas inviabilizados na rotina burocrática das relações de trabalho: valorizam-se atitudes e conhecimentos, mas mantêm-se os processos de trabalho sem a efetiva participação dos trabalhadores.

O quadro de mudanças administrativas na gestão de recursos humanos, tanto na formalidade das estruturas como no sentido das expectativas, enfrenta ainda a convivência de diferentes perfis e gestões de recursos humanos nos serviços de saúde, ou seja, encontram-se sob o mesmo teto e exercendo as mesmas funções profissionais com salários, exigências e horários de trabalho diferenciados; prevalece a organização da rotina de trabalho pautada na rotatividade dos postos de trabalho, bem como "treinamentos que visam a mudanças de comportamento e não à formação específica mais qualificada" (Pierantoni, 2002, p. 610).

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS – apresentou um breve retrato do quadro de trabalhadores do SUS no Brasil (Brasil, 2006h), a partir da pesquisa ANS/IBGE/2003, mostrando que 66% da força de trabalho na saúde pública está sob gestão municipal (contra apenas 16,2% em 1980). Além da drástica mudança de gestão, os recursos humanos em Saúde saltaram de 165.956 para 1.193.503 empregos públicos nas três esferas do governo. Tal expansão favorece um aumento da atenção à população, que de fato ocorreu (talvez em outra intensidade), mas que sobrecarregou os cofres municipais e colocou a maioria dos municípios no limite financeiro de gastos com pessoal em função da Lei de Responsabilidade Fiscal. Nesse contexto, outras formas de contratação foram adotadas por muitos municípios, como parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações Sociais de Saúde (OSSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e contratos com cooperativas de profissionais de Saúde.

O próprio Ministério da Saúde propôs as fundações públicas de direito privado como opção viável para as administrações nos diferentes níveis do sistema.

A Organização Pan-Americana de Saúde define, na versão preliminar do Relatório Mundial da Saúde 2006 *Trabalhando juntos pela saúde*, que “Trabalhadores de saúde são todas as pessoas fundamentalmente engajadas em ações que têm o propósito fundamental de aumentar a saúde” (OPAS Representação Brasil, 2006, p. 4), e mostra a coerência com a:

“definição de sistemas de saúde adotada pela OMS, ou seja, que compreendem todas as atividades que têm o objetivo principal de melhorar a saúde – incluindo cuidadores da família, relações paciente-provedor, trabalhadores de meio-período (em especial mulheres), voluntários de saúde e trabalhadores comunitários” (OPAS, 2006, p. 3).

Baseado nas informações nacionais fornecidas à OMS, estima-se que no mundo haja um total de 59,2 milhões de trabalhadores de Saúde, dos quais cerca de dois terços são prestadores de serviços de saúde, enquanto o terço restante é composto por gestores em Saúde e trabalhadores de apoio. A proporção de servidores públicos em relação aos trabalhadores no setor privado gira em torno de dois para um (OPAS, 2006). Mas a análise da OMS aponta para uma crescente crise na força de trabalho: em países mais pobres, as necessidades são grandes e as carências ainda maiores, agravadas por combinações inadequadas de habilidades, levando a lacunas nas coberturas dos serviços essenciais (57 países com déficit grave de 2,4 milhões de médicos, enfermeiros e parteiras); nos países ricos, com menores necessidades e maiores investimentos, a população a cada dia mais idosa leva a novas demandas, tanto de maior especialização como de cuidados básicos por falta de apoio da estrutura familiar. Sem um aumento maciço no treinamento de trabalhadores, conclui o documento, essas lacunas crescentes agravarão a pressão na força de trabalho e aprofundarão a crise mundial da saúde. A proposta, segundo a OMS, é simples:

“Para atacar esses problemas mundiais de saúde, o objetivo da força de trabalho é simples – conseguir os trabalhadores certos, com as habilidades certas, no lugar certo, fazendo a coisa certa! – e fazendo assim, manter a agilidade para responder a crises, preencher as lacunas atuais e antever o futuro” (idem, p. 7).

Campos GWS (1997) reflete sobre as mudanças necessárias à saúde pública enquanto estrutura, processo de trabalho e relações com a doença e com os cidadãos, e neste exercício teórico os trabalhadores da Saúde são colocados como atores sociais centrais (porém não únicos ou principais) ao Movimento da Reforma Sanitária. Quanto às ações desenvolvidas junto aos mesmos, na tradição histórica dos serviços de saúde, afirma que:

“não é viável, no Brasil, uma estratégia reformista que aposte principalmente no controle, no enquadramento dos profissionais de saúde e não em sua incorporação ao processo como sujeitos da reforma” (Campos GWS, 1997, p. 71).

A dimensão de satisfação pessoal é fundamental para a adesão ao novo modelo de atenção à saúde, e o autor considera que:

“Poderíamos afirmar que a adesão dos trabalhadores a um novo projeto de sociedade (ou de saúde), depende do reconhecimento de que esse novo estilo de vida já é possível hoje. De que o viver cotidiano não precisa obrigatoriamente ser aquele da repetição, da renúncia sistemática à autonomia e ao desejo. Que o trabalho em um centro de saúde, hospital, ou em qualquer outra instituição pública, pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto” (idem, p. 67).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, analisando os avanços e desafios do SUS, ressalta sua relevância e os

resultados positivos, e também alerta sobre a persistência de desafios para sua consolidação (Brasil, 2006i). Entre os desafios, o da gestão do trabalho no SUS indica que a mudança ocorrida nas décadas de 1980 e 1990, frente à reestruturação produtiva, “recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo [...] o que inclui repensar os processos de planejamento e qualificação do trabalho e do trabalhador, colocando assim uma nova agenda para os gestores” (idem, p. 129). A precarização dos vínculos e das condições de trabalho é amplamente abordada na gestão das relações de trabalho, mas também é destacado o papel que as Secretarias Estaduais de Saúde vieram assumindo no desenvolvimento de atividades de formação que poderia ser estendida aos municípios, principalmente os de maior porte. Assumir atividades de formação implica reconhecer que:

“O trabalho na Saúde faz-se através dos seus trabalhadores, portanto, por gente, com gente e para gente... são trabalhadores do conhecimento, interpretam e aplicam saber e informação para criar e proporcionar soluções aos problemas” (idem, p. 148).

Essa concepção do papel e da gestão desses trabalhadores indica que a aprendizagem será permanente, assim como as mudanças e exigências se renovam permanentemente e desafiam o corpo de trabalhadores e gestores a estar sempre adquirindo e aplicando conhecimentos (teorias e práticas) e atitudes renovados para, assim, permanecer competente e produtivo.

Competência passa a ser a palavra de ordem moderna, que pode compreender uma listagem de conteúdos a serem ministrados em um curso e avaliados ao final do mesmo, ou ser um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que pode ser mobilizado pelo profissional frente a um desafio conhecido ou novo, de forma a responder adequada e eficientemente. Pode significar uma forma de avaliação da produtividade do profissional, atrelada a metas quantitativas e muitas vezes restritas a aspectos clínicos individuais, que já são mensurados e reduzem o cuidado à visão taylorista de tempos e movimentos. Mas também pode ser um enfoque de reflexão sobre os problemas e desafios do trabalho e as necessidades de

buscar projetos educativos individuais e da equipe de cuidado multiprofissional, sustentando a concepção de educação permanente, que será tratada em um item específico, mas que se caracteriza por:

“aprendizagem no trabalho, onde se configuram as necessidades e demandas educativas; utiliza princípios da aprendizagem de adultos, vinculando o conhecimento com problemas reais por meio da pedagogia de problematização; adoção do construtivismo cognitivo que postula a centralidade do sujeito, quem estrutura ativamente o conhecimento, integrando e reinterpretando a informação” (idem, ibidem).

O CONASS reflete ainda que, embora a Constituição Federal, em seu artigo 200 (Brasil, 1988), dê aos gestores do SUS a atribuição de participar da formação e do desenvolvimento dos recursos humanos, nem sempre os gestores detêm o conhecimento suficiente e acurado do diagnóstico das necessidades de formação e das estratégias educacionais que, junto a outras políticas associadas, contribuiriam para resolver os problemas ou as dificuldades da operação do sistema público (Brasil, 2006i). Sugere que:

“esse mandato constitucional de intervir no processo de formação dos trabalhadores da Saúde é um mandato compartilhado, tanto por outras esferas de governo dentro do próprio setor Saúde – gestores federais, estaduais e municipais – como fora do próprio setor Saúde, principalmente pelo Ministério da Educação, o principal agente regulador do processo de qualificação profissional no país” (idem, p. 149)

Enfim, a preocupação com os profissionais de Saúde tem sido sempre manifestada nos discursos oficiais, mas Bertussi (2002) entre outros, ressalta que esta não se traduziu ainda em ações concretas e suficientes para enfrentar as distorções existentes. A abordagem de gestão dos recursos humanos, com enfoque de controle de horário e consultas realizadas, não consegue avançar na construção da responsabilidade dos profissionais para com a população a ser atendida. A falta de mecanismos de valorização, a ausência de perspectiva de crescimento profissional e a convivência de profissionais com diferentes vínculos dificultam a inter-

relação na equipe e com as chefias. A formação centrada na visão biologicista, individualizada, tecnicista e as dificuldades de romper com esse modelo reforçam uma falsa segurança conferida pelo distanciamento que o profissional mantém da sua clientela e a dependência da tecnologia de ponta, prendendo os profissionais nos hospitais dos grandes centros e ampliando a distribuição desigual dos profissionais.

Os problemas não estão apenas na falta de compromisso do trabalhador nem na ineficácia da gestão, que buscam ser solucionadas com as propostas de Estado mínimo e convênio com prestadores. Estas propostas, surgidas na contramão da expansão dos quadros da saúde na primeira década do SUS, podem ser as que mais comprometem seus princípios de universalidade e integralidade, e principalmente de controle social. Também não é a inadequação da formação, isoladamente, que cria o monstro e imobiliza a mudança pelas dificuldades de diálogo e inexistência de mecanismos formais de controle do setor da Saúde sobre o setor da Educação. A responsabilidade colocada aos gestores de envolver o conjunto dos trabalhadores (com seus conhecimentos específicos e experiências acumuladas) no processo de construção contínua do SUS implica um constante diálogo intimamente comprometido com a prática cotidiana, entendendo que todos os profissionais pensam de algum modo sua prática; uma reflexão crítica e compartilhada na equipe e com a comunidade pode construir caminhos de educação permanente, no trabalho e para o trabalho, e conquistar a transformação do modelo de saúde almejado.

2.1.2. Os trabalhadores de Saúde e sua educação

Acompanhando as Conferências Nacionais de Saúde (Pereira IB, 2005) e as propostas relacionadas a recursos humanos, principalmente quanto à educação dos mesmos, pode-se verificar as mudanças nas concepções, preocupações, terminologia e propostas concretas. Nas primeiras Conferências (1941, 1950), a questão dos recursos humanos é

abordada apenas no que se refere à formação do médico. Essa discussão amplia-se na III Conferência (1963), quando a idéia de equipe de Saúde surge expressa e passa a demandar profissionais de nível médio preparados para os programas em andamento. Nas Conferências seguintes (1967 e 1975) passa-se a usar “treinamento em serviço”, voltado principalmente ao pessoal de nível médio, lembrando que se convivia com atendentes de enfermagem formadas em paróquias, escolas comunitárias ou na prática dos serviços. Apenas na VI Conferência (1977) surge o termo “educação continuada”, referindo-se especificamente à carreira de sanitaria, que teve um papel fundamental na discussão e implantação inicial do SUS, mas mencionando também a equipe de Saúde, com outros profissionais além do médico. Na VII Conferência (1980) a educação continuada aparece como viabilizadora de ampliação de cobertura, aponta-se a adoção dos programas de integração docente-assistencial como estratégia e continua-se reafirmando a necessidade de formação profissional para o nível operacional e médio. A VIII (1986) e a IX (1992) Conferências passam a revelar a importância dos recursos humanos na Saúde como elementos de alicerce das políticas para o setor e convocam Conferências específicas para ampliar a discussão sobre recursos humanos. A X Conferência (1996) amplia a discussão da organização e gestão dos serviços de saúde e, nesse sentido, aborda a administração e formação da força de trabalho como uma das vertentes. A XI Conferência (2000) aprofunda a abordagem da humanização da atenção e prioriza a questão da formação dos recursos humanos no fortalecimento dos Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família. A XII Conferência (2003) reforça a Política Nacional de Educação Permanente, inclusive com aporte de recursos, o papel regulador da saúde na formação e pós-graduação das profissões de Saúde na academia e do nível médio em serviço, e inclui gestores e assessoria técnica das três esferas no rol dos trabalhadores a serem capacitados.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, discute a educação continuada dentro das prioridades para políticas de gestão de pessoal, com o objetivo atualizar, renovar conceitos,

não sendo um substituto de lacunas da graduação/habilitação, e sim como complementar de outras ações para melhorar a atenção à saúde no âmbito do SUS. A adaptação do conhecimento técnico do profissional aos serviços da instituição e ao aprimoramento destes acontece a partir de um processo organizado, permanente, sistemático, que deve levar em conta os clientes institucionais (usuários da ponta ou instâncias intermediárias) e estar alinhado com a política de saúde definida a partir das reais necessidades dos usuários finais.

A II Conferência de Recursos Humanos para a Saúde, em 1993, propõe um capítulo sobre as políticas de preparação e gestão de recursos humanos e indica a necessidade de criar estruturas para educação continuada nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a sistematização de programas de forma descentralizada e institucional (Brasil, 1994).

Nogueira (2002) remete à necessidade de relacionar a Educação Profissional em Saúde com a Política Nacional de Recursos Humanos, integrando Educação e Saúde no cenário da formação de pessoal de nível médio. Lembra que na Constituição Federal, Artigo 200, Inciso III, está estabelecido, entre outras atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para o sistema e, ainda, na Lei 8080/90, consta que é atribuição comum às três esferas de governo participar da formulação e execução de políticas para formação e educação continuada do pessoal da Saúde em todos os níveis.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS – NOB/RH-SUS – chama a atenção para a formação dos trabalhadores da Saúde e aponta que as escolas técnicas de saúde nas esferas de governo também devem estar envolvidas com o aperfeiçoamento no setor (Brasil, 2002).

Uma análise histórica da educação continuada feita por Bogus (1992), nas concepções de saúde e de educação, identificou que até a década de 1970 o processo de ensino-aprendizagem ocorria a partir da formação básica, voltado para atualizar e melhorar a capacitação do

indivíduo e do grupo. A partir de 1979, passa a haver uma inter-relação com os princípios fundamentais da educação de adultos, a partir da introdução dos conceitos de Paulo Freire nos espaços de educação da área da Saúde. Após 1982, a educação continuada é vista como um processo integral, dinâmico e participativo, que se desenvolve atendendo às necessidades individuais e da equipe de Saúde. Esperaria-se, portanto, que a partir de 1982, os programas de educação continuada contribuíssem para gerar uma consciência social que permitisse ao pessoal de Saúde questionar seu papel como membro de uma sociedade e que pudessem responder às necessidades da população. De modo geral isso não tem acontecido, já que o próprio setor da Saúde se utiliza da educação como um instrumento tecnológico, um mecanismo asséptico de como fazer as coisas para sua sobrevivência como sistema, ou seja, faz a educação como sabe fazer a saúde (Bogus, 1992).

A retrospectiva da **Educação na Saúde** encontra ressonância e por vezes se confunde com a **educação em saúde**, mantida a diferença de objetivos de cada uma. O Ministério da Saúde, em seu *Glossário temático: gestão do trabalho e da Educação na Saúde* (Brasil, 2008b), distingue a Educação na Saúde como “Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em Saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (idem, p. 22), enquanto a educação em saúde, também chamada de educação popular em saúde, está voltada para a população, para sua aquisição de conhecimentos e ampliação da autonomia, com práticas voltadas para contribuir “no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (idem, ibidem). Todo profissional de Saúde deveria ser um educador em Saúde, exercer essa atividade dentro do rol de atribuições no cuidado com sua comunidade, mas algumas categorias tiveram historicamente maior participação, inclusive passando por formação específica e contratação dos serviços públicos como “educador em saúde”. A aproximação e confusão com a Educação na Saúde se dá quando um

educador em saúde passa a ser também educador na Saúde, ou seja, pelo seu interesse pessoal, pelos bons resultados alcançados ou pela afinidade com as atividades educativas voltadas para a comunidade, este profissional passa a exercer atividades educativas para os trabalhadores da Saúde.

A educação em saúde é observada e sistematizada dentro dos serviços mais precocemente, e ganha espaço na saúde pública brasileira, enquanto a Educação na Saúde ainda é vista somente como graduação nos cursos de Medicina. A metodologia de uma vai sendo incorporada à outra, nem sempre de forma consciente, mas pelo conjunto de forças que influencia no campo da Saúde e nas suas práticas. No período pós-Vargas, a educação em saúde estava em crescimento, formando-se educadores em saúde de nível superior e outros profissionais de nível operacional e médio, como os visitantes sanitários, com a função de levar à população informações sobre saúde e cuidados de higiene. A Faculdade de Saúde Pública da USP, na época Faculdade de Higiene e Saúde, teve papel importante nessa ampliação das ações típicas da saúde. A adoção da política de desenvolvimento de comunidades e o modelo de saúde pública americano eram marcantes nesse período. Ammann (1985) define “desenvolvimento de comunidade” como uma manifestação da ideologia e da política propostas pelos organismos internacionais, preocupados com o crescimento da ideologia marxista nos países subdesenvolvidos. No Brasil essa proposta, com amplo respaldo do Estado no período do populismo e durante a ditadura militar, inclui-se como mais uma estratégia de cooptação das classes dominadas pelo Estado. O apoio político do Estado facilitou que bons projetos fossem levados adiante, com os recursos humanos e financeiros exigidos, sedimentando uma concepção mais ampla de atenção à saúde e uma forma de pensar a educação nos meios de formação e serviços de saúde. Partindo de uma atuação junto à população rural, considerada culturalmente mais atrasada e mais suscetível à propaganda comunista, passou para os centros urbanos, quando nestes se intensificou a industrialização e tornou-se necessário habilitar mão-de-obra adequada e

eliminar ou diminuir os efeitos negativos da urbanização desordenada (Andrade MTS, 1997).

A educação em saúde, que se processava no âmbito das instituições de saúde, tinha como papel dar suporte às ações médicas, aumentando sua eficiência. Pautava-se pela visão de que era necessário transformar a população ignorante – sem higiene e desobediente às instruções e prescrições fornecidas – em pacientes adequados. Assumia-se, portanto, como uma prática conservadora, reprodutivista, traduzida em ações de higienização, normatização e domesticação (Westphal e Pelicione, 1991).

Na década de 1960, conforme o modelo biomédico se esgotava sem conseguir resolver os problemas de saúde, se formava um grupo que, para entender melhor as formas de adoecimento da população, passou a adotar subsídios das Ciências Sociais e introduziram-se no campo da Saúde pressupostos teóricos e metodológicos da tendência histórico-estruturalista. Essa vertente enfatizava os aspectos “políticos” da prática de saúde, à procura de soluções para as injustiças sociais, determinantes do perfil de morbimortalidade da população. Associadas à resistência político-ideológica ao regime militar e dentro do Movimento da Reforma Sanitária, surgiam propostas cujas diretrizes reforçavam o planejamento e a execução das ações de saúde em nível local e a participação popular, e se conjugavam com os princípios fundamentais da educação de adultos, experimentando, nos serviços de vanguarda, a formação de trabalhadores engajados e comprometidos com a mudança do sistema e da atenção em saúde (Westphal e Pelicione, 1991; Felipe, 1989; Bogus, 1992).

Bersusa et al. (2008), tratando das políticas de formação profissional de nível técnico de Enfermagem para o SUS no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), focaram três projetos pela importância de seus aspectos metodológicos, incluindo a formação de formadores, e pela quantidade de auxiliares e técnicos formados: Projeto Larga Escala, Projeto Classes Descentralizadas e Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

(PROFAE). Os três projetos ocorreram dentro do âmbito dos serviços, mediante o reconhecimento da responsabilidade do Estado na qualificação de seus trabalhadores. Tiveram em comum a descentralização, a independência relativa da estrutura formal de ensino e a articulação com o cotidiano dos trabalhadores, buscando promover “a educação para a cidadania, indo para muito além dos cursos de adestramento rápido para o trabalho” (idem, p. 9).

O Projeto Larga Escala iniciou-se em 1981, a partir da reformulação de um projeto realizado em parceria pelos Ministérios da Saúde, da Educação e Cultura, OPAS e UNICEF, e que havia começado em 1963. Voltado para a formação de auxiliares de enfermagem no horário de trabalho, suas primeiras turmas no âmbito da SES-SP foram em 1987, e o curso prolongou-se até 2000, formando também atendentes de consultório dentário e técnicos em higiene dental. Entre as estratégias de sucesso apontadas pelas autoras, está a parceria das coordenações regionais de recursos humanos da SES-SP e do Centro de Formação de Trabalhadores, no estado de São Paulo, e das Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS), em território nacional. Também foi fundamental o investimento na “implantação de modelos didático-pedagógicos flexíveis e nas facilidades à formação em serviço” (idem, p. 11). A “capacitação dos gestores técnicos e administrativos”, obrigatória, e o “desenvolvimento de currículos, métodos e técnicas pedagógicas inovadoras” (idem, p. 11), com o modelo privilegiando a “problematização da realidade sociocultural e profissional” (idem, p. 15) foram importantes para o bom funcionamento do projeto.

Pereira IB (2005) também apresenta a proposta do Larga Escala, ressaltando sua importância na formação de trabalhadores de nível médio e fundamental, pelas próprias instituições de saúde. Aborda a necessidade de formar trabalhadores diante da demanda crescente dos serviços, sem cair num treinamento em serviço desprovido na necessária reflexão da prática, e sim comprometido com a formação de uma consciência crítica e redução de ações mecanizadas. Assim como Bersusa et al. (2008), coloca a experiência do ensino supletivo, a expansão das ETSUS, a flexibilidade frente às

peculiaridades regionais e a formação de instrutores e supervisores na rede de serviços, direcionado para a ampliação do direito da população à saúde, como estratégias importantes para o sucesso do Larga Escala em território nacional e por tantos anos.

O Projeto Classes Descentralizadas aconteceu entre 1989 e 1995, concomitantemente com o Projeto Larga Escala, com o objetivo de ampliar as oportunidades de formação por meio da parceria, em sua concepção, entre a SES-SP e o Centro Formador do INAMPS. Tinha por base a organização escolar flexível, prevista na legislação vigente à época, que permitia o funcionamento de turmas em horário de trabalho, com distribuição de carga horária, início e duração diferentes. Além da formação de auxiliares de enfermagem, foram implementados outros cursos: citologia, patologia clínica e histologia. Sua marca era a frase: “de forma que cada um saiba fazer bem o seu dever” (Bersusa et al., 2008, p. 12). O projeto atingiu 300 municípios e foi executado com a parceria de prefeituras, hospitais e sindicatos, principalmente em infra-estrutura. Os professores eram profissionais do local onde o curso ocorria, com um coordenador responsável pelo plano escolar, que era homologado pelas delegacias de ensino nas respectivas regiões. O projeto foi financiado pelo Banco Mundial até 1994, depois com recursos próprios da SES-SP, quando se reduziu a abertura de novas turmas. Formou 11.958 auxiliares de enfermagem e 222 outros profissionais. Os instrutores participavam de oficinas para a sua preparação e o modelo pedagógico era “participativo, de acordo com a prática profissional dos educandos” (idem, p. 15).

O PROFAE foi implementado pelo Ministério da Saúde a partir de 2000 e durou até 2005, com o objetivo de reduzir o déficit de pessoal de Enfermagem (auxiliares e técnicos) qualificado e com isso promover a melhoria da qualidade da atenção à população, “buscando articular desenvolvimento de recursos humanos, educação profissional e trabalho” (idem, p. 13). Sua execução dependeu de múltiplas parcerias e mostrou a “necessidade de criação de infra-estruturas permanentes e desenho de estratégias mais claras para ultrapassar limitações históricas” (idem, ibidem)

no desenvolvimento de recursos humanos sob intervenção do Estado. Outros pontos relevantes apontados foram a participação dos gestores na avaliação, o desenvolvimento de modelos curriculares que integram ensino-trabalho e a construção de modelos de educação à distância. Além do número de formandos – 11.200 auxiliares de enfermagem e 10.400 técnicos de enfermagem –, o PROFAE destacou-se pela “formação de formadores, em nível de especialização mediante ensino à distância” (idem, p. 15) e, no estado de São Paulo, pela supervisão por entidade externa, licitada, a FUNDAP. O financiamento, através do Ministério da Saúde, teve recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Também o projeto foi caracterizado como projeto social, com vagas para demanda espontânea, diferentemente dos dois outros projetos, que restringiam sua inscrição para a demanda institucional.

Bersusa et al. (2008) consideraram a importância do SUS no desenvolvimento de projetos de formação e qualificação, “tanto pela sua aproximação aos sujeitos da profissionalização, quanto pela existência de profissionais com potencial docente e pela possibilidade de integrar o ensino ao trabalho” (idem, p. 16). Ressaltaram que, para atingir os ideais da política de recursos humanos – o trabalhador ser “valorizado em sua carreira, qualificado tecnicamente e participante do processo de gestão” (idem, *ibidem*) – os desafios envolvem a redução da precariedade das relações de trabalho, o envolvimento das instituições formais de ensino e o fortalecimento das instâncias regionais da Política Nacional de Educação Permanente.

Campos FE e Fekete (1998) identificaram alguns problemas relativos à qualificação do pessoal engajado na rede: a habilitação formal nem sempre garante a qualificação para o serviço; a verticalização das políticas e práticas de capacitação favorece a fragmentação do trabalho; as metodologias pedagógicas são inadequadas, desconectadas do processo de trabalho; há falta de capacitação permanente; a multiplicidade de treinamentos e cursos não tem uma coordenação que aperfeiçoe um projeto global de desenvolvimento de recursos humanos – todos esses problemas

conduzem a uma prática de educação desgastada e desacreditada, tanto por gestores como por trabalhadores.

Berlinger (1996), buscando explicar a hegemonia do modelo médico ocidental no mundo moderno, e ao mesmo tempo contrapondo-o às críticas que o modelo recebe, expõe que a acentuação do paternalismo e autoritarismo na relação médico-paciente é um dos motivos pelo qual o modelo pode ser considerado impróprio, visto que contraria o princípio moral da autonomia do indivíduo, que o autor ressalta não poder ser reduzido ou suprimido pelo fato de o paciente estar enfermo.

Sob tal perspectiva, os processos educativos em saúde, principalmente quando integram diferentes profissionais juntamente com o médico, devem levar em conta essa relação, que extrapola o relacionamento médico-paciente e atinge a relação do médico com todo o resto da equipe de Saúde e até com a chefia, quando esta não é médica. Caberá ao profissional de Saúde encarregado da atividade educativa compreender e, mais, superar as tensões e imprimir ao grupo um ambiente democrático e respeitoso de fato, com o reconhecimento do saber de cada um dos integrantes. O desafio da educação em saúde e na Saúde é criar um corpo teórico e uma práxis que seja voltada à relação de educador que o profissional assume respectivamente com seu paciente, ou com a formação continuada e sempre renovada desse profissional e de sua equipe.

Uma perspectiva mais alentadora é apresentada por Assis (apud Vasconcelos, 2001), que vislumbra possibilidades de mudança das práticas por meio de um reposicionamento das relações interpessoais, colocando a educação popular como um eixo possível desta mudança:

“Muitas mudanças têm marcado a política de saúde brasileira nos últimos vinte anos, porém a redefinição das práticas nesse campo permanece sendo uma urgente necessidade.

Enfocar este tema [educação popular] inclui pensar como as relações interpessoais nos serviços de saúde devem ser cuidadas para que não reproduzam dominação, mas germinem formas mais solidárias e democráticas de viver e

lutar coletivamente por melhor saúde e qualidade de vida [...]

Algo mais fecunda o diálogo como possibilidade de encontro e afirmação de sujeitos. O conhecimento sozinho não opera desejos. Para transformar realidades, diz Rubem Alves, é preciso amor, elemento que move o educador em seu ofício de criar mundos. Em sua visão: 'Mundos a serem criados, antes de existirem como realidade, existem como fantasias de amor'.

Esta é uma das sintonias que estabeleço com a idéia de que a Educação Popular em Saúde não é uma atividade a mais, mas uma nova postura que reordena a globalidade do serviço. Não é possível, de fato, apre(e)nder, ser parceiro, inventar mundos, lutar juntos, prescindindo da amorosidade. 'Educar exige querer bem', lembrava Paulo Freire. Aí temos um diferencial, não suficiente, mas necessário, em relação à desatenção para como o elemento humano, até hoje uma expressiva marca das práticas na área da saúde" (idem, pp. 36-7).

Considerando a convivência de diferentes concepções de saúde, responsabilidade profissional e relação paciente-profissional, a diversidade das histórias particulares dos atores e das instituições nas quais participaram (aparelho formador, serviços de saúde privados e públicos, organizações sociais e de categoria profissional), é possível perceber as dificuldades de estabelecer uma linguagem e um objetivo comuns aos funcionários de uma mesma unidade de saúde, quanto mais de uma rede local ou um sistema nacional de saúde.

A necessidade de encontrar um caminho para tratar da Educação no contexto do SUS, voltada para os trabalhadores, gestores e população na vertente do controle social, tem se tornado um veio profícuo de pesquisas, com literatura sendo produzida nos serviços e na academia. Historicamente, os trabalhos publicados eram, na maioria, relatos de experiências. Mas um aprofundamento dos pesquisadores da Saúde nas áreas de Ciências Sociais, Psicologia da Aprendizagem e Pedagogia já está trazendo seus frutos para a Educação na Saúde.

Em 2003, entendendo a necessidade de investir na organização e busca de soluções para a questão dos recursos humanos em Saúde, a Presidência da República cria, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, dividida nos Departamentos de Gestão da Educação na Saúde e de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (Brasil, 2003a). Elevar o núcleo responsável pela organização dos recursos humanos para uma secretaria demonstra uma maior preocupação com a área, e a nomenclatura traz uma concepção de gestão como permanente negociação, indo o conceito de recursos humanos (visto como uma abordagem similar à dada aos bens móveis e imóveis) para o das relações de trabalho. Suas atribuições, atreladas à concepção adotada, envolvem, para o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, a análise das necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais para atender às necessidades de saúde da população, e o debate, de forma mais participativa e democrática, da pactuação de um plano de cargos e carreiras para o pessoal do SUS, da regulação profissional, da desprecarização das relações de trabalho e da instituição da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como fórum prioritário do debate. E para o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, as atribuições envolvem a agregação de todas as políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de Saúde, integrando os setores de Saúde e Educação, de serviços e instituições de ensino, nas três esferas de governo, a análise das necessidades e do perfil adequado às necessidades de saúde da população e, ainda, a promoção e o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde.

A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil, com o objetivo de produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da Educação na Saúde no país, facilitando a melhor formulação, o acompanhamento e a

avaliação de políticas e projetos dessa área. Além disso, espera-se que a Rede também contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde, compondo um projeto de âmbito continental da OPAS, iniciado em 1990 e já implantado em 16 países da América Latina. Em 1999, foi criado o Observatório de Recursos Humanos (Brasil, 2003d). Desde então, promoveu, em conjunto com o Ministério de Saúde e com universidades, conselhos de classe e associações, seminários, pesquisas e publicou documentos, divulgando no seu endereço eletrônico e na página do Ministério da Saúde mais de 50 publicações (Brasil, 2006f; OPAS, 2003).

É importante lembrar que mudanças na forma de se relacionar e construir reciprocidade e co-responsabilidade, essenciais para promover qualidade de vida, não são possíveis se não houver motivação e conhecimento suficientes por parte do paciente, do profissional que o acompanha e, principalmente, uma consciência coletiva favorável. Isso porque não se consegue mudar hábitos através apenas de aquisição de conhecimentos (Candeias, 1991). Mudanças no estilo de vida necessitam de decisões, tanto coletivas como individuais. O reforço no período de aquisição de um novo hábito é de grande importância, e é promovido pelos que cercam o indivíduo em aprendizado (independentemente da idade): família, amigos, grupo social e, no caso específico, o profissional de Saúde, seja ele um médico especialista ou um agente comunitário de Saúde. Seguindo o mesmo raciocínio, mudanças no ambiente e na forma de trabalho na Saúde envolvem a criação de um ambiente favorável ao acolhimento, ao diálogo e ao respeito mútuo.

A Organização das Nações Unidas para a Educação e a Cultura – UNESCO (1998, p. 3), através dos participantes na Conferência Mundial sobre Educação Superior reunidos em Paris (5 a 9 de outubro de 1998), aprovou e divulgou a *Declaração mundial sobre educação superior no século XXI: visão e ação*, em que se ressalta que:

“[...] a educação é um dos pilares fundamentais dos direitos humanos, da democracia, do desenvolvimento sustentável e da paz, e que,

portanto, deve ser acessível a todos no decorrer da vida, e de que são necessárias medidas para assegurar a coordenação e cooperação entre os diversos setores e dentro de cada um deles e, em particular, entre a educação em geral, técnica e profissional secundária e pós-secundária, assim como entre universidades, escolas universitárias e instituições técnicas”.

A *Declaração* proclama ainda que a primeira missão da educação superior é “educar, formar e realizar pesquisas”, num compromisso de “melhoramento da sociedade como um todo” e, especificamente para os profissionais de nível superior, “educar para a cidadania e a participação plena na sociedade com abertura para o mundo, visando [...] consolidar os direitos humanos, o desenvolvimento sustentável, a democracia e a paz”. E, para atingir tais objetivos, “prover um espaço aberto de oportunidades para o ensino superior e para a aprendizagem permanente”, onde a dimensão de aprendizagem preferencial passe a ser “aprender a aprender” (idem, p. 4).

2.1.3. A Política de Educação Permanente em Saúde

A partir da percepção desta multiplicidade de espaços e conceitos envolvidos com a formação e capacitação dos trabalhadores do SUS, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, lança em 2003 a proposta de uma **educação permanente** (Brasil, 2003a; 2003e).

Ao lançar o documento *Política de educação e desenvolvimento para o SUS* (Brasil, 2003e), o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de política de educação para o SUS constituída em estratégia mobilizadora de recursos e poderes e recurso estruturante do fortalecimento do SUS. Na seqüência, foi editada a Portaria 198/GM, de 13/02/2004 (Brasil, 2004b), que instituiu 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. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) para o SUS foram criados como espaços interinstitucionais

onde gestores e instituições formadoras se articulariam, de forma ascendente, da condução locorregional até as instâncias deliberativas nacionais da política (Brasil, 2004d). Essas instâncias traziam o novo da organização do sistema de educação, que passava a integrar todos os demais grupos e formas de financiamento de capacitações e formação no SUS. A perspectiva da formação dos trabalhadores numa interface de discussão das realidades locais, necessidades dos serviços e possibilidades de integração docente-assistencial numa nova lógica, não de oferta de cursos, mas de resposta às demandas de educação dos serviços e da comunidade seria o resultado das pactuações nos Pólos..

A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20/08/2007 (Brasil, 2007a), altera a Portaria GM/MS nº 198 (Brasil, 2004a) e define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a partir das deliberações da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Brasil, 2006g) e das mudanças introduzidas no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a; 2006c) após 2006. Nessa Portaria, os Pólos são substituídos pelos Colegiados de Gestão Regional, que passam a ser as “instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa”, formadas pelos gestores municipais de Saúde do conjunto de municípios de uma região de Saúde de abrangência e por representantes do gestor estadual, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – CIES, instâncias permanentes que participam da formulação, condução e do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da Lei 8.080/90 (Brasil, 1990a) e na NOB/RH-SUS (Brasil, 2002) e compostas por gestores de Saúde municipais e estaduais; gestores estaduais e municipais de Educação e/ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da Saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. A portaria institui ainda o “Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde”, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais, a ser construído coletivamente por região de

abrangência e resultar nos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes.

A Portaria 1.996/2007 (Brasil, 2007a) prevê ainda a adoção anual de indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

A formulação de uma Política de Educação na Saúde consiste em atuar na formação (instâncias formadoras de nível médio, superior e pós-graduação), no desenvolvimento e na educação permanente desses trabalhadores, bem como dos movimentos populares e de controle social. Sua propositura parte da detecção de que o Ministério da Saúde, bem como as demais instâncias do SUS, já atuavam historicamente no campo da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores em Saúde por meio de importantes programas, porém, como as ações eram desenvolvidas de forma desarticulada, promovidas por diferentes setores do Ministério ou das Secretarias Estaduais e Municipais, perpetuavam a fragmentação e até a contraposição de conceitos, limitando seu impacto nas instituições formadoras parceiras e na efetiva transformação das práticas hegemônicas, programáticas, setoriais e insuficientes de atenção à saúde. O diagnóstico reafirma ainda a inadequação da formação profissional, má distribuição das instituições formadoras e oportunidades de formação, excesso de capacitações pontuais, desarticuladas de um plano maior de transformação, e ressalta também a baixa capacitação pedagógica em metodologias ativas de docentes, preceptores e tutores, e um sistema de avaliação do ensino que não pergunta nem valoriza os compromissos institucionais com o SUS. A Política de Educação na Saúde deve, portanto, atuar de forma coordenada em todas as frentes em que foram detectadas falhas, inadequações ou insuficiências e, para tanto, não pode se restringir às instâncias da saúde pública.

A Política de Educação Permanente está proposta para ser uma “ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos

formativos, das práticas pedagógicas e práticas de saúde e para a organização dos serviços” (Brasil, 2004d, p. 5) por meio de um trabalho articulado entre as várias esferas de gestão do sistema de saúde, tanto público quanto privado, e as instituições formadoras.

Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa⁸, a educação permanente é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, e passa por todos os espaços de formação (técnica e superior), especialização e capacitação em serviço. A educação permanente, por envolver uma aprendizagem significativa, resulta em mudanças, transformação no indivíduo participante, ultrapassa a superficialidade e penetra nas profundezas da existência, porque não se limita a um aumento de conhecimentos, mas exige que o processo ensino-aprendizagem esteja comprometido e faça sentido com e na prática, no cotidiano. Portanto, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da educação permanente, e não seu foco primordial. Devem ser adotados aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS e de seu papel na equipe de Saúde e frente às necessidades da população assistida (Brasil, 2004d).

Já em 1986, Vidal et al. diferenciavam a “educação continuada” da “educação permanente”, considerando que a educação continuada tradicional tem como o centro do processo o professor e a verbalização; já a educação permanente renova-se, ao colocar no centro o aluno, a aprendizagem e o trabalho; caminha do indivíduo à sociedade (do funcionário à organização), com uma atitude especialmente reflexiva.

A proposta política do Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – contrapõe os conceitos e a forma de atuação da educação continuada e educação permanente, conforme Quadro 1 a seguir:

⁸ A “aprendizagem significativa” é aquela que promove e produz sentidos, como o termo tem sido usado por vários autores, da Pedagogia e da Psicologia.

Quadro 1 – Diferenças entre educação continuada e educação permanente

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto pedagógico	O “conhecimento” preside/define as práticas.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
<i>Modus operandi</i>	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas.
Atividades educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção-gestão-educação-controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da Atenção Básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

Fonte: Brasil, 2004d, pp.13-4.

Essa diferenciação da denominação carrega em si a necessidade de assumir novos pressupostos pedagógicos e compromissos com o papel incorporado pelos profissionais de Saúde em relação à sua clientela, dentro do arcabouço do SUS.

As diferentes concepções pedagógicas partem de concepções de mundo, de educação e da relação docente-aluno diferentes, e produzem

resultados em dimensões diferentes. Nesse momento, é necessário explicitar a preferência pela concepção dialética, também conhecida como crítica, progressista ou libertadora, baseada nas experiências educacionais de Paulo Freire, cuja preocupação com os aspectos socio-político-culturais e ênfase na educação de adultos foram sendo adaptadas à Educação na Saúde. Paulo Freire coloca em suas obras (Freire, 1980; 1996; 2002, 2003, entre outras) o homem como sujeito da educação, mas entende que a interação homem-mundo é imprescindível para o seu desenvolvimento e determinante para que se torne sujeito de sua práxis. Ou seja, o homem está situado no tempo e no espaço, em um contexto histórico definido, e a prática pedagógica deve necessariamente levar em conta a vocação de ser sujeito e o contexto em que está inserido o aluno. Assim, a partir da reflexão sobre a sua realidade, o homem se torna progressiva e gradualmente consciente e comprometido a intervir nessa realidade e transformá-la. Essa concepção é a que mais se aproxima das expectativas e necessidades da Política de Educação Permanente aos profissionais de Saúde pública, embora sinalize com a convicção de que a educação em si não transforma o homem, mas sim a relação deste homem com a sua realidade.

Espera-se, com a Educação Permanente, formar e desenvolver profissionais críticos, capazes de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para adotar uma atenção humanizada e acolhedora; espera-se que as universidades estejam abertas às demandas e sejam capazes de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do SUS que queremos, e espera-se também transformar o modelo de atenção, fortalecendo promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos (profissionais e pacientes) na produção da saúde. A construção ascendente dos projetos, a partir do diagnóstico intersetorial e participativo das necessidades locais ou microrregionais, devem conduzir as propostas capazes de garantir a integralidade da atenção à saúde – superando as insuficiências no acolhimento, vínculo do profissional e no serviço com seus usuários –, o trabalho em equipe, a responsabilização, o desenvolvimento da autonomia

dos usuários e a resolutividade da atenção. Adota o conceito ampliado de saúde, o trabalho ancorado no conhecimento da realidade, a ação intersectorial e a cadeia do cuidado progressivo à saúde, entendida como:

“a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processo de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento” (Brasil, 2004d, p. 17).

Os desafios da construção da Política de Educação na Saúde são de natureza conceitual (tornar claros os pressupostos da educação permanente), metodológica (desenvolver e disseminar metodologias que propiciem o levantamento das necessidades e suas respostas educativas adequadas), contextual (possibilidade de redesenhar cenários no mundo do trabalho, na conjuntura mundial, nacional, regional e local) e política (capacidade de pactuação entre os diferentes atores – instituições formadoras, gestores e trabalhadores – e prioridade em suas agendas e na organização dos serviços para os processos educativos).

2.1.4. A Estratégia de Saúde da Família

Desde seu delineamento inicial, no Movimento de Reforma Sanitária, o SUS traz em seu bojo uma forte crítica a um modelo assistencial centrado na figura do médico, na alta especialização, nas tecnologias de ponta desconectadas do contexto e das necessidades da comunidade a ser atendida. Os princípios norteadores e o caminho de implantação do SUS nos últimos anos permitiram diferentes iniciativas locais, baseadas nos recursos e nos problemas da comunidade, para superar o desafio de alcançar um modelo assistencial e de promoção de saúde coerente com o SUS.

A origem do Programa de Saúde da Família (PSF) em âmbito oficial e nacional aconteceu quando, em 1991, o Ministério da Saúde decidiu enfrentar os índices de saúde, principalmente a elevada mortalidade infantil,

por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os agentes comunitários entraram em cena a partir da experiência do Ceará, que, no final dos anos 80, apresentava elevados índices de desnutrição, mortalidade infantil e baixo acesso à assistência e vacinação, tudo isso associado à seca, pobreza e falta de renda. O governo do estado agregou a necessidade de abrir frentes de trabalho com a experiência dos agentes da Pastoral da Criança, da Igreja Católica, e adotou os agentes comunitários de saúde⁹ (ACSs) com tamanho sucesso que, mesmo passadas as grandes secas, o apoio popular elevou a experiência para programa estadual, ainda em 1987.

Considerando ter havido, nos primórdios da implantação do SUS, uma ênfase restrita na organização da atenção à saúde, Campos FE et al. (2002) indicam que a Estratégia de Saúde da Família apareceu, em 1994, como resposta a esse desafio, sendo um complemento ao esforço feito pela execução do programa de agentes comunitários de saúde. Aproveitou, na sua concepção e organização, diversas experiências no país, a exemplo do Ceará, de Recife/PE, do Vale do Ribeira/SP e de Rondonópolis/MT (Turazzi, 2007). Seus resultados promissores no controle da morbimortalidade infantil e materna levaram à expansão que culminou com a inclusão do PSF na agenda política do Ministério da Saúde, como referência preferencial para a Atenção Básica, com a expectativa de transformar e organizar todo o sistema de saúde do país. O otimismo inicial tem sido reforçado por boas avaliações nos principais indicadores, entre eles, a mortalidade infantil, que, em pesquisa com dados de 1990 a 2002, mostrou que a cada 10% de ampliação de cobertura do PSF ocorria queda de 4,5% em média, controlados os demais determinantes de saúde (Macinko et al., 2006). Na *Pesquisa Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores para a Atenção Básica* (Brasil, 2005c), os indicadores relacionados à morbimortalidade declinaram, e os que refletem a cobertura dos serviços

⁹ “[...] entre setembro de 1987 e agosto de 1988 foram contratados 6.113 pessoas (95% mulheres), em 118 municípios do sertão cearense. Estas agentes desenvolviam ações básicas de saúde como terapia de reidratação oral, vacinação, estímulo ao aleitamento materno, entre outras” (Turazzi, 2007, p. 24).

criaram de modo significativo no país, sendo maior a diferença quanto mais elevada a cobertura do PSF.

O Programa Saúde da Família, desde que foi lançado em 1994, vem se expandindo por todo o território nacional (Brasil, 1997; 1999; 2003c; 2004b; 2005c; s.d.). Em 1998 havia 1.134 municípios com o PSF implantado, aumentando para 4.666 em 2004, num crescimento de 411% no período e mudança do perfil inicial, que mostrava maior adesão dos municípios de grande porte (45% em relação aos 17% dos de pequeno porte) para uma adesão semelhante entre grandes e pequenos municípios em 2004 (90% e 83%, respectivamente), embora a cobertura de 70% ou mais da população é muito superior nos pequenos municípios do que nos grandes – 64,43% ante 12,07% (Brasil, 2005c). A evolução do número de equipes de Saúde da Família (SF), Agente Comunitário de Saúde (ACS) e equipes de Saúde Bucal (ESB) entre 2003 e 2008 encontra-se no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Evolução da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil, 2003 a 2008

Resultados alcançados	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Equipes SF ¹ implantadas (mil)	19,1	21,2	24,6	26,7	27,3	29,2
Municípios com equipes SF (mil)	4,49	4,66	4,99	5,1	5,12	5,23
Cobertura populacional SF (milhões)	59,7	69,1	78,6	85,7	87,7	93,1
Cobertura populacional SF (%)	35,7	39,0	44,4	46,2	46,6	49,4
ACS ² cadastrados (mil)	184,3	192,7	208,0	219,5	211,0	229,6
Municípios com ACS (mil)	5,14	5,12	5,24	5,31	5,27	5,36
Cobertura populacional ACS (milhões)	92,9	98,3	103,5	109,7	107,0	113,5
Cobertura populacional ACS (%)	54,0	55,5	58,4	59,1	56,8	60,3
Equipes ESB ³ implantadas (mil)	6,2	8,9	12,6	15,1	15,7	17,7
Investimento na ESF (trilhões R\$)	1,66	2,19	2,68	3,25	4,06	–

*FCES competência outubro/2008

¹ Equipes de Saúde da Família

² Agente Comunitário de Saúde

³ Equipes de Saúde Bucal

Fonte: Consolidado a partir de Brasil, s.d. (acesso 13 dez2008)

A Estratégia de Saúde da Família passou a ser referida como “estratégia estruturante” (Brasil, 2004b; Canesqui e Oliveira, 2002) da organização da Atenção Básica, tanto pelos excelentes resultados

alcançados na melhoria dos indicadores de saúde como pelo potencial de articular, no âmbito comunitário, os preceitos de promoção de saúde, o vínculo profissional-comunidade e a atenção integral, em conformidade com os princípios do SUS.

As bases operacionais do PSF, segundo Calife-Batista (2004) e os documentos norteadores (Brasil, 2000; 2001a; 2006b), são:

- o trabalho em equipe (definida como constituída de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde);
- o princípio da adscrição de clientes¹⁰;
- a territorialização;
- o planejamento local;
- a perspectiva da promoção da saúde (mudança em relação à rotina da assistência à doença);
- a família como espaço privilegiado de ação; e
- a incorporação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é da comunidade e é do serviço ao mesmo tempo, sendo por isso elo de ligação entre pólos antes opostos.

O princípio da adscrição de clientes, ao estabelecer um vínculo da sociedade com as equipes de Saúde da Família, tem recuperado a relação de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de Saúde e os usuários dos serviços. Essa tem sido a diferença fundamental em relação ao modelo tradicional de prestação de serviço de saúde (Souza, 2002).

A territorialização refere-se à apropriação do espaço onde vive a população adscrita, ao conhecimento não apenas de ruas e acidentes geográficos, mas da forma como vivem e se relacionam as pessoas nesse espaço, seus valores, suas lutas, suas crenças, que dinamicamente estão mudando e interferindo em como essa comunidade adoece e se cura. Tal conhecimento se materializa em mapas dinâmicos das áreas, com anotação

¹⁰ O princípio de adscrição de clientela significa atender a um grupo determinado de pessoas, dentro de um território definido, estabelecendo responsabilidade da unidade básica de saúde da família com as famílias cadastradas, conhecidas e acompanhadas pelas suas equipes de Saúde da Família (Brasil, 2000; 2001a; 2006b).

de fatos relevantes, como nascimentos, adoecimentos e mortes, e permite fazer um planejamento local, da equipe, a partir de um diagnóstico preciso das reais necessidades, acompanhadas nas visitas mensais dos ACSs.

A mudança do espaço de atuação de forma a estender os serviços para localidades onde não estão disponíveis e para grupos que não encontram acesso – assim como a mudança da perspectiva da assistência à doença para o de promoção da saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida – exige uma atuação articulada com outros setores da administração pública e com setores organizados da sociedade. Como afirma Sousa (2001a), o conceito de descentralização implica em não apenas realizar os serviços essenciais na comunidade, mas envolvê-la na execução dos serviços e na aquisição participativa de mais saúde e qualidade de vida.

Ao agente comunitário é exigido residir na área onde atua, o que assegura a identidade cultural e a aceitação por parte da comunidade que é acompanhada pelo mesmo. Sua responsabilidade é acompanhar em torno de 120 a 150 famílias, visitando as casas (e tornando emblemática a expressão “Dá licença, posso entrar?”), detectando os riscos e as necessidades. A partir daí o SUS começou a adotar a família como uma unidade de ação programática na Saúde (Viana e Dal Poz, 1998).

O Ministério da Saúde realizou em 1999 a *Pesquisa de avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família no Brasil* (Brasil, 1999) em 24 estados, 1.219 municípios e com 3.119 equipes de Saúde da Família, verificando que mais de 80% das equipes realizavam atividades de pré-natal, assistência à criança, controle de hipertensão, de diabetes, de tuberculose e ações de Vigilância Epidemiológica. Com relação à territorialização e à adscrição de clientes, a avaliação mostrou forte adesão, com 77,2% das equipes com o cadastro familiar concluído e 13,7% fazendo o mesmo, existência de mapa de área em 84,4% das equipes e utilização do prontuário familiar em 70,8% das equipes. As principais limitações detectadas foram em relação aos recursos humanos, aos gestores e aos recursos financeiros. Nos recursos humanos, destacaram-se a formação inadequada, a quantidade insuficiente, a alta rotatividade, as

condições de trabalho insatisfatórias e vínculos de trabalho precários (Brasil, 1999; Turazzi, 2007).

Entre 2001 e 2002, o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde realizou a *Avaliação normativa da Estratégia de Saúde da Família no Brasil* (Brasil, 2003c), visitando 13.501 equipes de Saúde da Família e 2.558 equipes de Saúde Bucal em 3.778 (67,9%) municípios brasileiros. O estudo encontrou 95% das equipes completas, mas 78% das equipes com menos de três anos de funcionamento e 54% em áreas urbanas. Aproximadamente 80% das equipes do PSF estavam atuando de acordo com os parâmetros de adscrição de clientela, e todas as categorias estavam realizando visita domiciliar em mais de 90% das equipes. As atividades educativas e reuniões com a comunidade apresentaram variações percentuais, respectivamente, de 42% a 53% e de 63% a 77%, demonstrando a incorporação dessas atividades por todas as categorias profissionais, mas de forma ainda desigual. Indicou ainda, em relação ao estudo anterior, a necessidade de maior incremento nas ações relacionadas ao tratamento de tuberculose e hanseníase. Um novo dado (em relação à avaliação anterior) foi o acesso a exames, atendimento especializado e hospitalar, e nesses quesitos apenas 50% das equipes dispunham do elenco completo de exames complementares; 60%, de especialidades médicas e fisioterapia, e internações hospitalares em clínicas básicas na ordem de 77,4%, enquanto internações especializadas não chegaram a 50%. Quanto ao quesito recursos humanos, manteve-se a alta rotatividade, as condições de trabalho insatisfatórias e vínculos de trabalho precários, e a formação inadequada chamou atenção porque apenas 61% dos médicos participaram do Curso Introdutório, entre outros (Brasil, 2003c; Turazzi, 2007).

Os custos do programa foram estudados dentro do Projeto REFORSUS-CNPq, pelo Ministério da Saúde, em convênio com a Fundação Getúlio Vargas e a *EPOS Health Consultants* (Brasil, 2001c), em amostra dirigida de 51 municípios, encontrando um valor médio de R\$ 5,00 por mês por pessoa assistida por equipe básica (referente ao segundo trimestre de 2000) e R\$ 8,00 por mês por pessoa assistida por equipe ampliada (que,

além dos profissionais da equipe básica, também possui outras especialidades, como dentistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas etc.), resultando em um custo por equipe básica de R\$ 18.000,00 por mês, e R\$ 28.000,00 por mês para uma equipe ampliada. Esse estudo mostrou também que as diferenças regionais e de perfil dos municípios são acentuadas: “Embora inspiradas num modelo comum, as equipes do PSF não são exatamente homogêneas em termos de salários ou de número de profissionais; não são fundidas no mesmo molde” (idem, p. 57).

Assim a estratégia continuou garantindo incentivos financeiros aos municípios que a adotaram e foi mantida nos documentos norteadores e reguladores da assistência, inclusive no mais recente Pacto pela Saúde 2006 (Brasil, 2006a; 2006c). No Pacto, os municípios assumem com estados e União um conjunto de compromissos sanitários (expresso através de um Termo de Compromisso de Gestão), entre eles, o de assumir a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica (Brasil, 2006b), além de pactuarem as metas a serem atingidas anualmente, considerando as diferenças locorregionais.

Andrade LOM et al. (2000) apontam o potencial de política intersetorial do Programa/Estratégia de Saúde da Família e seu compromisso com a produção social de saúde, que só pode ser viável na relação da equipe com a comunidade pela qual é responsável. Diante disso, definem que a estratégia é um modelo técnico-assistencial, que tem seus fundamentos na capacidade de comunicação e na produção de serviços e ações de saúde que sejam resolutivos e integrais, conforme previsto nas diretrizes fundamentais do SUS.

A partir de 1995, a saúde entrava novamente em pauta nos noticiários e debates, indicando claros sinais da crise no sistema, e foram implementadas reformas no mesmo por meio de um conjunto de modificações da política de saúde, no sentido de acelerar o processo de descentralização, repensar as formas de financiamento das ações de saúde

e da organização dos serviços e práticas de assistência, com o intuito de fortificar a Atenção Básica.

O principal instrumento destas modificações foi a Norma Operacional Básica – NOB/SUS-96, que inovou a forma de financiamento ao fixar o Piso de Atenção Básica – PAB, com base na população do município (Brasil, 1996b). A execução do PAB, além do avanço como modalidade que rompeu com a sistemática de remuneração de procedimentos, também representou importante redistribuição dos recursos financeiros. Permitiu ainda estimular ações consideradas como estratégicas, entre as quais a expansão do Programa de Saúde da Família (Souza, 2002).

No estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde participou da expansão do PSF através de duas abordagens: a primeira começou em 1996, no município de São Paulo, durante o período em que este não havia aderido ao SUS¹¹. A Secretaria de Estado da Saúde implantou o programa por meio de parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina e convênio com o Ministério da Saúde no bairro de Itaquera, e lhe deu o nome de QUALIS – Qualidade Integral à Saúde. Em novembro de 1997, o QUALIS foi expandido para as regiões Norte e Sudeste, em convênio com a Fundação Zerbini. Em 2000, a região Sul ganhou suas unidades do QUALIS pela expansão do programa em parceria com a UNISA – Universidade Santo Amaro – e a Congregação Santa Catarina. Algumas unidades foram implantadas com gerenciamento dos Núcleos Regionais de Saúde¹², que foram chamados de “QUALIS institucional” (Turazzi, 2007).

A segunda abordagem, conhecida como “QUALIS interior”, foi instituída a partir de 2000

“em áreas prioritárias (municípios com menores IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, com populações remanescentes de Quilombos e assentamentos rurais), buscando equidade

¹¹ O município de São Paulo adotou uma outra experiência conhecida como PAS – Plano de Atendimento à Saúde, que não foi aprovado pelos Conselhos de Saúde nas esferas municipal, estadual e nacional, e criou uma situação na qual havia quatro tipos de unidades de saúde no território: unidades sob gestão do PAS, sob gestão municipal, sob gestão estadual nos modelos tradicional e de Saúde da Família – QUALIS. Essa situação perdurou até junho de 2001.

¹² Os Núcleos Regionais de Saúde – NRS, eram instâncias de gestão da própria Secretaria de Estado de São Paulo para a assistência à saúde no município de São Paulo, dividindo-se em cinco NRS.

através de incentivos financeiros para municípios nestas condições, desde que optassem pela Estratégia Saúde da Família – ESF. Este recurso viria complementar o valor repassado pelo Ministério da Saúde, para custeio das equipes, mediante o cumprimento das diretrizes do então denominado Programa Saúde da Família [...] abrange 94 municípios, 230 equipes, que representam 8% do total de equipes de Saúde da Família implantadas no Estado, envolvendo recursos no montante de R\$ 25.000.000,00/ ano” (São Paulo, s.d.).

Autores como Viana e Dal Poz (1998) apontam o PSF como estratégia de reforma para incrementar e reorganizar o sistema de saúde, visto que implica mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (um valor fixo por habitante –PAB – ou equipe – PSF - estimula a prevenir doenças em vez de tratá-las com maior custo), nas formas de organização dos serviços (baseados no conhecimento da comunidade e na família) e nas práticas de assistência (num processo amplo de descentralização que ultrapassa inclusive a municipalização e impõe o diagnóstico para a comunidade a ser atendida e acompanhada).

Sousa (2001a) explica que o PSF, como modelo substitutivo da prestação da assistência à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, vem transformando (conforme as possibilidades dos municípios) as unidades básicas tradicionais em unidades de Saúde da Família, com responsabilidade de resolver, de forma humanizada, 85% dos problemas de saúde encontrados em seu território. Sendo assim, não se vincula apenas à comunidade e suas necessidades básicas, mas articula todo o sistema. Ao abrir os ouvidos e os olhos às reais e completas necessidades da comunidade pela qual é responsável, não se esgotam suas responsabilidades nas ações que tem capacidade de executar, mas agrega e amplia serviços que respondam às demais exigências dos níveis secundário e terciário.

A incorporação de um conceito mais amplo de saúde, a rediscussão das atribuições e espaços de trabalho dos profissionais de Saúde envolvidos na equipe multiprofissional que dá sustentação à atenção

integral dos cidadãos e, principalmente, o despertar da consciência social nestes profissionais permitir-lhes-ão promover saúde e, assim, participar da solução das necessidades da população que a eles recorre.

Quando a relação entre o profissional de Saúde e seu paciente passa a ser considerada necessária para garantir o sucesso do tratamento, ela precisa ser estudada em seus diversos aspectos. Nesse sentido, tem sido enfatizada cada vez mais a necessidade de se entender as relações que os diferentes atores sociais no setor da Saúde estabelecem entre si e com o mundo. Segundo Pereira GS (1993), a compreensão de como pensam, vivem, falam e articulam o pensamento e a ação é importante, visto que são sujeitos dotados de capacidade de ação, leitura e interpretação do cotidiano e das relações da instituição, e não meros objetos que obedecem incontestavelmente às políticas de saúde.

A implantação do PSF em âmbito nacional encontra nos recursos humanos um dos seus maiores desafios, entre eles o de adequar esses profissionais para realizarem novas práticas, capazes de transformar a situação de saúde do país (Brasil, 2001d). Percebendo isso, o Edital nº 4, de 06/12/1996, criou os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, com a proposta de articulação das instituições de ensino com os serviços tendo em vista a capacitação e a formação de profissionais aptos a construir o PSF nas diferentes regiões do país.

Os objetivos dos Pólos (Brasil, 2001d) eram, a curto prazo, oferecer o “Curso/Treinamento Introdutório para Equipes de Saúde da Família”, cursos de atualização nas abordagens coletivas e individuais mais resolutivas, e apoiar o acompanhamento e a avaliação das equipes. A médio e longo prazo, os Pólos promoveriam a implantação de programas de educação permanente aos profissionais das equipes por meio de cursos presenciais curtos, à distância ou outras modalidades, cursos de especialização em Saúde da Família (inclusive para equipe ampliada), e ainda introduzir conteúdos referentes à estratégia de Saúde da Família e desenvolver iniciativas inovadoras dos currículos dos cursos de graduação

na área da Saúde. Após quatro anos de existência, havia 30 Pólos em funcionamento no país, cinco no Estado de São Paulo, com 104 instituições congregadas, realizando maciçamente os Cursos/Treinamentos Introdutórios, além de cursos para instrutores/supervisores de ACSs, cursos em áreas temáticas (como diabetes, DST/HIV, tuberculose, saúde mental etc.), cursos em SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, cursos e eventos com abordagem integral por ciclo de vida, atividades e eventos realizados com cursos de graduação (estágios, seminários, discussão curricular etc.), especialização e residência multiprofissional em Saúde da Família e outros (seminários de sensibilização de gestores, encontros regionais, mostras de produção em Saúde da Família etc.).

Na fala apaixonada de Sousa (2001a, p. 56), percebe-se o potencial renovador e o desafio:

“ainda é urgente a necessidade de virar a página na formação dos profissionais de saúde das famílias, em busca de uma nova ordem: **a de cuidar de quem cuida**. Certamente abriremos uma nova página na história da reforma do ensino, pela raiz da pedagogia da esperança. Nessa estrada, há muito que caminhar [...]”.

De acordo com o exposto até o momento, é possível compreender que o Curso/Treinamento Introdutório deve ser um marco para quem vai iniciar o trabalho no PSF: apresentar o novo modelo e trazer o conjunto de profissionais para o compromisso e a satisfação de superar o paradigma curativo e individualista que ainda se mantém na Atenção Básica. Com tais objetivos, incentiva-se o processo de reflexão sobre as práticas, os conhecimentos e as concepções de saúde e de trabalho em equipe, com base territorial definida e população adscrita, viabilizando uma postura de responsabilidade para com a comunidade, acolhedora e humanizada, que se consegue por meio do conhecimento dessa população pela própria sistemática de trabalho a ser desenvolvida pela equipe que está se formando, bem como pela adesão (individual e como equipe) a uma atitude

comprometida e comprometedora de promoção de saúde e *empowerment*¹³ da comunidade. Calife-Batista (2004) apresenta tal preocupação nas propostas de abordagem do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, visto tratar-se de um capítulo dentro do manual criado pelo Pólo de Capacitação da Região Metropolitana da Grande São Paulo e Santos, direcionado ao apoio teórico e técnico-instrumental de profissionais de saúde nas instâncias estadual e municipal envolvidos com a capacitação inicial dos profissionais que vão trabalhar no programa.

A Portaria/GM/MS nº 648, de 28/03/2006 (Brasil, 2006b), que institui a Política Nacional de Atenção Básica e orienta as diretrizes da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, também define as Secretarias Estaduais como responsáveis pela realização do Curso/Treinamento Introdutório e de todo o processo de educação permanente, em municípios com menos de 100 mil habitantes, bem como apoio técnico aos municípios maiores.

Considerando que a Saúde da Família e a Educação Permanente são programas prioritários do Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em suas atribuições de acompanhamento e apoio à implementação do SUS nos municípios, analisou, durante o ano de 2006, a situação de profissionais capacitados no Curso/Treinamento Introdutório e verificou que, embora sendo obrigatório, quase 16 mil profissionais atuando em mais de 3 mil equipes no Estado não participaram do curso inicial. Tal diagnóstico levou a Coordenação de Atenção Básica e a Coordenadoria de Recursos Humanos a definirem um processo de capacitação de multiplicadores e equipes de PSF no Curso/Treinamento Introdutório no estado de São Paulo (São Paulo, 2006a; 2006b).

¹³ *Empowerment* (apoderamento) é um conceito ligado à política de forma mais ampla e à promoção de saúde, que envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, o fortalecimento das pessoas, através de suas habilidades e contribuições, sendo capazes de inovar e criar para alcançar mudanças na sociedade.

2.2. Ampliação do olhar interdisciplinar

Os questionamentos apresentados e que se pretendem analisar com esse trabalho exigem a incorporação de contribuições teóricas do campo da Educação: as principais concepções pedagógicas e as razões da eleição da concepção crítica, progressista ou libertadora (com forte influência da obra de Paulo Freire e de suas releituras, também adotadas na Portaria/GM/MS nº 198, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Brasil, 2004a) e a formação de professores com ênfase nas competências pedagógicas necessárias para lecionar e as necessidades de formação do professor de educação profissional permanente. Esses conceitos serão importantes na definição das categorias de análise do discurso dos entrevistados na presente pesquisa e em sua conseqüente discussão.

O trabalho adota as representações sociais a partir de Moscovici, pelo potencial de desvelar a realidade social a partir do discurso dos sujeitos que a formam e transformam. A análise qualitativa, partindo dos pressupostos conceituais das Ciências Sociais, exige recursos que permitam ancorar tanto a pergunta quanto a análise dos resultados. Assim, a compreensão das representações sociais torna-se fundamental pelo seu potencial de dar significado a um simples discurso como produto da interação do indivíduo com seu grupo e sua história. Tal interação se estabelece numa relação dialética, que pressupõe tanto que o indivíduo seja influenciado como também ele influencie seu grupo e sua história. O discurso revela o pensamento, consciente, simbólico e também as dúvidas, incoerências e rupturas que negam o que antes foi afirmado. Assim, a análise em pesquisas qualitativas em saúde tem, em muitos estudos, tomado por base as representações sociais para desvelar os conteúdos emocionais e angustiantes que se escondem sob discursos socialmente articulados e repetidos à exaustão, permitindo compreender a essência do que transparece na fala dos diferentes atores sociais.

2.2.1. Pensando em Filosofia da Educação e Didática

A necessidade de compreender o desafio de ensinar, ou seja, a Didática – a arte de ensinar, a prática cotidiana do professor – passa obrigatoriamente pela certeza de que aquele que ensina faz escolhas: quanto a conteúdos, tipo de relação com o aluno-aprendiz, objetivos do ensino, formas de aprendizagem e de avaliação. As escolhas são ancoradas na visão de mundo, de homem e de conhecimento do educador e do sistema educacional em que o mesmo atua, embora seja possível que as escolhas esperadas pela instituição sejam contraditórias com as crenças ou convicções do professor.

Mizukami (1986, p. 1) afirma que

“há várias formas de se conceber o fenômeno educativo. Por sua própria natureza, não é uma realidade acabada que se dá a conhecer de forma única e precisa em seus múltiplos aspectos...Nele estão presentes tanto a dimensão humana quanto a técnica, a cognitiva, a emocional, a sócio-política e cultural”.

Levando em consideração as múltiplas abordagens pedagógicas possíveis e disponíveis na literatura, é sabido que num mesmo processo educativo ou na experiência de um professor individual diferentes práticas podem estar justapostas, mas não coerentemente integradas, porque partem de referências teóricas diferentes. Diferentes concepções e teorias deveriam conduzir a diferentes arranjos de situações de ensino-aprendizagem na sala de aula, segundo Mizukami (1986), já que a ação do professor nessas situações é sempre intencional, planejada, baseada, consciente ou inconscientemente, nos referenciais teóricos.

A reflexão sobre estes referenciais de mundo, de homem, cultura, conhecimento, marginalidade e objetivos formou, no campo da Filosofia da Educação, diferentes concepções, abordagens ou linhas pedagógicas, que são classificadas de diversos modos, conforme os conceitos que são utilizados como âncora pelos vários autores que se debruçaram sobre o

assunto. No processo de classificação, juntam-se às idéias que subsidiam as escolhas as práticas adotadas pelos seguidores de cada linha.

Dois importantes autores que sistematizaram a prática educativa, buscando formas didáticas de apresentar as diferentes concepções e tendências, foram Saviani (2002) e Libâneo (1983). Enquanto Saviani apóia suas concepções fundamentais nos sistemas filosóficos gerais, a classificação de Libâneo, muito difundida no meio dos educadores da Saúde, baseia-se nas práticas pedagógicas e em seus resultados no aluno-cidadão (Di Giorgi, 1982).

Gadotti (2002) estuda as idéias pedagógicas a partir de um olhar histórico voltado à evolução da educação e da sociedade por ordem cronológica, mas também em grupos que compartilham a mesma visão de mundo e dos objetivos da Educação. A partir de uma reflexão filosófica, aponta as possibilidades práticas, subsidiando a práxis – prática dotada de uma teoria subjacente –, conforme o autor acredita: ser crítica e autonomamente escolhida.

Mizukami (1986), por sua vez, aborda as diferentes linhas ou tendências pedagógicas a partir de cinco abordagens que mais influenciaram o professorado brasileiro, algumas com claro referencial filosófico ou psicológico, outras mais intuitivas, baseadas nas práticas pedagógicas que a caracterizam ou na adoção de modelos de outras áreas de conhecimento.

A síntese das classificações dos autores citados foi elaborada para permitir a abrangência de um leque maior de aspectos, sem comprometer as especificidades dos olhares de cada autor.

Severino (apud Gadotti, 2002, p. 11) ressalta que:

“A Educação é a prática mais humana, considerando-se a profundidade e a amplitude de sua influência na existência dos homens. Desde o surgimento do homem, é prática fundamental da espécie, distinguindo o modo de ser cultural dos homens do modo natural de existir dos demais seres vivos. Mas exatamente por impregnar assim tão profundamente a existência dos homens, a educação é mais vivenciada do que pensada.”

Gadotti (2002), partindo do pressuposto que desde a antiguidade a educação é exercida e que, mesmo de forma não ordenada, há um método e uma filosofia por trás dessa prática, aponta algumas tendências centradas na religião ou no humanismo, tanto que vê o homem como ser ideal, imaculado, como objeto das forças da sua natureza vil, mesquinha e desorganizada, que precisa ser adequado pela educação. Em vários momentos da história são produzidas concomitantemente duas “educações”: uma para os ricos, os cidadãos, os que devem ocupar o poder, e outra para os pobres, os índios, os escravos, a mão-de-obra. A partir do ressurgimento das ciências, das descobertas, e das mudanças na sociedade renascentista e moderna, a escola vai ganhando novos matizes, papéis sociais e econômicos, abrangência e influência das linhas filosóficas e políticas em voga, passando seus representantes a fazer duras críticas aos modelos anteriores e propondo novidades.

O primeiro aspecto que diferencia as linhas pedagógicas, dividindo-as em dois grandes grupos, é a visão dos condicionantes históricos, da situação político-econômica e do papel político da educação: por um lado, as pedagogias liberais (Libâneo, 1983) ou não-críticas (Saviani, 2002), carecendo de consciência dos condicionantes histórico-sociais, são voltadas para a manutenção da situação político-econômica capitalista e afirmam a neutralidade política da educação, o que reforça a reprodução da situação vigente, preparando os alunos para o desempenho de papéis sociais que suas aptidões permitam. Já as pedagogias progressistas (Libâneo, 1983) ou críticas (Saviani, 2002) partem da análise crítica dos determinantes histórico-sociais da sociedade em que estão inseridas, considerando que a educação deveria fornecer às camadas dominadas da sociedade instrumentos intelectuais que lhes permitam transformar a realidade social injusta (Di Giorgi, 1982; Turazzi, 2007).

Adotando a classificação de Libâneo (1983) e a esta acrescentando os pontos de outros autores, serão apresentadas inicialmente as principais práticas pedagógicas liberais ou não-críticas:

1. Tradicional – pode ser associada à concepção “humanista” tradicional de Filosofia da Educação (Saviani, 2002), sendo consequência de um “sistema filosófico” geral, no qual predomina uma visão “essencialista” do homem, ou seja, ao considerar o homem como portador de uma essência imutável, cabe à educação conformar-se à essência humana. O adulto é privilegiado nesta visão, já que é o homem completo, acabado, ao contrário da criança, imatura, parcial. O centro da educação é o educador, o intelecto, o conhecimento. Ao aluno cabe receber, executar as “prescrições que lhe são fixadas por autoridades exteriores” (Mizukami, 1986, p. 8). A escola, por sua vez, é o espaço privilegiado para a educação, num ambiente austero, que não distrai o aluno e que privilegia a adequada distância entre a autoridade (professor) e o aluno, numa relação vertical entre ambos, e minimiza as relações entre os alunos, que, nas tarefas eminentemente individuais, configuram-se como indisciplina. Saviani (2002), considerando o problema da marginalidade, identifica a ignorância como causa da marginalidade nessa concepção, e, portanto, à educação cabe resgatar, salvar o marginal, introduzindo-o no mundo social pelo acúmulo e reprodução dos conhecimentos da humanidade. Freire (2003, p. 38) explica, fazendo a crítica à dinâmica dessa pedagogia, o que denomina de “consciência bancária”, na qual “o professor ainda é um ser superior que ensina a ignorantes” e “o educando recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se um depósito do educador”, acreditando-se que “quanto mais se dá mais se sabe”.

2. Renovada Progressivista – pode ser associada à concepção “humanista” moderna de Saviani (2002), que adota uma visão de homem centrada na existência, na vida, na atividade, ou seja, a natureza humana é mutável, determinada pela existência. O eixo da pedagogia renovada progressivista desloca-se da razão, da lógica, dos conteúdos cognitivos enfatizados na pedagogia tradicional, para os sentimentos, os aspectos psicológicos e os métodos ou processos pedagógicos oriundos dessa interface com a Psicologia. Busca retratar o mais fielmente possível a vida, e baseia-se no “aprender fazendo” e no bom relacionamento em sala de aula.

Para Saviani (2002), o marginalizado passa a ser o rejeitado, portanto a educação deve romper com os preconceitos e estimular a aceitação de si próprio e do outro. Uma de suas vertentes, de maior influência no Brasil, é conhecida como “escola-novismo” (Di Giorgi, 1982). Um dos importantes autores dentro dessa vertente foi John Dewey, numa corrente denominada Pedagogia Pragmática ou Progressista (não confundindo com a progressiva de Libâneo), que influenciou no Brasil o movimento da Escola Nova, defendendo que a educação ocorre na experiência e reconstrução da experiência. Pode ser incluída também a abordagem cognitivista (Mizukami, 1986), cujas teorias se desenvolvem no estudo da aprendizagem, da organização do conhecimento, do processamento de informações, dos estilos de pensamento, dos comportamentos relativos à tomada de decisões, etc. A aprendizagem não acontece apenas por influência do meio ambiente, de fatores externos ao indivíduo; embora haja uma preocupação com as relações sociais, a ênfase é dada na capacidade do aluno de integrar informações e processá-las. Os maiores teóricos nesta perspectiva são Piaget e Vigotsky. Piaget descreve que o desenvolvimento do ser humano passa por fases que se inter-relacionam e se sucedem até que atinjam estágios da inteligência caracterizados por maior mobilidade e estabilidade. Pensando no estágio de desenvolvimento em que os alunos se encontram, o professor passa a criar o cenário necessário para que eles explorem o ambiente de forma ativa, a partir de situações-problemas que tragam a eles a necessidade de investigar, pensar, racionalizar a questão e construir uma resposta satisfatória. Suas idéias conformaram numa “pedagogia construtivista”, que valoriza o conhecimento baseado nos interesses individuais, partindo do concreto para o abstrato, conforme a fase de desenvolvimento do aluno, numa construção processual e cíclica de assimilação. Essas idéias vão influenciar vários autores da pedagogia crítica, aplicando a construção processual ao contexto socio-pólitico-econômico da sociedade. Já Vigotsky direcionou suas pesquisas no intuito de compreender os mecanismos psicológicos dos seres humanos, que apresentam características mais complexas e sofisticadas e que dizem respeito ao

controle consciente do comportamento, à ação intencional e à liberdade do indivíduo em relação às situações que está vivenciando no espaço e tempo atuais. Define “mediação” como um processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação. O componente novo interfere e passa a mediar a relação do indivíduo com o ambiente. A relação do homem com o mundo não é mais uma relação direta, mas uma relação mediada. Aparece o conceito de signo ou símbolo, que é um mediador psicológico, representação mental que substitui o objeto do mundo real, e no seu desenvolvimento o indivíduo passa a ser capaz de lidar com representações que substituem o real, podendo imaginar, fazer planos, ter intenções. Para Vigotsky, a linguagem é o sistema simbólico básico de todos os grupos humanos, e possui duas funções básicas: intercâmbio cultural e pensamento generalizante (permite a compreensão de um objeto nomeado a partir da sua comparação, exclusão e agrupamento com outros objetos semelhantes). Segundo Fengler e Siedenberg (s.d., p. 6), a linguagem e o pensamento não se desenvolvem juntos, são independentes. “No decorrer do crescimento do indivíduo, pensamento e linguagem se aproximam e o pensamento se torna verbal e a linguagem racional. Neste momento o biológico se transforma no sócio-histórico”. Para Vigotsky, o aprendizado é o processo pelo qual o indivíduo, na interação sociocultural, adquire informações, habilidades, valores, etc. São todas as aquisições que acontecem diferentemente das habilidades inatas da criança. Na sua formulação, a criança já realizou aprendizagens que definem seu nível de desenvolvimento real (aquilo que ela consegue sozinha, sem a ajuda de outra pessoa). O nível de desenvolvimento proximal envolve as capacidades que a criança está desenvolvendo (consegue com ajuda ou instruções, demonstração ou assistência). A partir desses conceitos, “a escola deve fazer com que a criança, partindo do que já sabe, realmente avance no sentido de construir e reconstruir novas aprendizagens, o bom ensino é aquele que realmente provoca mudança” (Fengler e Siedenberg, s.d., p. 7).

3. Renovada Não-Diretiva – também pode ser associada à concepção “humanista” moderna (Saviani, 2002); ao entender que o papel

da escola é formar atitudes, o importante é o emocional, a aceitação de si e do outro, assim como na renovada progressivista, e o professor não pode interferir, intervir, é um facilitador não diretivo do processo. A ênfase passa do professor para o aluno, da necessidade do esforço para a necessidade de despertar o interesse, da disciplina rígida para a espontaneidade (às vezes excessiva), do diretivismo para o não-diretívismo, da quantidade de conteúdo para a qualidade da aprendizagem para a vida, “de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e psicologia” (idem, p. 14). Enfim, considera que “o importante não é aprender, mas aprender a aprender” (idem, *ibidem*). O enfoque predominante desta teoria no Brasil é o de Carl Rogers. A abordagem humanista, segundo Mizukami (1986), enfatiza as relações interpessoais e o desenvolvimento da personalidade, do indivíduo, em seus processos de construção e organização pessoal da realidade e, com isso, na sua condição de agir como pessoa integrada à sociedade. A escola, por sua vez, deve possibilitar a autonomia do aluno, respeitando-o, oferecendo condições para que ele se desenvolva. Como o ensino está centrado no ser humano, há que se descobrir meios ou técnicas de dirigir sem dirigir, ou seja, dirigir a pessoa à sua própria existência, para que dessa forma ela possa estruturar-se e agir. “As qualidades do professor (facilitador) podem ser sintetizadas em autenticidade, compreensão empática – compreensão da conduta do outro a partir do referencial desse outro – e o apreço (aceitação e confiança em relação ao aluno)” (Mizukami, 1986, p. 53). A responsabilidade da aprendizagem (objetivos) fica também ligada ao aluno, que deve ser compreendido como um ser que se autodesenvolve e cujo processo de aprendizagem, também conhecido como autogestão, deve ser facilitado. Outro exemplo dessa linha é Neil, criador da escola Summerhill (escola experimental da Inglaterra), cujo foco era conseguir que a escola se adaptasse ao aluno, centralizando a ação na emoção, no indivíduo (Donato, 2000; Turazzi, 2007).

4. Tecnicista – pode ser associada à concepção analítica de Saviani (2002), que considera a Filosofia da Educação responsável por efetivar a análise lógica da linguagem da Educação, não explicitando nem uma visão de homem nem um “sistema filosófico” geral. Mas também associa-se à concepção “humanista” moderna, visto que considera que a escola modela o comportamento humano por meio de técnicas baseadas na psicologia comportamental, reforçando as respostas que se quer obter (condicionamento respondente). A importância está no que é objetivo e merece ser ensinado, e o professor ordena o ambiente, que é o centro do processo educativo. Ao procurar entender esta teoria, percebe-se que o homem é um produto do meio e reativo a ele. Nessa prática pode ser incluída a “abordagem comportamentalista” (Mizukami, 1986), que caracteriza o conhecimento como descoberta, nova para o indivíduo, porém já existente na realidade exterior. Skinner é o principal autor do comportamentalismo ou behaviorismo, segundo o qual o conhecimento é resultado direto das experiências, é estruturado indutivamente, via experiência, que deverá ser bem planejada para o sucesso da educação. Portanto, a educação tem como finalidade promover mudanças nas pessoas, tanto com aquisição de novos comportamentos como modificando os já existentes, por meio da organização e planejamento de estratégias de reforço, sendo o professor responsável pelo arranjo e conseqüente aquisição de comportamentos pelos alunos. A instrução programada ou individualizada é elevada de instrumental para estratégia de ensino, podendo ser utilizada tanto em instrução de grupo quanto em aprendizagem completamente individualizada. Tem por objetivo a adaptação de procedimentos para se ajustarem às necessidades individuais de cada aluno, no intuito de ampliar sua aprendizagem, desempenho, desenvolvimento. “Pode permitir variações em ritmo de aprendizagem, objetivos a serem alcançados, métodos e materiais de estudo, nível exigido de rendimento e desempenho” (Mizukami, 1986, p. 33). Os comportamentos desejados, após instalados, serão mantidos por condicionadores e reforçadores (elogios, graus, notas, prêmios, reconhecimento, prestígio,

etc.). “Skinner não se preocupa em justificar por que o aluno aprende, mas sim em fornecer uma tecnologia que seja capaz de explicar como fazer o estudante estudar” (idem, *ibidem*), contanto que seja eficiente nas mudanças comportamentais. Segundo Saviani (2002), o elemento principal passa a ser a organização racional dos meios, ocupando professor e aluno posição secundária, de executores de processos planejados externamente, de especialistas, neutros, objetivos, imparciais. O marginal, nesse caso, não é nem o ignorante nem o rejeitado, mas o incompetente, o ineficiente, portanto o improdutivo para o mundo do trabalho.

Dentre o grupo das pedagogias progressivas (Libâneo, 1983) ou críticas (Saviani, 2002), três vertentes são consideradas. Saviani inclui todas numa concepção filosófica de educação denominada concepção dialética, que descarta ter como ponto de partida “determinada visão de homem, por isso centra-se no homem concreto, síntese de múltiplas determinações” (Di Giorgi, 1982, p. 9). Assim, considera que a tarefa da Filosofia da Educação é explicitar os problemas educacionais. Mizukami (1986) também mantém um agrupamento único, denominado “abordagem sociocultural”, que analisa conjuntamente homem e mundo, na relação intensa entre ambos, embora enfatize que o sujeito (concreto, situado no tempo e no espaço, no contexto histórico) é o elaborador do conhecimento, o sujeito da aprendizagem. Diante dos constantes desafios da realidade, as respostas não devem seguir modelos ou receitas prontas, porque o desafio está contido num contexto, e a resposta dada irá modificar não apenas a realidade, mas também o indivíduo, numa práxis (ação mediante reflexão) contínua, em superação à dicotomia sujeito-objeto. A ação educativa (de forma ampla, na escola ou fora dela) deve, necessariamente, partir de uma reflexão crítica sobre o homem e seu meio de vida concreto para fugir do risco de adotar, de forma acrítica, modelos, conteúdos ou diretrizes pré-fabricadas, sem a devida adaptação ao homem concreto que vai participar ativamente dessa ação. O professor deve dar condições para que os alunos consigam superar a consciência ingênua e perceber as contradições da sociedade em que estão inseridos, tornando-se mais sujeitos: capazes de refletir sobre a realidade,

sobre sua própria situação concreta e, progressivamente, intervir na realidade para transformá-la. Nesse processo, o professor deverá estar engajado em um trabalho transformador, procurando “desmistificar e questionar com o aluno a cultura dominante, valorizando a linguagem e a cultura” (Mizukami, 1986, p. 99). A relação entre o mestre e o aprendiz é horizontal: professor e aluno aprendem juntos em atividades diárias e o diálogo marca a participação dos alunos juntamente com os professores. Os estudantes são parte do processo de aprendizagem que procura enfatizar a cooperação e o trabalho coletivo na resolução dos problemas sociais. As obras de referência são de Paulo Freire, que “consistem numa síntese pessoal de tendências tais como o neotomismo, o humanismo, a fenomenologia, o existencialismo e o neomarxismo” (Mizukami, 1986, p. 86).

Libâneo (1983), por sua vez, identifica três correntes dentro das pedagogias progressivas:

5. Libertária – partindo da concepção dialética de sociedade e de homem, mostra caminhos para a transformação da sociedade pela educação, mas carece ainda de instrumentos para romper com a tendência de manutenção do poder, presente na pedagogia liberal. É mais uma crítica ao modelo existente e suas fragilidades do que uma solução para o cotidiano da educação. São também nomeadas por Saviani de “crítico-reprodutivistas”, tendo Bourdieu, Passeron, Althusser, Baudelot e Establet como principais autores (Libâneo, 1983; Turazzi, 2007).

6. Libertadora – inicia a sistematização, a partir das discussões trazidas pela pedagogia libertária, dos princípios de uma prática pedagógica que reconhece a realidade do mundo, contexto no qual e a partir do qual se dá o processo de ensino e aprendizagem. Esse, por sua vez, só é efetivo se parte daquilo que o aprendiz já conhece para então, refletindo sobre sua realidade, poder apreender o novo e transformar sua prática e, numa instância maior, a realidade em que vive. Nessa linha essencialmente não formal pode ser inserido Paulo Freire e, como é conhecida no Brasil, a “Pedagogia de Paulo Freire” ou pedagogia problematizadora (Turazzi, 2007).

7. Crítico-Social dos Conteúdos – mantém a visão do processo ensino-aprendizagem da pedagogia libertária, valorizando a capacidade de reflexão do aluno, que deve ser sujeito de sua aprendizagem, e o papel do professor passa a ser o de um facilitador, mas que conduz o processo de ensino criando oportunidades de aprendizagem. A escola é o espaço para a “apropriação do saber, estando assim a serviço dos interesses populares. O papel da escola, dentro dessa vertente da pedagogia crítica, é um papel transformador, mas a partir das condições existísticas” (Turazzi, 2007, p. 56). A mediação aparece para explicar que a educação organiza e transmite idéias, mediando as ações na prática social, ou seja, permite partir da ação à reflexão, e da reflexão à ação, até atingir a unidade entre teoria e prática. Utiliza atividades em grupo como espaço coletivo em que interação e ajuda mútua são trabalhadas, incentivando respeito aos outros, autonomia das decisões e ampliação da noção de coletivo para a escola, a cidade, a sociedade. Também a autogestão não aparece como “não diretividade”, porque há uma intencionalidade em cada ação educativa, é preciso desenvolver a capacidade de processar informações e analisar o ambiente, e para isso o professor respeita o aluno e seu processo de desenvolvimento e não exerce sobre ele sua autoridade incondicional, mas guia a aprendizagem, com ressonância na vida dos alunos.

Turazzi (2007, p. 57) resume que “a Teoria Crítica é uma teoria ainda em construção”, tem como base o respeito à “relação dialógica professor-aluno”, na qual a comunicação e a troca existem para garantir que ambos, juntos, sejam sujeitos do processo ensino-aprendizagem (entendido que quem ensina também aprende). “Outra postulação importante desta teoria é o caráter reflexivo e *problematizador* do ensino e o caráter *construtivista* do conhecimento, visto como um ato de criação e recriação” (idem, ibidem). Assim, a educação é mediadora entre as idéias e as ações, entre teoria e prática.

Gadotti (2002) analisa o pensamento pedagógico brasileiro a partir do final do século XIX e início do século XX, com a chegada das teorias da Escola Nova. A educação religiosa, principalmente jesuítica,

tradicional, prevaleceu durante a maior parte do século XIX e ainda é importante no cenário educacional brasileiro. Mas o pensamento laico, positivista, liberal, foi introduzindo as primeiras mudanças. O movimento anarquista também acendeu os debates sobre opressão e liberdade, e permitiu experiências interessantes, como a Escola Libertária Germinal e a Escola Moderna, com Francisco Ferrer e Maria Lacerda de Moura como importantes autores. A educação pública é assumida como projeto de governo a partir de 1930, em 1932 é lançado um manifesto a favor de um “Plano Nacional de Educação”, e em 1948 o projeto de lei das “Diretrizes e Bases da Educação Nacional” é enviado ao Congresso, sendo sancionado apenas em 1961. Enquanto católicos e liberais debatiam o conteúdo preferencial e o método de ensino, tinham em comum a mesma origem “da classe dominante e portanto não questionavam o sistema econômico que dava origem aos privilégios e à falta de uma escola para o povo” (Gadotti, 2002, p. 233). A análise da sociedade entra em cena a partir do pensamento pedagógico progressista representado por Paschoal Lemme, Álvaro Vieira Pinto e Paulo Freire. Aproveitando o período democrático entre 1945 e 1964, dois grandes movimentos educacionais tomam vulto: o movimento por uma educação popular e o movimento em defesa da educação pública. O primeiro volta-se para a alfabetização e educação de adultos e jovens, informal, enquanto a segunda visa a educação escolar formal, pública, de qualidade e acessível a todos. A partir de 1988, os movimentos se unem em torno da educação pública popular.

Paulo Freire teve sua maior contribuição “no campo da alfabetização de jovens e adultos, mas sua teoria pedagógica envolve muitos outros aspectos, como a *pesquisa participante* e os métodos de ensinar” (Gadotti, 2002, p. 234). O objetivo do método é formar uma consciência crítica e pode ser descrito, segundo Gadotti, a partir de três etapas: etapa da investigação; etapa de tematização e etapa de problematização. Faria (1987) ressalta que o denominado “método de Paulo Freire” “não pode ser confundido com um método didático, pois tem um sentido mais amplo [...] remonta também aos procedimentos de coleta e

tratamento do conteúdo programático” (idem, p. 35). A primeira etapa, segundo Gadotti (2002, p. 234), “onde se descobre o universo vocabular, as palavras e temas geradores da vida cotidiana dos alfabetizandos”, é subdividida em cinco fases por Freire (1980), visto que a primeira fase, de investigação e “descoberta do universo vocabular”, acontece em encontros com as pessoas que serão envolvidas no processo educativo e seus pares (trabalhadores rurais, proletários da indústria, moradores de um bairro), entre os quais serão encontradas as palavras mais carregadas de emoção, sentido e também as expressões típicas do grupo. Essa fase acontece já nos “círculos de cultura”, em que, antes do início da alfabetização, além de descobrir o universo vocabular, é construído o conceito de cultura para, a partir do reconhecimento do mundo da natureza e da cultura, permitir ao educando perceber-se protagonista, “construtor da cultura através da ação transformadora” (Faria, 1987, p. 38). A segunda fase já é interna ao grupo de educadores, com apoio de especialistas, na qual se selecionam as “palavras geradoras”, procurando riqueza silábica, dificuldades fonéticas (em ordem crescente de dificuldade) e conteúdo prático, aí entendido como maior compromisso com a realidade histórico-cultural. Na terceira fase, além de palavras, a partir das condições existenciais dos indivíduos do grupo a ser trabalhado, são selecionadas contradições sociais ou situações limites, sistematizadas para favorecer uma visão integral da realidade. “Estas situações desempenham o papel de ‘desafios’ apresentados aos grupos” (Freire, 1980, p. 44). Na quarta fase são elaboradas fichas indicadoras, que facilitam a coordenação dos debates nos círculos de cultura, e na quinta fase elaboram-se as fichas com as famílias fonéticas, a partir das “palavras geradoras”. Com o material pronto, “em forma de diapositivos ou cartazes, constituídas as equipes de supervisores e de coordenadores, devidamente treinados nos debates relativos às situações já elaboradas” (idem, *ibidem*), o processo de alfabetização pode começar, mas a educação, a conscientização dos educandos e a aprendizagem dos educadores já começaram nessa primeira etapa.

Não há um padrão pronto e válido para todos, é necessário pesquisar o universo de cada grupo, selecionar as palavras e situações mais adequadas para cada grupo, para conseguir uma nova leitura da realidade específica de cada grupo. A seleção de “palavras geradoras” na fase de alfabetização passa a ser a seleção de “temas geradores” na fase pós-alfabetização, e, assim como Freire propunha de 15 a 18 palavras geradoras para a alfabetização, define-se um universo temático mínimo, com o mesmo princípio de, partindo dos fatos concretos da realidade do grupo, distanciar-se, abstrair, analisar, de modo que, “se bem feita a decodificação, deverá conduzir à superação da abstração com a percepção crítica do concreto” (Faria, 1987, p. 39). Para melhores resultados, as situações são analisadas pelos “círculos de investigação” compostos por educadores, especialistas, auxiliares e representantes do povo, e seu resultado é depois estudado sistematicamente para que os temas sejam classificados no quadro geral da ciência e sejam reduzidos, em campos do conhecimento, para definir “núcleos básicos que, constituindo-se em unidades de aprendizagem e estabelecendo uma seqüência entre si, dão a visão geral do tema reduzido” (idem, p. 40). Deve-se ter o cuidado de não perder a riqueza do tema numa redução estreita da especialidade, bem como, na investigação dos temas originados nos círculos de cultura, a equipe de educadores pode acrescentar temas que preencham lacunas no conjunto que devem confluir na possibilidade de ver o mundo. São os chamados “temas-dobradiça”, que permitem fazer as ligações necessárias.

A segunda etapa, a de tematização, permite que sejam, segundo Gadotti (2002, p. 234), “codificados e decodificados os temas levantados na fase anterior de tomada de consciência, contextualizando-os e substituindo a primeira visão mágica por uma visão crítica e social”. Os temas geradores ou situações-limites são apresentados aos alunos em figuras, objetos, músicas, enfim, em representações que são inicialmente descritas, como define Faria (1987), numa leitura superficial, daquilo que é acessível aos sentidos, a “estrutura de superfície”. A seguir, a situação é problematizada, buscando alcançar a “estrutura profunda”, o significado subjacente das ações e das

relações representadas, numa reflexão crítica de situações que vieram da realidade do grupo de educandos como recurso pedagógico para substituir uma visão parcial e ingênua da realidade por outra global e crítica. Ressalta Faria (1987) que a penetração na “estrutura profunda” se dá em seqüência de aproximações: em cada uma pode ser corrigida ou ampliada a percepção anterior, num processo dialógico. No processo de alfabetização, segundo Freire (1980, p. 45), quando o grupo esgota a análise da situação apresentada para debate, a palavra geradora correspondente é colocada para visualização (e não memorização), num primeiro momento com o objeto a que se refere e depois sozinha, para que seja estabelecido “o laço semântico entre ela e o objeto a que se refere”. Em seguida, apresenta-se a palavra dividida em sílabas, identificadas como partes, e finalmente nas fichas, com as famílias silábicas que compõem a palavra em estudo, permitindo a descoberta do mecanismo de formação das palavras a partir de suas sílabas. Como afirma Freire (idem, ibidem): “assumindo este mecanismo de maneira crítica e não pela memorização – o que não seria uma apropriação – [...] [o analfabeto] desde o primeiro dia, se põe com grande facilidade a criar palavras” a partir das combinações possíveis entre as partes, as sílabas. Após os exercícios orais, o aluno passa à escrita, desde o primeiro dia, sendo então possível entender como, em 45 dias, um adulto analfabeto está lendo e escrevendo. Freire ressalta que “é preciso conduzir os adultos a conscientizar-se primeiro, para que logo se alfabetizem a si mesmos” (idem, pp. 47-8), é preciso “desafiar, desde o início, a intencionalidade da consciência, ou melhor, o poder de reflexão da consciência” (idem, p. 50), para que trabalhadores, depois de um dia de trabalho, desde o início sejam desafiados e participem ativamente, vendo-se como participantes, e não como objetos, do processo de aprendizagem.

A terceira etapa, a de problematização, “em que se descobrem os limites, as possibilidades e os desafios das situações existenciais concretas, para desembocar na práxis transformadora” (Gadotti, 2002, p. 234), pressupõe que a nova forma de pensar conduza a uma nova relação e prática com a realidade. O próprio processo de renovar a prática a partir de

uma reflexão crítica do contexto “é apontado também como um conteúdo educativo a ser aprendido. Esse conteúdo se constitui em um instrumental básico para os contínuos e dinâmicos enfrentamentos da realidade existencial” (Faria, 1987, p. 42).

O método de Paulo Freire tem sido transposto para o processo educativo em diferentes instâncias e objetivos, além da alfabetização e educação básica de jovens e adultos. Faria (1987) propõe um planejamento ao ensino libertador ou crítico social de conteúdo que conduza a níveis crescentes de conscientização, voltado para um público heterogêneo, de diferentes estratos sociais, e em estágios mais avançados de escolaridade, com uma preocupação com todas as formas de opressão social (como de uma raça, sexo, faixa etária, autoridade ou classe social sobre outra). Nessa abordagem, o conteúdo sistematizado ou erudito, fruto da acumulação de conhecimentos da humanidade, é enfatizado. O conhecimento não sistematizado, da realidade próxima e atual, não será quantitativamente predominante, mas será importante para a abordagem pedagógica. O conteúdo sistematizado deverá iluminar o senso comum, mas para manter o objetivo fundamental da conscientização deverão ser feitas escolhas de autores e apoiar-se na realidade atual e no papel do indivíduo na mesma. São propostas sete etapas de planejamento:

1. Coleta de dados sobre as condições do grupo de escolares: condições existenciais, situadas no tempo e no espaço, e também informações que fazem parte do dia-a-dia, como fatos no mundo, veiculadas pelos meios de comunicação. São informações que podem ser obtidas com os alunos em sala de aula e que servem de ponto de partida, como Freire considerava os “temas-dobradiça”, porque, a partir da realidade existente, problematiza-se e acrescentam-se os conteúdos sistematizados, e é elaborada uma síntese, porque integra a experiência ou o conhecimento anterior do aluno, uma abstração reflexiva sobre eles, e recria-se a realidade de forma crítica;

2. Busca das formas de opressão típicas do grupo: é a identificação dos “obstáculos sociais ou econômicos que impedem a pessoa de ‘ser mais’ em humanidade, de desenvolver-se e realizar suas potencialidades” (idem, p. 48).
3. Seleção de conteúdos sistematizados: de acordo com a disciplina ou unidade de estudo, esses conteúdos devem ser integrados às formas de opressão identificadas e aos conteúdos não sistematizados, e desdobrados em problemas menores, que possam gerar debates e investigação de forma sucessiva, até se atingir a compreensão do todo. A figura do professor, que participa ativamente no processo como o aluno, deve ser um guia seguro, que auxilia seus alunos a desvelarem dados complexos que, sozinhos, estes não conseguiriam;
4. Elaboração dos objetivos: cada unidade de ensino tem objetivos de aprendizagem que devem ser propostos aos alunos, justificados e devem cobrir tanto os conteúdos eruditos como os não sistematizados;
5. Descrição da avaliação: para cada objetivo de aprendizagem devem ser formulados os itens de avaliação formativa de conteúdos e questões de auto-avaliação, para refletir sobre a visão anterior em relação às opressões e à realidade;
6. Seleção dos suportes materiais: livros, textos, entrevistas, visitas, figuras, audiovisuais etc.
7. Apresentação de cada unidade: das atividades a serem realizadas em sala de aula em seqüência temporal, e com possibilidade de serem flexibilizadas.

A seqüência proposta para as atividades com os alunos começa pela apresentação do material codificado, ou seja, gravura, slide, foto, com uma situação do conteúdo não sistematizado ou das formas de opressão, que será descrito pelos alunos (descrição da “estrutura de superfície”). A seguir formulam-se problemas a partir da “estrutura de superfície” para

poder analisar a “estrutura de profundidade”, penetrando-se na explicação causal dos componentes da situação. Na seqüência, estudam-se os conteúdos sistematizados, podendo ainda investigar e coletar outros dados que serão acrescidos para conduzir a um aprofundamento da análise da situação dada. Finalmente, avaliam-se os níveis de conhecimento dominados e reflete-se sobre a visão anterior à atual sobre o problema estudado.

O século XX foi marcado pelos debates em torno de uma “educação ideal” e das estratégias para universalizar a educação, mas as diferenças entre países e regiões ainda continuam muito grandes. Gadotti (2002, p. 286) considera que são aceitas universalmente três tendências sobre a educação: “que não existe idade para a educação, de que ela se estende pela vida e não é neutra”. Assim, na segunda metade do século, surge no cenário a educação permanente, entre outras – que não são novas idéias, mas releituras das tendências existentes –, como resposta às exigências da sociedade. A UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação e a Cultura – teve papel articulador dos debates de educadores e políticos em torno de caminhos que conduzissem a uma uniformização da educação em âmbito internacional. Na sua XV Conferência Geral, em 1968, a UNESCO propõe a educação permanente como orientação para enfrentar a crise na educação. O princípio de que o homem se educa a vida inteira deveria organizar os sistemas educacionais de todos os países e ultrapassar o ambiente e os anos escolares. Tal princípio é o conceito-chave do Ano Internacional da Educação – 1970. As dificuldades de operacionalizar o conceito estavam exatamente na sua amplitude e na universalização de uma concepção dialética de educação que não se adaptava a todas as sociedades e suas concepções da relação da política com a economia e com a Educação. A estratégia, que pouco foi incorporada como sistema nacional, foi norteadora da educação profissional (técnica, superior e continuada) em várias instâncias e instituições, em que a perenidade do processo educacional precisava ser mais incorporada (Haddad et al., 1994; Feuerwerker e Sena, 1999; Ceccim e Armani, 2001;

Ceccim e Feuerwerker, 2004; Turazzi, 2007). As rápidas mudanças do mundo do trabalho tornaram evidente a necessidade de atualização constante, como responsabilidade compartilhada entre Estado, estruturas formais, sociedade e alunos. Os 21 princípios da educação permanente enunciados pela UNESCO apontam para a necessidade de: extrapolar os muros da escola, considerando também as empresas e a sociedade como espaços educativos; adotar todos os meios e tecnologias para sua execução, como meios de comunicação; facilitar o acesso, inclusive ao ensino superior, aos integrantes das classes sociais usualmente fora das universidades; integrar teoria e prática, ampliando a adaptabilidade do profissional; incorporar a ética da educação em tornar o aluno o agente de sua própria formação e capaz de partilhar com seus pares; formar educadores para suas novas atribuições. O contraponto encontrado na literatura da educação permanente em saúde com a educação continuada, que já era praticada antes, principalmente nos ambientes de trabalho, se dá exatamente na continuidade do processo ao longo da vida e na participação voluntária do aluno-profissional, que conhece suas necessidades e decide junto com o educador os rumos da sua formação.

Ceccim (2005a, p. 165) resume a mudança proposta ao afirmar que:

“As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos”.

O termo “educação significativa” (ou “aprendizagem significativa”) não se trata de outra linha ou tendência pedagógica, de fato tem sido usado por vários autores, em diferentes correntes pedagógicas. A definição de Rogers (1988) tem sido adotada por vários educadores de linhas progressistas ou críticas, embora seja considerado um representante da pedagogia não crítica, humanista moderna. Psicólogo de formação, Rogers aprofundou-se na construção de uma teoria da aprendizagem, que lhe

permite formular com clareza as implicações na educação: a aprendizagem só se dá a partir do potencial do novo fazer sentido ao aprendiz e de ser capaz de conduzir a mudanças mais amplas que o acúmulo de conhecimentos. Até a ampliação de informações pode ocorrer, mas dentro de um significado mais amplo na vida, no comportamento ou no compromisso de transformar o mundo que o cerca. Ou seja, a aprendizagem deve penetrar profundamente em todas as parcelas da existência do indivíduo, não se limitando ao aumento de conhecimentos, mas conduzindo a mudanças nas perspectivas futuras, nas escolhas, atitudes e personalidade. A aprendizagem significativa encontra ressonância em Ausubel, Vigotsky e Piaget, cujas hipóteses sobre como a aprendizagem ocorre auxiliam na compreensão atual e crítica do termo: Ausubel indica que a aprendizagem ocorre a partir da interação entre a nova informação e as idéias preexistentes, denominadas “organizadores prévios”; Vigotsky a entende como o impulso para ir da zona de desenvolvimento real para a possível autonomia da zona de desenvolvimento proximal; Piaget considera o processo de aprendizagem resultado da construção do conhecimento por sucessivas mudanças, construção e reconstrução do pensamento de forma contínua, seguindo os estágios de desenvolvimento (Turazzi, 2007). Assim, nessa concepção é valorizada a bagagem anterior, aquilo que o aluno já sabe, para, a partir disso, construir o novo. Esse conceito aponta para a necessidade do diálogo entre aluno e educador, para que o primeiro consiga desenvolver em plenitude “suas capacidades intelectuais de relacionar fatos, identificar problemas, de análise e principalmente síntese, que hierarquicamente está no topo do conhecimento” (Turazzi, 2007, p. 59). A sua adoção em textos da educação em saúde, principalmente na educação permanente, está intimamente relacionada à necessidade, no âmbito da Saúde, de discutir qual o ponto de partida, qual a utilidade do que está sendo ensinado para o profissional aplicar na sua prática cotidiana e como esse ensino deve ser conduzido, tornando possível ao aluno-profissional dar significado ao processo em que está envolvido e de fato apreender o novo, levando-o para sua existência. Novamente se aponta a necessidade do

educador estar preparado para as novas expectativas em torno de sua prática, inclusive no reconhecimento de que, em uma “classe” ou “turma”, podem ter indivíduos com bagagens anteriores e motivações bastante diferentes.

Demo (2002, pp. 8-9) refuta a “construção do conhecimento” ligada exclusivamente à obra de Piaget, mas traz sua concepção de forma ampliada para a denominada “aprendizagem reconstrutiva”:

“aquela marcada pela relação de sujeitos e que tem como fulcro principal o desafio de aprender, mais do que de ensinar, com a presença do professor na condição de orientador ‘maiêutico’¹⁴. Tem como contexto central a formação da competência humana, de cunho político, certamente instrumentada tecnicamente, mas efetivada pela idéia central de formar sujeitos capazes de história própria, individual e coletiva”.

Furter, pedagogo e filósofo da educação suíço que trabalhou na América Latina, inclusive no Brasil, e foi um autor importante na introdução da educação permanente e da andragogia (pedagogia da educação de adultos), ressalta que na educação dos adultos deve se levar em consideração que se ela tem sentido é porque ele continua aprendendo. Não há um tempo de aprendizagem e um tempo de maturidade separados, mas, como outros autores também propõem, uma maturação contínua, o que se reflete na concepção do homem como inacabado, e não imaturo. A concepção de homem imaturo conduz à pedagogia tradicional ou tecnicista: criança ou analfabeto, falta-lhes algo que a educação explícita, formal, lhes provê e impõe, e isso define um arsenal mínimo que o homem culto deve ter, arsenal dominado pelo professor que oferece, transmite, ao aluno ávido por apreender e tornar-se pleno. Já na concepção de homem inacabado, a educação, dos pais e da sociedade, permite a evolução, o aperfeiçoamento, de forma contínua, desde o nascimento. O processo de maturação é histórico, condicionado por sua situação, e individual, existencial, implicando

¹⁴ Maiêutica ou método maiêutico: “processo pedagógico socrático, que consiste em multiplicar as perguntas a fim de obter por indução dos casos particulares e concretos um conceito geral do objeto em questão” (Hollanda Ferreira, 1974).

responsabilidade tanto da comunidade como do homem, que pode interromper o processo quando se decidir maduro. Essa visão coloca o educador não como transmissor de um saber já adquirido, mas um companheiro, também em maturação, que acompanha o aluno na sua história particular de maturação. A cultura, não sendo mais um pacote mínimo ou completo, é um modo de viver, e assim a educação dá as possibilidades de ser culto, ou seja, permite “aprender a aprender” (Gadotti, 2002).

2.2.2. Competências e recursos cognitivos do professor

As considerações sobre o processo educativo mostram que várias teorias e práticas foram propostas para superar um modelo muito arraigado, o da educação tradicional, principalmente no ensino superior. A maioria dos profissionais, inclusive os professores, foram formados assistindo a aulas teóricas, lendo livros consagrados e indicados pelo professor, e respondendo aos testes de retenção do conteúdo, que lhes permitiam “passar de ano” e “tirar o diploma”. Depois de formado e conformado em determinado molde de sociedade e prática profissional, é dito ao professor que está tudo errado, que é preciso mudar. Está dado o dilema e instalada a disseminação de práticas diversas e às vezes justapostas ou sobrepostas, nem sempre de forma crítica. Ser professor se torna um desafio: a profissão é pouco valorizada na sociedade tecnológica, imediatista, em constante mudança e com bombardeio de informação, e ao mesmo tempo o profissional vive angustiado, sem parâmetros claros e muitas vezes sem o necessário espaço e tempo para discutir, entre os pares, os dilemas e desafios dados.

Segundo Rios (2001), os desafios de um mundo fragmentado exigem do professor um olhar abrangente, a capacidade de articular saberes e habilidades; um mundo globalizado exige trabalho interdisciplinar sem perder a capacidade de distinguir os campos do saber para então uni-los na

prática; e um mundo irracional e violento exige do professor encontrar o equilíbrio e recuperar o afeto no espaço pedagógico, portanto, não sozinho, mas coletivamente. E o desafio de ser professor de professores é o de refletir sobre a experiência do aprendiz que é professor, ou está se preparando para sê-lo, e assim compreender melhor o trabalho do professor-aprendiz.

Nóvoa (1992) mostra a fragilidade teórica sobre a formação dos adultos, em especial na educação continuada dos professores – adultos, alunos que precisam continuamente reaprender a ensinar –, e ressalta a importância da trajetória individual na maneira de tornar-se e dizer-se professor. Na perspectiva da história de vida e formação, a própria reflexão, de forma sistemática e organizada, das oportunidades de aprendizagem e de ensino, bem como da história de vida de forma mais ampla, é instrumento que vem se mostrando eficiente para a reflexão do “fazer-se professor”. Os desafios do mundo moderno, a fragilização da posição social do professor e o reconhecimento que características importantes da prática pedagógica advêm da vivência externa ao ambiente escolar reforçam tal linha de trabalho-pesquisa, que está tomando corpo no campo da Educação também no Brasil, e abre interessantes frentes para a formação de docentes na Saúde.

Hoffmann (2002) ressalta que o século XXI já começa com uma intensa preocupação com a formação de professores em serviço, reconhecido o despreparo de muitos ao iniciarem a carreira e as novas exigências para os novos tempos. Cita Demo para confirmar o papel central do professor na qualidade do ensino, embora tenha havido um tempo em que o professor foi responsabilizado pela sua má formação inicial e até pela baixa valorização socioeconômica da categoria. Ultrapassadas as perspectivas do professor como vilão ou vítima da sua situação, abre-se o caminho para que ele seja o protagonista da mudança: dentro da concepção da aprendizagem significativa, não é possível ensinar ao professor o que ele precisa aprender, porque as construções são do próprio sujeito na reflexão da sua prática, descobrindo-se na relação com seus alunos, seus pares e a

sociedade, e reconstruindo os significados e também suas práticas. “Não basta alguém dizer-lhe que deve fazer diferente se ele não pensar diferente sobre o que faz” (idem, p. 101). A mudança é uma “troca de pele”, um abandono da segurança em direção ao desconhecido, que leva a questionamentos sobre a validade de sua experiência, seus conhecimentos, sua prática, ao ponto de sentir-se na solidão de ver toda sua história criticada e desvalorizada, para abrir caminho a uma nova prática. Hoffmann ressalta que “buscar o novo não deve significar uma batalha contra o velho, mas uma sadia convivência entre ambos [...] compreender o processo de mudança como continuidade e não como negação a uma história construída” (idem, p. 108), em que o entusiasmo de uns conviva construtivamente com os receios, as resistências e o conformismo de tantos outros, desde que o espaço de discussão e estudo seja garantido para todos. Alerta ainda para o perigo de órgãos e instituições de ensino que tentam promover a mudança por decreto, de forma centralizada e impositiva, o que pode até gerar obediência, mas, como não promoveu mudanças de concepções e posturas de vida, não mobiliza para o esforço, e eventualmente se consegue apenas uma mudança “de fachada”: seu fazer é aparentemente diferente, mas, sem compreender os princípios para a mudança, mantêm a mesma essência do fazer antigo.

A estrutura organizacional do ensino superior privilegia, historicamente, a experiência e o sucesso profissional como requisitos necessários para a docência, conforme a literatura tem apresentado (Masetto, 2003). O modelo do ensino superior se reproduz no técnico, principalmente dentro das estruturas de Saúde que se envolvem com atividades de educação formativa ou continuada, visto que, via de regra, tanto os que coordenam e planejam as atividades como aqueles que são convidados a ser docentes/ministradores/multiplicadores são profissionais de Saúde formados na crença de que “quem sabe, automaticamente sabe ensinar” (idem, p. 13) e se envolve na docência por um gosto pessoal ou mesmo pela demanda de serviço, mas muitas vezes não consegue fazer uma preparação e reflexão sobre os pressupostos da Educação como uma

outra área de conhecimento que deve ser apropriada para um bom desenvolvimento das atividades educativas, reunindo conhecimentos e competências da área da Saúde à competência pedagógica, para tornar-se educador.

Secco e Pereira (2004), estudando o ensino profissional de Odontologia, identificam o início de uma preocupação com a formação de docentes para a área nos anos 1970, em função da implementação de cursos de pós-graduação e da exigência de titulação. Os docentes tradicionais, que não haviam recebido nenhuma formação pedagógica específica, apresentavam dificuldades na expressão e no exercício de um processo de ensino-aprendizagem com a multiplicidade de facetas e expectativas que passaram a ser exigidas. A LDB – Lei de Diretrizes e Bases – (Brasil, 1996a) e posteriormente a regulamentação das Diretrizes Curriculares para o ensino superior, desde 2001, e as avaliações dos cursos superiores reforçaram a necessidade de construir um projeto pedagógico, com a participação do corpo docente, na busca de mudanças curriculares que privilegiassem a qualidade da formação por meio da revisão do processo ensino-aprendizagem. O trabalho docente precisava ser profissionalizado, ultrapassando a competência técnica específica e o sucesso como profissional liberal e caminhando na direção de uma reflexão crítica e embasada em uma formação didático-pedagógica estruturada da realidade brasileira e dos problemas da área odontológica, para permitir “a transformação da crise em projeto político-pedagógico”, em que se “cria espaço para mudanças curriculares das faculdades de odontologia e acentua desafios quanto a orientações pedagógicas e competências da função docente” (idem, p. 1).

A necessidade de mudanças no fazer-ser professor aponta para a questão de qual mudança é desejada. Freire (2003), para abordar essa questão, reflete sobre quem é o profissional comprometido com a sociedade: antes de ser profissional, é um homem concreto, que vive em um mundo concreto, capaz de agir e refletir, e, refletindo sobre si, seu estar no mundo, deve ser capaz de operar, transformar a realidade de acordo com uma

proposta humanizadora, “que o faz um ser da práxis” (idem, p. 17). Se não for capaz de transpor os limites que o mundo lhe impõe, estará imerso no mundo, adaptado a ele, incapaz de se distanciar, refletir e transformar, e, por isso, incapaz de se comprometer. O homem se compromete com a solidariedade, com a responsabilidade com os outros homens e com a história. O profissional junta ao compromisso geral como homem a dívida assumida com a sociedade ao fazer-se profissional: o compromisso de profissional. Nas palavras de Freire (2003, p. 21):

“Quanto mais me capacito como profissional, quanto mais sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é patrimônio de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta minha responsabilidade com os homens [...] Não posso me deixar seduzir pelas tentações míticas, entre elas a da minha escravidão às técnicas, que, sendo elaboradas pelos homens, são suas escravas e não suas senhoras.”

Partindo da concepção de um homem que pode compreender sua realidade, levantar hipóteses e propor soluções, transformando-a, o profissional – o trabalhador social – cria seu mundo a partir das respostas que dá aos desafios, que podem ser de estabilidade ou mudança, conforme sua práxis. O mundo criado é um “mundo histórico-cultural [...] de valores, de idéias [...] da opinião [...] do saber” que “se volta sobre o homem, condicionando-o. Criado por ele, o homem não pode, sem dúvida, fugir dele” (idem, pp. 46-7).

Essencialmente, a mudança é ruptura, seja ela brusca, seja lenta, no sentido da humanização, enquanto a estabilidade é a tendência natural à inércia, a cristalização do *status quo*. Portanto, a primeira mudança ou permanência é em relação à percepção da realidade e seu papel nela. Uma realidade histórico-cultural é criada por homens, e por eles pode ser mudada, enquanto uma percepção ingênua, de uma realidade imutável, gera uma postura fatalista. A partir da opção frente aos desafios da realidade, serão determinadas as escolhas tanto do seu papel de forma explícita como dos seus métodos e técnicas de ação, entendido que “é uma ingenuidade

pensar num papel abstrato, num conjunto de métodos e técnicas neutras para uma ação que se dá entre homens, numa realidade que não é neutra” (idem, p. 49). Finalmente, a mudança não pode ser um trabalho exclusivo de um ou alguns poucos homens, mas o trabalhador social deve problematizar, com todos os que escolhem mudar, o seu papel de sujeito de transformação, e problematizar não com palavras, mas com o seu trabalho, com as suas ações, com a reflexão aliada à ação e aos demais com os quais deve conviver e colaborar. Freire conclui que “tentar a conscientização dos indivíduos com quem se trabalha, enquanto com eles também se conscientiza, este e não outro parece ser o *papel* do trabalhador social que optou pela mudança” (idem, p. 60).

As mudanças na educação, segundo Malaguzzi (apud Hoffmann, 2002), envolvem uma gama de processos e técnicas novas, complexas e por vezes antagônicas, nem todas direcionadas para os mesmos objetivos ou valores; e a tarefa de mudar não se dá por treinamento, mas por engajamento e por conhecimento: engajamento em observar a aprendizagem e pesquisar novas experiências; e conhecimento de teorias de aprendizagem, desenvolvimento, bem como das áreas específicas de estudo. O crescimento profissional vincula o esforço pessoal à discussão com colegas, pais e especialistas. Os mesmos princípios devem nortear a formação dos professores em um espírito de aprendizagem permanente, em que professores são produtores, e não consumidores de conhecimento. Por isso precisam de tempo para discussão e descoberta, e desse processo de descoberta poderem optar em fazer diferente, porque atribuem sentido, conseguem construir novos significados e ajustá-los ao seu contexto particular.

Hoffmann (2002) aponta, portanto, que programas de qualificação podem ser muitos, mas para serem bons precisam incluir espaços de discussão e de estudo, devem ser planejados para longo prazo, com tempo para despertar e sedimentar as mudanças, e não esperar resultados imediatos. Há eventos, seminários e até cursos que são organizados mais para gastar alguma verba específica ou atender a grupos específicos do que

para refletir sobre um significado, de forma que “muitos professores passam por esses momentos ilesos, sem entendimento ou disposição para experimentar” (idem, p. 105). Outro risco são os eventos “assistidos” por supervisores ou coordenadores, que devem “passar” o que aprenderam aos demais, “o que é impossível, porque esse supervisor ‘interpreta’ o que ouve e vive em tais momentos, além de não poder recriá-los em suas escolas, por falta de competência e espaço de tempo adequado para isso” (idem, p. 113). A falta de tempo para a reunião dos professores, como espaço para ouvir e compartilhar concepções, posturas e buscar soluções em comum, não obedece a calendários e rigores de planejamento. Múltiplos empregos e grade estreita dificultam o espaço de troca. Mas Hoffmann ressalta que “a construção do coletivo só estará consolidada pela leitura e reflexão de cada um” (idem, ibidem), e a reflexão sobre a prática será mais produtiva na medida em que todos estudem, tragam seus estudos para o grupo e reconstruam saberes, como protagonistas do processo. O aprendizado permanente dos professores é compromisso individual destes com a sociedade, mas também da instituição onde atuam para com eles, já que não se pode esperar formar estudantes que leiam, pensem e critiquem se os seus professores não o fazem. A instituição não ensina, mas provê aos seus professores tempo e espaço para interação do grupo, descobertas colocadas em comum e troca de dúvidas, dificuldades e angústias. Desses espaços surgem decisões compartilhadas, assumidas por professores que se sentem protagonistas, responsáveis solidários com a mudança, provida do necessário significado, e que não estão solitários nesse percurso, sabidamente lento e perseverante, mas que contam com apoio, preparo e exemplo dos que estão no caminho por mais tempo, ou seja, “mudanças não se constroem com planos definidos e seguros elaborados em gabinetes ou órgãos oficiais, mas como oportunidades a pessoas comprometidas e apaixonadas de mostrar que é possível” (idem, p. 111). Resumindo, Hoffmann (2002, p. 115) indica ser essencial que:

“cada instituição envolvida [...] se esforce para manter o entusiasmo dos professores. Primeiro, investindo nas relações interpessoais éticas, de

convívio e abertura às incertezas, e não do conluio e do fechamento [...] Segundo, começando por pequenos passos, lentamente [...] sem medidas impostas ou alterações puramente burocráticas. Terceiro, trocando experiências em andamento, exitosas e dificultosas, porque a experiência dos que já estão trilhando o caminho servem de enorme apoio para os que nelas se iniciam”.

Freire (1996) preocupou-se com a formação docente na prática educativa crítica na obra *Pedagogia da autonomia*, embora em outras também o tema tenha sido abordado. Insiste que “*formar* é muito mais que puramente *treinar* o educando no desempenho de destrezas” (idem, p. 14), e que os educadores devem exercer sua profissão com ética, explicitando que “a ética de que falo não é a ética menor, restrita, de mercado, que se curva obediente aos interesses do lucro [...] a que se sabe afrontada na manifestação discriminatória de raça, de gênero, de classe” (idem, pp. 15-6), que Freire chama de “ética universal do ser humano”, inseparável da prática educativa e pela qual se deve lutar, não pelo exercício da força, mas pela força do exemplo, do testemunho.

A profundidade do compromisso ético, no pensamento de Freire, se relaciona com a concepção de sujeito presente de forma consciente no mundo, que por isso deve mover-se direcionado pela eticidade, pois, ao reconhecer-se condicionado, mas não determinado pelo mundo, está preservada a responsabilidade pelos seus atos, que se fossem externamente determinados careceriam de responsabilidade e, assim, de ética. Essa concepção, que foge do determinismo, mantém a possibilidade de mudar o mundo pela práxis, mantém o sonho e a utopia, necessários à arte de ensinar-aprender.

Pensando em saberes indispensáveis à docência, assume como obrigações do professor:

“formação científica, correção ética, respeito aos outros, coerência, capacidade de viver e de aprender com o diferente, não permitir que o nosso mal-estar pessoal ou a nossa antipatia com relação ao outro nos faça acusá-lo do que não fez” (idem, pp.16-7).

Freire (1996) considera que estes saberes podem ser específicos da prática de educadores críticos, ou inerentes à prática educativa em si, independentemente da opção política. Mas a formação de professores críticos deve envolver a exigência da relação teoria-prática, para estabelecer desde o início do processo a reflexão crítica sobre a prática, assumindo-se como sujeito do próprio aprendizado para poder depois reproduzir a mesma relação com seus aprendizes no exercício da docência. Assim, a primeira afirmação sobre o processo de formar docentes, é que “não há docência sem discência [...] quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (idem, p. 23). Essa afirmação traz um grupo de exigências para a prática do ensino: rigorosidade metódica, pesquisa, respeito aos saberes dos educandos, criticidade, estética e ética, corporeificação das palavras pelo exemplo, risco-aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação, reflexão crítica sobre a prática e reconhecimento e assunção da identidade cultural. Essas exigências podem ser sintetizadas em torno da concepção do “pensar certo”, que está implícita no “ensinar a pensar certo”: o educando deve ter sua capacidade crítica, curiosidade e insubordinação reforçadas, dentro de um rigor metodológico que torna uma curiosidade ingênua em crítica, consciente da incerteza de suas certezas, pesquisando e revendo seus conhecimentos e suas práticas, sabendo que o conhecimento hoje novo superou o anterior e que será ultrapassado por outro no futuro, em constante produção. O respeito aos saberes que os educandos já construíram na sua prática comunitária e a adoção de fatos da realidade associados aos conteúdos disciplinares conjugam-se ao compromisso ético e estético que entende o exercício educativo com caráter formador e o exemplo como instrumento para fortalecer o “pensar certo” por meio do “fazer certo”. Por isso, “ensinar a pensar certo não é uma [...] prática que puramente se descreve, mas algo que se faz e se vive enquanto dele se fala com a força do testemunho” (Freire, 1996, p. 37). E também implica na disponibilidade de se arriscar no novo, sem imputar um critério cronológico que descartaria como velho aquilo que preserva sua validade ou representa uma tradição (e por isso mesmo permanece novo), bem como leva à

rejeição qualquer discriminação, propiciando condições para que os educandos em suas relações possam assumir-se como pensantes, transformadores e realizadores de sonhos. Por essas razões, “a prática docente crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer” (idem, p. 38), e deve fazer parte da formação docente inicial e permanente.

Freire (1996, pp. 47-8) afirma também que ensinar não é transferir conhecimento, e, portanto, “como professor num curso de formação docente [...] meu discurso sobre a Teoria deve ser o exemplo concreto, prático da teoria”. Com tal afirmação, abre-se outro grupo de exigências: consciência da incompletude, reconhecimento de ser condicionado, respeito à autonomia do ser do educando, bom senso, humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos educadores, apreensão da realidade, alegria e esperança, curiosidade e convicção de que a mudança é possível. A concepção subjacente à prática educativa é a de sujeito inacabado, mas consciente de estar inacabado e das barreiras impostas pelas condições materiais, econômicas, sociais e políticas, e também consciente de estar inserido e não adaptado no mundo, portanto, capaz de mudar, problematizar o futuro e intervir para melhorá-lo.

A partir dessa concepção de sujeito é que se torna possível uma educação de forma permanente, bem como se dá a prática formadora, de natureza ética, por assumirem-se o direito e o dever de optar, decidir, lutar e fazer política, assim como reconhecem-se a autonomia e a dignidade do educando, o que exige do professor “estar respeitosamente presente à experiência formadora do educando” (idem, p. 60), num diálogo entre sujeitos que aprendem e crescem na diferença e na ética, o que seria impossível na relação estabelecida entre um professor e seus alunos tanto se o professor for autoritário como se for licencioso. O professor deve mover-se com clareza e segurança em sua prática, conhecer suas diferentes dimensões, ter capacidade de aprender e, por isso, de ensinar, a partir da apreensão do objeto e de sua construção, o que conduz à constatação da realidade de forma crítica, com possibilidade de mudá-la, de reconstruir.

O bom senso proposto por Freire (1996) guia a avaliação da prática do profissional, torna o mais crítico à medida que se amplia a capacidade de indagar, comparar e aferir, e ainda orienta as decisões na contradição autoridade-liberdade, visto que, conforme o autor afirma, “confundimos quase sempre autoridade com autoritarismo, licença com liberdade” (idem, p. 61). A coerência no exercício da educação resulta do esforço de reduzir a distância entre o discurso e a prática; a humildade e a tolerância se traduzem no respeito aos conhecimentos trazidos pelos educandos, suas condições de vida, sua visão, mesmo que ingênua, e suas diferenças. Freire ressalta ainda a dimensão da luta por condições favoráveis para dar aula (condições de higiene, de espaço, de conservação) e em favor da dignidade da prática docente, contra o desprezo do poder público pela educação, sem perder amorosidade, visto que “não posso desgostar do que faço sob pena de não fazê-lo bem” (idem, p. 67). Nas palavras de Freire:

“toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina, daí o seu cunho gnosiológico; a existência de objetos, conteúdos a serem ensinados e aprendidos; envolve o uso de métodos, de técnicas, de materiais; implica, em função de seu caráter *diretivo*, objetivos, sonhos, utopias, ideais. Daí sua *policidade*, qualidade que tem a prática educativa de ser *política*, de não poder ser neutra” (idem, pp. 69-70).

Freire (1996) afirma ainda que ensinar é uma especificidade humana que exige segurança, competência profissional e generosidade, comprometimento, compreensão de que a educação é uma forma de intervenção no mundo, liberdade e autoridade, tomada consciente de decisões, saber escutar, reconhecimento de que a educação é ideológica, disponibilidade para o diálogo e querer bem aos educandos. A prática educativo-crítica, como experiência exclusiva do ser humano, existe porque o homem se reconhece inacabado, e por isso abre-se ao mundo, aos outros, numa curiosidade que, rigorosamente metodológica, embasada em conhecimentos científicos, não se reduz ao puro ensino de conteúdos, mas

alia o testemunho ético ao ensiná-los. Portanto, ser docente envolve a responsabilidade de preparar-se cientificamente em relação aos conteúdos, pois sem uma formação adequada o professor perde a força moral em relação a seus alunos; também não pode ser arrogante, o que diminui sua capacidade de escutar e, escutando, poder “falar com”, não “falar para”, de cima para baixo, sem respeito à autonomia e liberdade do educando.

A liberdade, vista a partir da responsabilidade de assumir suas decisões, deve ser construída na relação ética e na formação, não no treinamento dos educandos, e exige do professor generosidade, humildade, segurança, coerência, abertura para o querer bem e a alegria, comprometimento, respeito pela visão de mundo do aluno (que vem da sua experiência social e cultural do grupo a que pertence e da assimilação do indivíduo). A liberdade dos educandos não deve se contrapor à necessária autoridade docente democrática (não autoritária), mas deve assegurar limites claros e eticamente definidos de forma que a indisciplina de uns não desequilibre o contexto pedagógico dos outros. A aprendizagem e o ensino são experiências humanas também porque são intervenções no mundo que podem tanto reproduzir a ideologia dominante – e assim imobilizar, tornar fatalista a prática dos educandos – como desmascará-la por meio de uma reflexão crítica da ideologia. Pode ser por isso mesmo transformadora, se não de tudo, ao menos da visão de mundo e da esperança de superarem-se as injustiças e misérias da conjuntura dos educandos. Portanto, a educação nunca é neutra, sempre exige do professor uma tomada de decisão, um posicionamento no mundo e em relação aos alunos e sua realidade. O compromisso do educador em não entregar um saber pronto, mas oferecer desafios para a construção do conhecimento por parte dos educandos, no sentido de sua formação, que ultrapassa a eficácia técnica, porque reconstrói a cidadania e a presença no mundo, como possibilidade de ceder lugar a uma sociedade mais justa e humana. Por essa razão, encontra-se nos espaços ditos de formação dos trabalhadores, quando inseridos ou financiados pelo mercado privado, capitalista, o estímulo aos programas de

treinamento em técnicas especializadas, mas não de formação de cidadãos críticos.

Finalmente, o respeito pelos educandos passa por uma luta a favor do “respeito aos educadores e às educadoras por parte da administração pública ou privada das escolas; respeito aos educandos assumido e praticado pelos educadores não importa de que escola, particular ou pública” (Freire, 1996, p. 111), visto que o “desrespeito à educação, aos educandos, aos educadores [...] corrói ou deteriora em nós [...] a sensibilidade ou a abertura ao bem querer da própria prática educativa [...], a alegria necessária ao querer-fazer docente” (idem, p. 142).

Não só Freire (1996) refletiu sobre as obrigações do professor e os saberes indispensáveis à docência. Continuando a analisar tais aspectos da prática de ensino, Rios (2001) debruça-se sobre a qualidade da docência, definindo “ensino competente” como “ensino de boa qualidade”. Desse modo, um professor competente deve saber fazer bem o dever, aquilo que é necessário e desejável fazer. Quem ensina, ensina algo a alguém. Há claramente intencionalidade no processo, e só há de fato ensino se ocorreu a aprendizagem. Ao questionar a multiplicidade de significados dados à qualidade e à competência, ressalta o risco de se reduzir o enfoque para a administração de mercado, em que qualidade total adquire o sentido de controle, eficiência e competitividade, e a escola torna-se similar a uma empresa, restringindo-se o significado de competência à capacidade de responder às demandas do mercado, perdendo o senso das demandas sociais.

O conceito de competência definido em Perrenoud e Thurler (2002, p. 19) foi adotado também por Masetto (2003):

“a aptidão para enfrentar um conjunto de situações análogas, mobilizando de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, micro-competências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio”.

As competências então não são conhecimentos em si, mas as capacidades ou habilidades de utilizar conhecimentos anteriores para levar à ação, sendo os conhecimentos não apenas técnicos em uma determinada área, mas também saberes relacionais e éticos imprescindíveis na prática de ensinar. Tam conceito está presente também em Rios (2001).

As competências pedagógicas (do professor universitário, que podem ser extrapoladas para os profissionais de nível superior envolvidos nas ações docentes em Saúde), segundo Masetto (2003), podem ser divididas em três vertentes:

1. a competência em determinada área de conhecimento – entendida como o conjunto dos conhecimentos básicos e da experiência profissional, associado à pesquisa, tanto para produzir conhecimentos novos ou tecnologia de ponta como para reorganizar os conhecimentos, dando-lhes novos significados e representando sua contribuição ao assunto;
2. o domínio da área pedagógica – entendido como a capacidade de compreender os processos de ensino e de aprendizagem, colocando o professor como responsável pela concepção e gestão do currículo, detendo o domínio da tecnologia educacional e revendo sua práxis a partir das relações professor-aluno e aluno-aluno no processo de aprendizagem e sabendo atuar sobre as mesmas;
3. o exercício da dimensão política – entendido como a certeza de que o professor está intimamente envolvido com a capacidade do aluno em refletir de forma crítica sobre a realidade e assumir posturas éticas, não apenas como profissional, mas também como cidadão, ou seja:

“o professor ao entrar na sala de aula para ensinar uma disciplina não deixa de ser um cidadão, alguém que faz parte de um povo, de uma nação, que se encontra em um processo histórico e dialético, participando da construção da vida e da história de seu povo” (idem, p. 31).

Rios (2001) indica quatro dimensões para uma ação docente competente e/ou de boa qualidade:

1. Dimensão técnica: além do domínio dos conteúdos específicos da sua área de atuação, espera-se que o professor saiba construir e reconstruir esses conhecimentos com seus alunos;
2. Dimensão política: o professor deve ter claros os objetivos de sua ação, sabendo-se participante do mundo, comprometido com o exercício dos direitos e deveres e com a construção da sociedade;
3. Dimensão ética: o professor compromete-se com um trabalho que faz bem a si mesmo, aos alunos e à sociedade, fundando sua ação docente no princípio da solidariedade e do respeito, visando o bem comum, a felicidade e a formação de cidadãos democráticos;
4. Dimensão estética: o saber e o fazer docentes envolvem a sensibilidade, a criatividade, a afetividade e a beleza do agir humano, não se limitando às artes. A construção da vida é uma arte que permite ao indivíduo afirmar-se como sujeito, se identificar e encontrar o outro na sua criação.

Perrenoud (2000) participa do processo de definição de um inventário de competências para a formação contínua de professores em Genebra, ressaltando as competências que emergem atualmente a partir das mudanças no perfil do processo ensino-aprendizagem, do sistema educacional, da incorporação de tecnologias e de possibilidades como a “educação à distância” e mesmo das necessidades do mercado de trabalho, quando o olhar se foca sobre a formação técnica, superior e continuada.

Considerando que as competências são mobilizações de conhecimentos, técnicas e atitudes para responder a um desafio singular e individual, mesmo que análogo a outros, essa resposta não será neutra: supõe-se que opções teóricas e ideológicas vão influenciar nos saberes disponíveis e no modo de agir e que elas “constroem-se em formação, mas também ao sabor da navegação diária de um professor, de uma situação de

trabalho à outra” (Perrenoud, 2000, p. 15). O inventário de competências proposto por Perrenoud é um referencial para refletir sobre as práticas, debater sobre o ofício de ensinar e apreender o movimento de mudança da profissão, mas não esgota a representação do ofício nem é imutável, e sim um consenso elaborado por autoridades educacionais, representantes dos professores, das instituições, formadores e pesquisadores – neste caso, em Genebra, no ano de 1996 e, portanto, localizado no tempo-espaço histórico. Está voltado para o ensino fundamental, mas aponta algumas questões que são relevantes em qualquer espaço de ensino-aprendizagem, inclusive nos serviços de saúde.

Existem dois tipos de competências. Cada uma das *competências de referência* envolve outras tantas de menor alcance, as *competências secundárias*, que têm como objetivo clarear os componentes principais da competência de referência. Essas competências secundárias poderiam se repetir em diferentes referências ou poderiam ser subdivididas de outra forma e em outras tantas competências e saberes a serem mobilizados para se conseguir a resposta necessária diante da situação a ser enfrentada. São dez as competências de referência e elas serão delineadas individualmente nos parágrafos seguintes, ressaltando os aspectos de maior relevância para o tema do presente trabalho de pesquisa e seu contexto, a saúde.

A primeira competência, *de organizar e dirigir situações de aprendizagem*, envolve domínio sobre os conteúdos com possibilidade de construí-los, relacionando objetivos e situações de aprendizagem ativa com apreensão, e não com mera transferência de saberes, a partir dos conhecimentos prévios do aluno, que são avaliados de forma dialógica para aproximá-los dos saberes científicos. Considera-se que a construção do conhecimento é uma trajetória coletiva do grupo orientada pelo professor, o qual deve despertar a paixão pelo saber, estabelecer solidariedade e cumplicidade e utilizar dispositivos e seqüências didáticas que incentivem os alunos a aprender, colocando suas mentes em funcionamento ao construir hipóteses, ao pesquisar, enfim, ao serem desafiados. E então, erros e obstáculos à aprendizagem se tornam ferramentas para ensinar.

A segunda competência, *de administrar a progressão das aprendizagens*, está relacionada ao ensino por ciclos e à progressão da turma, mas seu desafio é pensar a progressão individual, o que ganha mais importância no contexto da educação nos serviços de saúde, em especial no curso introdutório, em que os alunos têm diferentes estágios de conhecimento inicial e objetivos didáticos, mas estão unidos por outros objetivos comuns, além da perspectiva da prática em equipe na atuação dentro da Estratégia de Saúde da Família. Essa competência ancora-se em propor atividades e situações-problema que partam do ponto em que os alunos estão (zona de desenvolvimento proximal de Vigotsky) para desafiá-los a seguir mais à frente. O professor precisa ter uma visão geral da formação a ser dada para saber o que precisa ser adquirido no momento atual e o que pode ser adiado, escolhendo atividades que resultem no aprendizado esperado a partir dos conhecimentos científicos do assunto abordado e de sua didática. A avaliação ganha destaque numa concepção de formação como instrumento para guiar a progressão, e não como uma ferramenta de quantificação da memorização e punição, como usualmente era tratada.

A terceira competência, *de conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação*, é um dos desafios maiores do professor atualmente, que busca uma “educação sob medida” que atente para as necessidades e possibilidades de cada aluno, e não as massifique para todos. Diferenciar significa renunciar à homogeneidade do grupo e, reconhecendo os alunos em suas diferenças, organizar as atividades e o espaço para enfrentar a diferença, com atenção especial para os alunos com maiores dificuldades. Os alunos precisam aprender também a cooperar e formar-se mutuamente, tendo em mente que nada se aprende sozinho. É necessário que o professor mobilize competências didáticas, de avaliação, competências relacionais, e expanda o espaço de gestão da sala de aula para espaços maiores, com envolvimento da equipe de docentes de forma a, conjuntamente, ampliar o tempo e os recursos utilizados para atingir os objetivos de formação. Nem sempre o profissional de Saúde que atua em

atividades educativas nos serviços está envolvido com formação ou habilitação profissional que obedecem à estrutura escolar mais rígida e conferem um diploma e uma profissão ao aluno. Os cursos integrados, seqüenciais, seminários, e mesmo o segundo momento da capacitação da equipe de Saúde da Família costumam levar pouco em consideração essa competência; muitas vezes um profissional é convidado pelo seu conhecimento técnico específico, mas não está integrado com o conjunto dos docentes, não conhece os alunos e até mesmo não sabe o objetivo institucional da ação educativa em que está tomando parte. Essas condições dificultam sua possibilidade de atuar de forma diferenciada, e geralmente não há espaço nem tempo para atender às dificuldades pontuais de um ou outro aluno.

A quarta competência, *de envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho*, conduz o professor a uma preocupação em estimular o desejo de saber e reforçar o prazer e a vontade de aprender, com atividades que tenham um componente escolhido pelos alunos o qual se identifique com seus projetos pessoais. Pressupõe que o professor tenha vontade e capacidade de comunicação, empatia e respeito ao outro, o que significa estar aberto à escuta e auxiliar os alunos na formulação de seus pensamentos. Nesse sentido, o conselho de classe é um espaço privilegiado para a negociação, para o exercício de fixar regras, é um contrato pedagógico e didático que aproxima o programa a ser cumprido com o sentido deste para os alunos. No universo da Saúde, a não ser em instâncias de formação ou habilitação profissional, não há o conselho de classe, mas não se perde a relevância da negociação, do estabelecimento e cumprimento de regras, que pode ser alcançado com um contrato pedagógico e didático definido ao início do processo educativo com cada grupo, estimulando a responsabilidade compartilhada de docente e alunos no alcance dos objetivos.

A quinta competência, *de trabalhar em equipe*, pressupõe a convicção de que cooperar, trabalhar em equipe, é melhor do que atuar sozinho, mesmo que eventualmente se perceba e decida que não trabalhar

em equipe pode valer mais a pena. A equipe pode ser definida como “um grupo reunido em torno de um projeto comum” (idem, p. 83), definido por aquilo que os participantes querem fazer juntos, mediante competências de comunicação, observação, regulação e negociação da liderança, esta não como autoridade, mas como vida do grupo. Saber administrar as partidas e as chegadas e administrar as crises entre os integrantes é tarefa do conjunto de professores envolvidos não para negar as dificuldades e os conflitos, mas para crescer e engajar o grupo no projeto comum.

A sexta competência, *de participar da administração da escola*, ultrapassa o desejo individual do professor de participar para um espaço maior, o do conjunto da comunidade educativa, em que todos, inclusive as instâncias de definição legal e orçamentária, contribuem para que a participação do professor ocorra de fato. Esta se dá no planejamento do projeto, nas decisões coletivas sobre a escolha da utilização dos recursos, na partilha do poder e na negociação entre os pares e com os alunos, e é vista como exercício do direito humano e forma de educação para a cidadania. Pressupõe, além das competências dos professores, autonomia de gestão garantida pelas instâncias de administração. Na saúde, além da negociação no grupo de educadores ou órgão de educação dos trabalhadores da saúde, quando este existe, envolvem-se nos projetos os educandos e trabalhadores como um todo, a administração/chefia e os usuários, na atuação dos órgãos de controle social (conselhos de saúde, conselhos gestores) que definem ou deveriam definir as prioridades de atenção à saúde e, por isso, de educação permanente dos trabalhadores da área.

A sétima competência, *de informar e envolver os pais*, veio crescendo em importância ao longo do século XX, mas, para ser eficiente, pressupõe uma identidade, uma concepção de diálogo e legitimidade, o que não é meramente informar aos pais sobre a progressão do filho, mas abrir-se a ouvir, consultar e decidir, respeitando as concepções de vida, de escola e de experiências desses pais e sabendo defender suas convicções de forma clara e democrática, envolvendo-os em um papel ativo que

ultrapassa o controle das atividades dos filhos. A adesão dos pais ao projeto pedagógico exige não apenas poder de convencimento, mas, sobretudo, continuidade e coerência; portanto, um projeto coletivo da instituição que, ao longo dos anos de estudo, será construído junto com os pais. Na Saúde trabalha-se com adultos, autônomos e responsáveis pelo seu processo de aprendizagem. Mas conquistar a adesão do conjunto da equipe de trabalho ao projeto construído com a participação coletiva e facilitar a percepção do seu impacto positivo no trabalho e nos resultados de todos, alimenta a motivação para os trabalhadores participarem dos processos educativos em vez de colocar obstáculos e resistência às mudanças, como eventualmente ocorre.

A oitava competência, *de utilizar novas tecnologias*, deve ser incorporada na formação inicial ou continuada, não pela capacidade das instituições de acolherem as tecnologias e os equipamentos no seu cotidiano, mas como instrumento auxiliar de ensino e ainda como ferramenta ao trabalho intelectual e técnico dos alunos. A utilização de softwares específicos para ensinar ou adaptados para fins didáticos, a comunicação à distância, a internet e as ferramentas multimídia devem passar por um crivo crítico que selecione seu uso pela oportunidade didática e pelo desafio que traz, pela percepção dos riscos éticos, especialmente de acesso a conteúdos pouco didáticos e que levam a erro, e pela possibilidade de facilitar a diferenciação do ensino. “Professores que sabem o que as novidades tecnológicas aportam, bem como seus perigos e limites, podem decidir, com conhecimento de causa, dar-lhes espaço em sua classe, ou utilizá-las de modo bastante marginal” (idem, p. 138).

A nona competência, *de enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão*, implica em educar para a cidadania, de forma explícita ou oculta no currículo. Reconhecer que a violência na escola está parcialmente ligada à violência urbana e às condições de vida do grupo não pode ser imobilizante, mas deve-se constituir como conhecimento para uma constante negociação. Educar para a tolerância passa por uma prática reflexiva dos valores e pelo exemplo. O professor deve estar consciente da complexidade

da relação com seus alunos e entre eles, perceber os jogos de poder e sedução e contorna-los com a firmeza necessária, mas nunca por meio de distanciamento ou desinteresse. A construção de regras com o grupo, com espaço para argumentação e diálogo, não deve reduzir a responsabilidade do professor em relação a seus alunos, especialmente quando é um adulto entre crianças. Essa explicitação de direitos e deveres, tanto de alunos como de professores, esclarecendo e estabelecendo procedimentos de justiça, é essencial para viabilizar a construção de solidariedade e responsabilidade. Tais dilemas no espaço da educação dos profissionais de Saúde se aliam ao processo de humanização, ao acolhimento dos usuários, e à responsabilização pelos seus cuidados no ciclo de vida e nos projetos terapêuticos. Na última década, quase todo processo educativo tem, entre seus objetivos pedagógicos, a humanização da atenção à população.

A décima competência, *de administrar sua própria formação contínua*, é a que “condiciona a atualização e o desenvolvimento de todas as outras” (idem, p. 155). As competências, as situações que as mobilizam e os conhecimentos que podem embasá-las são dinâmicos; assim, as competências também precisam ser treinadas, utilizadas e revisadas na formação contínua para continuarem atuais. Para administrar sua formação, o professor precisa analisar sua prática, conseguir explicitar o que faz de forma consciente, reconhecer suas falhas e necessidades, definir suas necessidades de formação e procurar, voluntariamente, avançar para uma prática a cada dia mais autônoma, mas que inclua a oportunidade de desenvolver, em projetos coletivos, formação comum com os demais da equipe, sem perder a identidade das suas necessidades pessoais e ainda a percepção de que a equipe pode não estar pronta para cooperar na formação mútua. Perrenoud (2000, pp. 167-9) ressalta que

“os partidários das novas pedagogias e do ensino recíproco descobriram há muito tempo que formar alguém é uma das mais seguras maneiras de se formar [...] uma vez vencidos os medos que surgem à idéia de trabalhar sob o olhar de um colega experiente”.

A participação em outras instâncias do sistema educativo é uma forma de formação secundária em que se permite tomar consciência da diversidade de práticas e de discursos e influenciar decisões sobre orçamento, estrutura e até finalidades, por meio da conscientização do seu direito de partilhar das decisões coletivas e de possuir meios para tal. Além de administrar sua própria formação contínua, “seria importante que cada vez mais professores se sentissem responsáveis pela política de formação contínua e intervissem individual ou coletivamente nos processo de decisão” (idem, p. 169).

Considerando as referências da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como a avaliação sobre ações educativas que não atingem os resultados esperados, a revisão da literatura na área de Educação conduz à reflexão sobre as competências a serem incorporadas na execução e na coordenação de ações educativas, essenciais para a obtenção dos resultados positivos esperados, principalmente quanto a mudanças nas atitudes e práticas dos profissionais.

2.2.3. A comunicação, o discurso e as representações

O referencial das representações sociais será adotado como forma de se perceberem as contradições e dificuldades dos profissionais de Saúde envolvidos na prática de ensino das intervenções denominadas “Curso/Treinamento Introdutório para Profissionais da Saúde da Família”.

Ainda é recente a aceitação do campo da saúde pública como pertencente às Ciências Sociais, embora já em 1848 Virchow apresentasse tal concepção. Tomando Arouca (1976, pp. 16 e 19), que discorre sobre o modelo de história natural da doença de Leavell e Clark, o social é colocado como fator causal, sendo ligado tanto ao hospedeiro como ao meio ambiente, mas Arouca ressalta que:

“[...] na realidade, o que temos é uma nomeação do social, já que ele não aparece como um mecanismo explicativo, mas sim é simplesmente

referido, ou como um caráter dos indivíduos ou como um envoltório do modelo. Tal mecanismo de afirmação-negação do social entra no que poderíamos denominar, com Barthes, mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, ao nível de discurso, transforma-se o social em mito. [...] Assim, por exemplo, **população e comunidade**, utilizadas como mitos, servem para neutralizar o conceito de **classes**, de **interesses conflitivos**, ou seja, estão 'encarregadas de despolitizar a pluralidade dos grupos e das minorias, empurrando-os para uma coleção neutra, passiva' [...]"

Assumir o processo saúde/doença como sendo socialmente determinado implica não apenas buscar a compreensão das causas do processo de adoecimento e cura nos fatores sociais. É importante também considerar a influência do modo de vida na percepção do corpo e dos sintomas, dos sentimentos que resultam do adoecimento e, principalmente, a influência na capacidade de exprimir esses sentimentos e sintomas, o que afeta fundamentalmente a comunicação entre paciente e profissional (Pereira GS, 1993).

A necessidade de o sujeito construir sua relação com o mundo que o cerca conduz a um conjunto de significados criados por ele no confronto com o grupo. Um exemplo clássico na Saúde pode ser a forma de expressar sinais e sintomas de doenças, que muda conforme a época e a região geográfica. Esses significados trazem a marca da história individual, mas são basicamente uma construção coletiva do grupo em que o indivíduo está inserido. São significados comuns ao grupo que permeiam sua identidade enquanto tal e na interface com outros grupos sociais.

Quando analisamos o corpo dos servidores de saúde no SUS, encontramos várias categorias profissionais, com suas representações e seus discursos, e as diferentes concepções de saúde e do papel do Estado. Mesmo quando um grupo parece semelhante, é necessário conseguir olhar sob a superfície e buscar as concepções de mundo que definem suas decisões, ainda mais quando essas concepções darão os rumos e serão permeadas no contato com os alunos: elas influenciam não só as escolhas

quanto aos conteúdos ministrados, mas principalmente quais as atitudes e práticas a serem adotadas.

Boltanski (1979) ressalta as dificuldades das classes populares em expressar suas doenças ao médico, e as dificuldades do médico em compreender os significados das descrições feitas pelos seus pacientes. Segundo ele, o médico ouve de seus pacientes queixas que não correspondem aos termos técnicos que ele gostaria de ouvir. A dificuldade do profissional em transformar a linguagem coloquial em linguagem técnica leva à dificuldade em estabelecer o diagnóstico e dar o tratamento adequado. Esse tratamento, por sua vez, é explicado em termos técnicos: é a vez do paciente não entender e, por isso mesmo, não conseguir segui-lo. Na função docente, também, a forma como o profissional enxerga seus alunos irá conduzir sua linguagem, que por sua vez será reflexo da sua visão de mundo e da sua concepção de educação.

O Curso/Treinamento Introdutório assemelha-se à relação entre o profissional de Saúde e seu paciente na medida em que os integrantes do grupo de alunos fazem parte de instâncias diferentes nessa escala de conhecimento-poder, e o instrutor/professor, notadamente de nível superior, pode não saber lidar com tais diferenças, ou nem perceber o conflito latente. Assim como a comunicação paciente-profissional é considerada necessária para garantir o sucesso do tratamento, a relação aluno-professor precisa ser estudada em seus diversos aspectos. Nesse sentido, tem sido enfatizada cada vez mais a necessidade de entenderem-se as relações que os diferentes atores sociais no setor da Saúde estabelecem entre si e com o mundo. Segundo Pereira GS (1993, p. 43):

“é necessário que se entenda melhor o que tais atores pensam, vivem e dizem, e como articulam o pensar e o fazer, na medida em que não são meros objetos dentro da política de saúde e de suas práticas institucionais, mas, ao contrário, são sujeitos com ação própria e com capacidade singular de ler e interpretar a vida da instituição na qual agem e interagem”.

Jovchelovitch (1994, p. 78) cita Winnicott ao afirmar que:

“o sujeito constrói, na relação com o mundo, um novo mundo de significados. De um lado, é através de sua atividade e relação com os outros que as representações têm origem, permitindo uma mediação entre o sujeito e o mundo que ele ao mesmo tempo descobre e constrói. De outro lado, as representações permitem a existência de símbolos – pedaços de realidade social mobilizados pela atividade criadora de sujeitos sociais para dar sentido e forma às circunstâncias nas quais elas se encontram”.

A linguagem, portanto, é o instrumento privilegiado para criar e circular as representações sociais, sendo o discurso a fonte preferencial para captar tais representações. Como diz Sader (1991, p. 59), “Aquilo que é dito e o que é escondido, aquilo que é louvado e o que é censurado, compõem o imaginário de uma sociedade, através do qual seus membros experimentam suas condições de existência”. O discurso, portanto, ganha força; ao mesmo tempo em que revela a ação revela também seu sujeito, sua forma de se inserir numa dada sociedade contextualizada. O discurso mostraria a atribuição de sentido às coisas, dependeria do primeiro significado, e assim permitiria o diálogo humano, este entendido como o estabelecimento das identidades.

Considerando que Sader (1991) apresentava as experiências e lutas dos trabalhadores durante o período da ditadura militar, quando a voz era uma arma perigosa, o autor busca mostrar a força do discurso na caracterização de novos personagens no cenário nacional. Explica, por isso, que um novo sujeito político se constitui quando emerge uma matriz discursiva capaz de reordenar os enunciados, nomear aspirações difusas ou articulá-las de outro modo, permitindo que esse grupo se reconheça através do discurso que expõe seus valores e suas necessidades e os diferencia dos atores já conhecidos e vistos como hegemônicos ou dominadores.

O contexto que dá origem às representações também deve ser observado, porque as representações sociais são dinâmicas, estão constantemente em transformação na interação cotidiana do indivíduo com o grupo e com a realidade que o cerca. É nessa dinâmica de transformação dos significados que se modifica também a prática do indivíduo e de seu

grupo, e são geradas novas possibilidades de reconstrução da realidade social. As idéias novas são processadas para se tornarem familiares, integradas ao pensamento consensual, e assim transformam e são transformadas pela convivência de um grupo. Por exemplo, termos específicos de alguma área científica, desde Economia (“juros rotativos”, “recessão”, entre outros) até avanços das Ciências Biológicas (“projeto genoma”, “fertilização *in vitro*” ou “clonagem”), passam a ser repetidos nos jornais, revistas de circulação em massa e até viram novela. Logo, aquilo que era termo científico passa a fazer parte do discurso comum, é repetido em rodas de amigos, no salão de beleza ou à mesa de um bar.

Quando se fala em representações de grupos sociais, é importante reconhecer que, como afirma Jovchelovitch (1994, pp. 79-80):

“o social envolve uma dinâmica que é diferente de um agregado de indivíduos [...] já que as leis que englobam a constituição de uma estrutura não podem ser reduzidas à soma de seus elementos separados. Ao contrário, elas dão à totalidade propriedades distintas das propriedades de seus elementos”.

As representações sociais se constituem através da comunicação entre indivíduos. A comunicação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social, segundo Spink (1993b, p. 303), “sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam”.

A relação sujeito-mundo não se explica nem pelo determinismo puro, segundo o qual o homem é fruto do meio em que vive, nem pelo voluntarismo puro, que considera o homem como criador livre. É necessário situar o homem no processo histórico, mas aceitar sua possibilidade de criação e recriação. É ainda necessário considerar, ao estudar as representações sociais, que a subjetividade permeia as relações sociais, e assim o afeto deve estar presente na análise das representações sociais (Spink, 1993a; Spink, 1994).

Spink (1993b) adota a definição de Jodelet segundo a qual as representações sociais são modalidades de conhecimento prático, cuja orientação volta-se para a comunicação e para a compreensão do contexto histórico que envolve a vivência social, material e das idéias. Sendo formas de conhecimento que se manifestam como imagens, conceitos, categorias, teorias, ou seja, como elementos cognitivos, não podem, no entanto, ser reduzidas a componentes cognitivos porque são elaborações sociais, compartilhadas e constitutivas da construção de uma realidade comum que possibilita a comunicação dentro do grupo que a compartilha.

Segundo Minayo (1994a; 1994b) e Sá (1993), o conceito de **representações coletivas** foi introduzido por Durkheim, que é considerado o marco conceitual de partida para Moscovici desenvolver o conceito e a Teoria das Representações Sociais.

As representações coletivas, segundo Durkheim, são resultado da realidade social em que têm origem; são criadas por uma sociedade que tem a capacidade de elaborar e exprimir seus pensamentos. Tais pensamentos não precisam necessariamente condizer com o pensamento individual, porque resultam da soma de experiências de grupos, em um determinado momento, congregando suas diferenças e experiências ao longo do tempo. Para Durkheim, as representações coletivas são fatos sociais, são dotadas de relativa independência, capazes de exercer pressão sobre o grupo e sua forma de atuação. As características principais das representações coletivas, segundo Durkheim, são a exterioridade em relação aos indivíduos que compõem a sociedade e a coercividade sobre as consciências individuais.

As críticas que Durkheim e seus seguidores têm recebido recaem sobre a concepção do poder de coerção que a sociedade exerce sobre os indivíduos através das representações coletivas, o que não explicaria as diversidades na realidade social. A subjetividade individual seria configurada pelas representações coletivas existentes, sendo pouco o espaço de criação e transformação.

Weber usa muitas vezes o termo “idéias” com o mesmo significado de representações sociais e as considera “juízos de valor que os

indivíduos dotados de vontade possuem” (Minayo, 1994b, p. 93). Para Weber, um fato social pode ser causado pelas idéias vigentes ou por fundamentos materiais – como, por exemplo, fatores econômicos –, mas a vontade humana consciente está presente e é importante para a compreensão dos fatos sociais.

A fenomenologia, tomando-se Shutz como seu principal teórico, usa como sinônimo de representação social no cotidiano o termo “senso comum”. Conforme afirma Minayo (1994b, p. 95), “a existência cotidiana, segundo Shutz, é dotada de significados e portadora de estruturas de relevância para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social”.

Os grupos sociais, que têm em comum experiências que resultam de seu modo de vida cotidiano e do momento em que estão convivendo, elaboram significados para as situações sociais que vivenciam. Estes significados dão, a cada ator social, um conhecimento – conhecimento este entendido por Shutz como sendo individual e formado por sua elaboração subjetiva e intersubjetiva das experiências vividas, ou seja, de sua “situação biográfica” – que serve como esquema de referência para o ator social. Este, por sua vez, estabelece, a partir do senso comum, sua própria definição de situação e age conforme os significados emergentes e os conhecimentos formados através da sua interação com os outros.

Minayo (1994b, p. 98) ressalta uma terceira corrente na interpretação do papel das representações sociais, a dialética marxista. Cita Marx, afirmando que:

“a produção de idéias, das representações, da consciência está, desde o início, diretamente entrelaçada com a atividade material e com o intercâmbio material entre os homens, como a linguagem da vida real [...]. Os homens são produtores de suas representações, de suas idéias, etc., mas os homens reais, ativos, tal como se acham condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas e pelo intercâmbio que a ele corresponde”.

Embora Marx ressalte a supremacia da base material sobre as idéias, considerando inclusive que as idéias das classes dominantes são as idéias dominantes em cada momento histórico, reconhece a relatividade desta supremacia, numa relação dialética em que "as circunstâncias fazem os homens, mas os homens fazem as circunstâncias" (idem, ibidem).

Partindo da teoria de Marx, Gramsci trabalha a relação entre base material e idéias, utilizando-se dos conceitos de "bloco histórico de senso comum" e "bom senso". Para Gramsci, a base material e as idéias são ambas necessárias para cada grupo social, pois da relação entre elas é que se estrutura a concepção de mundo do grupo em um dado momento histórico. A visão de mundo de determinado grupo comporta fragmentos de pensamento intelectual e científico – tanto do passado como do presente –, de tradições e conservadorismo, compartilhados pelo grupo. Mas o senso comum deste grupo, embora tenha características de manutenção das relações existentes, também traz em si possibilidades de mudança, porque reúne os significados que este grupo social tem num determinado momento para explicar o mundo em transformação em que vive, as suas relações com este mundo e com os outros grupos que vivem nele, as contradições e conformismos que carregam. Como reúnem diferentes explicações vindas de diversas origens, podem caminhar em direção a transformações ou à manutenção das relações do grupo (Minayo, 1994b).

Ainda segundo Minayo (1994b), Lukács considera a visão de mundo como um instrumento conceitual de trabalho necessário para compreender as consciências individuais, nas quais se expressa a consciência coletiva. A visão de mundo de determinado grupo reúne as aspirações, os sentimentos e as idéias que ligam os membros do grupo entre si e os distinguem de outros grupos.

Para Bordieu, as palavras expressam as representações de cada grupo, em determinado momento, conforme sua inserção nas relações de produção e na estrutura sociopolítica. Bakhtin também valoriza as palavras como fenômenos ideológicos, como a forma mais pura e sensível de manter uma relação social (Minayo, 1994b).

Assim sendo, a linguagem cotidiana torna-se instrumento para a compreensão das relações sociais cujas contradições e idéias comuns se traduzem em formas de discurso próprias de cada grupo social e cada época, conforme sua inserção social e posição na luta de classes. O discurso das classes dominantes busca manter a situação de dominação, enquanto o discurso das classes dominadas representa idéias e interesses conflitantes, refletindo sua subordinação assim como sua resistência. Como conclui Minayo (1994b, p. 110):

“Pela sua vinculação dialética com a realidade, a compreensão da fala exige ao mesmo tempo a compreensão das relações sociais que ela expressa. Porque as palavras não são a realidade, mas uma fresta iluminada: representam!”

O conceito de “*habitus*” de Bordieu define um entendimento das práticas cotidianas que diferencia os grupos sociais. Segundo este entendimento, cada grupo age segundo o conjunto de experiências e valores que se formaram da e na sua convivência em determinado contexto histórico e social. Esse conjunto de valores e experiências faz parte do imaginário de cada ator social do grupo ou classe social, e se manifesta nas condutas cotidianas, que parecem não apresentar razões explícitas nem intenção significativa. O indivíduo utiliza-se do *habitus* justamente para agir sem precisar pensar, automaticamente, segundo o modo de agir inerente à sua localização na estrutura social naquele dado momento histórico (Minayo, 1994a).

A compreensão das representações sociais como construção socialmente elaborada, das palavras como expressão das relações sociais e das construções do pensamento do grupo, e finalmente do *habitus* como conduta comum do grupo embasa a adoção do discurso como instrumento de conhecimento da realidade dos profissionais de Saúde que se envolvem em atividades de educação, buscando contribuir na construção de um processo de formação do docente de acordo com as necessidades e habilidades dos profissionais de Saúde. A estruturação, condução e análise

das entrevistas deve ser cuidadosa e coerente com os objetivos almejados, respeitando o referencial teórico das representações sociais.

A análise de entrevistas adota a análise de conteúdo como técnica básica da Psicologia e Sociologia, na perspectiva de mostrar sistematicamente o conteúdo intrínseco dos discursos em análise. As entrevistas foram programadas como comunicações duais, entre a pesquisadora e os sujeitos selecionados. Numa relação “olhos nos olhos”, a comunicação não verbal e a pressão dos movimentos, entonações e mesmo o significado das perguntas e respostas no senso comum profissional interferem no discurso exposto e transparecem nas frases entrecortadas, ou genéricas, ou nos silêncios reveladores. Bardin (2000) ressalta que a análise de conteúdo não se restringe unicamente ao conteúdo e pode envolver a análise dos significados ou dos significantes.

Bardin (2000, p. 34) aponta que a definição dada por Lindzey à análise de conteúdo apresentava um forte traço behaviorista: “uma técnica [...]” que buscava “pôr em evidência com objetividade a natureza e as forças relativas aos estímulos a que o sujeito é submetido”, sinalizando a necessidade de mostrar que o procedimento carecia da objetividade científica exigida na época. Ressalta ainda que diversos autores insistem, na definição da técnica, em mostrar seu caráter sistemático e quantitativo dos procedimentos, o que a autora refuta. Quando expõe as etapas da análise de conteúdo, a autora reafirma a importância de respeitar os passos, ser preciso na sistematização e na operacionalização, estabelecendo, por exemplo, na primeira fase, um programa que permite a escolha de documentos, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores para a análise. Tal sistematização de procedimentos permite que a técnica seja reproduzida, e torna a obra de Bardin tão referenciada desde sua primeira edição em 1977. Mas já deixa claro que o programa proposto não pode engessar o pesquisador, precisa ter a flexibilidade de incluir novos procedimentos conforme novas informações surgem no curso da análise. Da mesma forma, o tratamento dos resultados – que passa por estabelecer quadros, figuras, modelos que podem ser testados e validados

estatisticamente – também permite que sejam interpretados à luz de novas dimensões teóricas ou por meio de outras técnicas que flexibilizam e enriquecem a análise.

A contextualização da problemática da saúde e especificamente do SUS apontaram que se faz necessário o investimento na formação e capacitação profissional dentro do SUS para a renovação da prática em saúde coletiva. A confluência com o referencial teórico da educação permitiu aprofundar o diagnóstico e delimitar os objetivos. Os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados apoiaram-se nas propostas teóricas e metodológicas das representações sociais para embasar um caminho metodológico coerente com os objetivos almejados.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Mapear e delinear as competências e necessidades de formação de docentes dentro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, envolvidos na formação de multiplicadores para a intervenção denominada “Curso Introdutório para Profissionais da Saúde da Família” no estado de São Paulo.

3.2. Objetivos específicos

1) Investigar as dificuldades sentidas pelos profissionais de Saúde que se tornaram docentes em serviços de saúde no “Curso Introdutório para Profissionais da Saúde da Família” ou que já estavam envolvidos em atividade docente anterior;

2) Analisar as competências e necessidades de formação percebidas por coordenadores e multiplicadores do “Curso Introdutório para Profissionais da Saúde da Família”, a partir da formação de multiplicadores promovida pela Secretaria de Estado da Saúde desde 2006;

3) Identificar as diferenças e semelhanças entre as competências e necessidades de formação percebidas e os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde quanto aos quesitos que permitem construir um elenco de competências mínimas para a atividade docente em Saúde, com enfoque no “Curso Introdutório para Profissionais de Saúde da Família”.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudo

O caminho metodológico desta tese emprega o estudo qualitativo com técnica de triangulação.

O uso de múltiplas fontes para reconstruir uma história é compatível com a perspectiva conhecida no âmbito da pesquisa qualitativa, especialmente em representações sociais, como triangulação metodológica. Concebida inicialmente como uma estratégia de validação de fontes, teorias ou métodos, hoje a triangulação é entendida mais como uma alternativa à validação, ao permitir construir uma visão polimórfica dos fenômenos em estudo. Pope e Mays (2006, p. 14) apontam a adoção de “diversos métodos ou [...] uma abordagem ‘por métodos múltiplos’”, como característica da pesquisa qualitativa. A triangulação, segundo Flick (1992, p. 47), será mais rica à medida que se escolham fontes de dados que resultem em perspectivas diferentes, basicamente, quanto aos:

“dois aspectos centrais e diferentes das representações sociais: os conhecimentos (subjetivos e sociais) de que consistem e as atividades através das quais elas são produzidas, circulam e são aplicadas”.

Nogueira-Martins e Bogus (2004, p. 55), citando Turato, apontam que o termo “triangulação” foi muito ampliado na sua utilização, podendo indicar “múltiplas amostras, múltiplos pesquisadores, diferentes abordagens teóricas, diferentes métodos e técnicas”. O presente estudo adotou a triangulação de fontes para melhorar a compreensão dos dados obtidos, embora tenha, na análise, utilizado técnicas complementares.

Vários autores discutem a complementaridade de abordagens qualitativas e quantitativas no estudo de um problema, como Minayo e Sanches (1993), Nogueira-Martins e Bogus (2004) e Pope e Mays (2006), mas ressaltam que a natureza do estudo é a responsável pela definição do

método mais adequado. Os estudos são complementares, mas dentro de um estudo específico, uma abordagem deve ser escolhida. Severino (2007) e Ghedin e Franco (2008) ressaltam que na escolha do método há uma definição filosófica, epistemológica, que diz respeito à visão de mundo, de homem, de objeto e sujeito da pesquisa, de construção da ciência e da realidade social. A perspectiva filosófico-epistemológica, ou corrente de pensamento, encaminha para outra dimensão, operativa, das práticas de acesso e análise do objeto de estudo pelo pesquisador, na qual se encontram as abordagens de pesquisa e, destas, as técnicas a serem adotadas. Pope e Mays (2006) ressaltam que alguns autores, como Brannen, não aceitam que a epistemologia ou a teoria filosófica sejam os únicos determinantes na escolha do método e afirmam que questões sobre o objetivo da pesquisa ou de ordem pragmática se associam à postura filosófica do pesquisador.

A adoção da abordagem qualitativa, cada dia mais comum na pesquisa em Saúde, como sugerem Nogueira-Martins e Bogus (2004) e Pope e Mays (2006), dá-se pela adequação da abordagem frente a aspectos gerais da saúde, e presentes nessa pesquisa especificamente: estudam-se processos complexos que abrangem os significados que as pessoas envolvidas no processo dão ao mesmo; que são dinâmicos e acontecem em longo prazo, com influência do contexto em que ocorrem (temporal, geral e individual de cada entrevistado); e que precisam ser analisados sob diferentes perspectivas que permitam explicar como e por que ocorrem ou variam; enfim, tudo precisa ser analisado concomitantemente. Os métodos de investigação adotados podem ser bastante variados, mas são variações de forma de coleta e análise de: observação direta da situação diária (externa ou participante), entrevistas (estruturadas, semi-estruturadas ou abertas, em profundidade), e análise de material escrito (documentos, reportagens), gravado (discursos, filmes) ou imagens (fotografias, desenhos). Os dados são ricos em descrições, vivências, significados, pontos de vista, e sua análise busca conexões causais e significados

evidenciados, e interpreta fenômenos sociais e compreensões do mundo, das interações e dos comportamentos em estudo.

4.2. Cenário

O presente estudo foi realizado no estado de São Paulo, envolvendo a capacitação de multiplicadores de equipes de Saúde da Família ocorrida em 2006, e foram selecionados participantes das regiões definidas geograficamente pelos limites dos Departamentos Regionais de Saúde de Campinas (DRS VII), de Piracicaba (DRS X) e da Baixada Santista (DRS IV), de forma a contemplar algumas diferenças na condução do processo que poderiam influenciar os resultados da pesquisa. A figura a seguir traz a divisão territorial das regiões e assinala as três adotadas no estudo.

Figura 1 – Mapa do estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2007.



Fonte: São Paulo, SES-SP (2007).

A Estratégia de Saúde da Família e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sendo programas prioritários do Ministério da Saúde, colocam a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo como responsável pela sua viabilização e efetivação no território pelo qual é gestora. Detectou-se em 2006 que havia 15.886 profissionais atuando em 3.151 equipes no estado sem o curso inicial (São Paulo, 2006a) e, frente a tal diagnóstico, a Coordenação de Atenção Básica e a Coordenadoria de Recursos Humanos se envolveram na construção de uma proposta para mudar o quadro. O início do processo foi a realização de uma oficina de trabalho em 10 e 11 de julho de 2006 com os coordenadores e assistentes técnicos das regiões de saúde para definir um processo de capacitação de multiplicadores e equipes de PSF no Curso Introdutório para Profissionais de Saúde da Família no estado de São Paulo. Foram determinados conteúdos, carga horária, metodologia e incentivo financeiro para cada Direção Regional de Saúde – DIR, na formação de monitores e trabalhadores do PSF (São Paulo, 2006b). Embora cada região devesse encaminhar seus projetos, havia um fio condutor único, pactuado na oficina e reforçado nas reuniões e avaliação das propostas regionais. Os projetos encaminhados até 15 de agosto foram analisados de forma que os valores pactuados fossem repassados como adiantamento de despesas ainda em 2006 (São Paulo, 2006a). Outras regiões também se envolveram, mesmo que tardiamente, e realizaram suas capacitações de multiplicadores ainda em 2006, sem o apoio financeiro reservado anteriormente.

A partir do levantamento inicial de necessidades e dos projetos encaminhados, foram selecionadas as regiões a serem o cenário, desde que tivessem municípios de diferentes tamanhos e número de profissionais a serem capacitados, para evitar o viés de observar municípios muito semelhantes e que, por isso mesmo, possam ter necessidades muito parecidas entre si e diferentes do conjunto de municípios do estado. Levou-se em consideração ainda a presença de universidades públicas ligadas aos Pólos de Educação Permanente, que anteriormente já funcionaram como Pólos de Capacitação da Saúde da Família.

4.3. Atores sociais

Dois grupos de atores sociais distintos foram envolvidos na pesquisa pelo tipo de informação colhido de cada grupo:

1. Grupo 1: responsáveis pelos programas de capacitação, educação continuada ou permanente nas Secretarias Municipais e Estadual de Saúde (respectivamente em nível central e nas Regionais escolhidas), que acompanharam de forma ativa os processos de educação permanente de multiplicadores das equipes de Saúde da Família.
2. Grupo 2: profissionais de saúde de nível superior, ligados ou não ao Programa de Saúde da Família, nas regiões do estado de São Paulo – Santos, Campinas e Piracicaba –, que passaram por capacitação para multiplicadores realizada em 2006.

Os atores do grupo 1, quando não eram os responsáveis principais, foram indicados pelo setor ou chefia pela sua participação no processo, não tendo sido necessário sortear aquele a ser entrevistado, um por Regional. Foram previstas e realizadas três entrevistas, uma por Regional de Saúde.

O grupo 2 previa que três profissionais fossem entrevistados por região, totalizando nove entrevistas no grupo, sendo seus membros sorteados aleatoriamente entre os que participaram da formação de multiplicadores, após identificação (listagem) fornecida pelos responsáveis pelo curso. Caso houvesse alguma recusa em participar voluntariamente ou em assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, ou por outras razões de cunho pessoal, o profissional sorteado seria substituído por outro sorteado na seqüência. Algumas pessoas não foram localizadas por terem mudado de município entre o curso e o campo da pesquisa, e foram substituídos na seqüência do sorteio. Alguns participantes não eram de nível superior ou eram da esfera estadual, sem ligação direta com os municípios,

e também foram substituídos na seqüência do sorteio, como estava previsto *a priori*. No caso de mais de um participante por município, seria mantido o primeiro sorteado e outro participante seria sorteado no lugar do segundo, mas tal fato não ocorreu.

Ao longo das três entrevistas com o grupo 1 (responsáveis, nas DRS, pelo curso de formação de multiplicadores), uma situação inesperada surgiu em uma delas: uma região, por consenso da instância regional da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e dos municípios participantes, e devido a uma outra proposta de capacitação que já estava aguardando liberação de recursos do Ministério da Saúde, optou por não realizar o curso de formação de multiplicadores no modelo e no tempo proposto pelo nível central da SES. Diante desse fato novo, o conjunto de entrevistas previstas para serem realizadas com o grupo 2 (profissionais formados para serem multiplicadores) ficou prejudicado. Foram realizadas as seis entrevistas referentes a duas regiões de saúde, mas na terceira região, por sugestão do entrevistado do nível regional, foi contatada a instância de Educação na Saúde de um município de grande porte da região. A sugestão baseou-se em uma trajetória consolidada do município em realizar os cursos introdutórios e ter sido sua experiência, de um passado recente, a principal referência para a opção teórico-metodológica da proposta regional encaminhada ao Pólo de Educação Permanente. Desse contato, duas técnicas do município foram indicadas para entrevista e, por comum acordo, optou-se por realizar uma entrevista conjunta, em que uma poderia complementar a resposta da outra, criando uma resposta comum do centro de educação municipal. O resultado da entrevista reforçou o papel de formadoras e a inserção na organização do processo dos cursos introdutórios no município, levando a optar-se por analisar esta entrevista como única, embora com as respostas de duas pessoas, e no conjunto do grupo 1, ficando a região sem representantes do grupo 2 (que passou a ter seis, e não nove entrevistas), enquanto o grupo 1 passou a ter quatro entrevistas.

4.4. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em três frentes:

1. Análise de documentos dos centros de formação/pólos de capacitação/desenvolvimento de RH que versam sobre os cursos de multiplicadores e cursos introdutórios de profissionais da Saúde da Família. Esta fase compreendeu a coleta e leitura dos documentos oficiais. A Secretaria de Estado ofereceu documentos com informações sobre o processo de estruturação da formação dos multiplicadores, inclusive pré-requisitos e avaliação, colaborando para esclarecer os pressupostos pedagógicos explicitados e a dinâmica do processo. Foram acrescentados documentos do mesmo teor provenientes dos municípios com representantes sorteados e entrevistados, que foram disponibilizados nas entrevistas.
2. Entrevistas com dois grupos distintos de atores sociais:
 - I. Responsáveis pelos programas de capacitação, ou formação continuada ou educação permanente.
 - II. Profissionais formados para serem multiplicadores do Curso Introdutório em 2006 no estado de São Paulo.
3. Diário de campo, preenchido pela pesquisadora, com elementos complementares sobre o agendamento e o curso das entrevistas.

Para a obtenção dos dados com os atores definidos, foi proposta a adoção de entrevistas semi-estruturadas, cujo roteiro (anexos 1 e 2) permitia buscar, nos entrevistados do grupo 1, a sua história institucional e a história das ações educativas ligadas ao PSF, especialmente o curso de formação de multiplicadores, complementando os documentos analisados. Nos entrevistados do grupo 2, buscava-se o discurso sobre o cotidiano da

prática profissional, que envolvia também as ações de educação profissional dentro do SUS e as associações que se faziam a elas, relacionando-as com as experiências, ansiedades e dificuldades quanto à educação permanente, principalmente ao papel de multiplicador.

O diário de campo foi preenchido no percurso para o agendamento das entrevistas e imediatamente após cada uma delas, registrando as ocorrências que pudessem ser utilizadas posteriormente. Elementos de comunicação não verbal podem ser indicadores de resistências ou omissões que influenciam a análise do discurso do entrevistado. Interrupções ou outros fatos ocorridos podem ser indicativos ou explicativos de alterações no rumo ou conteúdo abordado, como expõem Pope e Mays (2006).

As entrevistas foram gravadas em gravador digital, estando sempre disponível o gravador tradicional e fitas-cassete, caso fossem necessários.

As entrevistas foram transcritas com acréscimo de anotações do diário de campo. Um modelo de transcrição, após codificação para preservar a identidade do entrevistado, encontra-se no anexo 3.

4.4.1. Pré-teste do instrumento

O pré-teste foi realizado no município de São Pedro, Departamento Regional de Saúde de Piracicaba (DRS X–Piracicaba), onde a pesquisadora trabalhava e foi secretária de Saúde em 2005/2006, quando participou da seleção de membros da equipe e capacitação da multiplicadora para a aplicação do Curso Introdutório, fato que desaconselha sua manutenção no grupo de possíveis sorteados pela influência da relação pessoal entre ambas. Mas, como o pré-teste foi realizado antecipadamente para perceber a sensibilidade e precisão do roteiro e a possibilidade de detectar os pontos que se desejava estudar, no intuito de aperfeiçoar o roteiro, a informalidade facilitou uma discussão posterior das dificuldades de

compreensão das questões. O conjunto das questões mostrou-se adequado aos objetivos, mas indicou que alguns termos, próprios do arsenal da Educação, poderiam exigir explicação aos entrevistados, o que de fato ocorreu em algumas entrevistas. Com tal ressalva, optou-se por manter os roteiros originais, entendendo que a necessidade de explicação era um indicador da dificuldade de diálogo na área pedagógica, o que constitui, em si, um resultado a ser analisado.

4.4.2. Considerações éticas

O projeto foi apresentado ao CEP-IS – Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, mediante o aceite inicial da Coordenação da Atenção Básica da Coordenadoria das Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, como responsável pela capacitação dos multiplicadores do “Curso Introdutório para Profissionais de Saúde da Família” no estado de São Paulo, em 2006.

O modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) segue as recomendações da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, principalmente a Resolução 196/96, e encontra-se no anexo 4.

O projeto foi aprovado em 24 de abril de 2007.

Os municípios de Campinas e Santos solicitaram que o projeto fosse submetido aos seus Comitês de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovado por ambos.

As entrevistas em meio digital foram gravadas em CD logo após sua realização, para garantir seu arquivo e recuperação.

As entrevistas e o diário de campo, assim como os TCLEs e aceites das transcrições das entrevistas serão guardados por cinco anos.

4.5. Processo de análise

O processo de análise e interpretação do material coletado partiu da análise de conteúdo, segundo Bardin (2000), na modalidade temática e depois procurou novas possibilidades que permitissem aprofundar a apreensão da relação entre texto e contexto e recuperar a experiência individual, contextualizada e única, como contraponto da construção coletiva compartilhada pelo grupo. Apoiou-se nas técnicas de produção de sentido propostas por Spink (Spink e Gimenez, 1994; Spink, 1994; Spink et al., 2000), com o uso de gráficos de associação de idéias, que facilita não apenas a análise das associações de idéias presentes quando o objeto é referido, mas a apreensão de indicadores lingüísticos como a ambigüidade (múltiplos significados); a contradição (sentidos antagônicos); a inconsistência (significados instáveis) e a incoerência (a transgressão das regras lógicas de uma narrativa que sugere adoção de outra narrativa). Há que se levar em conta, ainda, a “busca da argumentação e da deposição de valores: os qualificadores reveladores do investimento afetivo” (Spink e Gimenez, 1994, p. 157).

A adoção de mais de uma forma de análise está coerente com Ghedin e Franco (2008, pp. 26-7), que afirmam que: “O método, embora seja uma exigência de antecipação, só pode ser plenamente descrito após a realização da trajetória investigativa”. O cuidado principal foi em não adotar abordagens com pressupostos excludentes, mas manter a coerência com a linha filosófica dialógica, de construção do discurso na relação do conhecimento, do contexto e da história individual do autor da fala. Há na literatura alguma controvérsia em relação à abordagem da análise de conteúdo, considerada por alguns de cunho quantitativo e por outros qualitativo, mas essencialmente Bardin se coloca nesse debate de forma clara: a técnica é sistemática, permitindo reprodução; os resultados podem até ser validados estatisticamente, não sendo tal validação obrigatória, mas também se permite flexibilizar e incluir novos procedimentos que as informações surgidas durante o percurso exijam, e permite que sejam

interpretados à luz de novas dimensões teóricas ou através de outras técnicas que flexibilizam e enriquecem a análise.

A análise das entrevistas do grupo 1 (responsáveis pelos programas de capacitação/educação continuada/permanente) buscou a elucidação do contexto, dos resultados e das dificuldades e necessidades surgidas durante a formação de multiplicadores realizada, na percepção dos responsáveis pelos mesmos. Já nas entrevistas do grupo 2 (profissionais formados para serem multiplicadores do Curso Introdutório), buscou-se analisar o resultado da participação na formação de multiplicadores do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família, a partir do discurso sobre o cotidiano da prática profissional dentro do SUS e da explicitação das dificuldades e necessidades de formação, bem como competências pedagógicas, além da importância percebida como influência dos cursos/processos pedagógicos por que já passou para habilitar o profissional de Saúde a ser multiplicador do Curso Introdutório para Profissionais de Saúde da Família.

A análise dos registros do diário de campo foram complementares às análises das entrevistas com os grupos 1 e 2 para aprofundá-las ou aprimorá-las com observações de ocorrências pertinentes no curso da inter-relação entrevistado-pesquisador.

A análise dos documentos buscou a recuperação do processo local de implantação do PSF, quando disponível, e a preocupação explicitada com o compromisso profissional, com os princípios do SUS, da Política de Educação Permanente na Saúde e o processo de educação permanente no Programa de Saúde da Família nos cursos levados a termo nos municípios e nas regiões de Saúde em estudo, conforme material disponibilizado.

As entrevistas foram transcritas, respeitando palavras, interrupções, pausas, risadas, suspiros, repetições e interjeições dos entrevistados. A seguir foram codificadas, inclusive quanto a região e municípios, assim definidos: região A, B e C; município X de origem de cada entrevistado e demais com outras letras (Y, Z, W, M, N etc.). Cada

entrevistado recebeu um código sinalizador, iniciado com E (= entrevista), seguido do grupo (1 ou 2) e da região (A, B ou C), e, no caso do grupo 2, da ordem das entrevistas (1, 2 ou 3). Posteriormente, na descrição dos resultados e discussão, os códigos foram transformados em pseudônimos para tornar a leitura mais fluida e agradável, e condizente com o conceito de sujeito individual com nome, não com número ou sigla. Das dez entrevistas realizadas, apenas dois entrevistados eram do sexo masculino, e, para evitar a exposição dos indivíduos num grupo tão pequeno, todos os pseudônimos são masculinos.

As entrevistas foram inicialmente lidas uma a uma. A leitura flutuante, como primeira atividade proposta por Bardin (2000) na análise de conteúdo, consiste em um primeiro contato com o material a ser analisado. O pesquisador permite deixar-se invadir pelas impressões e, a partir destas, criar as primeiras hipóteses e projeções com teorias que se adaptam ao material. Ouvir as gravações ou ler as transcrições de todas as entrevistas começa a criar uma sensibilidade para alguns aspectos que se repetem ou se contrapõem. Esta etapa pode direcionar a escolha dos documentos a serem analisados, ou o universo de documentos pode ser determinado a priori, como foi o caso dessa pesquisa, por uma amostragem que pode não atender a todas as características que interferem no processo de formação de multiplicadores, mas que permite mostrar as diferenças básicas: municípios com diferentes experiências de educação permanente e inserção no PSF, de pequeno, médio e grande porte, e profissionais de diferentes formações básicas, tempo e posição de inserção no organograma do PSF municipal.

Nessa primeira etapa ainda, foram recortadas as respostas conforme as perguntas feitas em trechos dotados de sentido (conforme modelo no anexo 5), excluindo-se interjeições, repetições ou assuntos não pertinentes em novas colunas. As transcrições completas foram mantidas para recuperar a integralidade dos discursos, sempre que fosse necessário. Já foi possível notar que nem sempre o entrevistado respondia aquilo que era perguntado, ou respondia em outra questão. Então, quando a resposta

estava em outra pergunta, recortou-se o trecho, deixando-o no local original em vermelho e transcrevendo para a questão pertinente em azul, refazendo os quadros iniciais. Cada transcrição, já em quadro individual com cada pergunta em uma linha, foi justaposta às demais, que assim reunidas compuseram um quadro que permitisse uma leitura transversal, por questão e tema abordados. Para facilitar a visualização, foram reorganizadas por pergunta em novos quadros (anexos 6 e 7, respectivamente, dos grupos 1 e 2). A leitura transversal permite detectar as semelhanças e diversidades emergentes nos discursos, de forma a significar categorias de análise. Bardin (2000) já sugeria que os textos (no caso, entrevistas transcritas) podem precisar ser preparados, com divisão em partes dotadas de sentido interno e passíveis de classificação ou enumeração, com espaço para as anotações necessárias. Essa atividade, como apontam Pope e Mays (2006), pode ser facilitada pela utilização de softwares específicos, mas mesmo os editores de texto e planilhas já oferecem recursos de organização, divisão de células, inclusão e agregação de colunas e linhas que tornam mais fácil a atividade, repetitiva e minuciosa, de preparar o material em análise.

Os documentos foram observados juntamente com as entrevistas dos seus responsáveis, quer do grupo 1, completando e esclarecendo o contexto das capacitações, quer do grupo 2, independentemente do Curso Introdutório ter sido realizado antes ou depois da capacitação. Em ambos, buscou-se também os aspectos pedagógicos emergentes dos mesmos. Foi incorporada uma coluna específica para estes aspectos, preenchida apenas nas entrevistas que continham temas e documentos sobre as experiências dos cursos já ocorridos.

As anotações do diário de campo também foram incorporadas aos quadros das transcrições recortadas, criando nova coluna para sua leitura.

A triangulação dos documentos disponibilizados, com as falas de dois grupos distintos no processo e o diário de campo com o registro das ocorrências e intercorrências de cada entrevista, permite uma leitura mais fiel do conteúdo expresso verbalmente, do contexto e dos significados das interferências naquilo que é dito, desviado ou omitido, colaborando para a

“compreensão e validação do que foi efetivamente dito” (Nogueira-Martins e Bogus, 2004, p. 50).

Bardin (2000, p. 99), trazendo a posição de Henry e Moscovici sobre a construção do quadro de análise, explica que estes autores são favoráveis a procedimentos exploratórios sistemáticos, que permitem apreender, dos textos em análise, as propriedades e as ligações entre as variáveis, em especial as condições de produção (situação de comunicação, meio sociocultural, psicologia individual, etc.) e entre os textos em si, segundo um processo dedutivo que facilita a construção de novas hipóteses. Outra possibilidade – que os autores não priorizam, mas que é defendido por Bardin como uma possibilidade útil (mas não obrigatória ou excludente da outra) –, principalmente no caso de se usar recursos da informática, são os procedimentos fechados, quando os textos são analisados por classificação de seus elementos em função de critérios estabelecidos previamente, num mecanismo de indução, experimentando as hipóteses e objetivos construídos a partir das intuições da leitura flutuante.

A partir das hipóteses levantadas nas leituras individuais e transversais, a definição de índices e indicadores permitiu fazer novos recortes no texto (no caso, entrevistas transcritas), necessários para sua categorização. Definidas as operações da pré-análise, a exploração do material consistiu na aplicação sistemática das operações de categorização ou enumeração, conforme as regras estabelecidas. Nogueira-Martins e Bogus (2004) indicam que a análise do material passa por várias etapas de codificação, com níveis crescentes de abstração, e a cada novo exame o conjunto de categorias pode ser modificado: “categorias relacionadas são combinadas para formar conceitos mais abrangentes ou idéias muito amplas são subdivididas em componentes menores” (idem, pp. 54-5). Estas autoras lembram ainda que:

“a categorização, por si mesma, não esgota a análise [...]. Para analisar e interpretar dados qualitativos não há fórmulas; não há meios de replicar perfeitamente o processo analítico de pensamento do pesquisador; não há regras a não ser a de utilizar, da melhor forma, a capacidade

intelectual, para representar fielmente os dados e comunicar o que eles revelam, segundo o propósito do estudo. Isso não significa que não haja sugestões para nortear a análise de dados. Mas sugestões de procedimentos não são regras; requerem julgamento e criatividade” (idem, p. 55).

Na segunda etapa da análise, para recuperar os discursos individuais e as práticas discursivas, foram retomadas as transcrições codificadas na íntegra, sem recortes, e elaboraram-se os gráficos de associação de idéias (Spink e Gimenes, 1994) que transportam as associações para um desenho que relaciona os conteúdos, ações e investimentos afetivos emergentes do discurso. Tendo em vista os diferentes significados das associações e suas implicações para a ação desenvolvida, a análise buscou entender o significado a partir do fluxo dos discursos. Um modelo do gráfico encontra-se no anexo 8.

Pope e Mays (2006) apresentam a abordagem de estrutura – desenvolvida na Grã-Bretanha para pesquisas aplicadas a políticas, como na área da Saúde – em que se adotam o mapeamento dos trechos dotados de sentido e sua interpretação como estágios para captar assuntos, temas ou conceitos, sendo que cada tema ou área terá seu registro gráfico, com trechos de texto e tipologias abstraídas para sintetizar as explicações, podendo também um trecho aparecer em mais de um registro gráfico.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caminho metodológico apresentou os passos da pesquisa, incluídos os processos de análise, em que se pontuou a necessidade de estabelecer uma sistemática de leitura e observação dos discursos e documentos sem perder a possibilidade de incluir ou reorganizar indicadores e categorias, bem como ter a oportunidade de acompanhar as associações de idéias e fluxo dos discursos individualmente. Na pesquisa qualitativa, como indicam Nogueira-Martins e Bogus (2004), a análise ocorre em etapas com níveis crescentes de abstração, a partir dos discursos dos entrevistados e em diálogo com os pressupostos teóricos que foram adotados. Optou-se por apresentar resultados e discussão de forma conjunta, na intenção de fazer o leitor acompanhar as relações estabelecidas entre os temas e os passos do processo analítico, sem obedecer apenas à seqüência temporal das etapas, mas buscando mostrar a discussão em torno dos resultados em níveis de aprofundamento crescente e trazer, sempre que possível, os recortes das falas dos entrevistados.

Os primeiros resultados e discussão giram em torno do contexto vivenciado pelos entrevistados. Nos roteiros propostos, as questões 1 e 2 da entrevista do grupo 1 e as questões de 1 a 3 do grupo 2 tinham por função indicar esses contextos. A seguir se apresentam as perguntas que versam precisamente sobre o conteúdo que se pretendia mapear e delinear nos objetivos deste trabalho: as competências pedagógicas e as necessidades de formação dos profissionais de saúde que se envolvem em atividades educativas, mais precisamente, na formação de multiplicadores para o Curso Introdutório para Profissionais de Saúde da Família, realizada nas diversas regiões do estado de São Paulo em 2006. A análise prossegue aprofundando a relação dos contextos com as necessidades, competências, dificuldades e propostas, sempre tendo como contraponto os autores que embasaram o enquadre teórico. E permite construir novas perspectivas, que não eram esperadas no início da pesquisa.

As transcrições e os primeiros quadros com os recortes das entrevistas deram a possibilidade de sistematizar a leitura flutuante inicial e trouxeram à tona os primeiros índices e indicadores.

As categorias de análise iniciais para o grupo 2 foram: o tipo de inserção no SUS; o tempo de inserção no SUS e no PSF; as interferências da trajetória profissional e capacitações ministradas ou recebidas e a percepção dessas interferências; as necessidades de formação verbalizadas; as dificuldades e/ou facilidades apresentadas para atuar como educador; outras dificuldades que interferem no processo de educação – como problemas administrativos – competências pedagógicas verbalizadas, conhecimentos técnicos que precisariam, na visão do entrevistado, ser mais bem trabalhados; e uma categoria nomeada “outros”, que inclui as omissões, sugestões de condução, propostas de perfil prévio à formação, que poderia ser posteriormente desmembrada se alguma relação significativa surgisse no processo de análise sistemática. Essas categorias, relacionadas às questões que lhes deram origem e aos objetivos e associações de idéias esperadas para análise, estão apresentadas no quadro 3 a seguir. As categorias pertinentes também ao grupo 1 foram associadas às respectivas perguntas, no mesmo quadro 3, sendo as maiores diferenças desse grupo em relação ao grupo 2 a falta do contexto histórico mais geral nesse grupo – visto que se buscou apenas a inserção em atividades de formação dos mesmos – e, por outro lado, um delineamento maior do papel no curso de formação de multiplicadores.

Quadro 3 – Roteiro de entrevistas, objetivos e associações de idéias esperadas para a análise, categorias, indicadores e índices iniciais, por grupo de atores entrevistados.

	Questão	Objetivos e associação de idéias	Categorias/indicadores iniciais
<i>Grupo 1</i>	1. Quais são as atividades em suas funções no centro de formação/pólo de capacitação/ desenvolvimento de RH e há quanto tempo está nelas?	Conhecer as atividades executadas pelo entrevistado e a ordem de importância que o mesmo dá a elas, percebendo onde foca sua atenção; recuperar sua inserção no processo pedagógico.	Tempo de inserção no SUS e no PSF.
			Tipo de inserção no SUS e no PSF.

<i>Grupo 1 – Responsáveis pelos programas de capacitação/educação continuada/permanente.</i>	2. Descreva seu papel no curso de multiplicadores para o Curso Introdutório de Saúde da Família.	Conhecer sua visão sobre o processo de formação de multiplicadores e sua inserção pessoal no processo.	Processo/papel no curso de multiplicadores.
	3. Quais as necessidades de formação que você percebe nos profissionais que se tornam multiplicadores?	Conhecer sua impressão, sentida ou sistematicamente avaliada, sobre as dificuldades e necessidades de formação surgidas durante o processo de formação de multiplicadores em que esteve envolvido(a).	Necessidades de formação verbalizadas.
			Dificuldades e/ou facilidades apresentadas para atuar como educador.
			Outras dificuldades que interferem no processo de educação (administrativas, etc.).
	4. Que sugestões você teria para aprimorar as competências pedagógicas dos mesmos?	Conhecer sua impressão, sentida ou sistematicamente discutida, sobre as competências pedagógicas necessárias aos multiplicadores do Curso Introdutório.	Competências pedagógicas verbalizadas.
Conhecimentos técnicos/teóricos que precisariam ser mais bem trabalhados.			
Outros componentes que precisariam ser mais bem trabalhados (atitudes/habilidades/compromissos).			
Outros: as omissões, sugestões de condução, propostas de perfil prévio à formação, complementos e novas questões colocadas.			
<i>Grupo 2 – Profissionais formados para serem multiplicadores do Curso Introdutório.</i>	1. Quais são as suas atividades rotineiras?	Conhecer as atividades executadas pelo entrevistado e a ordem de importância que o mesmo dá a elas, percebendo onde foca sua atenção e que poderá dificultar ou facilitar sua participação nas atividades pedagógicas.	Tempo de inserção no SUS e no PSF.
			Tipo de inserção no SUS.
			Processo/papel no curso de multiplicadores.
	2. Descreva sucintamente sua trajetória profissional (formação/serviços onde atuou) e a importância para sua inserção como multiplicador do Curso Introdutório.	Conhecer alguns pontos da sua história pessoal e sua visão sobre os aspectos percebidos como determinantes de sua inserção como multiplicador do Curso Introdutório de Saúde da Família.	Experiências profissionais.
			Interferências da trajetória na Saúde.
			Interferências da trajetória na Educação.
Percepção dessas interferências.			
3. Descreva sucintamente a(s) capacitação(ões) /educação continuada pela(s) qual(is) passou, que teve(tiveram) importância para sua prática educativa atual.	Conhecer sua visão sobre a trajetória de formação de docente que culminou com a formação específica como multiplicador do Curso Introdutório do PSF e a interferência de outras experiências sobre o resultado do processo mais recente.	Interferências de capacitações recebidas.	
		Interferências de capacitações ministradas.	
		Percepção dessas interferências.	

Grupo 2 – Profissionais formados para serem multiplicadores do Curso Introdutório.	4. Quais as necessidades de formação que você percebe para se tornar multiplicador do Curso Introdutório do PSF?	Conhecer sua impressão, sentida ou sistematicamente avaliada, sobre as dificuldades e necessidades de formação surgidas durante o processo de formação de multiplicadores em que esteve envolvido.	Necessidades de formação verbalizadas.
			Dificuldades e/ou facilidades apresentadas para atuar como educador.
			Outras dificuldades que interferem no processo de educação (administrativas, etc.).
	5. Quais são as competências pedagógicas que você acha necessárias para ter sucesso como multiplicador do Curso Introdutório do PSF? Que sugestões você teria para aprimorar a formação docente?	Conhecer seu entendimento sobre as competências pedagógicas necessárias ao multiplicador do Curso Introdutório e a ordem de importância que o mesmo dá a elas, bem como suas impressões sobre o sucesso do curso de formação de multiplicadores do qual participou, quanto a estabelecer estas competências.	Competências pedagógicas verbalizadas.
		Conhecimentos técnicos/teóricos que precisariam ser mais bem trabalhados.	
			Outros componentes que precisariam ser mais bem trabalhados (atitudes/habilidades/compromissos).
Outros: as omissões, sugestões de condução, propostas de perfil prévio à formação, complementos e novas questões colocadas.			

As atividades desempenhadas pelos profissionais dos dois grupos no momento da entrevista permitiram (conforme a expectativa inicial do roteiro em situar a inserção do profissional) classificar os entrevistados em quatro grupos de atuação e inserção no SUS: desenvolvimento de recursos humanos (qualificação para o SUS ou educação permanente), coordenação municipal ou regional da Saúde da Família, apoio técnico à coordenação da Saúde da Família (geralmente com atribuições que envolviam também atividades educativas voltadas ao desenvolvimento das equipes de Saúde da Família, em nível central, na sede da Secretaria de Saúde) e membros de equipe de Saúde da Família (atividades típicas da Estratégia de Saúde da Família, em unidades de saúde).

O grupo 1 foi composto por um coordenador regional de Saúde da Família, CÉSAR¹⁵, que acumulava uma coordenação municipal em município da área também. Dois entrevistados assumiram, na revisão das estruturas da Secretaria de Estado da Saúde ao final de 2006, a

¹⁵ Adotaremos aqui nomes fictícios para os entrevistados, conforme exposto no Caminho Metodológico, item 4.5.

coordenação do Desenvolvimento de Recursos Humanos, um no Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS¹⁶ de sua Regional, MARCOS, e outro no Núcleo de Educação Permanente para o SUS¹⁷ da Regional em que atua, CARLOS. A trajetória de ambos passa pela atuação nos Pólos de Educação Permanente desde seu início, em 2003, nos quais CARLOS participou devido à atuação como coordenador regional de Saúde da Família e envolvimento no Pólo de Saúde da Família, e MARCOS já vinha atuando no Núcleo Desenvolvimento de Recursos Humanos em Educação e Saúde. E mesmo depois da sua extinção formal, em 1995, a Regional decidiu “*manter esses profissionais que trabalhavam com Desenvolvimento, num Núcleo [...], considerando a pertinência e a importância da área, deixou esses profissionais fazendo o que eles já faziam no passado*” (MARCOS). Os outros dois entrevistados do mesmo serviço municipal, como já foi exposto no item 4.3 do Caminho Metodológico, serão analisados como uma única entrevista e passam a ser denominados FERNANDO, são pessoas envolvidas com desenvolvimento de RH/educação permanente há mais de dez anos, assim como MARCOS. Já o grupo 2 tem dois coordenadores municipais de Saúde da Família, LUIZ e PEDRO, duas pessoas envolvidas com o apoio técnico à coordenação, SILVIO e RODRIGO, e dois membros de equipe de Saúde da Família (atividades típicas de ESF), GUSTAVO e ANDRÉ, como pode ser visto no quadro 4, a seguir.

Outra subdivisão dos entrevistados que indicou relevância era o tempo de inserção no SUS e no PSF, mas a falta de precisão temporal na maioria das informações dadas nas entrevistas (visto não ter sido objetivo inicial das questões) não permitiu uma divisão em grupos mais específicos, apenas em recente e não recente, conforme transpareceu na fala dos entrevistados. Nesse caso, três entrevistados do grupo 2 tinham a inserção recente no SUS, mencionando períodos de até dois anos de atuação. Todo o grupo 1 e três entrevistados do grupo 2 tinham a inserção não recente no

¹⁶ Estrutura das regiões de Saúde da SES/SP, conforme o Decreto Estadual nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, que cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas.

SUS e no PSF; ao informarem início de atividade em 1992 ou 1995, mudança de atividade ou cidade em 2001 ou 2003, listagem de várias áreas de trabalho e administrações municipais, sugeriram que a inserção se deu há mais tempo, no mínimo há 4 anos.

Quadro 4 – Classificação dos entrevistados por grupo, tempo e forma de inserção no SUS e na Estratégia de Saúde da Família

grupos	tempo no SUS	Desenvolvimento RH	Coord. de ESF	apoio técnico à coordenação	Atividades típicas de ESF
Grupo 1	Não recente	CARLOS, CÉSAR, FERNANDO	MARCOS	---	---
Grupo 2	Recente	---	--	SILVIO	GUSTAVO, ANDRÉ
	Não recente	---	LUIZ, PEDRO	RODRIGO	---

Observação: Adoção de nomes fictícios.

Esses índices e classificação dos entrevistados fizeram mais sentido na análise das respostas que a formação básica inicial (médico, psicólogo, enfermeiro, etc.), inclusive na observação de alguns entrevistados, que de antemão refutam a formação inicial como pré-requisito ou vantagem para tornar-se multiplicador ou educador. Talvez um outro estudo, com maior abrangência de amostra e questões mais específicas para esse olhar possa indicar relação entre a formação profissional específica e a adesão a papéis de formador ou de chefia, mas este não era o objetivo desta pesquisa. Buss e Labra (1995) indicavam o descompromisso e despreparo dos profissionais de Saúde relacionando-os à acentuada medicalização, mas considerando que cerca de 60% dos postos de trabalho eram ocupados por médicos e pessoal de nível elementar, não seria possível dizer que os médicos, como categoria em geral, não possuísem compromisso e preparo, inclusive porque os próprios autores, refletindo sobre as dificuldades impostas pela organização dos serviços assistenciais, ponderavam que “as práticas dominantes nos serviços de saúde, voltadas essencialmente para os indivíduos e eminentemente assistenciais e hospitalares” (idem, p.98) contribuíam para a

ineficácia da assistência. Nas entrevistas, são relacionadas dificuldades principalmente na fixação dos profissionais médicos nas equipes e na participação das reuniões de equipe, e não no seu envolvimento ou compromisso frente às atividades de educação, mas este aspecto será discutido adiante, no seu bloco analítico. O grupo 1 foi formado por um psicólogo, dois sociólogos (sendo um também dentista) e dois entrevistados não relataram a formação inicial. Já o grupo 2 foi formado por dois médicos, dois psicólogos, um enfermeiro e um fonoaudiólogo.

A pergunta 1 do roteiro de entrevistas 2 remete às atividades cotidianas dos entrevistados, buscando inseri-los no contexto da Estratégia de Saúde da Família, não apenas para classificá-los no grupo, mas principalmente para detectar quais aspectos do seu cotidiano lhes parece mais importante. Esta questão mostra o alinhamento dos envolvidos com as bases operacionais do PSF, ou seja, o trabalho em equipe, a adscrição de clientela, a territorialização, o planejamento local, a promoção da saúde, o reconhecimento da família como espaço privilegiado de atuação e a incorporação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo de ligação entre a comunidade e o serviço (Brasil, 2000; 2001a; 2001d; 2006b).

O trabalho em equipe é uma unanimidade como princípio básico, mais bem sintetizado na fala de ANDRÉ – *“a equipe de PSF, aqui também tem que trabalhar, sem grau de importância, todos tem o mesmo grau de importância”* –, mas citado por todos. PEDRO ressalta, no entanto, que nem sempre é fácil: *“As pessoas têm muita dificuldade no trabalho em equipe ... no Curso Introdutório é uma coisa que tem que ser reforçada e muito, a importância de fato, não do discurso mas da prática do trabalho em equipe”*. A preocupação de LUIZ em relação à incorporação das reuniões de equipe como rotina de trabalho transparece na adoção do material para o curso introdutório: *“a gente usou ... material desse curso de facilitadores em educação permanente... muito bom... tinha discussões de casos, de reuniões de equipe, que eram extremamente ricas pra discussão entre o pessoal”*. GUSTAVO também confirma, com base em sua experiência como

técnico de enfermagem e como enfermeiro, algumas dificuldades de atuação satisfatória das equipes:

“Apesar de ser uma equipe, que tem que estar próximo, às vezes é mais fácil o agente comunitário ter esse contato com o técnico de enfermagem do que com o próprio enfermeiro, por o enfermeiro estar mais ocupado... eu tenho essa facilidade, sabendo como funcionam as atividades dos agentes, porque eu acompanhava quando era técnica, e como enfermeira, o médico também, a inserção dele na equipe, dependendo do lugar que você está trabalhando, dependendo o médico que você tem, você vê como é que funciona” (GUSTAVO).

O planejamento local se dá no cotidiano das equipes, nas reuniões e como se estabelece essa dinâmica, como expõe ANDRÉ: *“tem uma reunião semanal da minha equipe, obrigatória... tem uma programação, eu já sei aqui dentro do PSF, o que eu vou fazer no mês de agosto, numa segunda feira de manhã eu já sei o que eu vou fazer”*. Mas PEDRO indica sua preocupação quanto à efetividade das reuniões, visto que *“os médicos generalistas ainda têm muita resistência de estar fazendo as reuniões de equipe... eu sinto que as pessoas não têm ... [costume de aproveitar] aquilo que é proposto de uma forma construtiva, ficando ... [restritos a] cumprir uma tarefa”*.

A adscrição de clientes transparece de forma mais clara nos profissionais com atuação direta nas equipes, que vivenciam no cotidiano o princípio, como mostram as falas de GUSTAVO (*“meu próprio PSF eu não conhecia, porque eu não tinha tido tempo de conhecer toda a minha população”*) e de ANDRÉ (*“o aspecto que é o diferencial de qualquer Unidade Básica de Saúde que a gente tem, o diferencial é que a gente conhece todas as famílias, dentro das suas casas”*).

PEDRO e RODRIGO expõem a questão da territorialização dentro de seu cotidiano, de planejar a implementação de equipes, definir necessidades e prioridades, mostrando o papel do planejamento regional ou municipal na definição da política, alinhado com as diretrizes do SUS. PEDRO explica que *“estar organizando quais as áreas que seriam*

contempladas pra essa ampliação, e, essa definição foi feita a partir de todas as diretrizes do SUS, de acessibilidade ... vivia em condições subnormais, áreas de invasão”, e RODRIGO confirma que é importante “esse conhecimento da rede”, porque se “não tem noção daquilo, na hora que você [se] vai para a base, que você vai pra lidar com aquela situação, você não tem muito esse feeling... é o discurso sem a prática”. SILVIO, mais recente no PSF, mesmo que em nível central, coloca a territorialização como tema de interesse nas necessidades de formação: “foi um ponto que me deixou muito em dúvida, a parte de territorialização, foi feito o trabalho ali, mas eu acho também que se fosse aprofundado mais seria bom”. PEDRO ressalta a estratégia adotada no Curso Introdutório, para que a equipe conhecesse o bairro em que atuaria e fortalecesse o vínculo com as lideranças: “... [fazer] uma mesa para que cada liderança comunitária apresentasse o seu bairro para as equipes ... como aquele bairro surgiu, qual a população, a maioria vem da onde, quais as maiores dificuldades do bairro”. FERNANDO também relata a estratégia adotada na formação de multiplicadores para o Curso Introdutório no município, no enfoque da atuação em base territorial:

“construímos um projeto para efetivar a implantação do PSF modificado ou ampliado... através de uma capacitação prévia dos multiplicadores... As oficinas eram compostas pelos apoiadores do Distrito... criar uma situação orgânica, o apoiador é aquele que no Distrito acompanha o coordenador de Unidade Básica de Saúde na implantação do modelo, ele já tem como função institucional esse acompanhamento. ... esse grupo, através das oficinas, montou as questões pedagógicas... e discutindo o conteúdo, mas muito ligado à própria proposta do modelo que estava sendo dado” (FERNANDO).

As visitas domiciliares são o centro da estratégia. Quem representa melhor a sua adoção é ANDRÉ: *“a atividade principal é o atendimento domiciliar, a visita domiciliar, das equipes, inclusive comigo junto, no atendimento global da família. Essa é a atividade principal, o diferencial do [Programa de] Saúde da Família é o atendimento domiciliar”.*

GUSTAVO também começa a expor sua atuação pelas visitas domiciliares: *“As atividades rotineiras são as visitas domiciliares a acamados, hipertensos, diabéticos, puérperas, RN...”*.

A promoção da saúde, entendida como educação em saúde da comunidade, é clara nos discursos de LUIZ e PEDRO: *“todo profissional de Saúde tem que ser um educador. Faz parte das atribuições ser um educador em saúde”* (LUIZ) e *“hoje eu sou uma militante no PSF, e acho que é um modelo brilhante, a parte de educação em saúde é a coisa mais linda que tem...”* (PEDRO). A relação com o modelo também é mostrada por PEDRO e CARLOS, mas o segundo ressalta que é preciso *“entender o que é a inversão do modelo, da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família ... de uma maneira que consiga chegar nessa reversão e não ter uma unidade básica [tradicional] com um nome alterado pra Saúde da Família”* (CARLOS).

Essa perspectiva de saúde, em consonância com os movimentos internacionais, como a declaração de Alma Ata (OMS, 1978), e com a Reforma Sanitária e a Constituição do Brasil (Brasil, 1988) é uma das vertentes mais difíceis de ser incorporada, principalmente pelos profissionais de nível superior, como na fala de CARLOS *“Esse é o grande diferencial, mas também a grande dificuldade que o profissional tem em conseguir se adaptar nesse novo modelo, nesse novo modo de trabalhar, principalmente os profissionais de nível superior”*. É também a preocupação de PEDRO: *“entender processo saúde-doença, entender saúde não como doença, mas está relacionado com tudo, com o ambiente, de uma forma mais ampla”*. E aparece na fala de ANDRÉ sobre seu aprendizado no curso: *“como eu tenho que agir... não no ambulatório... mas dentro das casas das pessoas, como você tem que... se dirigir às pessoas, e fazer ... a promoção da saúde”*. PEDRO menciona também como sentido da intersetorialidade a partir de uma visão mais ampla da Saúde: *“quais são as estratégias para estar atacando esses problemas... onde estão os problemas e... tentar resolver... tem sido legal o trabalho... com as secretarias daqui... não se funciona sem [a intersetorialidade]”*. A mudança do modelo assistencial é muito nítida na

fala de ANDRÉ sobre como ocorre a incorporação nas atividades de quem se move do hospital, onde o foco é tratar os doentes, para o Saúde da Família, em que se deve lidar com a saúde: “... [lá] a gente cuidava do doente. Aqui no PSF é diferente, aqui a gente promove a saúde, cuida da saúde”. Além disso, indica o reconhecimento da família como espaço privilegiado de atuação: “como eu tenho que agir... não no ambulatório... mas dentro das casas das pessoas, como você tem que... se dirigir às pessoas, e fazer ... a promoção da saúde” (ANDRÉ).

Embora a incorporação do ACS não transparecesse nas entrevistas de forma mais clara, é possível perceber em algumas falas que foi incorporado como um igual, sem distinção, como relatado por ANDRÉ: “a equipe de PSF... sem grau de importância, todos têm o mesmo grau de importância”, e desempenham seu papel com muito sucesso, como na experiência de LUIZ: “os agentes, desenvolvendo as suas potencialidades como educadores, quando eles são estimulados, já fizemos várias experiências... e os agentes têm uma criatividade, para dramatizar, pra transmitir, as informações ...”.

Sousa (2001a, p. 27) explicita que manter e ampliar as conquistas do SUS e da Estratégia de Saúde da Família é responsabilidade de todos os envolvidos, “e está voltada para o cuidar das famílias, nos seus espaços geopolíticos, possibilitando uma revisão no cotidiano das práticas exercidas pelos profissionais”. Perceber que todas as entrevistas mostraram profissionais entusiasmados com a Estratégia de Saúde da Família e envolvidos com suas diretrizes é muito importante para aqueles que assumem a função de formar outras pessoas para este exercício especificamente. Acrescente-se que demonstraram acreditar também que a educação na Saúde é uma atividade importante e que deve ser responsabilidade de todos, como falaram os entrevistados:

“isso teve muita importância no PSF daqui, quando alguém pega alguma coisa nova já repassa para a equipe toda porque se não repassar não vai dar certo...” (ANDRÉ).

“foi quando eu comecei a desenvolver um trabalho junto a uma equipe específica de PSF...”

a sentir a dificuldade das meninas e levar o profissional da rede para a área, para discutir com as pessoas, com os agentes, fazendo uma capacitação in loco pros meus agentes... tentando instrumentalizar” (PEDRO).

A introdução deste trabalho indicou que os recursos humanos em Saúde dão rosto, voz e movimento ao SUS, mas nem sempre estão preparados e comprometidos com a população usuária e suas necessidades, e, na dificuldade de superar a atuação corporativa ou impessoal, deixam de perceber e assumir seu papel na transformação da sociedade e na qualidade de sua vida e na de seus pacientes. Por outro lado, o eixo central da mudança trazida com a Estratégia de Saúde da Família, que a torna “eixo estruturante” e modelo substitutivo da atenção básica tradicional, é justamente o vínculo profissional-comunidade e a atenção integral voltada para a promoção de saúde, em conformidade com os princípios do SUS. ANDRÉ considera competência necessária para ser multiplicador justamente o entusiasmo com o Programa Saúde da Família, e um entusiasmo autêntico:

“a primeira coisa é credibilidade, não ser falso no que você passa, você tem que passar acreditando no que você está falando... e promover, para quem você está passando, promover o entusiasmo, pelo Programa, pela maneira de trabalhar. Eu acho que isso é muito importante, credibilidade, passar o entusiasmo”.

O entusiasmo dos profissionais entrevistados não deve ser creditado exclusivamente ao curso de formação de multiplicadores para o Introdutório, visto ter sido aquele uma oportunidade de refletir sobre a prática, mas insuficiente para gerar sozinho mudança de atitude se estes profissionais já não estivessem, em algum nível, envolvidos com a proposta. Lembrando os preceitos da aprendizagem significativa e da educação permanente, a mudança ocorre num processo de conscientização do ser, que reflete sobre sua prática à luz de uma teoria ou de uma oportunidade organizada para tal reflexão. É assim que ele pode mudar sua prática, por acreditar que tal mudança faça sentido em sua vida e no resultado de sua ação na vida de seus pacientes/comunidade. Por outro lado, algumas falas

indicam que o envolvimento dos mesmos pode ter sido um importante fator da escolha destes, e não de outros trabalhadores do município, para participarem do curso. A análise das questões referentes ao contexto individual dos mesmos (questões 2 e 3 do roteiro 2) retomará esta discussão à luz de mais aspectos relevantes. Hoffmann (2002, p. 101) aponta uma das vertentes dessa reflexão voltada para a formação de professores em serviço, mas com ressonância na Educação na Saúde: “Não basta alguém dizer-lhe que deve fazer diferente se ele não pensar diferente sobre o que faz”. Mizukami (1986), por sua vez, lembra que o professor toma decisões na sua atuação com base em seus referenciais teóricos e na sua visão de mundo, de forma consciente ou não. Assim, da mesma forma, o profissional de Saúde engaja-se ou não numa proposta de trabalho, na atenção em saúde ou na Educação na Saúde, com base em seus referenciais e visão de mundo. FERNANDO coloca especificamente esta possibilidade de transição e comprometimento ao comentar as competências necessárias para ser docente: *“outros podem aprender... nunca ouviram falar, nunca tiveram contato com esta maneira de trabalhar pedagogicamente e, quando se apercebem da potência, se apaixonam e optam para continuar trabalhando assim”*.

Na perspectiva da educação popular, Assis (apud Vasconcelos, 2001, pp. 36-7) aponta possibilidades de mudança nas práticas do cuidado em saúde ao se adotar uma postura de educação libertária e pautada nas relações interpessoais. Tal postura favorece a solidariedade e não reproduz a dominação, permitindo buscar coletivamente – profissionais, comunidade e gestores – mais saúde e qualidade de vida. Também indica que:

“O conhecimento sozinho não opera desejos. Para transformar realidades, diz Rubem Alves, é preciso amor, elemento que move o educador em seu ofício de criar mundos... não é uma atividade a mais, mas uma nova postura que reordena a globalidade do serviço. Não é possível, de fato, apre(e)nder, ser parceiro, inventar mundos, lutar juntos, prescindindo da amorosidade. ‘Educar exige querer bem’, lembrava Paulo Freire”.

As perguntas 1 e 2 do roteiro de entrevistas 1 remetem às atividades gerais do entrevistado e específicas em relação ao curso de multiplicadores, buscando inseri-los já no processo pedagógico que ocorreu a partir de maio de 2006, quando a Secretaria de Estado da Saúde lançou a pergunta no ar: como está a capacitação introdutória das equipes de Saúde da Família (São Paulo, 2006a). Esse levantamento e as discussões que dele surgiram, além de produzir uma ação específica da Coordenação da Atenção Básica na Secretaria de Estado da Saúde, (São Paulo, 2006a; 2006b) completaram um debate em torno do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a; 2006c) e da Política de Atenção Básica (Brasil, 2006b), lançados pelo Ministério da Saúde no primeiro semestre de 2006. A discussão do Pacto ainda estava incipiente no Estado à época da proposta dos cursos, mas foi se aprofundando ao longo de 2007, inclusive no período das entrevistas. O Pacto tornou-se bem mais sólido e constituído em 2008, conforme os municípios e o estado de São Paulo assinavam os Termos de Compromisso de Gestão, que incluem compromissos com a Estratégia de Saúde da Família e a Política de Educação Permanente e definem indicadores e metas anuais a serem atingidas. CÉSAR coloca, entre suas atribuições, *“o trabalho ... de avaliação e monitoramento, em nível regional, junto dos municípios, com uma ênfase... hoje no Pacto de Regionalização”*. A perspectiva de regionalização da organização da Política de Educação Permanente surge também na fala de CARLOS: *“responsável pela educação permanente nos 26 municípios e na regional; encontrar demanda e avaliar [necessidade de] cursos de formação”*. Já MARCOS apresenta a idéia de regionalização nas suas preocupações (*“tem municípios que entendem melhor essa questão de educação permanente; numa região de 42 municípios, pouquíssimos municípios [têm] uma área de Educação definida...”*) e também na proposta de formação de multiplicadores em rede, com responsabilidade regional (*“mesmo ele estando em um município, ir para outros... A pessoa anda, se pensou nessa rede... a partir do compromisso desse multiplicador, se for trabalhar em outro município, também continua sendo multiplicador”*). É importante lembrar que a

regionalização é fortalecida na Política de Educação Permanente: em 2007, substitui os Pólos, que já eram instâncias regionalizadas, principalmente em São Paulo, pelos Colegiados de Gestão Regional, formadas pelos gestores de Saúde de cada região de Saúde, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – CIES, instâncias permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação a partir da edição da Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (Brasil, 2007a), alterando a Portaria GM/MS nº 198/2004 (Brasil, 2004a), que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil.

Analisaram-se as perguntas do roteiro de entrevistas 1 em dois blocos dotados de sentido: as questões 1 e 2 caracterizando o envolvimento e papel do entrevistado no curso, e as questões 3 e 4 abordando as necessidades de formação e competências pedagógicas dos alunos. A conjugação dos dois blocos com as características referentes à organização do curso de formação de multiplicadores permitiu compreender melhor a experiência de cada região e seu sentido nas respostas do grupo 2, formado pelos alunos. A análise inicial deu-se nos quadros com a leitura horizontal das entrevistas por categoria estabelecida na pré-análise, mas perdiam-se especificidade e riqueza de cada experiência. Então se retomou o olhar sobre cada entrevista do grupo 1 individualmente para pontuar o processo ocorrido em cada região, contextualizar melhor e servir de contraponto à análise das entrevista do grupo 2.

CARLOS, da região A, relata uma inserção inicial na organização da Saúde da Família na região, e por esta atribuição o envolvimento com a formação das equipes no período inicial de implantação das equipes de PSF. A experiência na Saúde da Família encaminhou o profissional para a atuação nos Pólos de Educação Permanente, a partir de seu surgimento em 2003, e para o cargo de responsável pelo Núcleo de Educação Permanente; este processo pessoal culminou com a participação no curso de multiplicadores como coordenador. A atuação em Educação na Saúde não é recente, mas é consequência de uma atuação anterior e principal na organização da atenção, o que exigiu a participação nos Cursos

Introdutórios como monitor e coordenador. Mostra um engajamento nas questões da Política de Educação Permanente *“participado como membro atuante da Executiva do Pólo e do Conselho Gestor”*.

As necessidades de formação e competências pedagógicas dos alunos do curso de formação de multiplicadores – profissionais da Saúde que estão se tornando docentes nessa oportunidade – apontadas por CARLOS, na região A, são quesitos relacionados a conteúdos teóricos (*“... entender bem o processo do SUS, a história das políticas”*), mas também enfocam, com bastante ênfase, *“... a inversão do modelo, da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família”*, considerando esse o ponto crucial que deverá permitir que não se tenha *“uma unidade básica com um nome alterado pra Saúde da Família”*.

Como competências, inicialmente é citado: *“para eles conseguirem adquirir o conhecimento pra depois poderem repassar para as equipes”*, numa terminologia que remete à educação tradicional, de acúmulo e transferência de conteúdos. Mas por outro lado, o profissional entrevistado mostra-se comprometido com resultados comportamentais: *“... de uma maneira que consiga realmente chegar nessa reversão [da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família]”*. A opção pedagógica de CARLOS se revela totalmente: *“ter formação de uma metodologia pedagógica, voltada para a problematização... porque têm uma grande dificuldade, na formação, aprendem muito numa pedagogia muito ... acadêmica”*.

Além de objetivo e tema a serem abordados no Curso Introdutório, a renovação do modelo de atenção à saúde implica, segundo CARLOS, que os profissionais se adaptem ao novo, e os de nível superior geralmente são os mais resistentes. Além disso, é necessário o envolvimento dos demais profissionais da rede, fora da equipe, inclusive os gestores, que nem sempre colaboram, como expõe:

“Esse é o grande diferencial, mas também a grande dificuldade que o profissional tem em conseguir se adaptar nesse novo modelo, nesse novo modo de trabalhar, principalmente os profissionais de níveis superior... e realmente conseguir passar isso pros outros profissionais,

pois às vezes eles conseguem passar para quem está dentro da equipe, mas quem está em volta dessa equipe e até mesmo o gestor tem uma visão diferente: essa é a grande dificuldade que os multiplicadores [vão encontrar]...” (CARLOS).

A organização do curso de formação de multiplicadores para o Introdutório começou pela opção regional de realizar o curso no período próximo ao preconizado (40 horas), programando 44 horas. Mas essa opção foi avaliada inadequada, visto que o curso não supriu as necessidades de formação, na opinião do entrevistado CARLOS (*“que o Introdutório tivesse uma carga horária maior [que 40 horas] ... porque o tempo é muito apertado para eles conseguirem adquirir o conhecimento pra depois poderem repassar no município”*), bem como dos entrevistados GUSTAVO, SILVIO e LUIZ, dos municípios da região A, como pode ser verificado nas falas: *“na parte pedagógica eu acho que [o curso] foi muito rápido, pra mim”* (GUSTAVO); *“porque a capacitação foi bem rápida, não foi nada tão aprofundado... pra mim que ... [estou] entrando mais recente... eu vi que as pessoas que estavam lá, até tinham certa facilidade.”* (SILVIO); *“porque não tive um treinamento, nem mesmo no curso de multiplicadores, que orientasse como deveria ser montada uma aula... não fomos preparadas para isso... surgiu da experiência que cada uma tinha”* (LUIZ).

A proposta não considerava a exigência de um perfil prévio, *“a divulgação foi aberta para todos os municípios, mas priorizados os municípios com o [Programa de] Saúde da Família”* (CARLOS), e nem mesmo se priorizou a demanda de alunos para o Curso Introdutório, porque *“a intenção desse curso é formar multiplicadores para atuar em micro-regiões e não só no seu município”* (CARLOS).

Os conteúdos do curso foram de acordo com a Portaria MS 2.527/06 (Brasil, 2006d), acrescidos de uma breve formação em Metodologia Pedagógica (4 horas), com o objetivo de apresentar a pedagogia problematizadora e preparar o programa dos Cursos Introdutórios que os alunos-multiplicadores iriam depois conduzir. A insuficiência avaliada tanto pelo responsável quanto pelos alunos foi em relação ao tempo de discutir e assimilar os conteúdos teóricos exigidos pela Portaria Ministerial, mas

principalmente em relação às questões pedagógicas, como apresentado nas falas anteriores. A análise das respostas do grupo 2 retomará este ponto.

Um ponto forte do curso, apontado por CARLOS e SILVIO, foi a estratégia de continuar a formação do formador em discussões já em 2007, ampliando o grupo para a equipe de Atenção Básica e o reconhecimento da necessidade de sensibilizar e envolver o gestor municipal de Saúde. Assim, a insuficiência em relação ao tempo e ao aprofundamento do debate se deu numa forma condizente com a perspectiva apontada por Hoffmann (2002), para a qual os programas de qualificação devem, necessariamente, criar espaços de discussão e estudo e serem planejados para ocorrer em longo prazo, de forma a ser possível despertar e sedimentar as mudanças esperadas. Ressalta que esses espaços permitem decisões compartilhadas, assumidas por profissionais que se reconhecem protagonistas e solidários, e que tal resultado se obtém “trocando experiências em andamento, exitosas e dificultosas, porque a experiência dos que já estão trilhando o caminho servem de enorme apoio para os que nelas se iniciam” (idem, p. 115).

MARCOS, da região B, tem sua trajetória pautada no desenvolvimento de recursos humanos e Educação na Saúde, com espaço de atuação reconhecido, mesmo quando não na estrutura formal da Secretaria de Saúde. A experiência de negociação de processos de capacitação com as áreas técnicas envolvem: “*a metodologia, pensando na clientela que vai participar, que significado esse curso vai ter... propiciar um ambiente agradável, material... trabalhar com esse conhecimento que os alunos, que são profissionais, possam trazer*”. A relação com os municípios, especialmente depois da criação do Pólo de Educação Permanente, envolve discutir a demanda da Regional e apresentar no Pólo, bem como trazer o que acontece no Pólo para a Regional de Saúde e seus municípios. A região B já havia detectado, entre suas demandas, a necessidade de investir em uma estratégia para a qualificação inicial dos profissionais de Saúde da Família, desde 2004. Segundo MARCOS:

“Pensou-se em 2 momentos: o momento de qualificar, identificar possíveis multiplicadores; uma proposta de carga horária de 80 horas, onde

se discutiria o conteúdo do Introdutório e a questão pedagógica, a questão metodológica. E aí, oferecer o Curso Introdutório para toda a região, que contempla quase que 90 municípios das 3 regionais”.

A proposta regional estava tramitando desde 2004 no Ministério da Saúde e em instâncias intermediárias, precisou passar por várias retificações, estando fragmentada em três projetos similares, para cada região de Saúde que compunha o Pólo. Assim, por consenso da instância regional da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios participantes, e devido a esta proposta de capacitação cujos recursos estavam na iminência de liberação pelo Ministério da Saúde, optou-se por não realizar o curso de formação de multiplicadores no modelo e no tempo proposto pelo nível central da SES, em 2006.

As necessidades de formação e competências pedagógicas apontadas por MARCOS envolveram inicialmente uma proposta de perfil que se pede aos municípios. Ressalta, no entanto, que, por nem sempre se entender *“o que é ser multiplicador? Qual o papel?”*, o município encaminha profissionais que não se enquadram e que acabam tendo dificuldades em acompanhar o Curso ou desenvolver as atividades decorrentes dele. O perfil não está definido previamente, é definido conforme a discussão com as instâncias organizadoras e participantes: a Regional B da Secretaria de Estado da Saúde e os municípios que fazem parte dela, e eventualmente as entidades formadoras que se envolvem no processo educativo.

As necessidades de formação e competências pedagógicas apontadas para ser multiplicador do Introdutório incluem a vivência em Saúde da Família, na própria equipe, domínio dos conteúdos do próprio Introdutório: *“o conhecimento técnico do que é o SUS, do que é trabalho em equipe, o que é família”*, que seria também conteúdo do curso de multiplicadores; e, como se pensou numa rede de multiplicadores, um poderia estar mais preparado para um assunto, outro para outro assunto, e um daria apoio para o outro, deslocando-se entre os municípios. Além dos conhecimentos técnicos, seria importante:

“a questão pedagógica mesmo, de ter esse cuidado, de saber ouvir, de essa educação ter sentido. Ele saber lidar com outras ferramentas, não só aula expositiva, saber que vai ter que ouvir os profissionais, vai ter que desencadear processos, vivências, para facilitar passar o conteúdo, ter essas ferramentas ... se apropriar disso para ser um multiplicador” (MARCOS).

A situação de não ter realizado o curso de formação de multiplicadores levou à indicação de um município para ter sua experiência registrada, porque esta, pelo seu grande porte, assemelhava-se às necessidades de formar multiplicadores para viabilizar a quantidade necessária de Cursos Introdutórios, também foi o principal modelo para a opção delineada pela Regional, e ainda por ser uma experiência recente. As características dos dois técnicos do município indicados para a entrevista e a própria experiência do município fizeram com que estas entrevistas fossem analisadas no grupo 1. Embora sendo dois entrevistados, ambos têm formação similar, em Sociologia, são municipalizados e trabalham desde 1992 juntos, em Educação na Saúde do município, portanto, os entrevistados foram analisados como uma resposta única que ficou denominada como FERNANDO.

FERNANDO está envolvido no *“trabalho com as questões de formação, de educação e saúde, apoio às equipes e aglutinando todas as ações de educação espalhadas no município... a formação de auxiliar de enfermagem e a de ACD¹⁷”*. Participou ativamente do projeto de implantação da Saúde da Família no município, e da proposta modificada, no período de 2001 a 2004, que envolveu toda a rede básica e representantes dos serviços de referência (hospitais, ambulatórios de especialidades e laboratórios) em amplo e extenso processo de educação permanente.

O modelo de curso adotado para a mudança de modelo na rede incluía uma capacitação prévia dos multiplicadores em oficinas, num total de 240 horas, que permitia ser *“enfocado tanto o aspecto pedagógico, da pedagogia assumida pela proposta, que é a problematizadora”*, quanto os

¹⁷ ACD = auxiliar de consultório dentário.

conteúdos a serem desenvolvidos. Os multiplicadores eram denominados apoiadores, estavam tanto em nível central quanto nos Distritos de Saúde e tinham a função institucional de acompanhar os coordenadores de Unidades Básicas de Saúde na implantação do novo modelo de atenção. Os apoiadores compunham o grupo responsável pela formulação do Introdutório, definindo temas, procurando textos, atividades, e “[enquanto] se estaria formulando, estaria se capacitando”, adotando a metodologia problematizadora. Para aprofundar as “questões pedagógicas, se baseou muito na oficina pedagógica de 80 horas do Larga Escala, agregou muita coisa do Paulo Freire, da educação significativa”. Todas as equipes do município foram capacitadas, e, “quando as equipes vinham da unidade, os apoiadores daquela unidade vinham acompanhar a equipe e ser instrutor na concentração, porque eles acompanhariam aquela equipe na unidade, no período de dispersão”. Essa forma de trabalhar foi considerada muito importante porque permitia que a reflexão partisse da realidade local de trabalho, com o professor/instrutor fazendo a ligação entre a teoria que se via na concentração e a prática no cotidiano das unidades de saúde. A avaliação – “proposta final de dispersão das equipes, para terem o certificado final, trazendo uma nota que justificasse o certificado, deveriam propor um projeto de intervenção na comunidade” – foi irregular, com resultados positivos e negativos: “Algumas equipes ficaram muito motivadas, conseguiram até envolver a comunidade”, mas outras já não responderam com o mesmo engajamento. O mesmo ocorreu com os apoiadores: “alguns tiveram um perfil mais adequado, outros um perfil menos adequado, mas todos participaram e colaboraram”.

A resposta às necessidades de formação também se pautou pela experiência formativa e pela avaliação de seus sucessos: não ter uma equipe centralizada apenas, mas integrar com a rede, com as regiões de Saúde (no caso, Distritos); formar em etapas, num processo, até envolver todos os que se espera. FERNANDO ressalta que “a formação em si é indiferente, pode ser qualquer área, médico, dentista, enfermeiro... fundamental é ter tido na formação uma sensibilização para a saúde pública,

entender o que é SUS, em que sistema está trabalhando". Outro aspecto importante é *"uma certa sensibilidade para a questão do pedagógico, no sentido amplo do pedagógico"*, entendido como *"querer trabalhar com outro... já lida bem com o outro, é mais fácil chamar esse indivíduo, ele já vem com potencial"*.

A proposta e a metodologia, sendo potencialmente transformadoras, permitem tanto aos que optam por continuar poder se aprofundar como àqueles com menor envolvimento não se comprometer com a proposta. Opção, compromisso e vivência da proposta transformadora caminham juntos na fala de FERNANDO em sintonia com Hoffmann (2002, p. 111), que afirma que mudanças se constroem *"como oportunidades a pessoas comprometidas e apaixonadas de mostrar que é possível"*, e com Freire (1996, pp. 47-8), que ressalta que *"como professor num curso de formação docente [...] meu discurso sobre a Teoria deve ser o exemplo concreto, prático da teoria"*.

As competências pedagógicas apontadas por FERNANDO começam pelo *"princípio da pedagogia crítica... a pessoa, para trabalhar com transformação da realidade, precisa ter claro que todo processo começa de uma reflexão crítica sobre a realidade"*. A pessoa pode já conhecer e adotar a pedagogia crítica e seus pressupostos ou pode ser sensibilizada e então optar por continuar com esta concepção pedagógica. É essencial, e independentemente do conhecimento prévio e da adesão à pedagogia crítica, *"a predisposição ao diálogo, a ouvir o outro, valorizar as questões econômicas, sociais e culturais condicionantes de uma realidade. A possibilidade de diálogo, contínuo e de uma construção contínua... a valorização do outro"*.

A clareza dos pressupostos e opções pedagógicas, que já transparecia na fala de MARCOS, torna-se ainda mais evidente na fala de FERNANDO. O tempo de atividade específica na intersecção da Saúde com a Educação trouxe uma familiaridade grande com a terminologia, os conceitos e os pontos essenciais da educação de adultos, em serviço, comprometida com a mudança da realidade, voltada para a atenção integral

e humanizada da população. Ou seja, a educação permanente está sendo incorporada no discurso, lembrando os conceitos das representações sociais. Spink (1993b) chama a atenção para o fato de que as representações sociais são dinâmicas, estão constantemente em transformação na interação cotidiana do indivíduo com o grupo e com a realidade que o cerca. A comunicação é uma construção do sujeito social, a linguagem no cotidiano traz os significados modificados na reconstrução que o indivíduo e seu grupo promovem a partir de idéias novas, que são processadas para se tornarem familiares, integradas ao pensamento consensual. A dinâmica de transformação dos significados transforma também a prática do indivíduo e de seu grupo. Assim, a palavra é uma construção socialmente elaborada: sua utilização expressa as relações sociais e as construções do pensamento do grupo. No caso do profissional de Saúde que se aproxima da Educação em virtude das demandas de suas atribuições no cotidiano, este passa a se comunicar com o arsenal de linguagem dos educadores, mas pode não ser bem-sucedido na comunicação com seu grupo original, o da Saúde. Nem todo profissional de Saúde transita com familiaridade e segurança nos termos e conceitos da Educação ou, quando fala sobre eles, pode adotar significados do senso comum, que não condizem com o entendimento científico preciso do termo, no campo da Educação, inclusive da educação permanente na Saúde.

Finalmente, na região C, CÉSAR relata na entrevista uma experiência mais recente na região (quatro anos), com envolvimento na Atenção Básica e destaque na coordenação regional do PSF, foco da atuação do profissional. Sua experiência profissional anterior não foi detalhada em nenhum momento da entrevista, mas por ocasião do agendamento da mesma, CÉSAR mencionou sua atuação no nível central da Secretaria de Estado da Saúde, ligada a pessoas da Coordenadoria de Recursos Humanos, sugerindo que sua experiência no SUS seja bem mais antiga e profunda do que quatro anos e que tenha passado algum tempo ligado ao desenvolvimento de Recursos Humanos. A responsabilidade pela condução do curso de formação de multiplicadores nas demais regiões foi

dos Centros de Desenvolvimento/Núcleos de Educação, e na região C foi na Coordenação da Saúde da Família, sendo CÉSAR responsável pelo fluxo das atividades e um dos cinco professores do Curso. Os demais técnicos da regional que compunham o grupo também já haviam dado o Curso Introdutório antes, sendo possível dividir os temas a serem abordados entre os membros do grupo.

O curso de multiplicadores da região C teve dois diferenciais importantes: os critérios para as vagas e o trabalho final do curso. Os municípios com o Programa Saúde da Família implantado foram chamados para discutir o curso e as cinco vagas disponibilizadas para cada município, direcionadas para profissionais que atendessem os pré-requisitos: ter conhecimento de saúde pública e ter vínculo estável com o município, não ser membro das equipes de Saúde da Família, para evitar as quebras de continuidade por mudança de profissional.

O outro diferencial foi o trabalho de conclusão, chamado *Termo de treinamento introdutório*: “em grupo, [a partir de] uma estória fictícia, de uma situação, num município eles seriam convidados para ser coordenador municipal de Saúde da Família”, com dois exemplos de município, com diferentes situações de saúde, número de habitantes e desafio junto ao gestor municipal. O diferencial em relação à proposta do Ministério da Saúde e dos demais cursos não foi em conteúdo, mas na forma de fazer com “*que as pessoas trabalhassem de outra maneira, procurassem*” os conhecimentos necessários. Não teriam uma atitude passiva, de espera do conteúdo pronto a ser passado por uma pedagogia tradicional, mas “*usariam, nas duas situação [propostas], tudo que aprenderam durante o treinamento que fizeram*” (CÉSAR). Embora CÉSAR não apresentasse suas concepções pedagógicas, este traço, da busca ativa do conhecimento, sugere alguma familiaridade com conceitos da educação permanente e da aprendizagem significativa.

O curso de multiplicadores foi ministrado uma vez por semana, em aulas de 8 horas, totalizando oito encontros (64 horas), mais que 50% do preconizado inicialmente pela SES e mais próximo da proposta da região B,

que pensou num processo de 80 horas. Os conteúdos trabalhados foram similares aos definidos na Portaria MS 2.527/06: *“políticas de saúde, Saúde da Família... ética, cidadania, humanização... o que é o [Programa de] Saúde de Família... como saber ouvi-los... como acolher essa população”* (Brasil, 2006d). O entrevistado não mencionou qualquer conteúdo ou preocupação com questões pedagógicas.

As necessidades de formação e as competências pedagógicas de multiplicadores, apontadas por CÉSAR, foram o conhecimento de saúde pública, dos princípios e diretrizes do SUS, a postura frente ao acolhimento, à recepção, à humanização do atendimento.

A sugestão de CÉSAR para a continuidade foi retomar as experiências das Regionais de fazer um fórum para *“discutir que perfil o estado de São Paulo precisaria, para capacitar essas pessoas melhor”* e pensar em uma continuidade do Introdutório, *“um outro trabalho para prosseguir, no [Programa de] Saúde da Família, que se desenvolve no dia-a-dia”*.

As respostas de CÉSAR não foram diretas como as de MARCOS e FERNANDO e mesmo de CARLOS. As perguntas precisaram ser repetidas ou enfatizadas para se chegar às respostas apresentadas anteriormente. O enfoque, tanto do trabalho de conclusão como das respostas, indicava uma clara preocupação mais com a organização e expansão da Estratégia de Saúde da Família na região, mas menos com a formação de docentes. As respostas dos alunos do curso, a serem analisadas adiante, retomarão este ponto.

Resumindo, os cursos de formação de multiplicadores estudados:

- **Região A:** duração de 44 horas; conteúdos da Portaria MS 2.527/06, acrescidos de uma breve formação em Metodologia Pedagógica (4 horas), avaliada pelo responsável e pelos alunos como insuficiente, mas como ponto positivo *“não se perdeu vínculo com o grupo e estamos fazendo reuniões bimestrais para tentar trabalhar melhor tanto o Introdutório quanto a Atenção Básica em geral”* (CARLOS).

- **Região B:** não ocorreu; a Regional e o colegiado de municípios optou por esperar a liberação dos recursos do Pólo de Educação Permanente para a capacitação *“em dois momentos: o momento de qualificar possíveis multiplicadores; ... carga horária de 80 horas, onde se discutiria o conteúdo do Introdutório e a questão pedagógica, metodológica. E aí, oferecer o Curso Introdutório para toda a região”* (MARCOS). A experiência do município da região incluiu a formação de multiplicadores, que teve duração de 240 horas, prevendo conteúdo pedagógico específico e a preparação do Curso Introdutório como etapa formativa. Os alunos eram os responsáveis por acompanhar depois as equipes nos Distritos de Saúde: *“quando as equipes vinham da unidade, os apoiadores daquela unidade vinham acompanhar a equipe e ser instrutor na concentração, porque eles acompanhariam aquela equipe na unidade, no período de dispersão”* (FERNANDO).
- **Região C:** duração de 64 horas; conteúdos da Portaria MS 2.527/06, mas os diferenciais foram o perfil prévio de profissionais efetivos dos municípios e o trabalho de conclusão *Termo de treinamento introdutório*, em que os alunos *“usariam, nas duas situação [propostas], tudo que aprenderam durante o treinamento que fizeram”* (CÉSAR).

As perguntas 2 e 3 do roteiro de entrevistas 2, que tinham por objetivo conhecer as interferências da experiência profissional e das capacitações pelas quais o profissional passou, foram respondidas de forma entrecortada, com trechos de uma na outra, por vários profissionais, então optou-se por analisá-las de forma conjunta, estabelecendo as categorias: a) interferências da trajetória profissional; b) interferências das capacitações ministradas; c) interferências das capacitações recebidas e d) percepção dessas interferências. Ressalta-se que as capacitações ministradas não foram pensadas nem perguntadas, mas surgiram como resultado das entrevistas, de forma a merecer um indicador próprio. Bardin (2000) já prevê que, a partir da exploração sistemática do material, os primeiros índices e

indicadores definidos nas operações de pré-análise sejam reformulados, conforme os resultados tomem corpo. Lembrando Nogueira-Martins e Bogus (2004, p. 55), que também abordam a possibilidade de reorganizar, agrupando ou separando as categorias a cada novo exame, “a categorização, por si mesma, não esgota a análise... [deve-se] utilizar, da melhor forma, a capacidade intelectual, para representar fielmente os dados e comunicar o que eles revelam, segundo o propósito do estudo”.

As trajetórias profissionais de SILVIO e ANDRÉ, sem muitos detalhes, foram apresentadas como uma única experiência anterior, clínica, explicitamente diferente, quase antagônica com a recente inserção na Saúde da Família. SILVIO, assim como LUIZ, continuam a exercer atividade clínica e privada, complementar à atuação em saúde pública. Embora seja comum entre os profissionais de Saúde a inserção em diferentes trabalhos e áreas de atuação, os demais não fizeram referência a atividades complementares. Algumas funções de coordenação e assessoria técnica costumam ser cargos de período integral ou dedicação exclusiva, e mesmo que o profissional exerça uma outra atividade fora do serviço público ele não irá revelar, pela incompatibilidade com o cargo ocupado. GUSTAVO fala de algumas experiências anteriores como auxiliar de enfermagem, inclusive na Saúde da Família, e a influência no seu envolvimento atual com a Saúde da Família e com o ensino. Mas, sendo recém-formado como enfermeiro, tudo é novidade. RODRIGO só explica sua função atual, com os desafios que representa, embora relate alguns pontos da trajetória nessa experiência específica. LUIZ relata uma trajetória que envolve várias atuações, capacitações e atividades educativas que se cruzam, e marca uma mudança radical de cidade/estado que leva às atividades atuais, embora já tivesse uma inclinação para atuar como generalista, muito anterior à sua inserção em Saúde da Família, de início na equipe e atualmente como coordenador. PEDRO relata de forma mais rica sua trajetória, bem diversificada, com marcos importantes de alteração de curso e influência para suas atividades atuais e participação no curso de formação de multiplicadores. A inserção em um serviço que iniciava a atenção para pacientes doentes de AIDS e

depois a passagem para o aconselhamento no Centro de Testagem, o CTA, levou-o a uma atuação como educador em Saúde para a população, e desta atuação foi sendo incorporada a atuação em Educação na Saúde, primeiro voltada para os profissionais da rede, em biossegurança, depois se ampliando em outras atividades. Na Saúde da Família, desde o início seu papel foi administrativo, de implantação, coordenação e capacitação das equipes, experiência ocorrida em diferentes municípios.

As capacitações pelas quais os profissionais passaram e tiveram influência na sua prática docente ou indicação/opção pelo curso de multiplicadores foram pouco explicitadas. RODRIGO e LUIZ participaram em um passado recente à entrevista do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde¹⁸, ministrado pela FIOCRUZ dentro das estratégias de implantação e implementação da Política de Educação Permanente no SUS, e fizeram forte correlação entre as duas capacitações:

“um que eu me lembro, até porque acho que também é bem recente, e tem ajudado muito no exercício mesmo, do lugar que eu estou hoje, é o de Educação Permanente da FIOCRUZ. E aí eu acho que agrega um pouco a questão – Introdução da Saúde da Família, com esse link, tanto é que é um caminho até que o próprio SUS [es]tá tentando introduzir enquanto formação do profissional, de quem [es]tá trabalhando. Esse sim, eu acho que agregou mais valor, [es]tá bem recente” (RODRIGO).

“também desse tempo pra cá eu fiz o curso de facilitadores de Educação Permanente, que foi oferecido pelo Ministério da Saúde” (LUIZ).

RODRIGO relatou na sua apresentação que tem mestrado em Saúde Coletiva, mas não voltou a mencionar essa formação como relevante na prática docente; já LUIZ relaciona a especialização em Saúde da Família:

¹⁸ O Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde foi proposto como estratégia de implementação da Política de Educação Permanente, no processo de criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no país inteiro, entre 2004 e 2006. Voltado para os diferentes atores com possibilidades de contribuir para a implementação de processos de educação permanente no Sistema Único de Saúde, como Política de Formação dos Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde/MS, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz foi credenciada para preparar estes atores para a construção de cenários que propiciem a reflexão permanente das equipes de Saúde sobre suas práticas, visando ampliar as capacidades institucional e profissional de atenção, de gestão, de participação social e de formação em sistemas locais de saúde.

“foi básico, assim, importantíssimo nós termos a especialização em Saúde da Família, eu acho que você não [se] pode falar ou ensinar uma coisa que você não sabe ou que você não domina”. Além do importante adensamento de conteúdos para gerar segurança no Introdutório, a especialização colaborou com metodologia e material rico, que foi aproveitado no Curso Introdutório, já realizado após a formação de multiplicadores. O Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde também foi fonte de inspiração e material para o Curso Introdutório. PEDRO relatou ter formação como professor no curso de Magistério, e depois fez faculdade na área de Saúde, mas não percebeu influência da primeira formação na atuação em Saúde e em Educação na Saúde. Mencionou ter feito muitos cursos, principalmente quando passou a trabalhar em outro serviço de saúde: *“Foi aí que eu comecei mais a direcionar a minha área para a parte educativa ... em dezembro de 94 que eu comecei a fazer muitos cursos de capacitação ... e fui trabalhar como aconselhadora do CTA”*, mas não o relacionou com a participação no curso de formação de multiplicadores, que deveu-se mais às suas necessidades no cargo de coordenador municipal de Saúde da Família. GUSTAVO e SILVIO não respondem, além do curso de multiplicadores, sobre outras capacitações anteriores pelas quais passaram, mas, sim, que ministraram. A inserção na Saúde da Família, mais recente, surge também nas suas falas: *“Como enfermeira ... a única capacitação que eu tive após a minha formação..., foi esse de capacitação [de multiplicadores]”* (GUSTAVO) e *“foi uma experiência nova no curso ... como eu caí ... de pára-quadras ... foi muito bom até pra conhecer o que era o PSF... que eu não tinha tanto conhecimento... acabei conhecendo mais”* (SILVIO). ANDRÉ responde de forma não linear à pergunta, afirmando que *“eu fiz cursos aqui, depois que eu comecei no PSF ... que me ajudaram muito: curso de aleitamento materno ... de pré-natal ... de acompanhamento de diabéticos e hipertensos”*, mas a preocupação desse profissional, após cada curso nomeado, era dizer que *“eu repassei para toda a equipe”*, visto que *“isso teve muito valor aqui, dentro desse Programa Saúde da Família ... quando alguém pega alguma coisa nova, já repassa para a equipe toda”*. O

profissional relata que “*fui eu que praticamente solicitei [participar do curso de multiplicadores]*” e explica a importância do curso na sua atuação:

“eu peguei uma boa parte da teoria de como se deve trabalhar no PSF, como tenho que conduzir a minha equipe, como eu tenho que agir, não no ambulatório, mas dentro das casas das pessoas, como você tem que se dirigir às pessoas, e fazer a promoção da saúde; pra quem não tinha nada, esse curso foi tudo!”

As atuações como docentes apresentam relatos como os de PEDRO e GUSTAVO, em atividade docente em escola de ensino médio e técnico, respectivamente, mas sem estabelecer maior relação dessa experiência docente com a atuação no Curso Introdutório. SILVIO teve uma experiência docente não formal, no SENAC, que compara com a perspectiva futura no Curso Introdutório, principalmente na metodologia, com a adoção de apostila no SENAC e a necessidade de preparo mais elaborado no Introdutório: “*é mais complicado, porque organizar o curso é uma coisa mais abrangente, lá [no SENAC] eu tinha já a apostila pronta, eu sabia o que eu ia fazer em cada aula, a carga horária ... aqui seria mais difícil, mas não impossível*”. ANDRÉ e LUIZ estiveram ligados a residências médicas, mas não estão atualmente, e fizeram pouca relação entre uma experiência e outra. Na verdade, LUIZ se queixa da falta de formação pedagógica para a residência e insuficiência na formação de multiplicadores. RODRIGO só se reporta a atividades ligadas a Cursos Introdutórios realizados antes da formação de multiplicadores, e também com poucos detalhes.

É possível perceber que os profissionais mais recentes no PSF também não relatam experiências anteriores no SUS, e apresentam de forma genérica capacitações pontuais, sem relação estabelecida com sua trajetória ou indicação para o curso de multiplicadores. Relacionam sua experiência docente anterior, externa ao PSF (escola técnica de enfermagem, SENAC, acompanhamento de residentes) como experiência em capacitações anteriores, e dessas experiências imputam a si competências pedagógicas que julgam importantes: saber organizar aulas, se expor, ser espontâneo, por exemplo. Mas não indicam que tais

experiências ou competências foram importantes para sua indicação como multiplicadores, que se deveu, nesses casos, mais às atribuições do cargo (no caso de apoio da coordenação), solicitação para participar e falta de outros profissionais que poderiam participar, do que uma escolha consciente e seletiva da administração por estes profissionais.

Já os três profissionais entrevistados com experiência mais antiga no PSF iniciaram sua trajetória ainda há mais tempo no SUS e conseguiram apresentar um encadeamento de atividades que culminaram com sua inserção atual como coordenadores ou apoio técnico de coordenação do PSF. Conseguiram estabelecer relação das capacitações anteriores com o aproveitamento e complementação do curso em questão, principalmente em aspectos metodológicos, com uma clara opção pedagógica sintonizada com as propostas da educação permanente. A escolha desses profissionais para o curso de multiplicadores teve clara relação com suas atribuições no cargo ocupado, mas também pelo interesse pessoal de cada um, exposto em diferentes momentos, interesse esse norteado por uma trajetória de aproximação da área de Educação no SUS muito intensa em uma entrevista, até pela duração da mesma, mas presente de forma clara nas três entrevistas. Cabe ressaltar que os três entrevistados apontaram uma construção processual do saber pedagógico e da vocação de educador, que consideram essencial não apenas para sua trajetória pessoal, mas em algum grau para todos os profissionais envolvidos em atenção básica e promoção de saúde. Em duas entrevistas a participação no Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, ministrado pela FIOCRUZ, dentro das estratégias de implantação e implementação da Política de Educação Permanente no SUS, foi relevante para esses profissionais e deu uma bagagem de recursos e comprometimento com a metodologia participativa, constando que, na fala de um profissional, RODRIGO: *“o conteúdo nem era tão novo, mas a maneira de estar sendo trabalhando, agregou muito, foi dar nome a...”*.

A experiência educativa desses profissionais se destaca na maior familiaridade com os termos utilizados, na sintonia das respostas e na

pertinência das mesmas a uma proposta metodológica definida em uma trajetória de fazer Educação na Saúde e no SUS, que culminou com a educação permanente.

RODRIGO é conciso em suas respostas, mas revela aspectos muito ricos em frases curtas. À pergunta sobre as capacitações, inicia sua resposta com: *“um pouquinho de cada [capacitação], você vai passando e vai agregando, e na tua própria experiência de campo, você vai vivenciando”*. PEDRO, que também tem um longo processo de vivências, não consegue estabelecer de forma direta sua contribuição para a prática atual e não consegue ser tão claro quanto RODRIGO, que sintetiza todo o processo em uma frase que relaciona todos os conceitos: a educação é permanente na vida do profissional, a cada oportunidade de capacitação ou experiência de trabalho, ao se fazer uma reflexão sobre a prática, é possível aprender algo novo, nem que seja ver sob outro ângulo aquilo que já se conhece, ou organizar um conjunto de competências (entendidas como conhecimentos, atitudes e habilidades mobilizadas) para responder aos desafios do cotidiano, ou a novos desafios. LUIZ ressalta a importância da construção coletiva do grupo que se preparou junto e organizou o único Curso Introdutório após a formação dos multiplicadores da amostra de entrevistados. A falta de uma formação pedagógica específica foi suprida pela experiência de cada profissional e pelo diálogo entre os mesmos:

“nós montamos um cronograma baseado na experiência, porque a gente tinha no grupo pessoas que tinham experiência nessa dinâmica de montar uma planilha... que tipo de estratégia pedagógica é essa... eu aprendi com as minhas colegas, porque não tive um treinamento, uma orientação, nem mesmo no curso de multiplicadores, que orientasse como deveria ser montada uma aula ... com as vivências que a gente já teve a gente sabe que fazer uma dinâmica antes da aula acaba preparando esse grupo para um aproveitamento melhor daquele assunto que virá, mas isso a gente faz quase que empiricamente, porque a gente sente que isto é bom, não porque a gente tenha tido uma orientação formal a esse respeito” (LUIZ).

A compreensão do aspecto processual da Educação, presente na literatura específica da educação permanente e explorada neste trabalho, é abordada também nas falas do grupo 1, como de FERNANDO:

“As oficinas eram compostas pelos apoiadores... pra comporem o grupo que formularia o Introdutório. [Enquanto] se estaria formulando, estaria se capacitando, em cima da metodologia que já é tradicional, desde o início trabalhamos com a problematização... pode fazer por etapas, o primeiro grupo que passa, pode ser um processo, ir envolvendo outros... a pessoa, para trabalhar com transformação da realidade, precisa ter claro que todo processo começa de uma reflexão crítica sobre a realidade”.

A possibilidade de reconstrução do saber é explicada por RODRIGO, exatamente em relação ao curso de facilitadores da FIOCRUZ:

“não que as circunstâncias ali fossem coisas muito novas, ou estivéssemos falando de coisas que ninguém nunca tivesse ouvido falar... não que aquilo você não reconhecesse, você não tivesse passado nunca, mas começa a dar nome e, mais do que isso, eu acho que ele ameaça a puxar o fiozinho da meada para fora, para pelo menos você vislumbrar por onde você vai terminar de desenovelar o novelo, eu achei bem legal”.

Essa percepção já aponta para a incorporação, por estes profissionais, da concepção de que a formação de todo profissional é um processo, que tem seu início na formação específica e que continua ao longo da vida, de forma permanente. Esse conceito está ancorado na literatura relacionada à educação permanente (Haddad et al., 1994; Feuerwerker e Sena, 1999; Ceccim e Armani, 2001; Ceccim, 2002; Ceccim e Feuerwerker, 2004; Turazzi, 2007), na aprendizagem significativa (Mizukami, 1986; Rogers, 1988, Donato, 2000), em Paulo Freire (1980; 1996; 2002; 2003), na perspectiva da história de vida e formação (Nóvoa 1992), nos documentos oficiais da Política de Educação Permanente no SUS (Brasil, 2003d; 2003e; 2004a; 2004c; 2004d; 2005a; 2007a) e da UNESCO (UNESCO, 1998), entre outros. Retomando três tendências que Gadotti (2002, p.268) considera universalmente aceitas – “que não existe idade para

a educação, de que ela se estende pela vida e não é neutra” –, a formação docente dos profissionais de Saúde não pode se distanciar dessa concepção. Entre as competências que Perrenoud (2000) propõe, a décima competência, de administrar sua própria formação contínua, baseia-se no entendimento de que as competências, as situações que as mobilizam e os conhecimentos que podem embasá-las são dinâmicos, e o professor precisa analisar sua prática, conseguir explicitar o que faz de forma consciente, reconhecer suas falhas e necessidades, definir suas necessidades de formação e procurar, voluntariamente, avançar para uma prática mais autônoma, mas que inclua a oportunidade de desenvolver, em projetos coletivos, uma formação comum com os demais membros da equipe. Hoffmann (2002) também ressalta que programas de qualificação precisam incluir espaços de discussão em grupo e de estudo, serem planejados para longo prazo, com tempo suficiente de despertar e sedimentar as mudanças, e não se devem esperar resultados imediatos. Já Freire (1996) indica que a formação de professores críticos deve envolver a exigência da relação teoria-prática, para estabelecer desde o início do processo a reflexão crítica sobre a prática, assumindo-se como sujeito do próprio aprendizado, para poder depois reproduzir a mesma relação com seus aprendizes no exercício da docência.

As perguntas 3 e 4 do grupo 1 e as perguntas 4 e 5 do grupo 2 indicaram, respectivamente, as necessidades de formação e competências pedagógicas apreendidas pelos atores entrevistados em cada grupo. Assim como as questões de contexto, as respostas às necessidades de formação e competências pedagógicas não foram lineares. Ao contrário, entrecruzarem-se, apareceram nas questões iniciais ou precisaram ser provocadas para se revelarem. As categorias de análise iniciais foram: a) necessidades de formação verbalizadas; b) dificuldades e/ou facilidades apresentadas para atuar como educador; c) outras dificuldades que interferem no processo de educação, como problemas administrativos; d) competências pedagógicas verbalizadas; e) conhecimentos técnicos que precisariam ser mais bem trabalhados; e f) uma categoria nomeada “outros”, que inclui as omissões,

sugestões de condução, propostas de perfil prévio à formação. Essas categorias não se mostraram eficientes nem mutuamente excludentes para o aprofundamento da análise, nem para a apresentação dos resultados, embora tenham sido muito úteis como base para os recortes e as junções nos quadros de análise das entrevistas. Acabaram por fornecer as indicações de novos agrupamentos, em que as necessidades de formação verbalizadas, percebidas, requeridas pelos alunos ou propostas para a formação, juntaram-se às competências pedagógicas e às dificuldades ou facilidades apresentadas para atuar como educador, num novo arranjo composto por: a) conhecimentos ou conteúdos teóricos; b) atitudes; c) habilidades; d) condições. Além disso, foram mantidas as categorias: e) outras dificuldades que interferem no processo de educação, como problemas administrativos; e f) “outros”, que incluiu as sugestões de propostas de perfil prévio à formação e de continuidade do processo. Os conhecimentos ou conteúdos teóricos foram depois redivididos em áreas do conhecimento e utilização no Curso Introdutório.

Em linhas gerais, as respostas às necessidades de formação, competências pedagógicas e dificuldades nas perguntas 3 e 4 do grupo 1 foram descritas no contexto das experiências regionais, e as respostas às perguntas 4 e 5 do roteiro do grupo 2 são apresentadas a seguir:

“foi um pouco dificultoso... era para quem já havia feito [o Introdutório], eu fui direto para a capacitação [de multiplicadores] ... estava perdida ...por estar trabalhando há dois meses, não conhecia nem [meu próprio território] ... tenho só uma funcionário que não fez [o Introdutório] ... eles [gestores do município] não vão fazer um curso pra três pessoas, seria ideal fazer o curso juntamente com outra cidade mais próxima, conseguir se unir ... lá o PSF é tudo meio complicado ... querem muito resultado, visam muito eleição, lá é muito paternalismo, tem alguns objetivos de PSF que a gente não consegue alcançar ... na parte pedagógica eu acho que ele foi muito rápido, deveria ter um tempo maior” (GUSTAVO).

“precisaria mais capacitação... o SUS é tema bastante abrangente... territorialização, se aprofundasse seria bom... já tinha esse curso Introdutório ... a capacitação feita lá na DIR [antigo

nome da DRS, da SES] só complementou ... assuntos que de repente não foram trabalhados lá, acabavam sendo trabalhados aqui ... agora é só juntar as duas coisas, pra gente ver o que é realmente necessário, ou se precisa mudar mais alguma coisa..." (SÍLVIO).

"uma orientação pedagógica, ... como deve ser montada uma aula, um plano de aula... problematizar sobre que instrumentos a gente pode ter... Nós tivemos a facilidade de ter o data-show, facilita muito na questão gráfica" (LUIZ).

"O problema é a forma de passar, por isso eu quis fazer o curso, primeiro para saber dos conteúdos, saber se o que eu pensava estava fora, porque eu pensava intuitivamente, pelo que eu vivi e li, o PSF é uma coisa nova na minha vida, me instrumentalizar para ter mais conhecimento... ter noção de saúde pública, entender processo saúde-doença, entender saúde não como doença, mas está relacionado com tudo, com o ambiente, de uma forma mais ampla, aí vai conseguir trabalhar pontos mais específicos: cidadania, ética, trabalho em equipe, entender a questão social, a comunidade, entender o seu objetivo aí. Nosso objetivo maior no curso é conseguir formar agentes promotores de saúde ... você não consegue médico generalista, os que chegam são recém-formados, depois conseguem uma residência, abandonam. São cooperados, ou o contrato é temporário, vamos fazer uma capacitação, investir nos profissionais, e em setembro, acaba o contrato, não sei quem continua" (PEDRO).

"são três reuniões, e é na reunião de equipe que a gente vira multiplicador, e passa ... me deu conhecimento geral de toda a abrangência do Programa de Saúde da Família; hoje em dia a coisa simplificou um pouco, porque tudo aquilo que eu peguei... eu peguei em disquete e distribuí todos os disquetes pra turma, todo mundo já sabe tudo o que foi estudado ... e depois nós começamos a sentar e discutir, parte por parte ... antigamente, eu teria que dar aula, mas hoje, em disquete, vai pra casa, lê esse disquete todo, daqui a uma semana a gente vai conversar ... a primeira coisa é credibilidade ... e promover, para quem você está passando, promover o entusiasmo, pelo Programa, pela maneira de trabalhar... tenho uma característica particular, eu sou um cara extrovertido, trabalho brincando, levo

tudo no bom humor... e não só relacionamento da equipe, relacionamento com os pacientes ... o Introdutório te dá aquele arcabouço geral, de como funciona, de como você tem que trabalhar, como as equipes têm que fazer, como elas têm que agir, inclusive como elas têm que interagir entre elas, equipes diferentes” (ANDRÉ).

“o mínimo conhecimento do que é o sistema de saúde e não só teórico, os princípios do SUS, extravasa um pouco, o que acontece no nível de território, da construção do processo de saúde... E no segundo momento, ter um link disso com a rede... essa questão do público, com que o SUS se estabelece no território inteiro, e aí traz para dentro do seu município, pode estar expondo seus flancos abertos, suas dificuldades e o que já avançou, e aí a pessoa fica um pouco mais situada pra poder [estar] trabalhando com o que é a Saúde da Família ... importante também vivência de comunidade: ‘esse nasceu pro Saúde da Família’, aquilo tava dentro dele, mas não é todo mundo, não podemos contar com todo mundo nessa situação ... trabalho em comunidade, rede de assistência, saindo um pouco do seu umbigo, que é a saúde, e pensando em outras áreas, como a Educação, o social, etc..., senão também não dá ... em termos de formação, não sei se muito a coisa acadêmica ... a escuta em 1º lugar, a percepção do outro, e em 2º lugar a organização desse profissional ... Eu acho que tudo, tudo se aprende, eu sou dessa teoria: só não se aprende aquilo quando você não se está aberto para querer aprender, ou quando você tem uma dificuldade ímpar ... o restante eu acho que dá, hoje em dia você tem um mar de lugares para você [procurar], você [estar] pesquisando” (RODRIGO).

As respostas verbalizadas foram associadas aos conteúdos apresentados nas questões iniciais para atenderem aos novos agrupamentos, em que os recortes dos trechos dotados de significado foram ainda mais reduzidos e generalizados, buscando uma ou poucas palavras, semelhantes, que traduzissem os significados. Como já exposto anteriormente, os processos de recortes e classificação se faziam em colunas acrescidas aos quadros de análise, a partir dos quadros apresentados nos anexos 6 e 7. Portanto, mesmo usando palavras na

coluna em análise, ao lado se mantinham as colunas anteriores, com os trechos e com o texto completo das entrevistas, facilitando que se intercalassem a leitura horizontal do conjunto das entrevistas e a leitura vertical de cada uma delas.

Os conhecimentos ou conteúdos teóricos são abordados por todos os entrevistados, com alguma diferença de importância e enfoque. Tal variação mostrou a necessidade de dividi-los pelas áreas do conhecimento e pela sua utilização no Curso Introdutório, em três subgrupos: conteúdos obrigatórios do Introdutório, conteúdos transversais e conteúdos pedagógicos.

Os conteúdos mínimos definidos pelo Ministério da Saúde e indicados na Portaria 2.527/06 (Brasil, 2006d) foram balizadores dos conteúdos técnicos/teóricos discriminados nas entrevistas, em consonância com a política nacional relacionada aos Cursos Introdutórios. Os temas gerais são: “1. A Atenção Básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação”; “2. A organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base em territorial”; “3. O processo de trabalho das equipes”; e “4. Atuação interdisciplinar e participação popular”. Cada tema possui subdivisões, que geralmente foram os conteúdos citados nas entrevistas, e encontram-se no anexo 9. Todas as entrevistas mencionam conteúdos da Portaria 2.527/06, mas nem todos os temas ou suas subdivisões foram citados pelos entrevistados, e há entrevistas que mencionam um único subitem. O tema 1 foi mencionado como: “*história das políticas*”, a “*questão do público*”, a “*saúde pública*”, “*como o processo se estabeleceu no território*”, o “*SUS*”, a “*Estratégia de Saúde da Família*”, a “*inversão do modelo*”. O tema 2 não teve nem subitem sugerido ou requisitado. O tema 3, trabalho em equipe, além do título, teve vários subitens relacionados: “*território/territorialização*”, “*acolhimento*”, “*família [como estrutura básica de atuação]*”, e “*funções/atuação da equipe*”.

Freire (1996) indica que ensinar exige segurança e competência profissional, entendida aí como responsabilidade de preparar-se cientificamente em relação aos conteúdos a serem ministrados. Masetto

(2003, p. 13) aponta a competência em determinada área de conhecimento como uma das vertentes das competências do professor universitário, ressaltando a necessidade de superar a crença de que “quem sabe, automaticamente sabe ensinar”, mas sem abrir mão do conhecimento sólido e atualizado do assunto a ser ensinado, da experiência profissional, associados à pesquisa, permitindo a reorganização dos conhecimentos para trabalhá-los com seus alunos. Rios (2001), discutindo a ação docente competente, aponta a dimensão técnica e, assim como Masetto, sinaliza que esta ultrapassa o domínio do conhecimento específico da área de ensino, exigindo a capacidade de construir e reconstruir esses conhecimentos com seus alunos. Alguns entrevistados verbalizam as mesmas preocupações. ANDRÉ explica que *“a primeira coisa é credibilidade, não ser falso no que você passa, você tem que passar acreditando no que você está falando, se você simplesmente falar: porque eu escutei isso e é assim, não [funciona]”*. LUIZ também reforça que *“não [se] pode falar ou ensinar uma coisa que você não sabe ou que você não domina...”* e aponta que o conhecimento já era anterior à formação de multiplicadores: *“de quatro professoras, três tem especialização em Saúde da Família; o fato desse grupo ter o domínio sobre o assunto facilitou muito, [se] pode dividir os temas, e cada um estar preparando e aprofundando bem uma aula”*. CARLOS ressalta que é preciso *“entender bem pra conseguir repassar para as equipes, de uma maneira que consiga realmente chegar nessa reversão e não ter uma unidade básica com um nome alterado pra Saúde da Família”*, na perspectiva de que o Curso Introdutório deva ser o marco que irá balizar a adoção de um modelo mais próximo aos princípios do SUS, e sem conhecimento o multiplicador não irá conseguir a repercussão necessária na inversão do modelo. PEDRO também se refere à necessidade de ter domínio sobre o assunto a ser abordado, na perspectiva de ser eficaz na sua comunicação: *“Porque se você começa a trabalhar ... de uma forma que eles não compreendem, você vai fazer papel de besta. Mas você precisa conhecer, até para poder falar de uma forma simples. Quem não conhece, fala complicado”*. O conhecimento prévio dos assuntos a serem abordados no Curso Introdutório só foi

proposto claramente pela região C, como mostra a fala de CÉSAR: “*se pediu para os municípios, para escolher pessoas que tivessem um pouco de conhecimento do que é o SUS, quais as diretrizes, que propostas têm*”. As regiões A e B não definiram um perfil prévio, e nenhuma entrevista indicou a obrigatoriedade de ter feito o Curso Introdutório antes de participar do curso de formação de multiplicadores, embora GUSTAVO relate que: “*foi um pouco dificultoso... era para quem já havia feito [o Introdutório], eu fui direto para a capacitação [de multiplicadores]*”. Os conteúdos específicos do Curso Introdutório foram referidos eminentemente como necessidades de formação, ou poderia se dizer, informação a ser adquirida. Nesse aspecto, RODRIGO apresenta, na resposta referente às competências, uma interessante possibilidade de flexibilização da formação:

“Eu acho que tudo, tudo se aprende, eu sou dessa teoria: só não se aprende aquilo quando não se está aberto para querer aprender, ou quando você tem uma dificuldade ímpar ... e o restante eu acho que dá, hoje em dia você tem um mar de lugares para [procurar], você [estar] pesquisando”.

Outros conteúdos requisitados ou propostos nas entrevistas são transversais, como ética, cidadania e processo saúde-doença, implicados com a forma de atuar das equipes em capacitação ou especificando as expectativas em relação a esta atuação. PEDRO expõe que “*Nosso objetivo maior no curso é conseguir formar agentes promotores de saúde*”. Já ANDRÉ aponta a importância do Curso Introdutório no relacionamento dentro da equipe explicando que “*o Introdutório te dá aquele arcabouço geral, de como funciona, de como você tem que trabalhar, como as equipes têm que fazer, como elas têm que agir, inclusive como elas têm que interagir entre elas, equipes diferentes*”. Estes conteúdos apareceram como desafio a ser atingido nos Cursos Introdutórios, lembrando as dimensões ética e política de Rios (2001), o exercício da dimensão política de Masetto (2003) e a nona competência enumerada por Perrenoud (2000), a de enfrentar os deveres e dilemas éticos da profissão. O profissional de Saúde que se envolve na docência assume o duplo encargo de refletir e produzir uma prática reflexiva, tendo os valores da Saúde e da Educação embasando sua

atividade docente e sendo exemplo dessa prática reflexiva para seus alunos. Espera-se, na proposta da Política de Educação Permanente em Saúde, desenvolver estratégias de educação que formem profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade (Brasil, 2004d). No Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Brasil, 2008b, p. 22), educação permanente é definida como:

“Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde”.

A capacitação pedagógica é a terceira vertente de conteúdo de formação, não relacionada ao conteúdo a ser ministrado no Curso Introdutório, mas à forma de realizar este Curso. É referida de forma imprecisa ou especificando as dificuldades e necessidades que surgiram na formação ou no preparo e condução do Introdutório. As necessidades de formação passam pela discussão da organização do conjunto, das aulas, das técnicas e metodologias a serem empregadas, denotando a relativa insegurança dos profissionais de Saúde na atuação em Educação. Também surge como pré-requisito, característica ou competência prévia ao processo formativo em questão, o curso de multiplicadores.

Embasam estas preocupações a necessidade do domínio da área pedagógica, como expõe Masetto (2003), compreendendo essa vertente os processos de ensino e de aprendizagem, a revisão da práxis do professor e a capacidade de atuar sobre a mesma. Relacionam-se eminentemente às primeira, segunda, terceira, quarta, oitava e nona competências propostas por Perrenoud (2000), embora todas as dez competências sejam de referência para o ofício de ensinar. As competências enumeradas são, respectivamente, organizar e dirigir situações de aprendizagem; administrar a progressão das aprendizagens; conceber e fazer evoluir os dispositivos de

diferenciação; de envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho; utilizar novas tecnologias e enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão. A proposta do grupo de Genebra, apresentada por Perrenoud (2000), está voltada para a formação contínua ou permanente dos professores do ensino fundamental diante das mudanças a que estão cotidianamente expostos em sua prática. Os desafios poderiam ser imobilizadores ou conduzirem ao pessimismo. Freire (2003) ressalta a implicação da visão de mundo na postura profissional; a percepção de que a realidade é histórica e social: sendo criada por homens, por eles pode ser mudada; já uma percepção ingênua, de uma realidade imutável, gera uma postura fatalista. A visão de mundo dá as cores para a percepção dos desafios no cotidiano e determina, de forma consciente ou não, tanto o seu papel como docente como os métodos e técnicas que irá adotar. Hoffmann (2002, p. 108) aponta para um caminho possível a partir dos desafios: “buscar o novo não deve significar uma batalha contra o velho, mas uma sadia convivência entre ambos [...] compreender o processo de mudança como continuidade e não como negação a uma história construída”.

Masetto (2003) e Secco e Pereira (2004) abordam as dificuldades dos profissionais que, historicamente, formaram-se e passaram a ensinar nas universidades, adotando o modelo tradicional, de aula expositiva e transmissão do conhecimento pronto. CARLOS expõe essa preocupação: quanto às competências pedagógicas, mostra a importância de “*ter formação de uma metodologia pedagógica, voltada para a problematização, porque [os profissionais] têm uma grande dificuldade: na formação, aprendem muito numa pedagogia muito acadêmica*”, pedagogia esta entendida como tradicional, expositiva. Exige-se desses profissionais, principalmente a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96 (Brasil, 1996a), a adoção de recursos e técnicas cujo manejo não dominam, a participação em debates sobre currículo e sobre projetos político-pedagógico que não compreendem. E então passam a ter sua competência técnica questionada, pela fragilidade da formação didático-pedagógica e do domínio das competências da função docente. MARCOS

relaciona, nas competências, a adoção de outras técnicas que extrapolam a pedagogia tradicional:

“saber lidar com outras ferramentas, não só aula expositiva, saber que vai ter que ouvir os profissionais, vai ter que desencadear processos, vivências, para facilitar passar o conteúdo, se apropriar dessas ferramentas para ser um multiplicador, além do conteúdo, do conhecimento técnico” (MARCOS).

A adoção de uma prática pedagógica renovada, crítica e comprometida com as novas concepções de ensino e aprendizagem acontece pelo engajamento e conhecimento incorporado, não por treinamento de uma técnica, como aponta Hoffmann (2002). Falas como a de LUIZ – que pede *“uma orientação pedagógica, sobre como é que deve ser montada uma aula, um plano de aula, um cronograma”* ou ainda *“na aula tal o que vai ser feito, que tipo de estratégia pedagógica, se é uma construção coletiva, se é uma pergunta circular ... não tive um treinamento, uma orientação”* – denotam algum conhecimento em outras técnicas que não apenas a aula expositiva e também a necessidade sentida por quem está na prática preparando o curso e tem dúvidas. Mas o treinamento de uma técnica é insuficiente para o sucesso de sua adoção, como reflete PEDRO:

“uma queixa, inclusive neste curso de formação que eu tive: foi apresentada uma dinâmica bárbara, que achei muito legal, para falar sobre o SUS: várias fotos com as datas pra que eles fossem colocando numa linha do tempo ... na verdade, aquilo lá não precisava saber, se não conseguisse, não tinha problema. Só que foi feito, mas depois não foi trabalhada a linha histórica disso... Pra que serviu aquela dinâmica? Eu acho que o problema é esse, é a forma de você passar”.

Hoffmann (2002, p. 113) sinaliza que o caminho das mudanças é lento e solidário, compartilhado com os pares, numa reflexão produtiva sobre a prática, entendendo que *“a construção do coletivo só estará consolidada pela leitura e reflexão de cada um”*. O conceito de *“habitus”* de Bordieu, discutido por Minayo (1994a), explicita que o indivíduo procura uma forma

automática de agir, sem precisar pensar, adotando o “habitus” construído na relação do indivíduo com seu grupo social, na estrutura social e no momento histórico dados. A circulação das idéias no grupo constrói um conjunto de práticas cotidianas que diferencia um grupo social dos demais e instrumentaliza seus membros com práticas quase condicionadas para responder aos desafios de seu cotidiano. A análise dos discursos mostrou vários trechos com uma aparente confusão dos termos e técnicas do campo da Educação, sugerindo o envolvimento paulatino e nem sempre sistemático desses profissionais da área da Saúde em outra área de saber, a Educação, e ainda com a expectativa de fazer diferente esta Educação, de forma crítica, significativa, permanente, quando a experiência como alunos deu-se preponderantemente na pedagogia tradicional. O discurso e a prática dos profissionais de Saúde que se envolvem em atividades de educação, suas escolhas, necessidades e habilidades vão sendo construídas num processo de formação do docente, que não deixou, via de regra, de ser profissional da Saúde. Ao discurso e à prática da Saúde vão sendo incorporados lentamente o discurso e a prática da Educação, conforme esse profissional vai se tornando mais familiarizado e confortável no meio de educadores, assim como, desde sua formação básica, está abrigado e protegido no meio dos seus pares na Saúde.

As categorias de análise iniciais já apontavam uma diferenciação das dificuldades e/ou facilidades apresentadas em questões relacionadas à atuação direta do educador e em outras questões que interferiam no processo educativo, como problemas administrativos. Incluíam também uma categoria nomeada “outros”, para relacionar tudo o que não cabia nas demais, ou seja, as omissões, os desvios de assuntos, os reforços e subjetividades, as propostas de condução do curso, de perfil do profissional a ser indicado para multiplicador, de material de apoio. Os recortes relacionados à atuação direta do educador foram reagrupados em: atitudes; habilidades; condições, dentro do bloco das necessidades de formação e competências, que se traduzem em dificuldades e/ou facilidades pessoais e foram mantidas as categorias; outras dificuldades que interferem no

processo de educação, como problemas administrativos; e “outros”, que incluiu as sugestões de propostas de perfil prévio à formação e de continuidade do processo, como questões anteriores ou posteriores que se refletem no processo da prática pedagógica.

As atitudes reveladas relacionaram-se com características individuais ou posturas, geralmente em relação a outras pessoas. Embora tivessem componentes passíveis de abordagem pedagógica, podendo ser ensinados, exigiam mobilização de decisões que conduziam a ações vinculadas à afetividade, aos padrões morais e éticos. Foram incluídos nesse grupo: “saber ouvir”, “respeitar” e “valorizar o outro”; “valorizar o social”, entendido como determinante social das condições de saúde e adoecimento da população; “ter credibilidade”, que se conquista pela coerência frente ao grupo; reconhecer o compromisso com a “mudança do modelo assistencial” e o “investimento na relação com o usuário”; “estar entusiasmado” e “promover esse entusiasmo” no grupo. Estas atitudes são coerentes com os objetivos esperados do Curso Introdutório: mais que fornecer um conjunto de conhecimentos teóricos referentes à organização das atividades no modelo de atenção da Saúde da Família, o Curso deve promover a adesão dos indivíduos e da equipe que iniciam suas atividades, comprometidos com o trabalho conjunto e com as necessidades e a promoção de saúde e de qualidade de vida na comunidade pela qual se responsabilizam. Deve promover também atitudes coerentes com a educação permanente, a abordagem crítica e a aprendizagem significativa.

Turazzi (2007, p. 57) sinaliza que “a Teoria Crítica é uma teoria ainda em construção”, cuja base se assenta no respeito à “relação dialógica professor-aluno”, em que a comunicação e a troca existem para garantir que ambos, juntos, sejam sujeitos do processo ensino-aprendizagem. LUIZ aponta bem o desafio e a premissa, expressos por Freire (1996, p. 23), de que “não há docência sem discência [...] quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. Afirma, na avaliação do processo de preparação e execução do Curso Introdutório, que: *“Eu acho que, quem ensina, é quem mais aprende”*.

Nessa direção, é fundamental distinguir o ato de ensinar do ato de aprender, pois ensinar significa instruir, fazer saber, comunicar conhecimentos e habilidades, mostrar, guiar, orientar dirigir – sendo o professor centro do processo. Aprender designa a busca de informações, a revisão da própria experiência, a aquisição de habilidades, a descoberta de significado nos seres, fatos e acontecimentos, a mudança de atitudes e comportamentos – sendo a ação voluntária do educando fundamental no processo. A aprendizagem é pessoal, potencializada pelo grupo e com interferência da ação docente. Deve visar objetivos realísticos e ser acompanhada de feedback imediato (avaliação processual), sendo o relacionamento entre educador e educando a base desse processo. Deve ser significativa ao se relacionar com o universo de conhecimentos do educando, permitindo que esse formule problemas e questões a partir das interferências e provocações do educador. Deve permitir ao educando entrar em confronto experiencial com problemas práticos de natureza social e viabilizar a aplicação daquilo que aprendeu em outras circunstâncias de vida. Em síntese toda aprendizagem deve suscitar modificações. O papel do professor nesse cenário não é só ensinar, mas ajudar o aluno a aprender; certamente não é transmitir informações, mas criar condições para que o aluno adquira informações; não é fazer brilhantes preleções, mas organizar estratégias para que o aluno conheça e construa seu próprio conhecimento. Isso exige dos docentes e discentes contínuas mudanças. A relação que existe é horizontal, pois a troca de experiências e conhecimentos entre educador e educando é constante, e um não se sobrepõe ao outro. Nas palavras de Freire (2002, p. 68):

“Não seria possível à educação problematizadora, que rompe com os esquemas verticais característicos da educação bancária, realizar-se como prática da liberdade, sem superar a contradição entre o educador e os educandos. [...] Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os ‘argumentos de autoridade’ já não valem”.

Freire (1996) lembra que ensinar exige, além de segurança e competência profissional, generosidade, saber escutar, disponibilidade para o diálogo e querer bem aos educandos. A segurança e o domínio em relação aos conteúdos são necessários inclusive para estabelecer uma relação de respeito e escuta. Nessa perspectiva, escutando, o professor pode “falar com”, e não “falar para” seus alunos; de forma horizontal, e não de cima para baixo, valorizando a autonomia e a liberdade dos educandos. Mizukami (1986) também aponta, na abordagem sociocultural, que a relação entre professor e aluno deve ser horizontal e que o diálogo viabiliza a participação conjunta de alunos e professores, que aprendem juntos nas suas atividades diárias. Autores como Ausubel, Vigotsky e Piaget, cujos conceitos sobre a aprendizagem apontam para a concepção de que o conhecimento novo se adquire a partir daquilo que já se conhece previamente, reforçam a valorização da bagagem anterior, aquilo que o aluno já sabe, para, a partir daí, construir-se o novo. Essa concepção é especialmente importante na educação de adultos, e ainda mais na dos trabalhadores da Saúde, inseridos nos serviços, com uma formação profissional inicial e uma trajetória por vezes mais longa que a do professor. Só consegue valorizar o conhecimento dos alunos quem compreende a necessidade do diálogo entre aluno e educador. A concepção aponta ainda para a necessidade de dar significado ao processo em que se está envolvido para de fato apreender o novo, compreender e mostrar a utilidade do que está sendo ensinado para o profissional aplicar na sua prática cotidiana. Freire (1980, p. 50) ressalta que é preciso “desafiar, desde o início, a intencionalidade da consciência, ou melhor, o poder de reflexão da consciência”, para que trabalhadores, depois de um dia de trabalho, desde o início sintam-se desafiados e participem ativamente vendo-se como participantes, e não objetos, do processo de aprendizagem. Freire (1996) também indica o compromisso ético e estético do professor com o exercício formador, em que o exemplo, o respeito aos saberes dos educandos e a adoção de fatos da realidade são instrumentos para fortalecer o “pensar certo” por meio do “fazer certo”.

A formação de multiplicadores é uma experiência educativa diferenciada, porque associa em uma ação a formação dos profissionais que vão se preparar para outra formação, mas não será uma ação qualquer, será a formação de outros profissionais que iniciarão as equipes de Saúde da Família. Na perspectiva da formação do professor, o exemplo torna-se ainda mais essencial, como salienta Freire (1996, pp. 47-8), sintetizando o compromisso do educador em não entregar um saber pronto e em superar a concepção de ensino como mera transferência de conhecimento: “como professor num curso de formação docente [...] meu discurso sobre a Teoria deve ser o exemplo concreto, prático da teoria”. Novamente exige-se do educando, para ser educador, estar preparado para as novas expectativas em torno da sua prática, inclusive no reconhecimento de que, em uma “turma”, podem existir indivíduos com bagagens anteriores, motivações bastante diferentes e participantes em instâncias opostas da escala de conhecimento-poder, com as dificuldades inerentes a tais diferenças. As competências pedagógicas associadas à diferenciação, renúncia à homogeneidade e construção de relações de respeito e tolerância, a dita “cultura da paz”, começam pela percepção do conflito latente e passam pela capacidade de negociar esse conflito e construir relações solidárias e comprometidas. Algumas dessas preocupações são apresentadas de forma bastante objetiva nas entrevistas, entre elas, nas falas de LUIZ, MARCOS e FERNANDO quanto a:

- Heterogeneidade do grupo: *“o Curso Introdutório tem um público extremamente heterogêneo, que vai de médicos a faxineiras, tem que trazer alguma coisa nova pro médico e tem que trazer as coisas no nível que seja de entendimento também pra aquela pessoa que não tem o nível cultural elevado”* (LUIZ);
- Valorização da bagagem anterior e significado: *“quando se pensa em se desencadear algum processo de capacitação ... discutindo a metodologia, pensando na clientela que vai participar, que significado esse curso vai ter para essas*

peessoas ... que eles também possam colocar o seu conhecimento em primeiro lugar, e aí tentar trabalhar com esse conhecimento que os alunos, que são profissionais, possam trazer” (MARCOS);

- *Integração da teoria com a prática cotidiana: “Num processo de construção de um novo processo de trabalho, onde a reflexão partiria bastante da realidade de trabalho local, da possibilidade de mudança, [o apoiador] foi muito importante, porque fazia a ligação entre a teoria, que se via na concentração, e a prática caracterizada pelas realidades ... do cotidiano da unidade ” (FERNANDO).*

As habilidades apontadas nas falas dos entrevistados relacionam-se à capacidade ou aptidão para algo. Geralmente estavam voltadas à comunicação (como “saber se expor”, “ser extrovertido”, “estar lá na frente”, “ser claro”) ou de forma mais genérica (“levar jeito”, “ter a habilidade para docência”, além de “ser organizado”). A comunicação é essencial na relação professor-aluno na literatura da Educação, assim como é essencial na relação profissional-paciente na literatura da Saúde. Na confluência dos dois campos, a educação permanente na Saúde preocupa-se com a qualidade da comunicação como pressuposto e instrumento do processo de ensino-aprendizagem, e também como resultado na humanização da atenção, na promoção de saúde e no trabalho em equipe. Se a reflexão anterior se debruçou sobre a atitude de ouvir, agora se direciona para a habilidade de falar e fazer-se entender. PEDRO apresenta uma preocupação com a comunicação, pautada na sua experiência de atividades educativas para diferentes públicos: *“A comunicação é a coisa mais difícil, eu tenho certeza do que eu falo, mas eu não tenho certeza do que o outro escuta, a escuta às vezes é muito subjetiva, as pessoas interpretam segundo referências muito particulares”.*

Boltanski (1979) e Pereira GS (1993) refletem sobre a linguagem própria de cada grupo social na capacidade de comunicação entre paciente, especialmente das camadas mais populares, e entre o profissional de

Saúde, especialmente o responsável pela assistência, de nível superior, em pontas opostas das relações de poder. É preciso compreender “o que tais atores pensam, vivem e dizem, e como articulam o pensar e o fazer” (Pereira GS, 1993 p. 43), visto que sua linguagem é uma construção social, “o sujeito constrói, na relação com o mundo, um novo mundo de significados” (Jovchelovitch, 1994, p. 78); a comunicação se dá pela linguagem. Spink (1993a; 1993b) e Minayo (1994b) abordam a questão da comunicação nas representações sociais, reforçando que um determinado indivíduo, na relação com seu grupo e seu contexto histórico e social, constrói e compartilha significados, imagens, conceitos, que se traduzem em palavras. Nas palavras de Minayo (idem, p. 110): “As palavras não são a realidade, mas uma fresta iluminada: representam”. Perrenoud e Thurler (2002) e Freire (1996) apontam que para a docência é necessária a disposição ao diálogo, não apenas a escuta, mas a busca do significado e do sentido dado ao conteúdo e ao processo de aprendizagem. A aprendizagem é significativa na medida em que o novo é apreendido, e a apreensão exige a ancoragem na bagagem anterior e na realidade vivida, o desafio para processar o novo e a aceitação do aluno como sujeito do seu aprendizado. O respeito ao outro é uma atitude bastante lembrada pelos dois grupos entrevistados, de responsáveis e de alunos da formação de multiplicadores, mas se apóia na habilidade de negociar e criar consensos, perceber as diferenças e conflitos e fazer deles oportunidades de reflexão e aprendizagem. Freire (idem, p. 37) exprime o compromisso ético e estético embutido no exercício educativo crítico, com caráter formador, implícito no que define como “ensinar a pensar certo”: estimular a capacidade crítica e a curiosidade dos educandos, a pesquisa e revisão sistemática dos conhecimentos e das práticas anteriores, superando-as e sabendo que estão em constante produção. Por isso, “ensinar a pensar certo não é uma [...] prática que puramente se descreve, mas algo que se faz e se vive enquanto dele se fala com a força do testemunho”. Comunicação, portanto, não é só escuta e fala, mas também exemplo. Quando ANDRÉ tentar explicar a importância que dá a “ser extrovertido”, diz que “a *gente trabalha mais tranqüilo, e não só* [quanto ao]

relacionamento da equipe, [mas também quanto ao] relacionamento com os pacientes". No entanto começa considerando que *"eu inclusive passo [para a equipe], tento passar, mas isso são coisas que a gente pode mostrar, mas não é que dá para passar"*. O mesmo profissional relaciona às capacitações anteriores a obrigação de "repassar" e propõe fazê-lo de uma forma muito peculiar: *"antigamente, eu teria que dar aula, mas hoje, em disquete, vai pra casa, lê esse disquete todo, daqui a uma semana a gente vai conversar. Então, deu para multiplicar, e muito"*. Com uma longa carreira – aposentou-se e só depois começou a trabalhar na Saúde da Família – atuando em hospitais, na clínica cirúrgica, especialidade que tem menor relação e comunicação com o paciente, e tendo uma formação certamente pautada por graduação, cursos e congressos na pedagogia tradicional, ANDRÉ consegue perceber que nem tudo é transmitido ou repassado por meio da reprodução da informação. O exemplo, o debate em equipe dos conteúdos "repassados" nos disquetes e a reflexão da prática de forma horizontal aparecem em seu discurso. Não há uma articulação da linguagem e dos conceitos "pedagógicos", mas o sentido está dado. A transição de uma prática tradicional para uma permanente não construiu o discurso ainda, mas já mostra sinais da mudança por seus elementos revelados. Os elementos não estão claros, nomeados e articulados, por isso até podem surgir no discurso por força da experiência do profissional, mas sem uma discussão sistemática da experiência e sem um contraponto na teoria da Educação; portanto, não conseguem ser articulados num discurso coerente. Os elementos de uma prática educativa renovada aparecem misturados a terminologias típicas da educação tradicional, como "aula", "exercício", "prova", "transmissão" e "repasso de conteúdo", no sentido de sinônimos de "educação". Enfim, o profissional não percebe a conexão dos elementos, não é capaz de reconhecê-los e enumerá-los como competências ou necessidades de formação, possivelmente não percebe que está transitando em concepções de Educação e de Homem diferentes. Mas ANDRÉ exprime em sua fala os principais elementos da Política Nacional de Educação

Permanente na Saúde, que estão sendo incorporados ao seu cotidiano e às suas idéias sobre Educação.

O perfil não definido de “habilidade para docência” que surge em algumas falas aparenta relacionar-se à experiência vivenciada por muitos alunos da pedagogia tradicional: aquela da figura do professor que sabe muito, mas não consegue transmitir ou encantar e, assim, não atinge o objetivo de produzir aprendizagem. SÍLVIO recorda que *“às vezes você pega docentes que têm bastante dificuldade, não que não tenha boa vontade, mas não tem condições de transmitir aquilo que quer ... [são] pessoas que falam, falam, falam, e você acaba não entendendo nada”*, e propõe, portanto, que *“teria que estar escolhendo pessoas certas pra estarem fazendo o trabalho”*. PEDRO explica sua compreensão de perfil para ensinar:

“às vezes tem gente que está lá na frente que consegue passar o recado, que tem uma didática natural ... Tem pessoas que dão aula bem, independente da formação ... pessoas de todas as áreas; eu acho que tem uma coisa meio de perfil mesmo, do profissional. Não é todo mundo que tem o timing numa aula, que consegue ‘sacar’ o outro numa aula. Eu vejo pessoas que são brilhantes, você consegue entender tudo que ele quer dizer, mas não consegue... sabe aquela coisa mais de espontaneidade ... acho que é isso, é perfil. A pessoa pode ter didática, não só didática no sentido da organização, mas ter jeito para dar aula. Ter o perfil mesmo”.

SÍLVIO e PEDRO também oscilam entre *“transmitir”*, *“falar, falar, falar”* e *“estar lá na frente”*, referências a elementos típicos da concepção tradicional de Educação, que se misturam com outros elementos da educação crítica, permanente, como *“consegue ‘sacar’ o outro numa aula”* (PEDRO) ou, ainda, em outros trechos das entrevistas desses profissionais: *“são coisas novas, que vão mudando, mas que uma capacitação resolve... várias, né?”* (SÍLVIO); *“Tentamos ver a saúde de uma forma mais ampla, não só a ação, mas uma reflexão em cima do trabalho que estão desenvolvendo”*; *“as pessoas têm que entender que é um processo de construção, e que não se encerra ali”* e *“nenhum treinamento introdutório é*

suficiente pra garantir absolutamente nada!” e ainda *“a gente funciona no campo da repetição ... A educação continuada, ainda, é o melhor caminho para conseguir [mudar a atenção]”* (PEDRO). Assim como ANDRÉ, SÍLVIO e PEDRO, os demais entrevistados oscilam em seu discurso pedagógico, mais ou menos preciso, conforme se aproximam e vivenciam as funções de educador em suas atividades cotidianas, como já observado anteriormente.

FERNANDO, por sua vez, exprime que, na sua experiência de formação de multiplicadores, é possível adquirir o perfil ao longo do processo de formação, mas algumas condições prévias são coadjuvantes:

“às vezes [o profissional] tem certas características e nem sabe que são características pedagógicas, já lida bem com o outro, é mais fácil chamar esse indivíduo, ele já vem com potencial. A proposta, sendo orgânica, é transformadora para todos. Nem todos vão continuar, ter aquela verve de querer manter a proposta, os mais comprometidos vão manter... existem pessoas cuja personalidade já vem dirigida, outros podem aprender, ser sensibilizados, até porque nunca ouviram falar, nunca tiveram contato com esta maneira de trabalhar pedagogicamente e quando se apercebem da potência, se apaixonam e optam por continuar trabalhando assim”.

A organização como habilidade ou competência surge em algumas entrevistas: PEDRO apresenta-a como parte da didática (*“A pessoa pode ter didática, não só didática no sentido da organização, mas ter jeito para dar aula”*), enquanto RODRIGO aponta especificamente como uma das competências necessárias para o multiplicador:

“um ponto-chave é a organização, aliás, antes da organização eu acho que a escuta, a percepção do outro, que eu acho que isso não passa por vivências mais acadêmicas, que a gente poderia [es]ta[r] falando das competências pedagógicas juntas... Então eu acho que em primeiro lugar é a escuta e em segundo lugar eu acho que seria a organização desse profissional”.

SÍLVIO explica a diferença da perspectiva de organização do Curso Introdutório em relação à sua experiência anterior no SENAC:

“organizar o curso é uma coisa mais abrangente, lá eu tinha já a apostila pronta, eu sabia o que eu ai fazer em cada aula, a carga horária de cada aula, aqui seria mais difícil, mas não impossível”. Aparece também na fala de ANDRÉ sobre as competências relacionadas aos objetivos a serem alcançados com o Curso Introdutório: *“o Introdutório te dá aquele arcabouço quase que geral, de como funciona, a maneira de como você tem que trabalhar, como as equipes têm que fazer... toda essa noção, o que vai trazer harmonia total no programa do PSF”.* Surge ainda, de forma indireta, nas preocupações e desafios identificados por LUIZ e na necessidade de formação específica para o exercício da docência:

“uma orientação pedagógica, sobre o como é que deve ser montada uma aula, um plano de aula. Nós montamos um cronograma, mais baseada na experiência, porque a gente tinha no grupo pessoas que tinham experiência nessa dinâmica de montar uma planilha, na aula tal o que vai ser feito, que tipo de estratégia pedagógica é essa, se é uma construção coletiva, se é uma pergunta circular, enfim essas coisas eu aprendi com as minhas colegas, porque não tive um treinamento, uma orientação, nem mesmo no curso de multiplicadores, que orientasse como deveria ser montada uma aula... com as vivências ... a gente faz quase que empiricamente, porque a gente sente que isto é bom, não porque a gente tenha tido uma orientação formal a esse respeito”.

A organização como exposta nos discursos dos entrevistados está embasada na literatura, especialmente em Perrenoud (2000), quando este se refere às competências de organizar e dirigir situações de aprendizagem; de administrar a progressão das aprendizagens; de conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; de envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho; de utilizar novas tecnologias e enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão. Também Masetto (2003), Rios (2001) e Freire (1996; 2003) apontam as necessidades de dominar um conjunto de instrumentos e técnicas pedagógicas para desenvolver com qualidade e compromisso os processos de ensino e de aprendizagem.

As condições relacionadas pelos entrevistados foram situações que indicavam a pertinência da escolha ou decisão do profissional de tornar-se multiplicador, sendo pré-requisitos ou fatores intervenientes positivos na sua prática educativa. Enquanto a região C procurou profissionais vinculados às Secretarias de Saúde, e não às equipes de Saúde da Família, a região A privilegiava as vagas para os municípios com o Programa de Saúde da Família ativo. A experiência vivenciada na região B formou os profissionais que tinham *a priori* um papel administrativo de acompanhamento das unidades com as quais iriam trabalhar, os “apoiadores”. Estas são opções de organização do curso e da administração do programa. São opções diferentes, assim como são díspares também os desafios de cada local: a decisão de incluir ou não alguma das condições como pré-requisito ou sugestão de perfil para seleção precisa ser avaliada e pactuada em cada situação – contexto, objetivos, tempo e recursos disponíveis. Outra condição apontada é “gostar de ensinar”, entendida por FERNANDO como “*sempre tem um grupo que [participa] porque optou. [Comentário: Não é por falta de opção...] Não, é por opção*”, e por PEDRO como “*Deve gostar, o primeiro é gostar... [Comentário: Não dá pra mandar...] Exatamente, não dá pra mandar, tem que gostar*”. Mesmo na fala de ANDRÉ, quando expõe como competências do multiplicador (“*a primeira coisa é credibilidade... e promover, para quem você está passando, promover o entusiasmo, pelo Programa, pela maneira de trabalhar*”), essa perspectiva do querer do profissional está implícita; não há entusiasmo e credibilidade sem vontade de participar. Esta condição difere das anteriores, porque não está relacionada a características e problemas regionais, é uma competência ou característica intrínseca à docência, como reportam Freire (1996; 2003), Hoffmann (2002), Masetto (2003), Rios (2001), Perrenoud (2000) e Perrenoud e Thurler (2002). Estes autores reforçam o compromisso ético do educador com seus educandos e com a sociedade, a relação horizontal e de respeito que existe entre ambos e a busca do crescimento e aprofundamento compartilhado do senso crítico. Esses compromissos e premissas exigem do educador uma postura de “querer bem”, de

“generosidade” ou “amorosidade”, o engajamento com a proposta de pensar o mundo, pensar na sua prática e no resultado do processo de aprendizagem a sua responsabilidade frente aos alunos e à sociedade, portanto, sua opção pessoal e afetiva pela atividade docente. Freire (1996, p. 67) explicita que: “não posso desgostar do que faço sob pena de não fazê-lo bem”. Ainda nas palavras de Freire (2003, p. 21), pensando na formação do docente numa perspectiva crítica, comprometida, “Quanto mais me capacito como profissional [...] quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é patrimônio de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta minha responsabilidade com os homens”. Considerando que na formação de multiplicadores o aluno é o futuro professor, a reflexão que se faz sobre a participação voluntária e comprometida do aluno será reflexo sobre a prática do professor. Rios (2001) lembra que ser professor de professores significa refletir sobre a experiência do aluno que está se preparando ou já é professor, para construir uma prática comprometida desse aluno-professor com seus futuros alunos. Assim como se espera que o multiplicador amplifique seus conhecimentos para seus alunos, ele pode também multiplicar seus fracassos e levar um grupo de profissionais à desilusão, ao descrédito ou mesmo ao erro quanto aos conhecimentos multiplicados e frente aos processos educativos em geral. A escolha do perfil ou pré-requisito deve, portanto, incluir a vontade autônoma do profissional, que pode ser escolhido, selecionado, indicado, mas não *obrigado* a ser multiplicador.

Algumas características foram consideradas como perfil ou pré-requisito para tornar-se multiplicador. Envolveram conteúdos, atitudes, habilidades e condições, como conhecimento e vivência prévia em saúde pública e/ou Saúde da Família, capacidade de ouvir, respeitar e estar aberto ao outro, gostar e estar interessado em ser multiplicador. Sendo um perfil a ser selecionado, as características deveriam ser prévias à formação, portanto tais conteúdos e objetivos não seriam necessários para o curso. Mas vale ressaltar que não há um perfil prévio unânime e, portanto, algum conteúdo ou objetivo pode ser relegado se naquela atividade educativa

específica for considerado um perfil prévio, mas novamente prevalecem as opções a serem tomadas pelas características e problemas avaliados e pactuados para cada situação, como contexto, objetivos, tempo e recursos disponíveis. Já a condição de ter vínculo empregatício estável com o município seria um pré-requisito que colaboraria com a maior uniformidade e com a continuidade dos profissionais após a formação. Da mesma forma, a participação anterior no Curso Introdutório. Enquanto os profissionais mais novos no PSF e no SUS consideram que tiveram mais dificuldades pela falta de experiência, como explica SILVIO (“[estou] *entrando mais recente... eu vi que as pessoas que estavam lá, até tinham certa facilidade*”), ou por não terem “*sido introduzidos*”, como coloca GUSTAVO (“*era para quem já havia feito [o Introdutório], eu fui direto para a capacitação [de multiplicadores]*”), por outro lado a aquisição de novos conteúdos tornou a experiência marcante, como coloca ANDRÉ: “*eu peguei uma boa parte da teoria de como se deve trabalhar no PSF ... pra quem não tinha nada, esse curso foi tudo*”. Por sua vez, CÉSAR sugere que justamente a falta de conhecimento em Saúde da Família que parte dos alunos da região C tinham – por ter sido exigido o vínculo estável com o município – obrigou estes alunos a serem desafiados, e entre seus desafios estava: “*tentar trazer estes profissionais, para a maneira de se trabalhar no Saúde da Família*”, como explica: “*se fez com que as pessoas trabalhassem de outra maneira, procurassem, não só através do conteúdo ... acho que foi enriquecedor*”. A colocação de CÉSAR está em consonância com Freire (1980, p. 50), que ressalta que é preciso, “desafiar, desde o início” o educando, para que este construa o seu conhecimento, e não espere um saber pronto. Nem todos os entrevistados acharam necessário um perfil prévio, e quem o mencionou refutou a vinculação à formação profissional básica, citando que qualquer categoria profissional pode tornar-se multiplicador, pelo menos para o Curso Introdutório.

As dificuldades e/ou facilidades apresentadas em relação ao educador e à sua atuação envolveram o domínio de conhecimentos, atitudes, habilidades e condições, completando ou confundindo-se com

necessidades de formação e competências. CARLOS indicou dificuldades com os profissionais, principalmente os de nível superior, tanto na adoção do modelo de atenção de Saúde da Família como na metodologia pedagógica a ser adotada, pela vivência na pedagogia tradicional e a necessidade de serem formados para a ação problematizadora. FERNANDO também apontou que parte dos profissionais formados se compromete e mantém uma prática pedagógica crítica, outros não, mas ressalta que alguns podem ter mais facilidade por características pessoais de relacionamento com os outros, o que indica maior potencial e vantagem para chamar este, e não outro profissional, para ser multiplicador. GUSTAVO também apresentou como uma facilidade sua a desenvoltura para se expor em grupo, além do conhecimento prévio das realidades e funções dos membros da equipe de Saúde da Família por conta de suas experiências anteriores de trabalho. Mas apontou como uma dificuldade o fato de não ter sido previamente aluno do Curso Introdutório, de ter passado direto para a formação de multiplicadores, o que o fez se esforçar mais para acompanhar os conteúdos. Este aspecto foi apontado também por SÍLVIO, que comparou a dificuldade de organização do Curso Introdutório com sua outra experiência no SENAC, e, embora ache mais fácil trabalhar com um curso apostilado, não acha impossível dar conta das incumbências do Introdutório. CÉSAR e LUIZ expuseram que o conhecimento dos conteúdos do Curso Introdutório pela equipe de docentes é uma facilidade para dividir os temas de aulas: um, pela experiência anterior de conduzir Cursos Introdutórios; outro, pela participação na especialização no Saúde da Família. LUIZ, PEDRO e RODRIGO ressaltaram como dificuldades do Curso Introdutório a heterogeneidade do grupo e a capacidade e necessidade de encontrar uma linguagem comum e técnicas que despertassem interesse e promovessem a participação de todos. ANDRÉ apontou como sua característica particular ser extrovertido, trabalhar brincando, o que o ajuda no Introdutório e na relação dentro da equipe.

As dificuldades e/ou facilidades externas que interferiam no processo educativo faziam parte principalmente das questões administrativas.

MARCOS ressaltou uma dificuldade de estrutura, visto que *“tem municípios que entendem melhor essa questão de Educação Permanente; numa região de 42 municípios, pouquíssimos municípios [tem] uma área de Educação definida”*. E, inclusive na instância regional, durante um tempo não havia essa área: *“Não tava no organograma formal da Secretaria, das regionais, mas, considerando a pertinência e a importância da área, deixou esses profissionais fazendo o que eles já faziam no passado”*. Expôs, ao explicar suas funções, situações que podem ser vividas também pelos multiplicadores formados:

“enquanto uma área que permeia todas as áreas da Regional nas questões da qualificação... quando se pensa em se desencadear algum processo de capacitação; acaba sentando junto... algumas áreas têm isso mais resolvido, de nos colocar junto, porque estando junto, nós acabamos dando palpite, alterando alguma coisa, algumas áreas são mais abertas para isso, outras não”.

CARLOS e GUSTAVO também ressaltaram as dificuldades em relação à visão do gestor sobre as capacitações, entre elas o Curso Introdutório, e LUIZ expôs que, apesar de ter tido *“o apoio do gestor e do prefeito, que permitiu que durante cinco ou seis períodos de aula, nós fechássemos as unidades de Saúde da Família pra fazer o curso”*, só obteve autorização para realizar o curso na carga horária mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, uma das maiores dificuldades que foram apontadas na avaliação do Introdutório no município. Pierantoni (2001; 2002) e a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (Brasil, 1994) já apontavam que a questão dos recursos humanos na Saúde deve ter um enfrentamento que ultrapasse as abordagens educativas: envolve mudanças mais amplas como a reforma do Estado e a gestão do trabalho, a valorização do trabalhador, a avaliação de resultados e a participação do corpo de trabalhadores nas decisões sobre o processo de trabalho. Tais

mudanças implicam numa forma diferente de enfrentar a gerência e a gestão dos serviços de saúde e da política de saúde. Em vista das dificuldades de envolvimento do gestor, especificamente na possibilidade de realizar os Cursos Introdutórios na perspectiva dada na formação dos multiplicadores, CARLOS expôs que, ao dar continuidade à formação por meio de reuniões bimestrais com o grupo, expandiu-se, *“ampliando as reuniões não só pro [para os responsáveis pelo Programa de] Saúde da Família, mas também pra Atenção Básica”*. SÍLVIO confirmou a validade da estratégia, ressaltando que *“[es]tá sendo muito importante pra gente se atualizar mais, saber exatamente o que está acontecendo ... são coisas novas, que vão mudando”*. A importância de continuidade foi expressa também por GUSTAVO, CESÁR e ANDRÉ, mas PEDRO explicou-a com mais propriedade:

“tem que entender que é um processo de construção, de forma contínua, um processo isolado não basta, funcionamos por repetição, a educação de forma continuada é a única forma de conseguir sucesso... quando se consegue um treinamento, ficam todos contentes, mas depois se perde, deveríamos retomar uma discussão anualmente, uma outra visão surge no dia-a-dia e precisa ser discutido, além de retomar os princípios norteadores de tempos em tempos. As pessoas precisam discutir seus problemas”.

A dificuldade relacionada à carga horária insuficiente, em relação ao curso de formação de multiplicadores, foi abordada tanto por CARLOS, que propôs sua duplicação, como por GUSTAVO e SÍLVIO, que pediram mais tempo para desenvolver os conteúdos. Embora LUIZ não expressasse a insuficiência de tempo, expôs a necessidade de abordar mais os conteúdos, principalmente os pedagógicos, cuja inadequação se refletiu em dificuldades na execução do Curso Introdutório em seu município, que foram supridas com a discussão em grupo e construção coletiva do modelo pedagógico.

CARLOS e FERNANDO expressaram a dificuldade de inserção dos profissionais, tanto no modelo de atenção como na prática pedagógica renovada, mas foi PEDRO quem melhor expôs a dificuldade em relação à

fixação dos médicos generalistas, que muitas vezes são recém-formados, depois conseguem uma residência e abandonam o programa e o município ou conseguem um vínculo mais estável, porque são cooperados ou com contrato temporário, o que resulta que: *“vamos fazer uma capacitação, investir nos profissionais, e em setembro, acaba o contrato, não sei quem continua”*. O problema da fixação do profissional médico é geral, inclusive a proposta de perfil prévio definida pela região C, como apresentou CÉSAR, deveu-se a tal realidade. É um dos grandes desafios da Estratégia de Saúde da Família, tanto em grandes centros como em municípios pequenos e zonas rurais, como apresentaram Pierantoni (2002), Turazzi (2007) e o Ministério da Saúde (Brasil, 1999; 2001c; 2003c) em suas avaliações da expansão e qualidade da Saúde da Família, alertou para a formação inadequada, a quantidade insuficiente, a alta rotatividade, as condições de trabalho insatisfatórias e os vínculos precários de trabalho.

GUSTAVO expressou as dificuldades em realizar o Introdutório num município pequeno, que já tinha sua população coberta pela Saúde da Família, e só precisava capacitar quem não participou da formação anterior, em nível regional, o que no seu caso era um profissional, a não ser que fosse ampliada a equipe, quando chegaria a três profissionais, ou mais, se algum profissional se desligasse. O número pequeno de pessoas inviabiliza uma turma, dificulta conseguir recursos e trazer pessoas de fora do município para participarem das aulas. GUSTAVO propôs partilhar com municípios próximos, que também têm profissionais formados como multiplicadores, em sintonia com as propostas regionais expressas por CARLOS, MARCOS e FERNANDO.

RODRIGO explicou que sua indicação para participar da formação de multiplicadores ocorreu para que todo o grupo de coordenação municipal estivesse capacitado para conduzir o Introdutório, porque *“não tinha ainda naquele momento uma equipe parada só para realizar o Introdutório”*. LUIZ relatou que o município formou quatro profissionais para realizar o Introdutório, e a novidade foi justamente conduzir o Curso com os profissionais do município, porque *“existia sempre uma cultura de trazer*

peças de fora, porque as peças de fora sabem mais. É difícil essa cultura, né? E a gente se propôs a fazer com o pessoal daqui mesmo, com aquilo que a gente tinha". LUIZ ressaltou ainda a satisfação pessoal com o resultado, porque *"nos surpreendeu na avaliação, a maioria das peças colocando inclusive, um elogio às professoras, na avaliação do curso"*. Embora a condução tenha sido do município, a possibilidade de incluir peças externas não foi descartada, e isso poderia ter sido viabilizado se o grupo formado já estivesse habituado a trabalhar em parceria.

A região B optou por não realizar a formação de multiplicadores porque já estava com uma proposta similar desde 2004 no Ministério da Saúde, que acabou sendo dividido em três projetos, um para cada Regional de Saúde, embora as três regiões formem o mesmo Pólo/CIES. Apesar de MARCOS não ter exposto a demora na liberação dos recursos como uma dificuldade, certamente este é o principal fator de a região estar há pelo menos três anos sem fazer Cursos Introdutórios em nível regional.

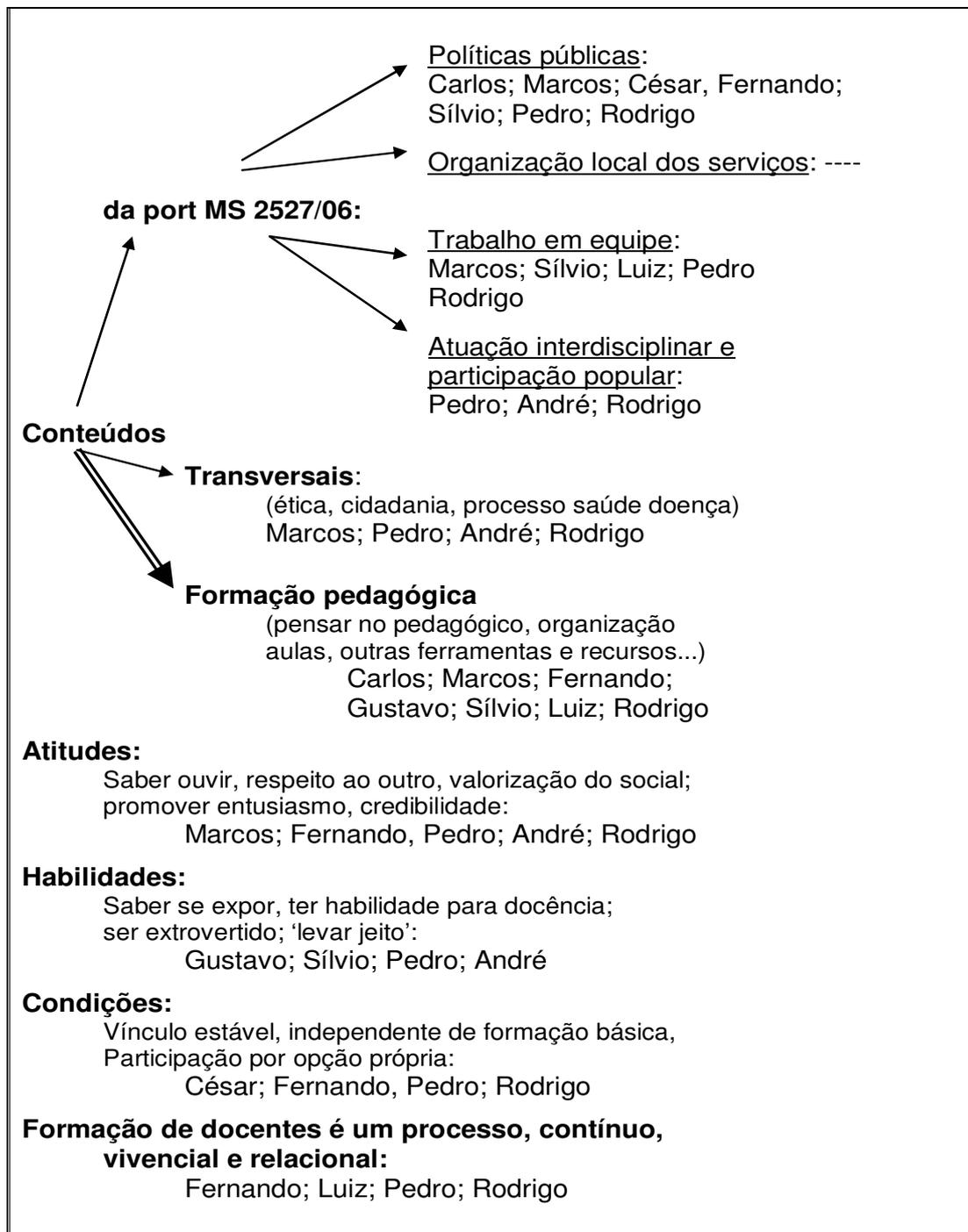
Entre as facilidades, ANDRÉ e RODRIGO apresentaram possibilidades tecnológicas da modernidade que colaboraram na atividade docente: um "repassou" o conteúdo por meio de "disquetes" para sua equipe, facilitando a disseminação do material escrito, outro indicou que muito conteúdo pode ser obtido com facilidade através de pesquisa, sugerindo, sem verbalizar, o acesso indiscriminado à internet. LUIZ também considerou a disponibilidade de equipamento multi-mídia ("data-show") como uma facilidade tecnológica, mas ressaltou a necessidade de utilizá-lo com critérios e indicou ser importante discutir coletivamente suas limitações, entre elas o risco de transformar o recurso auxiliar no centro da apresentação e de sobrecarregar os alunos com informação, perdendo a perspectiva de formação baseada na aprendizagem significativa. A educação à distância não foi proposta pelos entrevistados, mas uma experiência exitosa dessa modalidade de ensino foi o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, do qual participaram LUIZ e RODRIGO. Ambos consideraram essa formação importante na prática educativa atual, elogiaram o material, e LUIZ utilizou-o para o Curso

Introdutório realizado em seu município. O material e a direção central foram conduzidos pela FIOCRUZ, e sua realização intercalou momentos presenciais, com tutores formados para este fim, e atividades e discussões on-line. Christante et al (2003, p. 328), refletindo sobre o papel do ensino a distância e das tecnologias de internet no desenvolvimento da educação médica continuada, observam que o largo acesso à utilização domiciliar de internet e a concentração de centros de excelência em ensino e pesquisa nas regiões Sudeste e Sul colocam o ensino à distância como “um meio para permitir que essa excelência possa ser mais bem distribuída pelo país, facilitando o acesso ao conhecimento e ao aperfeiçoamento profissional daqueles que residem em áreas distantes”. Mas alertam que o ensino à distância ainda precisa amadurecer e evoluir no Brasil e recomendam que:

“objetivos claros e resultados mensuráveis, demandas criteriosamente avaliadas e credibilidade dos provedores de conteúdo são questões-chave para que a EMaD possa comprovadamente trazer aperfeiçoamento à prática clínica e benefícios concretos à assistência à saúde da população brasileira”.

Considerando os resultados gerais apresentados, a análise das perguntas relativas às necessidades de formação e competências pedagógicas assumiu novos indicadores e buscou primeiro enumerar os resultados nomeados e subjacentes mais evidentes, mostrando a ocorrência de determinadas questões apontadas por entrevista. A representação do condensado dessas ocorrências aparece na figura 2 a seguir. Nessa representação não se evidencia se mais de um aspecto do indicador foi apontado na entrevista, portanto não se trata da frequência das respostas, mas dos temas.

Figura 2 – Diagrama de ocorrência de necessidades de formação e competências pedagógicas percebidas durante o curso de formação de multiplicadores



O diagrama apresenta claramente as necessidades de formação e competências mais citadas: em conteúdos, as políticas públicas e a formação pedagógica (com sete entrevistas cada). Em seguida aparecem o

trabalho em equipe (com cinco entrevistas), os conteúdos transversais (com quatro entrevistas) e a atuação interdisciplinar e participação popular (com três entrevistas). As atitudes são citadas em cinco entrevistas; habilidades e condições, em quatro entrevistas cada. A concepção processual da formação docente, que surgiu como um resultado importante e imbricado com a literatura tanto da Educação como da Saúde, foi citada por quatro entrevistados.

É interessante observar a ocorrência dos temas nas respostas, porque indica a importância dada pelos entrevistados à formação pedagógica propriamente dita. Como conteúdo predominante aparece o tema das políticas públicas, que abrange o SUS, a política de Atenção Básica e de Saúde da Família, e sua evolução histórica no país. O trabalho em equipe, que envolve também os subtemas de territorialização, atuação na família e humanização, é reforçado pelos conteúdos transversais, que estão relacionados com a organização da atenção à saúde e com a qualidade dos vínculos criados entre profissionais e comunidade. A atuação interdisciplinar é citada apenas por três entrevistados e o subtema da participação popular por nenhum, assim como todo o tema da organização local dos serviços. Talvez os cursos de formação tenham sido ministrados no período em que a Portaria MS 2.527/06 foi sancionada e não foi possível abranger o conjunto completo, ou os temas não foram suficientemente abordados no curso e marcados na memória dos entrevistados. Mas a pouca ou nenhuma citação de metade dos conteúdos obrigatórios do Introdutório sinaliza um aspecto a ser reforçado em outras oportunidades.

As atitudes e as habilidades, que também são relacionadas à formação pedagógica, reforçam a necessidade de pensar esta formação de multiplicadores não apenas como conteúdos a serem transmitidos, mas essencialmente como vivência dotada de sentido e capaz de promover a reflexão do profissional sobre sua prática educativa. Nessa perspectiva, é importante lembrar as análises anteriores e salientar que a citação pode ter sido no sentido da insuficiência da formação pedagógica e da necessidade de atitudes e habilidades como pré-requisitos à formação.

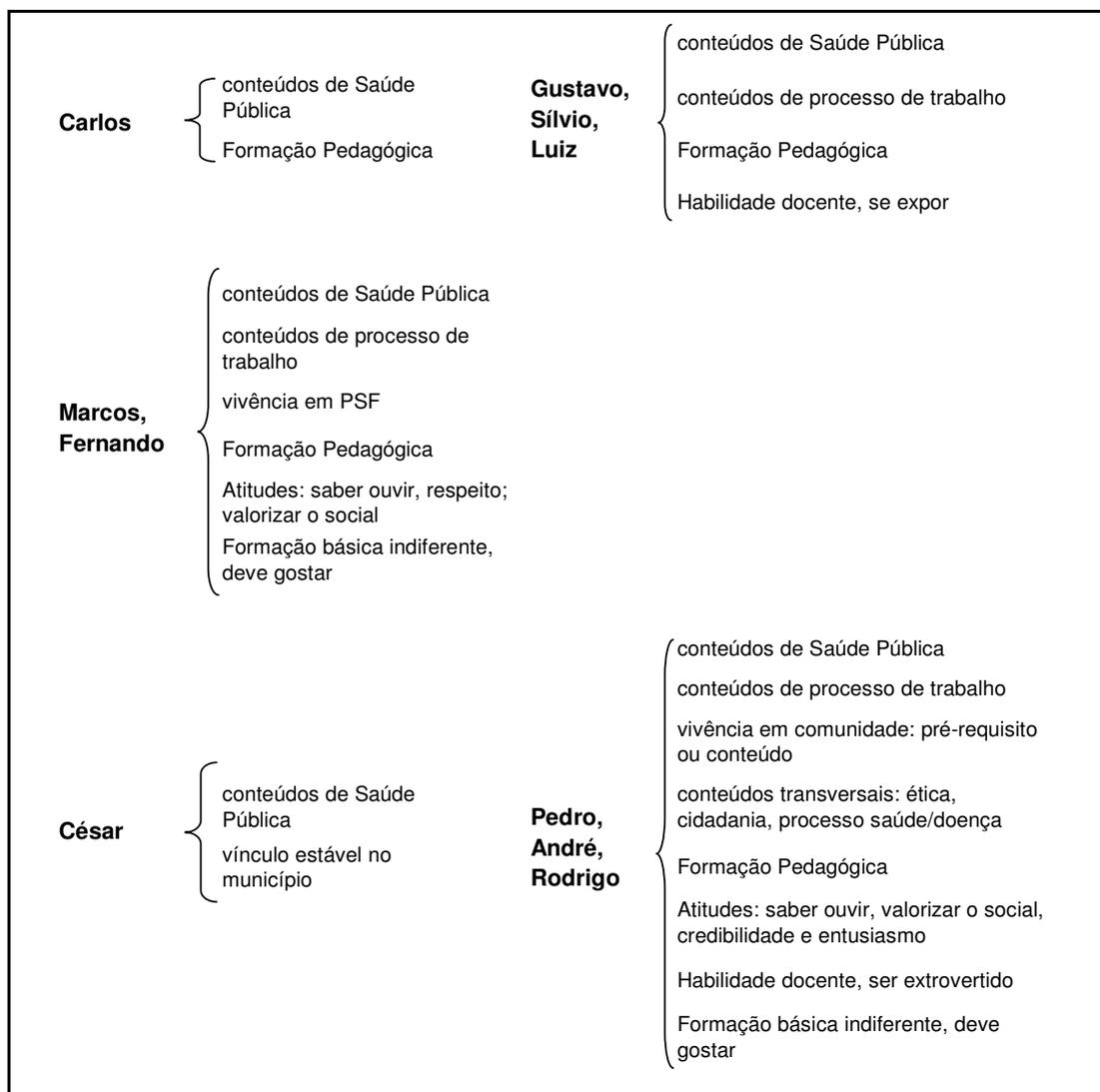
Além de conteúdos específicos e transversais e de formação pedagógica, com atitudes e habilidades complementares, as condições e as dificuldades e/ou facilidades externas que interferiam no processo educativo eram principalmente questões administrativas ou de ordem local, e apontaram a necessidade de pensar o processo pedagógico de formação de multiplicadores para a situação específica, quanto a pré-requisitos, organização e prioridades. Por outro lado, ressaltaram que não basta o profissional ser bem formado e estar comprometido com a proposta de ser multiplicador, porque as condições externas, principalmente relacionadas ao gestor, podem anular qualquer possibilidade de conduzir o Curso Introdutório ou outra atividade educativa que seja proposta a partir da formação de multiplicadores.

O diagrama permite ainda verificar que há entrevistados que citam quase todas as categorias, como PEDRO e RODRIGO, cada um com oito aspectos assinalados, enquanto outros citam apenas dois, como CARLOS, GUSTAVO e CÉSAR. Causa alguma estranheza observar que são justamente CARLOS e CÉSAR os responsáveis, em sua região, pelo curso de formação, mas foram os que menos aspectos abordaram. Ambos destacaram os conteúdos e as políticas públicas como necessidade de formação, destacaram como segundo aspecto o ponto que identificaram como maior dificuldade e focalizaram o processo formativo dos multiplicadores: CARLOS, a necessidade de formação pedagógica, e CÉSAR, o vínculo estável no município.

A concepção processual, vivencial e relacional da formação docente é citada pelos três alunos da formação com maior tempo de SUS, Saúde da Família e ligação com a Educação, mostrando coerência com as análises individuais e de contexto. LUIZ, PEDRO e RODRIGO são o exemplo vivo da proposta que defenderam: estão em formação, reconhecem algumas necessidades, já desenvolveram algumas competências e têm consciência da importância de discutir em equipe as atividades a serem desenvolvidas, para avançar numa práxis crítica e transformadora.

A distribuição das citações nos indicadores e categorias, representada na Figura 2, sugeriu uma relação entre os cursos realizados nas regiões e os resultados apontados nas entrevistas. Uma nova forma de analisar as necessidades de formação e as competências pedagógicas possuídas, adquiridas ou necessárias aparece na Figura 3 a seguir. Nessa análise buscou-se a singularidade de cada experiência de formação de multiplicadores e sua influência no respectivo grupo, associando os resultados do grupo 1 e 2 de cada região.

Figura 3 – Diagrama de associação de idéias quanto a necessidades e competências percebidas pelos entrevistados, agrupadas por grupo e região.



Observação: à esquerda, grupo 1; à direita, grupo 2, por região.

A região A pautou sua formação na Portaria MS 2.527/06 e na necessidade de preparar para conduzir os Cursos Introdutórios nos municípios. Mesmo que CARLOS, GUSTAVO, SÍLVIO e LUIZ expusessem a insuficiência do conteúdo e da formação pedagógica, todos mencionaram e mostraram preocupação com este aspecto da sua formação. Em relação aos conteúdos teóricos propostos pelo Ministério da Saúde, apenas um tema foi mencionado por todos: as políticas públicas. SÍLVIO e LUIZ apontaram também o tema do trabalho em equipe. Atuação interdisciplinar, participação popular e conteúdos transversais, assim como atitudes e condições, nem foram mencionados por qualquer membro dessa região. Apenas SÍLVIO abordou a habilidade para a docência, e de forma bastante vaga. LUIZ foi o único do grupo com maior experiência no SUS, na Saúde da Família e que apresentou a concepção de formação docente como processo contínuo, vivencial e relacional. Também foi o único, do grupo inteiro de entrevistados, que realizou o Curso Introdutório após a formação. Esses fatos destacaram sua entrevista do conjunto por trazer muitas referências cruzadas entre a formação de multiplicadores e a condução do Introdutório, tendendo a ampliar a importância dos fatos relacionados ao Introdutório, especialmente os recursos encontrados pela equipe do município incumbida da tarefa para conseguir sucesso na sua ação educativa. Com essa focalização nas preocupações pedagógicas, o único conteúdo valorizado por LUIZ, além da formação pedagógica, foi o trabalho em equipe. CARLOS apresentou a proposta regional de formar um grupo intermunicipal de multiplicadores, uma rede que GUSTAVO reforçou como caminho viável para realizar o Curso Introdutório em seu município. A região vinha mantendo reuniões regulares para fortalecer a proposta regional, trocar experiências e envolver os gestores. SÍLVIO ressaltou a importância dessa iniciativa frente às mudanças que o Ministério da Saúde lançou ao longo de 2006 e 2007, incluindo as novas diretrizes de contratação dos Agentes Comunitários e membros das equipes por concurso público, os indicadores do Pacto de Gestão e também o Curso Introdutório e a Política de Educação Permanente em Saúde.

A preocupação preponderante da formação na região C foi com o envolvimento e compromisso dos profissionais com a Estratégia de Saúde da Família e seus princípios. O trabalho de conclusão foi coerente com esta finalidade, e o resultado aparentemente correspondeu às expectativas: as categorias sinalizadas foram ao encontro de conteúdos da Portaria MS 2.527/06 e transversais, essenciais para que os profissionais que ingressam na Saúde da Família possam apreender as especificidades da atuação no modelo. Atitudes e habilidades também foram mais citadas por esse grupo, e condições só foram abordadas por integrantes da região C e por FERNANDO. As questões relacionadas com a formação pedagógica surgiram com menor enfoque, no conjunto das respostas. PEDRO e RODRIGO falaram de suas experiências e formação pedagógica, independentemente da formação de multiplicadores realizada em 2006. No grupo, só RODRIGO se referiu à necessidade de formação na organização do Curso Introdutório. PEDRO expôs fragilidades do Curso, como a adoção de técnicas que não são plenamente exploradas, mas seu objetivo era conhecer os conteúdos *“como estão sendo trabalhados”*. ANDRÉ, que afirmou que *“para quem não tinha nada, o Curso foi tudo”*, como já exposto, aproveitou o conteúdo teórico e nem percebeu que questões pedagógicas também deveriam surgir dessa formação. Sabia que precisava repassar, mas não refletiu sobre o significado e os objetivos da sua formação, e eficientemente já repassou o Curso para toda sua equipe: fez uma pilha de cópias de disquetes e distribuiu para todos, indistintamente, levarem para casa, lerem e voltarem na semana seguinte para discutir. Não distinguiu que o público de sua formação não seria a sua equipe, mas sim novos membros que fossem contratados, para outras equipes no município. O município já havia feito o Introdutório no momento da entrevista, segundo informação de CÉSAR, mas ANDRÉ não fora envolvido, nem sabia que havia ocorrido, deixando em dúvida se sua indicação para a formação de multiplicadores foi um erro ou uma falta de opção da administração municipal, ou se ANDRÉ não participou do Curso Introdutório por outros problemas, como agenda sobrecarregada ou férias no período da capacitação. Ainda é possível que o

Curso Introdutório não tenha sido realizado dentro da proposta do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, e por isso não houve a necessidade ou o interesse em envolver ANDRÉ no curso.

A região B, pela situação peculiar de não ter realizado a formação de multiplicadores na proposta da Secretaria de Estado da Saúde e apresentar uma outra experiência, municipal, de formação de multiplicadores e realização do Introdutório com parâmetros diferentes, forneceu diferenças consistentes em relação aos resultados das regiões A e C e semelhanças nas concepções e preocupações expostas por MARCOS e FERNANDO, coerentes tanto com a história pregressa e inserção profissional de ambos, como pela influência da experiência do município de FERNANDO na proposta regional apresentada por MARCOS.

Na maioria das entrevistas não há uma proposta clara de continuidade após a formação dos multiplicadores. No entanto, a própria insuficiência da formação, principalmente pedagógica, manifesta por CARLOS fez emergir a proposta, ou, no caso de GUSTAVO, foram as dificuldades em viabilizar o Introdutório no seu município. SÍLVIO e GUSTAVO confirmaram a importância e pertinência da proposta de CARLOS para a região A, que já estava em andamento: as reuniões regulares do grupo de multiplicadores, ampliado para os responsáveis pela Atenção Básica ou gestores. Na região C, CÉSAR sugeriu que, como o processo de formação foi interessante e importante não só na sua região, mas em todo o estado, precisaria ser avaliado em oficina com apresentação das experiências e, desta oficina, construir-se-ia uma proposta de continuidade ao Curso Introdutório, pensada para o estado de São Paulo.

Para ANDRÉ, a continuidade de seu processo formativo será prosseguir participando de cursos: *“Eu fiz esse curso e vou fazer muitos outros ... eu corro atrás mesmo, se me convidarem para outros cursos, eu vou mesmo”*. Para SÍLVIO, ciente de que passou a ser responsável pelo Introdutório no município, *“a capacitação feita lá na DIR só complementou [a que já era feita aqui] ... agora é só juntar as duas coisas, eu acho que daria pra montar, sem problema algum”*. RODRIGO explicou que *“eu fui para o*

Introdutório, já com um Introdutório de Secretaria acontecendo na minha vida, eu fui conhecer”, na perspectiva de “*todo mundo estar capacitado, [para] pode juntar essas pessoas [que iam chegando] e realizando um Introdutório maior, uma coisa que a Secretaria vem tentando fazer [agora]*”. PEDRO já estava fazendo o Introdutório no seu município, assim como RODRIGO, mas não deu a mesma perspectiva de continuar ampliando equipes, e não indicou a perspectiva de novos Introdutórios em um futuro próximo, embora tenha exposto a dificuldade de fixar profissionais médicos nas equipes. LUIZ havia concluído o Curso Introdutório no município e estava analisando os resultados, com muito otimismo, mas, assim como PEDRO, não antevia a necessidade de, em curto prazo, envolver-se com novo curso. Apontou alguns aspectos que modificaria em uma nova oportunidade, como a duração do curso e a abordagem de alguns temas, principalmente “ética”, que foi muito requisitado pelos alunos.

Na entrevista de MARCOS e FERNANDO não surgiu uma proposta de continuidade clara após a formação dos multiplicadores, até porque os momentos de cada experiência não foram favoráveis: MARCOS não realizou a formação na sua região até a entrevista, e FERNANDO realizou tanto a formação de multiplicadores como os cursos similares ao Introdutório, provavelmente num período superior a dois anos em relação à entrevista, visto serem relacionados com uma administração municipal que se encerrou ao final de 2004.

MARCOS e CARLOS falaram em formar uma rede de multiplicadores, independentes do seu município de origem, como propõe a Política de Educação Permanente e mesmo as propostas relacionadas ao PCCS¹⁹ (Brasil, 2005b), que idealizam um profissional do SUS que hoje trabalha aqui, amanhã ali, mas seu compromisso e sua formação continuam, porque são ligados ao SUS, em caráter nacional, e não estão presos à instância local. A forma desta rede de multiplicadores ser acionada, atuar e manter-se não foi explicitada, mas a região A já estava fazendo reuniões

¹⁹ PCCS: Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS.

com o grupo e expandindo-o, e a região B também tinha alguma rotina de reuniões, nas quais se levantou a necessidade do Introdutório e da formação de multiplicadores, construiu-se uma proposta, acompanhou-se o processo no Pólo de Educação Permanente e suas instâncias até o Ministério da Saúde e se optou por não adotar o modelo de curso de multiplicadores proposto pela Secretaria de Estado da Saúde. O fortalecimento das instâncias regionais no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a) e na Política de Educação Permanente (Brasil, 2007a) reforça estes espaços de reflexão sobre as necessidades e possibilidades de formação dos profissionais da Saúde nas regiões. A dinâmica dos grupos regionais e redes de multiplicadores pode não ter sido exposta, ou mesmo planejada, mas os multiplicadores não são livros que se retiram de uma prateleira qualquer de biblioteca, consultam-se e são devolvidos à prateleira. Precisam estar em contínua formação e reflexão, como propõe, entre outros, Hoffmann (2002, p. 115), que entende os professores como protagonistas solidários na mudança, e para tal é preciso também que:

“cada instituição envolvida [...] se esforce para manter o entusiasmo dos professores. Primeiro, investindo nas relações interpessoais éticas, de convívio e abertura às incertezas, e não do conluio e do fechamento [...] Segundo, começando por pequenos passos, lentamente [...] sem medidas impostas ou alterações puramente burocráticas. Terceiro, trocando experiências em andamento, exitosas e difíceis, porque a experiência dos que já estão trilhando o caminho servem de enorme apoio para os que nelas se iniciam”.

A análise prosseguiu buscando as concepções pedagógicas subjacentes nos discursos. O contraponto sempre foi a concepção da Educação Permanente: concepção pedagógica dialógica, crítica, conhecida como problematizadora, pautada na aprendizagem significativa e no trabalho; que utiliza metodologias ativas, parte da realidade e resulta em transformação do indivíduo participante e da realidade em que atua. Os profissionais de Saúde geralmente recebem sua formação por meio de uma pedagogia tradicional, de acúmulo de conhecimento e reprodução acrítica,

como apresentam Masetto (2003), Freire (1996), Gadotti (2002) e Ceccim e Feuerwerker (2004). As diferenças nos grupos e nas respostas analisadas individualmente retratam o processo de formação docente e transformação, incorporando uma nova forma de fazer e falar sobre Educação, que paulatinamente substitui o jeito antigo e conhecido. Um grupo fez menção clara à pedagogia problematizadora, crítica ou significativa. Em suas falas podem ser verificados os elementos ou a nomeação direta:

- *“ter formação de uma metodologia pedagógica, voltada para a problematização”* (CARLOS);
- *“essa educação ter sentido... saber lidar com outras ferramentas, não só aula expositiva... ouvir os profissionais, desencadear processos, vivências, para facilitar passar o conteúdo”* (MARCOS);
- *“da pedagogia assumida pela proposta, que é a problematizadora... O princípio da pedagogia crítica... agregou muita coisa do Paulo Freire, da educação significativa ... A proposta, sendo orgânica, é transformadora para todos”* (FERNANDO);
- *“problematizar sobre que instrumentos ... utilizamos dinâmicas, representações, vários tipos de construção: colagem, desenhos, coisas que estimulassem o pessoal”* (LUIZ);
- *“é um processo de construção, e que não se encerra ali... desenvolver os trabalhadores no campo... que incentivar para que possa estar partindo deles”* (PEDRO);
- *“enquanto formação do profissional, de quem tá trabalhando... na hora que vai para a base, que vai pra lidar com aquela situação... é o discurso sem a prática”* (RODRIGO).

O outro grupo não foi tão específico, ou trouxe elementos da pedagogia tradicional, como descrita por Saviani (2002) e Gadotti (2002), embora não seja possível disso inferir a opção pedagógica que estes

entrevistados terão no momento em que estiverem exercendo tal função. Fazem parte desse grupo os entrevistados do grupo 2 mais recentes no SUS e na ESF, e o responsável regional pela ESF, do grupo 1: CÉSAR; GUSTAVO, SILVIO; ANDRÉ. Suas falas, indicando questões pedagógicas específicas, foram: *“não receber pronto, precisar ir atrás”* (CÉSAR); *“dando palestras ou dando aula”* (GUSTAVO); *“eu tinha a apostila pronta, eu sabia o que eu ia fazer em cada aula”* (SILVIO); *“antigamente, eu teria que dar aula, mas hoje, em disquete, vai pra casa, lê esse disquete todo, daqui a uma semana a gente vai conversar”* (ANDRÉ).

A experiência dos Introdutórios já realizados também foi analisada, não no intuito de avaliar a efetividade do curso de formação de multiplicadores, o que não seria possível nem com o número de amostras nem com as questões abordadas, mas para verificar conceitos e conteúdos privilegiados em cada experiência disponível. Antes da formação de multiplicadores e da edição da Portaria MS 2.527/06 (Brasil, 2006d), dois municípios (de SILVIO e RODRIGO) já faziam o Curso Introdutório, mas não foram dados detalhes sobre sua organização. Outras duas experiências foram relatadas: um município de grande porte, com mais de 1,5 mil alunos já atuando na rede, incluía a formação de multiplicadores; foi apresentado documento referente a um módulo, com duração de 36 horas, sem contar a dispersão (o número de módulos não divulgado), sendo o curso de multiplicadores com 240 horas, incluída a formação pedagógica. O programa estava detalhado, com seqüência de atividades, duração e objetivos descritos, com o conteúdo do módulo 1: em políticas públicas de saúde (histórico, SUS, PSF) e sistema de trabalho (com indicação de continuação no módulo 2). A metodologia previa discussão em subgrupos, teorização (textos, filmes, aula expositiva), discussão de caso, relatos, tendo sido nomeada problematizadora. A avaliação se deu pela intervenção na comunidade. O outro município, de médio porte, ampliando suas equipes de Saúde da Família, teve duração de um mês, duas fases de 15 dias cada, encontros de 4 horas, privilegiando-se na fase 1 conteúdos de políticas públicas de saúde (histórico, SUS, PSF) e sistema de trabalho, cidadania e

ética; e, na fase 2, a apresentação dos programas, com fluxos, atuação, demandas e relação com a Saúde da Família. O programa entregue apresentava só cronograma e local/turma da fase 2, com programas e responsáveis pela apresentação, com a metodologia descrita na entrevista, constando de discussão em subgrupos, teorização (textos, filmes, aula expositiva), discussão de caso, mesa redonda com lideranças comunitárias.

Apenas um município do grupo entrevistado realizou o Curso Introdutório após a formação, e já dentro as normas da Portaria MS 2.527/06. O município, classificado como médio porte, tem entre 70 e 100 mil habitantes; o Programa Saúde da Família já está implantado, mas as equipes, em sua maioria, não tinham feito o Curso Introdutório. A duração foi de dois meses e meio, com encontros semanais de 4 horas, totalizando as 40 horas mínimas previstas pela Portaria, e o Curso teve a frequência de 150 alunos. O conteúdo também obedeceu à Portaria, mas incluiu os temas transversais de ética e cidadania. O programa entregue era detalhado com seqüência de atividades, duração, metodologia e material. A metodologia apresentou construção coletiva, plenária, debate, pergunta circular, aula expositiva e expositiva dialogada, e a avaliação foi escrita, solicitando a definição da Estratégia de Saúde da Família com base nos conceitos apreendidos. A avaliação do curso apresentou quase 80% de alunos satisfeitos, 58% de alunos motivados e 58% de alunos com novas idéias (10 opções, média de 3 respostas por aluno), com mais sugestões do que críticas no espaço aberto para tal.

Os três cursos apresentados em detalhes procuraram extrapolar a transmissão de conteúdos e adotaram técnicas coerentes com as propostas da Política de Educação Permanente em Saúde. Seria ótimo poder afirmar que a formação de multiplicadores foi um sucesso e contribuiu efetivamente para o avanço na qualidade da formação e da atenção à população. Mas, como já apontado anteriormente, não foi objetivo desta pesquisa avaliar os resultados, e sim o processo de formação de multiplicadores, e também não seria a busca de necessidades de formação e competências pedagógicas no discurso de atores de três regiões que poderia dar indícios fortes de

resultados sobre um processo que envolveu pelo menos outras dez regiões do estado. Embora Bardin (2000), Nogueira-Martins e Bogus (2004) e Ghedin e Franco (2008) indiquem que a análise de conteúdo possa apontar, em entrevistas semi-estruturadas, não apenas os conteúdos expressos, mas também os significados subjacentes às resistências, omissões e alterações de assunto, ela não costuma revelar o que não foi perguntado. As indicações que a análise sistemática e as comparações, abstrações e relações com a literatura podem fornecer não serão suficientes para atingir representações além dos propósitos do estudo. Mas podem indicar caminhos para outros estudos, qualitativos ou quantitativos. Os resultados desta pesquisa indicam conteúdos, atitudes, habilidades e condições que se apresentam como competências desejáveis para os multiplicadores do Curso Introdutório. Podem ser adotados como aspectos a serem abordados em pesquisas semelhantes em outras regiões, aprofundando as interferências das questões contextuais, de objetivos específicos e de condução do processo pedagógico de formação. Podem também ser indicativos para o estudo de outros processos formativos de multiplicadores – ou outros títulos dados a profissionais que se preparam para ensinar outros profissionais da Saúde, no contexto da Política de Educação Permanente –, buscando as semelhanças e diferenças do cenário do Curso Introdutório e da necessidade de formar quase 16 mil trabalhadores no estado de São Paulo. E podem, como sugerem Minayo e Sanches (1993), Nogueira-Martins e Bogus (2004) e Pope e Mays (2006), embasar estudos complementares, qualitativos ou quantitativos, como questionários fechados, estudos de caso, acompanhamento longitudinal de um grupo de formandos ou outras possibilidades. Os objetivos podem ser: verificar o resultado da formação no número de Cursos Introdutórios realizados, profissionais formados, redução do percentual de profissionais sem formação inicial nas equipes, envolvimento e continuidade da formação dos multiplicadores, características dos cursos realizados, funcionamento das redes, regularidade e participação das reuniões dos grupos regionais, interferências

dos gestores, avaliação dos processos e dos resultados pelos alunos dos Cursos Introdutório e resultados na qualidade da atenção à população.

A análise da literatura indica a importância da experiência de cada um, sua trajetória é única e produz uma forma peculiar de ver e participar de processos pedagógicos; para o pesquisador é necessário compreender o caminho percorrido individualmente com toda a sua especificidade. Nóvoa (1998), Hoffmann (2002), Freire (1996), Rios (2001), Masetto (2003) e Perrenoud e Thurler (2002) indicam a mobilizações de conhecimentos, técnicas, atitudes para responder aos desafios da Educação, de forma singular e individual, apoiada em uma visão de mundo e de homem que se compromete com a prática educativa exercida. E ressaltam que este cidadão-professor, – que no caso dos entrevistados são profissionais de Saúde transitando na Educação – leva para sua prática educativa as suas vivências e afetividades, seus conhecimentos acumulados e experiências profissionais, seu senso ético e político, mesmo que não de forma consciente.

A entrevista com RODRIGO aponta esse sentimento. Ao responder quais capacitações foram importantes na sua trajetória e até o curso de multiplicadores, diz que *“um pouco de cada...”*. Também LUIZ relata que: *“... é uma construção coletiva, da vivência e da troca do grupo que surgiu a forma de fazer...”*, o que é ainda mais claro no resultado do único Curso Introdutório realizado. O município conseguiu que quatro funcionárias participassem da formação de multiplicadores, criando uma massa crítica mínima para formar um processo de construção coletiva, viabilizando internamente um espaço de discussão produtiva. Ao espaço de debate e construção, interno do município, alia-se a continuidade das discussões regionais, fortalecendo a troca, as sucessivas aproximações e a acumulação de conhecimento integrado à prática coletiva compartilhada, como propõe Freire (2003, p. 68): *“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”*. A relação horizontal do educador com o educando, a consciência da complementaridade do ensino com a aprendizagem e a necessidade de

desafiar, desde o início, o questionamento e participação do educando, valorizando a experiência e o saber prévio, reforçam uma postura essencial do educador em relação ao educando: o reconhecimento desse como sujeito da sua própria formação e prática. Essa linha já foi delineada ao longo da análise das respostas, citando diversos autores, principalmente da pedagogia crítica e da educação permanente, que definem que educar é criar vínculos, refletir sobre a prática e mudar o mundo, mas não é transmitir e repetir conteúdos. Gadotti (2000), na discussão de uma nova educação do futuro, relaciona a obra de Paulo Freire e o Relatório Jacques Delors, da UNESCO (1998). Delors indica quatro grandes pilares: aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a ser. Freire já trazia em seus trabalhos a mesma perspectiva, como apresenta Gadotti (idem, p. 3): “Paulo Freire antecipou-se pelo menos 50 anos com o seu ‘Círculo de Cultura’, criando uma metodologia prática que oferece as bases para a construção desses pilares e rompendo com a noção clássica de ‘aula’”.

As propostas que se podem delinear da formação de multiplicadores do Curso Introdutório, a partir da análise das entrevistas dos atores envolvidos nas experiências estudadas, buscam responder aos objetivos e ao alcance pretendido neste trabalho.

A formação de docentes, os multiplicadores para o Curso Introdutório, deve envolver tanto conteúdos específicos e definidos pelo Ministério da Saúde para este Curso especificamente como outros transversais que repercutem na prática destas equipes e dos profissionais de Saúde em geral. Os multiplicadores precisam estar seguros no conhecimento destes conteúdos não apenas para sua reprodução acrítica, mas para serem capazes de reorganizá-los e promover situações favoráveis à sua aprendizagem. Essa competência implica também o trânsito confortável na área da Educação, adotando outras técnicas que não apenas a aula magistral e que sejam mais condizentes com a educação de adultos, significativa, que parte dos conhecimentos prévios dos alunos-profissionais e não entrega um saber pronto, mas busca desafiá-los, desde o início do processo educativo, na construção do próprio conhecimento. Implica ainda a

capacidade de lidar com o diferente e com a diferenciação, reconhecer a heterogeneidade do grupo de alunos e estar preparado para mediar conflitos. Implica o reconhecimento do aluno como um sujeito autônomo da sua própria aprendizagem e coloca o professor em uma relação horizontal com o aluno, de escuta e respeito. Finalmente, implica perceber-se aluno e professor ao mesmo tempo, como coloca Freire (1996, p. 23): “não há docência sem discência [...] quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. A formação de docentes, portanto, envolve conteúdos técnicos e pedagógicos, e, além de conteúdos teóricos, envolve também atitudes, habilidades e condições. As atitudes e habilidades englobam a capacidade de ouvir e de se comunicar, a valorização do outro como sujeito do seu aprendizado e o compromisso conseqüente de conduzir o processo educativo pautado no diálogo, na democracia e na formação do pensamento crítico. A valorização das relações sociais e condicionantes do processo de saúde-doença da comunidade também se reflete na formação comprometida com a Política de Educação Permanente em Saúde, porque esta deve conduzir para mudanças na atenção à saúde, mais humanizada e comprometida com a comunidade adscrita.

Ao se tomarem como referência as competências propostas por Masetto (2003), Rios (2001) e Perrenoud (2000), os discursos apontaram de forma mais clara a necessidade de conhecimentos teóricos do conteúdo específico do Curso em estudo. A experiência dos profissionais, pautada no conhecimento teórico e no sucesso profissional como requisitos necessários para a docência no ensino superior, conforme apresentado por Masetto (2003), é um fator importante para a permanência, no discurso de profissionais que estão se aproximando da Educação, do foco no domínio do conteúdo teórico. A necessária competência do conhecimento é importante, mas não suficiente para o sucesso das atividades de educação, principalmente na concepção da educação permanente. Alguma preocupação com conteúdos técnicos e competências pedagógicas foi apontada, de forma mais desigual, geralmente no sentido da insuficiência dos mesmos, e, nesse aspecto, a maior aproximação com a prática

educativa levou a uma maior preocupação com estas competências. As competências relacionadas à dimensão política, ética e de enfrentamento dos dilemas da profissão docente não foram claramente apontadas, mas foram sugeridas, principalmente pelos profissionais com maior experiência em Educação. Um exemplo é a menção da coerência da proposta do município da região B com a transformação da realidade: *“A proposta, sendo orgânica, é transformadora para todos ... construção de um novo processo de trabalho, da possibilidade de mudança... E transformar a realidade não é fácil”* (FERNANDO). Outro exemplo a ser considerado é a inclusão de conteúdos para os Cursos Introdutórios nos municípios: *“ética”* (LUIZ) e *“cidadania”* (PEDRO), mas as falas desses profissionais não articularam a proposta de conteúdo nomeada com uma concepção pedagógica, uma visão de mundo e de Homem, e nem perceberam estas relações como uma vertente imprescindível nas competências pedagógicas.

Os discursos analisados apontaram várias semelhanças entre as competências e necessidades verbalizadas e sugeridas com os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: a adoção da aprendizagem significativa e da linha pedagógica crítica, progressiva ou problematizadora, como é conhecida na literatura da Educação na Saúde; o reconhecimento da formação permanente, ao longo da vida do profissional; o aprendizado e o ensino incorporados no cotidiano do trabalho, e o cotidiano como base de todo processo formativo, seja inicial seja contínuo; a educação como transformadora do profissional-aluno, do profissional-educador e da prática de saúde de ambos; a atualização técnico-científica como apenas um dos aspectos, que só faz sentido se ultrapassa a superficialidade e produz resultados na prática cotidiana; a educação que exige generosidade, querer bem, respeito e que produz relações humanas mais acolhedoras; a aquisição de habilidades técnicas de forma conjugada com o compromisso junto à equipe e junto à população, fortalecendo as relações interpessoais. A Educação Permanente em Saúde propõe a formação de profissionais críticos, comprometidos com o SUS e

capazes de refletir sobre sua prática e assim produzir conhecimento e melhorar a atenção à população.

A formação de multiplicadores na perspectiva da Política de Educação Permanente em Saúde e nas concepções educacionais que são adotadas só pode começar da reflexão crítica da realidade e da prática pedagógica do profissional da Saúde que está se aproximando do campo da Educação. Essa aproximação precisa ocorrer de forma voluntária, sob risco de comprometer a autonomia e a capacidade de o profissional ser generoso e acolhedor com os futuros alunos. Também é preciso reconhecer que a aproximação é gradual, lenta, o discurso e a prática da Educação são incorporados no campo de atuação do profissional de Saúde no exercício e preferencialmente na vivência experimentada do processo pedagógico como será depois praticado futuramente. Nas palavras de Freire (1996, pp. 47-8) “meu discurso sobre a Teoria deve ser o exemplo concreto, prático da teoria”. Rios (2001) alerta que o desafio de ser professor de professores é o desafio de refletir sobre a experiência do aprendiz que é professor, ou está se preparando para sê-lo, e assim compreender melhor o trabalho do professor-aprendiz. Portanto, Hoffmann (2002) ressalta que a formação de professores comprometidos em ser protagonistas da mudança, dentro da concepção da aprendizagem significativa, não permite querer ensinar ao professor o que ele precisa aprender, porque as construções são do próprio sujeito, na reflexão da sua prática, descobrindo-se na relação com seus alunos, seus pares e a sociedade, e reconstruindo os significados e as práticas docentes.

As reflexões colocadas apontam para uma formação que não se pauta nem se encerra em um conjunto de conteúdos teóricos transmitidos, embora haja interesse de alguns entrevistados por alguns conteúdos específicos. A formação já é um exercício da prática, devendo pautar-se pelos mesmos pressupostos que se pretendem adotar no Curso Introdutório. Como a proposta de FERNANDO, sobre a formação dos apoiadores durante a formulação do Introdutório: “[enquanto] *se estaria formulando, estaria se capacitando*”. Ou seja, vivenciando a metodologia problematizadora na

própria formação, no desafio de definir temas, procurar textos e atividades e pensar coletivamente nos seus processos de ensino, os apoiadores se formavam e se comprometiam com essa opção pedagógica. Hoffmann (2002) ressalta que a formação docente ocorre em espaços de discussão e estudos, aos quais os professores trazem suas análises e sua reflexão pessoal para dentro do grupo, para serem objetos de consideração, de debate e, assim, serem sedimentados pela reconstrução dos saberes na relação dialógica, solidária do grupo. Assim como Hoffmann (2002), também Perrenoud (2000), Perrenoud e Thurler (2002), Rios (2001) e Masetto (2003) indicam que o compromisso de ensinar se dá na reflexão sobre a práxis e sendo responsabilidade do sujeito autônomo administrar seu aprendizado como docente, é também responsabilidade da instituição onde atua ser um espaço democrático e propiciador de relações interpessoais de cooperação e transformação.

Masetto (2003) formula algumas propostas de formação pedagógica para docentes universitários. Começando pela pós-graduação, embora esta devesse formar professores e pesquisadores, tem se aprofundado na pesquisa e no avanço do conhecimento dentro da área específica de estudos do pós-graduando e contribuído pouco em propiciar formação para a docência. As propostas para a formação na pós-graduação sugeridas por Masetto (idem, pp. 184-5) são a disponibilização do acesso a uma “disciplina optativa em metodologia do ensino superior [...]”; organizar seminários, workshops ou encontros sobre novas experiências pedagógicas [...]”; incentivar pesquisas sobre o ensino superior nas diversas áreas”. Tais atividades poderiam ser abertas a vários programas e a docentes que não estivessem formalmente ligados à pós-graduação, mas que se interessassem pelo tema, o que enriqueceria os estudos, aumentando a heterogeneidade do grupo e das experiências compartilhadas. Instituições sem programas de pós-graduação ou áreas de educação poderiam buscar apoio de especialistas externos e conduzir projetos de valorização dos docentes, em “grupos pequenos de 15 a 20 professores de cada vez [...] com atividades variadas de acordo com a necessidade ou expectativa do

grupo [...] que seja uma atividade que interesse ao grupo e quanto possível prazerosa” (idem, ibidem). As propostas de Masetto acontecem no espaço da Educação, em instituições de ensino superior, embora em qualquer área de graduação ou pós-graduação. A Política de Educação Permanente do SUS acontece nos serviços de saúde, mas pode estar ancorada e sediada ou se apoiar em instâncias de Educação na Saúde, inclusive as Escolas Técnicas do SUS, onde profissionais como MARCOS e FERNANDO dedicam-se exclusivamente às atividades de Educação, em nível regional ou municipal. Masetto também apresenta uma conformação menos estruturada nas instituições de ensino:

“já encontrei também pequenos grupos de professores que iniciaram sua formação pedagógica com leituras individuais, estudos em grupo, trocas de e-mails com outros professores, tentativas de experimentarem algo novo em suas aulas, apoiando-se uns nos outros e envolvendo sempre outros colegas. E os resultados foram bastante interessantes. Em geral, acabaram encontrando-se com outros grupos e se desenvolvendo de forma intensa” (idem, ibidem).

As propostas de Masetto abarcam a formação pedagógica por meio de diferentes conformações, que não são mutuamente excludentes, muito pelo contrário, são complementares na lógica da formação gradual e contínua. Pode ser um curso, com aulas, duração pré-fixada, material de apoio e professor, sempre que necessário ou possível, como solicitado por LUIZ, GUSTAVO e SÍLVIO e como parte das propostas de formação enunciadas por MARCOS e FERNANDO. Capacitações pedagógicas foram adotadas com sucesso pelos principais projetos de formação de pessoal de Enfermagem – Projeto Larga Escala, Projeto Classes Descentralizadas e PROFAE. Destes, o PROFAE destacou-se pela formação em nível de especialização e mediante educação à distância (Bersusa et al., 2008; Pereira IB, 2005). A formação pode também ser um espaço para discussão em grupo, com dedicação de tempo para o estudo ou a leitura, mediante participação voluntária e respeitando os interesses e necessidades pessoais e do grupo pelos temas em estudo ou reflexão. Masetto considera esta

possibilidade como a formação em si ou como a continuidade do processo iniciado com o curso formal. A proposta de continuidade por meio das reuniões na região A, como apresentou CARLOS, está bem sintonizada com os aspectos apontados por Masetto. A proposta da região C, formulada por CÉSAR, envolve a instituição, no caso a Secretaria de Estado da Saúde, como promotora da continuidade e valorização dos seus docentes do SUS-SP, pela organização de oficina de avaliação dos resultados da formação dos multiplicadores e construção de uma proposta de continuidade para o estado de São Paulo. A publicação e difusão de literatura específica, principalmente divulgando as experiências bem-sucedidas na área de Educação na Saúde são um material interessante para consulta e estudo individual ou para discussão nos grupos. São exemplos os manuais produzidos pela Secretaria de Estado da Saúde – Manual de treinamento introdutório do Programa Saúde da Família (São Paulo, 2004) e pela primeira parceira no Programa Saúde da Família no município de São Paulo, a Casa de Saúde Santa Marcelina - Programa Saúde da Família - Manual para o curso introdutório e Dinâmicas pedagógicas: uma experiência do Núcleo de Capacitação do PSF (Bourget, 2005a; Bourget, 2005b). Os manuais não são modelos prontos para serem seguidos à risca, mas material rico para discussão e reflexão, trazendo experiências na área específica de Cursos Introdutórios, que precisam ser contextualizadas e adequadas a cada realidade local.

As propostas de Masetto, considerando que são formuladas para o professor universitário, indicam a responsabilidade da instituição de ensino em valorizar e formar seu corpo docente. Hoffmann (2002) e Perrenoud (2000) também ressaltam o compromisso da instituição onde atuam os professores com o aprendizado permanente destes. A Política de Educação Permanente concebe a parceria com as universidades, que participam das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), no diagnóstico, formulação e desenvolvimento de atividades de educação incluídas nos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde. Prevê que as universidades estejam abertas às demandas de

Educação na Saúde, sejam capazes de produzir conhecimento relevante para a construção do SUS, incluindo o fortalecimento da autonomia dos sujeitos da educação permanente, os profissionais de Saúde que se envolvem na Educação. A concepção de parceria estabelecida com as universidades deve superar os campos de estágio nos serviços de saúde e a compra de cursos prontos, no formato adequado para as instituições de ensino, e construir propostas a partir das necessidades e demandas da rede assistencial, em que podem ser incluídas as iniciativas para favorecer a formação de docentes para a Educação na Saúde. Silva (2000), analisando as necessidades de formação de professores do ensino fundamental decorrentes da integração de alunos com necessidades educativas especiais, propõe dois caminhos a serem adotados pelas instituições formadoras: a atuação no cotidiano dos serviços em campos de estágio e pesquisa e o envolvimento com a educação permanente dos profissionais em serviço. Ambas partem da participação ativa das instituições no cotidiano, na realidade dos serviços, em seus problemas, suas demandas, seus impasses. O campo de pesquisa e estágio se constitui em um espaço de reflexão da prática: as escolhas do que pesquisar e a apresentação dos resultados da pesquisa ou da avaliação do estágio se fazem com os profissionais da instituição em que ocorreram, permitindo que a discussão em si seja um espaço de educação privilegiado, porque se inicia e aponta para a prática cotidiana do serviço real, vivido pelos profissionais. A integração de fato aos serviços permite também formular e desenvolver atividades de educação permanente para a rede mediante suas necessidades e ainda contribuir para a reflexão da formação inicial destes profissionais, para a qual a análise da literatura mostrou tantas críticas. Diminuir a distância entre instituições formadoras e serviços de saúde é um dos objetivos da Política de Educação Permanente, que beneficia as duas pontas da parceria, além de profissionais, alunos e pacientes que se envolvem em suas atividades.

O fortalecimento dos espaços de formação de docentes para a Educação Permanente, inicial e contínua, contribui para criar um *corpus*

técnico que, não precisando deixar de ser atuante na atenção à saúde, consegue propor, refletir e rever suas práticas docentes e comprometer-se com os objetivos pedagógicos, teóricos e comportamentais nas ações educativas em que tomam parte, incluindo a necessária avaliação dos resultados. Os resultados das entrevistas não foram apresentados aos entrevistados, embora tenha sido compromisso da pesquisadora, depois de finalizada a pesquisa, retornar às regiões e fazer a devolutiva da análise. Silva (idem, p. 266) incluiu a devolutiva como parte do processo em sua pesquisa, e encontrou resultados muito positivos, como expõe:

“a devolução dos dados que resultaram da análise de necessidade de formação constituiu um momento de formação importante, na medida em que implicou os professores intervenientes e o corpo docente presente, o que nos leva a presumir que esta pode ser uma estratégia de formação contínua com bastantes potencialidades”.

Mizukami (1986) ressalta que, diante dos desafios da realidade, as respostas não devem seguir modelos ou receitas prontas, mas partir de uma reflexão crítica sobre o homem e seu meio de vida concreto e construir-se em um contexto, uma práxis contínua, em que a resposta dada irá modificar não apenas a realidade, mas também o indivíduo. Assim, não há uma proposta de formação de docentes na Saúde, mas tantas possibilidades quantos são diversificados os desafios, os contextos histórico-sociais e as vontades dos profissionais de Saúde que se aproximam da Educação. Faria (1987, p. 42) já salienta que a reflexão crítica do contexto como processo de renovar a prática “é apontado também como um conteúdo educativo a ser aprendido. Esse conteúdo se constitui em um instrumental básico para os contínuos e dinâmicos enfrentamentos da realidade existencial”.

A construção da Política de Educação na Saúde ainda está em curso. Os desafios envolvem: a melhor compreensão dos pressupostos da educação permanente; o desenvolvimento de metodologias próprias para o levantamento das necessidades educacionais da Saúde e definição das respostas educativas mais adequadas; o compromisso amplo com a

reformulação dos cenários mundial, nacional, regional e local quanto ao trabalho na Saúde; e a capacidade política de pactuar agendas, prioridades e intervenções na organização dos serviços para os processos educativos entre os diferentes atores – instituições formadoras, gestores e trabalhadores. Cada aspecto merece pesquisa, reflexão e ações para sua superação. O presente trabalho não se propôs a responder a todos os desafios da Política de Educação Permanente, mas auxiliar na construção de uma prática educativa na Saúde mais comprometida com a possibilidade de impactar na qualidade da atenção à população, a partir da reflexão sobre um grupo de atores essencial nessa construção: os profissionais de Saúde que se tornam docentes, e sua formação no contexto específico da capacitação dos multiplicadores para o Curso Introdutório para profissionais em Saúde da Família, realizado em 2006 e envolvendo três Regionais de Saúde do estado de São Paulo.

Freire (1996; 2002; 2003), Hoffmann (2002), Nóvoa (1992), Rios (2001), Masetto (2003), Perrenoud (2000) e Perrenoud e Thurler (2002) auxiliaram a compor com as falas dos entrevistados um cenário para a formação de docentes na Saúde, no contexto da capacitação de multiplicadores para o Curso Introdutório, em que se destacam os seguintes pontos:

- a formação se dá em um processo, com sucessivas aproximações, e não por um curso teórico finito;
- a experiência pessoal, o contexto e a história de vida do profissional influenciam sua prática pedagógica;
- o discurso e a prática se transformam e ressignificam ao longo do processo;
- a entrada na vida docente deve ser voluntária;
- a segurança nos conteúdos teóricos é essencial, mas não suficiente para conduzir um bom processo educativo;
- a educação não tem idade, estende-se pela vida e não é neutra: o docente sempre faz opções, esteja ou não consciente disso;

- o profissional é sujeito da sua aprendizagem, administra sua formação e aprende a partir da reflexão sobre a sua prática;
- a reflexão sobre a prática é individual, mas acontece no coletivo, com seus pares, seus alunos e a sociedade, mediante os compromissos que assume como agente de transformação da realidade;
- o processo de formação é reflexivo, permanente, embasado na bagagem anterior, comprometido com o cotidiano e sua transformação, vivenciado na prática, em diálogo com a teoria, compartilhado, engajado e sensível à afetividade;
- a construção do docente na Saúde se faz em constante desafio do novo e reflexão sobre o conhecido, avançando na mudança de uma formação pautada na pedagogia tradicional para a incorporação dos pressupostos e das ferramentas da pedagogia crítica, problematizadora;
- a instituição que abriga o docente pode ser um estímulo ou um obstáculo à sua formação: questões administrativas, políticas e concepção de formação permanente interferem nas possibilidades de criar espaços democráticos de discussão e construção, apoio financeiro e liberação dos profissionais, docentes e alunos;
- qualquer um pode se tornar docente, desde que queira e esteja aberto ao outro, respeitando e valorizando sua autonomia, desde que saiba ouvir e expor suas idéias de forma horizontal e esteja disposto a aprender e ensinar ao mesmo tempo;
- cada profissional tem necessidades individuais de formação; cada curso a ser ministrado tem objetivos e possibilidades diferentes. Perfil, pré-requisito e organização da formação de docentes se dão em um espaço de pactuação e construção coletiva dos envolvidos no processo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Formação é processo: a formação de todo profissional é um processo que tem seu início na formação específica e continua ao longo da vida, de forma permanente. Esse conceito é claro na literatura, dá as bases para a Política de Educação Permanente e se confirma nas entrevistas realizadas.

O processo leva tempo: além de se estender ao longo da vida do indivíduo, o processo de formação precisa de tempo para se consolidar, como afirmam principalmente Freire (1996) e Hoffmann (2002). A classificação dos entrevistados por atuação e inserção no SUS e por tempo de inserção no SUS e no PSF indicou este processo. O grupo 1, formado pelos responsáveis pela coordenação e condução dos cursos de formação de multiplicadores do Introdutório, apresenta um coordenador regional da Atenção Básica e os demais ocupam cargos em estruturas específicas de formação/educação nas respectivas instâncias de atuação. Apenas o primeiro não expõe claramente uma opção pedagógica, embora sinalize uma sintonia com a necessidade de instigar o aluno para que este reflita, em vez de oferecer um conteúdo informativo sem um processo de reflexão e ancoragem na realidade e na prática diárias. Entre os envolvidos com o desenvolvimento de recursos humanos, o que está há menos tempo nas funções apresenta menor familiaridade com a terminologia da Educação, e em alguns momentos confunde o ouvinte sobre sua concepção pedagógica, justapondo “*repassar para as equipes*”, que remete à educação tradicional, com a percepção da necessidade de resultados comportamentais envolvidos com a transformação de uma realidade inadequada na quantidade e qualidade dos serviços de saúde prestados: “... *de uma maneira que consiga realmente chegar nessa reversão [da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família]*”. Indica ser necessário ao multiplicador “*ter formação de uma metodologia pedagógica, voltada para a problematização*”, tornando clara sua opção pedagógica, mesmo com as indefinições anteriores. Ele ainda fala sobre e retrata em seu discurso o processo de formação e

transformação, incorporando uma nova forma de fazer educação e um novo campo de estudos que não fazem parte da formação básica da maioria dos profissionais, o que os força a buscar novos conhecimentos que embasem sua prática quando se deparam com a atuação docente.

No grupo 2, a maior experiência no serviço público e em atividades regulares de Educação também resultaram claramente em uma maior familiaridade dos profissionais com os termos utilizados, com as concepções pedagógicas implicadas na Política de Educação Permanente e também o interesse pessoal de cada um, norteado por uma trajetória de aproximação da área de Educação no SUS. Estes profissionais conseguiram apresentar um encadeamento tanto das atividades que conduziram aos cargos hoje ocupados e também que culminaram com sua escolha para o curso de multiplicadores, como conseguiram estabelecer uma relação das capacitações anteriores com o aproveitamento e as insuficiências do curso em questão, principalmente em aspectos metodológicos. A experiência educativa desses profissionais se destaca por uma maior familiaridade com os termos utilizados, a sintonia e a pertinência das respostas a uma proposta metodológica definida numa trajetória de fazer Educação no SUS, traduzida na Política de Educação Permanente, o que aproxima estas respostas com as do grupo 1.

O grupo de profissionais com inserção mais recente aproveitou mais os conteúdos teóricos, apresentou menor percepção de questões pedagógicas e forneceu respostas mais genéricas. Esses profissionais mais recentes no PSF também não relatam experiências anteriores no SUS e apresentam de forma genérica capacitações pontuais, sem relação estabelecida com sua trajetória ou indicação para o curso de multiplicadores. Relacionam sua experiência docente anterior, externa ao SUS (escola técnica de Enfermagem, SENAC, acompanhamento de residentes) como experiência em capacitações anteriores, e dessas experiências imputam a si competências pedagógicas que julgam importantes: saber organizar aulas, se expor, ser espontâneo, por exemplo. Mas não indicam que tais experiências ou competências foram importantes para sua indicação como

multiplicadores. Também não explicitam ou relacionam opções pedagógicas claras. Não é possível afirmar que, quando atuarem como multiplicadores, não terão sucesso, visto que há características intrínsecas de cada um que lhes conferem potencial à docência. Todos já trilharam algum caminho, mesmo que externo ao SUS, mas é visível a diferença na reflexão sobre a ação de educar que estes profissionais apresentam em relação aos demais.

O processo é transformação: os profissionais de Saúde geralmente têm a formação pautada por uma pedagogia tradicional, de acúmulo de conhecimento e reprodução acrítica, com as insuficiências e inadequações dessa linha metodológica, já bem exploradas na literatura da Educação e da Saúde no último século. O percurso do profissional de Saúde que se envolve em atividades de Educação na concepção da Política de Educação Permanente exige abandonar a segurança da pedagogia tradicional, bem conhecida, e explorar as potencialidades de um novo modelo para estes atores, a pedagogia crítica, progressista ou libertadora, que se incorporou inicialmente nas experiências educacionais da educação em saúde e teve Paulo Freire como principal referência teórica. As diferenças nos grupos e nas respostas analisadas individualmente retratam o processo de formação docente e de transformação: incorporam uma nova forma de fazer e falar sobre educação, que paulatinamente substitui o jeito antigo e conhecido. O discurso se torna um bom indicador da prática, na medida em que traz os significados próprios de um grupo social em sua comunicação e também os contextos e experiências individuais do sujeito. Por isso, a entrevista é uma metodologia que se mostra adequada para a percepção desse processo de transformação e incorporação do novo.

Considerando ainda os compromissos da educação crítica e permanente, a transformação da prática pedagógica deve impactar na transformação da prática de atenção à saúde da população, comprometendo o profissional com a comunidade a ser acompanhada e com a humanização das relações. A Estratégia de Saúde da Família é uma mudança de modelo que está em curso na área da Atenção Básica, e as ações educativas ligadas a este programa, entre elas o Curso Introdutório, voltam-se à

transformação do profissional em suas atitudes e práticas cotidianas. Por isso, ANDRÉ ressalta a importância do entusiasmo que o multiplicador deve ter em relação à Saúde da Família, e CARLOS indica a necessidade de avançar para uma mudança real na maneira de atuar, sob o risco de mudar apenas o nome do programa, mas continuar a executar a atenção à saúde da forma tradicional, pessoal e descomprometida. Nesse sentido, o alinhamento dos profissionais entrevistados com as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família é importante para o sucesso das atividades de educação voltadas para a recepção e introdução dos profissionais que iniciam suas atividades nesse modelo.

O processo de formação e a transformação da prática, sendo lentos e graduais, também não são plenamente percebidos, como mostraram as entrevistas. A maioria dos discursos não expõe claramente as relações de suas práticas profissionais e educacionais, nem das experiências educativas vividas anteriormente, com o curso de formação de multiplicadores e suas necessidades de formação e competências pedagógicas. Nos discursos dos profissionais que estão há mais tempo envolvidos com Educação, essa percepção é maior.

A percepção do processo e da transformação são graduais e se traduzem nas necessidades de formação e competências pedagógicas expostas: as respostas quanto às necessidades de formação e competências pedagógicas podem ser divididas em conteúdos teóricos, de informação e atitudes, habilidades, condições e dificuldades que se refletem na prática pedagógica. Os conteúdos teóricos mencionados envolveram três vertentes: conteúdos específicos ao Curso Introdutório, abordados por todos os entrevistados, incluindo os definidos pelo Ministério da Saúde através da Portaria 2.527/06 e outros conteúdos transversais relacionados com a forma de atuar das equipes em capacitação. Envolveram também o conteúdo pedagógico, citado como uma “*capacitação pedagógica*” indistinta ou como necessidades específicas, de organização do curso, das aulas, das técnicas e metodologias a serem empregadas. Envolveram também atitudes, habilidades, condições e dificuldades externas, tanto entendidas como

competências pedagógicas individuais a serem adquiridas ou como condições favoráveis ou desfavoráveis ao processo pedagógico. Algumas características são consideradas como perfil ou pré-requisito, e são sugeridas em algumas entrevistas. Destas, parte liga-se às circunstâncias e aos desafios locais, conformando necessidades contextualizadas e que precisam ser pactuadas em cada atividade educativa a ser conduzida, como vivência prévia em saúde pública e/ou Saúde da Família, vínculo empregatício estável com o município. Outras características, como capacidade de ouvir, respeitar e estar aberto ao outro, gostar e estar interessado em ser multiplicador, ligam-se à essência do envolvimento com a docência e ao processo de tornar-se professor. Algumas entrevistas trazem um perfil mal definido de habilidade para docência, o que no conjunto dos discursos indica tratar-se da capacidade de se comunicar, relacionada à capacidade de transmitir conteúdos e motivar a aquisição de atitudes, habilidades e práticas, a partir da reflexão sobre o cotidiano. A interferência de questões financeiras e políticas, apoio do gestor ou falta do mesmo, fixação dos profissionais na equipe e até o tamanho do município implicam em dificuldades que o profissional, sozinho, muitas vezes não consegue transpor.

A transformação exige busca e caminhos: quando o profissional de Saúde se depara com a atuação docente (multiplicador, apoiador, facilitador, ou outros termos adotados nas políticas e ações de Educação na Saúde), precisa buscar novos conhecimentos que embasem sua prática. As entrevistas apontaram tanto necessidades de formação específicas do campo da Educação como alguma percepção do processo de incorporação do fazer educativo na prática destes profissionais de Saúde. Os entrevistados mais envolvidos com Educação foram justamente os que mais perceberam uma insuficiência de conteúdos pedagógicos nos cursos de formação de multiplicadores analisados, e indicaram que são necessários uma formação específica e um contínuo espaço para discussão, troca de experiências e aprofundamento. Indicam também a vivência da metodologia a ser adotada já durante a sua formação e apresentam algumas

possibilidades de continuidade do processo formativo, conforme propõem os autores ligados à Educação. Experiências de capacitação pedagógica na formação de docentes de ensino técnico no âmbito da Saúde e do curso de facilitadores da FIOCRUZ – conduzidos à distância, mas com momentos presenciais de troca de experiências e discussão do processo formativo – indicaram ser um caminho possível e interessante para a formação de docentes na Política de Educação Permanente em Saúde. Aliam-se a isso necessariamente o reforço dos espaços regionais e municipais de desenvolvimento de recursos humanos e Educação Permanente e o envolvimento de gestores para viabilizar a ação dos docentes formados. Experiências bem-sucedidas que foram publicadas são também um material de consulta para estudo individual ou para discussão em grupo, como o Manual de treinamento introdutório do Programa Saúde da Família (São Paulo, 2004) e Manual para o curso introdutório e Dinâmicas pedagógicas: uma experiência do Núcleo de Capacitação do PSF (Bourget, 2005a; Bourget, 2005b). Não há necessidade de um único caminho ideal, várias possibilidades permitem que cada situação crie seu conjunto de caminhos ideais, a partir de suas necessidades, possibilidades e oportunidades

A transformação é desafio e conflito: a formação docente não acontece por simples acúmulo de conhecimento, como afirma Freire (1996; 2003), entre outros, mas pela reflexão sobre o mundo e sua ação nele, para assim ser capaz de repensar sua prática e transformar o mundo, o “que o faz um ser da práxis” (Freire, 2003, p. 17). Segundo Freire (1996, p. 38), “a prática docente crítica [...] envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer”, exigindo uma constante confrontação da prática pela reflexão sobre a mesma, desafiando constantemente o profissional. A experiência de formação por acúmulo de conhecimento ainda transparece em algumas falas, inclusive nas que revelam o que se espera da capacitação pedagógica: receber o conhecimento por meio de aulas teóricas do curso, mas sair sabendo a prática, como em um passe de mágica. Entretanto as experiências relatadas apontam para uma reflexão, mais ou menos acumulada conforme a aproximação com o campo da

Educação, que indica um caminho de formação que parece comum: inicia-se pela percepção da inadequação da transmissão de conhecimentos para a aquisição de atitudes e práticas comprometidas com a saúde da população, que leva a uma inquietude e busca por “como ensinar”. A busca começa pela procura da “técnica ideal”, passa por uma etapa de capacitação – em que a troca com outros profissionais com ansiedades semelhantes cria um espaço para o debate e a partilha de experiências e de dúvidas – e nesse espaço se começa a construir uma práxis, reflexiva a partir das teorias já existentes e das vivências na Educação, que respondem às necessidades de formação às vezes semelhantes, mas nunca iguais. Portanto, o profissional estará sempre em formação, sempre sendo desafiado pelas circunstâncias e pela reflexão de sua prática, em constante mudança, aprendendo enquanto ensina.

O processo e a transformação são individuais e contextualizados: a trajetória é individual e experimentada durante a história de vida do profissional em formação. Essa história de vida e trajetória engloba não só a vivência em Educação, como aluno ou professor, mas também as responsabilidades do cargo/função, do envolvimento com a educação em saúde – às vezes o caminho para chegar ao envolvimento nas atividades formativas – e o interesse e propensão pessoal para a Educação, como apresenta FERNANDO: “às vezes [o profissional] *tem certas características e nem sabe que são características pedagógicas, já lida bem com o outro, é mais fácil chamar esse indivíduo, ele já vem com potencial.*”

O problema a ser abordado, mesmo quando parece igual, como o Curso Introdutório, sempre tem cores diferentes, conforme a realidade de cada município, região, época. As diferenças nos objetivos complementares e no desenvolvimento dos cursos de formação de multiplicadores nas Regionais também mostraram que, mesmo com uma proposta central única, cada região e coordenador de curso irão conduzir a proposta com seu olhar individual e chegar a resultados diferentes com seus alunos. E os alunos, por sua vez, vão ressignificar os conteúdos da formação à luz de suas experiências e visão individual do mundo.

A possibilidade de abordar o problema e desenvolver a ação educativa para a qual foi preparado também não depende só do profissional, muitas vezes se sujeita às limitações estabelecidas pela administração.

O processo e a transformação são solidários, não solitários: a trajetória individual acontece no contato e confronto com o grupo de profissionais em formação e de alunos. Embora cada profissional construa sua própria trajetória, de forma consciente ou não, o caminho não pode ser feito sozinho; pressupõe o debate produtivo entre os envolvidos, mesmo que cada um utilize os produtos do debate na perspectiva de uma trajetória pessoal. Não é possível definir uma capacitação pedagógica estanque para ser reproduzida em todo o território nacional que forme multiplicadores da Saúde: cada situação ou problema – a serem abordados pedagogicamente ou durante o processo de formação – vão exigir um perfil específico, ligado à formação profissional básica, papel e trajetória no SUS e em programas específicos que serão foco da intervenção educativa para a qual são preparados os docentes, ou tempo para suprir a falta de experiência no campo, o conhecimento específico do assunto a ser multiplicado e espaço/tempo para estudo e compartilhamento das questões pedagógicas. O contexto regional ou municipal também irá influenciar o processo. A capacitação pedagógica assim pensada envolve a experiência, no processo, da pedagogia a ser adotada, que começa por respeitar o aluno e seu saber, ponto inicial de qualquer aprendizagem ativa, ainda mais em adultos e profissionais integrantes de uma rede de atenção à saúde. Toda ação educativa acontece porque há um diagnóstico da realidade, do cotidiano, que aponta um problema a ser resolvido, que pode ser solucionado com uma intervenção pedagógica; portanto, sempre deve partir da prática cotidiana, da realidade conhecida, fazer com os alunos a reflexão da realidade e a busca de novos caminhos e soluções para o problema identificado. Essa dinâmica exige professores que sabem perguntar, instigar os alunos a perguntar, e também que sabem ouvir, compartilhar e respeitar a opinião e as idéias desses alunos. Sendo esta a prática pedagógica esperada dos formadores no SUS, sua própria formação deve ocorrer

também na troca, no questionamento de sua prática, na busca de respostas e reconstrução dessa prática, no confronto e negociação de suas idéias dentro de um grupo aberto a mudanças. Portanto é essencial saber ouvir e respeitar o outro, principalmente numa relação historicamente de poder, a relação aluno-professor. E querer participar do desafio de transformar a realidade, voluntariamente, encaminhando-se para a prática docente. O resto, como exprimem Rodrigo e Fernando, se aprende: se pratica, se estuda, se compartilha e se forma. As possibilidades de acesso à formação também são variadas: a parceria profícua com as universidades e demais instâncias formadoras da Saúde, inclusive as ETSUS, tanto em cursos de capacitação como especializações, o ensino à distância, a publicação de experiências bem-sucedidas e de manuais de referência, o acesso livre a publicações da academia sobre os processos de Educação na Saúde em bibliotecas e via internet, os espaços institucionais ligados à Política de Educação Permanente e às estruturas das Secretarias de Saúde estaduais e municipais, a criação de grupos de estudos e a possibilidade de contratação de consultorias para acompanhar os grupos de docentes

O processo pode ser belo: descobrir que não há uma solução única e perfeita pode parecer desconcertante e frustrante. No entanto, perceber-se parte dela, ser um ator imprescindível na construção de se fazer Educação no SUS, torna o processo belo. Cabe a cada um perceber e desempenhar seu papel, construindo seu caminho, que é único, mas também é de todos. E também reconhecer que estará sempre em formação, num processo contínuo que dura a vida inteira e acontece na solidária troca com os colegas. Todos são co-responsáveis nesta construção, têm experiências para compartilhar, conhecimentos para contribuir e soluções para procurar e construir junto.

O SUS faz vinte anos com avanços incontestáveis e desafios que parecem não ter fim. A Educação na Saúde é um deles e tem seus próprios desafios. O SUS está em constante construção. A Educação no SUS também. O caminho se faz caminhando; não estamos no começo, nunca chegaremos ao fim.

7. CONCLUSÕES

Os atores envolvidos na formação de multiplicadores do Curso Introdutório para Profissionais de Saúde da Família, como responsáveis pela sua condução ou como alunos, expressam em suas respostas as necessidades de formação e competências pedagógicas reconhecidas a partir dos processos de formação, mas a análise dessas falas também revela a interferência das trajetórias individuais nas suas percepções. Aliados aos documentos e diário de campo, os discursos permitiram captar as dificuldades sentidas pelos profissionais de Saúde que se envolvem com uma atribuição complementar: tornar-se docentes em serviços de saúde.

As necessidades de formação e competências pedagógicas reveladas envolveram conteúdos teóricos, atitudes e habilidades, juntamente com as condições e dificuldades extrínsecas ao indivíduo e que se refletem na prática pedagógica.

Os conteúdos teóricos apontados como necessários são específicos da intervenção educativa em questão, definidos pela Portaria 2.527/06 do Ministério da Saúde e outros transversais, como ética, cidadania e processo saúde-doença, implicados com a forma de atuar dos profissionais na saúde pública. O domínio destes conteúdos é essencial para a prática docente competente.

Outro conteúdo apontado é o especificamente pedagógico, que surge de forma imprecisa em alguns discursos, denotando a percepção de uma lacuna formativa, mas sem a clareza necessária para sua nomeação. Em outros discursos de atores, geralmente com maior experiência, as dificuldades e necessidades de formação são delineadas e passam pela discussão da organização do conjunto do processo educativo, da composição e organização das aulas, das técnicas e metodologias a serem empregadas.

Algumas características são consideradas como perfil ou pré-requisito para tornar-se multiplicador, como capacidade de ouvir, respeitar e estar aberto ao outro, ser comunicativo, gostar e estar interessado em ser

multiplicador. Tais características são fundamentais para o investimento no aprendizado necessário e para a postura docente esperada, numa pedagogia crítica. O conhecimento e vivência prévia em saúde pública e/ou Saúde da Família e vínculo empregatício estável com o município também foram considerados importantes para vincular estes profissionais com os objetivos do processo pedagógico, mas são pré-requisitos condizentes com aspectos de organização local ou contextual.

A interferência de questões financeiras e políticas, apoio do gestor ou falta do mesmo, fixação dos profissionais na equipe e até o tamanho do município implicam em dificuldades que ultrapassam a capacidade e governabilidade do profissional formado como multiplicador.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é a norma legal das atividades educativas no SUS e está baseada numa concepção pedagógica, que serve de balizadora da análise dos resultados obtidos. As concepções pedagógicas subjacentes nos discursos de um grupo – seis entrevistas, três do grupo 1 e três do grupo 2 – fizeram menção clara à pedagogia problematizadora, crítica ou significativa. Outro grupo – formado pelos entrevistados do grupo 2 mais recentes no SUS e o responsável regional pela Saúde da Família, totalizando 4 entrevistas – não foi tão específico e trouxe diversos elementos da pedagogia tradicional associados a outros próprios da pedagogia crítica, portanto não é possível disso inferir a condução educativa dos atores.

As diferenças nos grupos e nas respostas analisadas individualmente retratam o processo de formação docente e de transformação, que se diferencia conforme o tempo nas atividades de educação. Alguns discursos trazem ainda o processo de substituir a prática educativa da pedagogia tradicional, conhecida e vivenciada pelos profissionais, por um modelo novo, crítico e problematizador, com maior potencial para os objetivos da Educação Permanente, transformando gradativamente o discurso e a prática desses profissionais. Sendo a formação um processo contínuo ao longo da vida, e também individual, pautado na trajetória pessoal de cada profissional e ligado ao contexto da

ação educativa a ser desenvolvida na região ou município, não é possível definir uma capacitação pedagógica estanque para ser reproduzida em todo o território nacional. Cada situação vai exigir: 1) perfil adequado; 2) conhecimento específico do assunto a ser multiplicado; e 3) forma mais adequada para introduzir ou conduzir os profissionais de Saúde a um patamar mínimo de conhecimento e segurança nas práticas educativas.

Em coerência com a prática esperada por estes profissionais, sua formação deve ser na vivência da metodologia a ser adotada: a partir de sua prática, refletindo e questionando-a em um processo de reconstrução à luz de novos conhecimentos, e do confronto com outras experiências e dúvidas, na troca de vivências e informações com colegas e professores, que também devem estar abertos a mudanças. As possibilidades incluem cursos de capacitação, formação em nível de especialização – nas instâncias da Saúde ou em parceria com as instituições formadoras – e educação à distância. Acesso a literatura específica e de referência também é importante. Mas, como a formação é um processo reflexivo sobre a prática, construído no debate dentro do grupo e na capacidade de aprender ensinando, é imprescindível que se crie e se mantenha um espaço/tempo para estudo e compartilhamento das questões pedagógicas. Implica, portanto, a necessidade de fortalecimento das instâncias regionais e municipais de Educação e desenvolvimento dos recursos humanos ligados à Política de Educação Permanente em Saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida M, Feuerwerker LCM, Llanos M, organizadores. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed UEL; 1999. 2v.

Ammann SB. Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil. São Paulo: Cortez; 1985.

Andrade MTS. As representações do cirurgião-dentista do serviço público municipal sobre a prevenção da cárie, e seu papel neste processo, São Paulo, 1996. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.

Andrade LOM, Pontes RJS, Martins Junior T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Rev. panam. salud pública. 2000; 8(1-2):85-91.

Arouca AAS. A história natural das doenças. Saúde debate. 1976; 1:15-19.

Arouca AAS. O eterno guru da Reforma Sanitária. Radis. 2002; 3:18-21. [acesso em 12 fev 2008]. Disponível em: http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/9/0/109-RADIS_ENTREVISTA.doc.

Baptista TWF. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). Textos de apoio em políticas públicas. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 2005. p. 11-41.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.

Batista NA, Silva SHS. O professor de Medicina: conhecimento, experiência e formação. 2a. ed. São Paulo: Loyola; 2001.

Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 4. ed. São Paulo: Ática; 2001. (Série História em Movimento).

Bersusa AAS, Oliveira LSS, Martins CL, Bogus CM, Escuder MML. A construção das políticas de formação profissional de nível técnico de enfermagem para o SUS: visitando experiências da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2008 mimeo (aguardando publicação).

Bertussi DC. Desenvolvimento gerencial em saúde: limites e possibilidades. [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2002.

Bogus CM. A reforma sanitária e a educação continuada: a natureza do investimento nos recursos humanos nos serviços locais de saúde. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1992.

Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Botazzo C. Unidade Básica de Saúde. Bauru: Editora da Universidade Sagrado Coração; 1999.

Bourget MMM, organizadora. Programa Saúde da família: Manual para o curso introdutório. São Paulo; Martinari, 2005a. (Coleção O Cotidiano do PSF).

Bourget MMM, organizadora. Dinâmicas pedagógicas: uma experiência do Núcleo de Capacitação do PSF. São Paulo; Martinari, 2005b. (Coleção O Cotidiano do PSF).

Brasil. Congresso Nacional. Constituição Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988, Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (alterada pelas Lei nº 9.836/1999, Lei nº 10.424/15.04.2002, Lei nº 11.108\07.04.2005 já inseridas no texto) 1990a. [acesso em 8 set 2006]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/leiorganicadasaude.htm>.

Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (complementar à Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90) 1990b. [acesso em 8 set 2006]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/leiorganicadasaude.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS – V1, N.1 – Brasília: Ministério da Saúde, CGDRH/SUS; 1994.

Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 1996a. [acesso em 8 set 2006]. Disponível em: <http://www.rebidia.org.br/direduc.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de novembro de 1996. Seção I, p.22932. 1996b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família. Relatório preliminar. Brasília: MS; 1999. [acesso em 27 dez 2007] Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_psf/relatorio_psf_ms_1999.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Getúlio Vargas. EPOS Health Consultants. Determinação e Avaliação do Programa Saúde da Família – PSF Relatório Final Projeto REFORSUS-CNPq. Brasília; 2001c [acesso em 25 jan. 2008]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/determinacao.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pólo de Capacitação. Brasília; 2001d. [acesso em 25 fev 2008]. (publicação: Informe da Atenção Básica 10). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo10.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a NOB/RH – SUS. 4a versão. Brasília; 2002

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. 2003a. (alterado pelos Decretos nº 5.841, de 13 de julho de 2006 e nº 5.974, de 29 de novembro de 2006). [acesso em 25 jan 2008]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/>

Brasil. Ministério da Saúde. SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação/Ministério da Saúde. – Brasília; 2003b. [acesso em 25 jun 2008]. (Série B. Textos Básicos de Saúde – Série Políticas de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/15anos_Folder20SUS.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa da Estratégia de Saúde da Família no Brasil – 2001/2002. Brasília; 2003c. [acesso em 25 abr 2006]. (publicação: Informe da Atenção Básica 18). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo18.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. Política de educação e desenvolvimento para o SUS. Brasília; 2003e.

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

[acesso em 27 set 2006] Disponível em:
http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/2004_1.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez anos de Saúde da Família no Brasil. Brasília; 2004b. [acesso em 25 abr 2006]. (publicação: Informe da Atenção Básica 21). Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo21.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudança na graduação em Saúde: AprenderSUS. Brasília; 2004c. [acesso em 27 set 2006]. Disponível em:
<http://www.redeunida.org.br/arquivos/AprenderSUS-Lappis.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2004d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva. Brasília; 2004e. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A Educação Permanente entra na roda. Brasília; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Proposta preliminar para discussão: diretrizes nacionais para instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS. Brasília; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa nacional registra a evolução do Saúde da Família e sua relação com indicadores de saúde. Brasília; 2005c. [acesso em 25 fev 2008]. (publicação: Informe da Atenção Básica 32). Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo32.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS nº 399/06, 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, 23 de fevereiro de 2006. Seção I, p. 43. 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 de março de 2006. Seção I. p.61; 2006b. [acesso em 05 de abr 2006]. Disponível em:

http://www.conasems.org.br/intraconasems/arquivo/legislacao/DO1_2006_03_29.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS nº 2527 de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para Profissionais da Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de outubro de 2006. Seção I, p.142; 2006c. [acesso em 05 de nov 2006]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria2527_19_10_06.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Reunião regional dos observatórios de recursos humanos em saúde; 4-7 out 2005; Brasília. Chamado a ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. Brasília; 2006e. (Série D. Reuniões e conferências).

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Documento Referência. Brasília, 2006f.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2a. ed. Brasília, 2006g.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006h. [acesso em 25 jun 2008]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_sus_avancos_desafios.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. 2007a. [acesso em 20 fev 2007]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1265.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília; 2007b. [acesso em 27 jan 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20-de-agosto-de-2007.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde. Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília, 2008a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília:

Editora do Ministério da Saúde, 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acesso em 27 ago 2008]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Os números. [on-line]. s.d. [acesso em 25 fev 2008 e 15 dez 2008]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>

Buss PM, Labra ME. Sistema de saúde: continuidades e mudanças. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 1995.

Calife-Batista KB. Processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. In: São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente da Região Metropolitana da Grande São Paulo e Santos. Manual de treinamento introdutório do Programa Saúde da Família. São Paulo; 2004. p.175-183.

Campos FE, Fekete MC. Políticas de recursos humanos para o SUS. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. Planejamento e gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. (Cadernos de Saúde, 2).

Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. Planejamento e gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed; 1998a. (Cadernos de Saúde, 1).

Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. Planejamento e gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed; 1998b. (Cadernos de Saúde, 2).

Campos FE, Cherchiglia ML, Aguiar RAT. Reflexões sobre a Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. Rev. Bras. saúde fam. 2002; 2(5):70-73.

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a Mudança na Saúde. 2a. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Candeias NMF. Evaluating the quality of health education programmes: some comments on methods and implementation. Hygie. 1991; 10(2):40-44.

Canesqui AM, Oliveira AMF. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: SOBRAVIME-CEALAG; 2002. p. 241-269.

Castro JL. Projeto agenda: política de recursos humanos de saúde: prioridades para a ação dos gestores do SUS. Natal: UFRN; Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva. Divul. saúde debate. 2001; 23:30-56.

Ceccim RB. Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 373-473.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* (Rio J.). [periódico on line] 2004; 14(1):41-65. [acesso em 29 jul 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface comun. saúde educ.* [periódico on-line] 2005a; 9(16): 161-168. [acesso em 29 jan 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S1414-328320050001 00013

Chaves MM. *Odontologia Social*. 3a. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

Chaves M, Feuerwerker LCM, Tancredi FB. Revisitando o ideário e reconstruindo a proposta. In: Almeida M, Feuerwerker LCM, Llanos M, organizadores. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed UEL; 1999. p. 165-183. v.1 (Um olhar analítico).

Christante L, Ramos MP, Bessa R, Sigulem D. O papel do ensino a distância na educação médica continuada: uma análise crítica. *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* 2003; 49(3):326-329. [acesso em 15 set 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300039&lng=pt&nrm=iso

Demo P. O desafio reconstrutivo político da aprendizagem. In: Demo P, La Taille Y, Hoffmann J. *Grandes pensadores em educação: o desafio da aprendizagem, da formação moral e da avaliação*. 2a. ed. Porto Alegre: Mediação; 2002.

Di Giorgi C. *Escola Nova*. 2a. ed. São Paulo: Ática; 1982. (Série Princípios).

Donato AF. *Trançando redes de comunicação: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.

Faria W. *Teorias de ensino e planejamento pedagógico*. São Paulo: EPU; 1987.

Felipe JS. Uma avaliação da produção teórico-científica da Medicina Social no Brasil. *Saúde debate*. 1989; 27:59-66.

Fengler SB, Siedenberg S. Correntes teóricas e ação docente. Publicação da Pós-Graduação em Informática na Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, disciplina ESPIE 00005: O processo do conhecimento/aprendizagem e as novas tecnologias. s.d. [acesso em 10 mar 2008]. Disponível em: http://www.pgie.ufrgs.br/alunos_espie/espie/sirleif/public_html/PCA/Artigo.htm

Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida M, Feuerwerker LCM,

Llanos M, organizadores. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed UEL; 1999. p. 47-82. v.1 (Um olhar analítico).

Flick U. Combining methods, lack of methodology: discussion of Sotirakopoulou e Breakwell. Ongoing Production on Social Representations - Productions Vives sur les Représentations Sociales. 1992; 1(1): 43-8.

Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3a. ed. São Paulo: Moraes; 1980.

Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996. (Coleção Leitura).

Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

Freire P. Educação e mudança. 27a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.

Gadotti M. Saber aprender: um olhar sobre Paulo Freire e as perspectivas atuais da educação. In: Congresso Internacional Um olhar sobre Paulo Freire; 2000 set 20-23; Évora, Portugal. [acesso em 25 ago 2008]. Disponível em: http://www.paulofreire.org/twiki/pub/Institucional/MoacirGadottiArtigoslt0043/Aprender_ensinar_Freire_2000.pdf,

Gadotti M. História das idéias pedagógicas. 8a. ed. São Paulo: Ática; 2002. (Série Educação).

Ghedin E; Franco MAS. Questões de método da pesquisa em educação. São Paulo: Cortez, 2008.

Haddad JQ, Roschke MA, Davini MC, editores. Educacion permanente de personal de salud. Washington: OPAS/OMS; 1994. (Série de Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100).

Hoffmann J. Avaliar para promover: compromisso deste século. In: Demo P, La Taille Y, Hoffmann J. Grandes pensadores em educação: o desafio da aprendizagem, da formação moral e da avaliação. 2a. ed. Porto Alegre: Mediação; 2002.

Hollanda Ferreira AB. Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa. 11a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1974.

Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12(sup):1831-1840.

Jovchelovitch S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Gareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1994.

Libaneo JCR. Tendências pedagógicas na prática escolar. ANDE rev. Assoc. Nac. Educ. 1983; 6:11-25.

Macinko J, Guanais FC, Souza MF. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J. epidemiol. Community Health. 2006; 60(1):13-9.

Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus; 2003.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. Cad. saúde pública. [periódico on-line]. 1993; 9(3):237-248. [acesso em 29 jan 2007]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994a.

Minayo MCS. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: Gareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1994b. p. 89-111.

Mizukami MGN. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU; 1986.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.

Negri B, Viana ALD'a, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: SOBRAVIME-CEALAG; 2002.

Nogueira RP, coordenador. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: OPAS; 2002.

Nogueira-Martins MCF, Bogus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc. 2004; 13(3):44-57

Nóvoa A, organizador. Vida de professores. Porto: Porto Ed.; 1992.

Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. [acesso em 23 set 2007]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

Organização Pan-Americana de Saúde, Representação Brasil. Oficina de trabalho: a avaliação de processos e projetos de capacitação nos serviços de saúde. Salvador: ISC/UFBA: 2003 (Série HSR n. 33).

Organização Pan-Americana de Saúde, Representação Brasil. Trabalhando juntos pela saúde: Relatório Mundial da Saúde 2006. OPAS; 2006. [acesso em 23 fev 2008]. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/rel_trab_juntos.pdf.

Pereira GS. O profissional de saúde e a educação em saúde: representação de uma prática. [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ; 1993.

Pereira IB. Políticas de saúde e formação do trabalhador. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). Textos de apoio em políticas públicas. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 2005. p. 117-142.

Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: ArtMed; 2000.

Perrenoud P, Thurler M. As competências para ensinar no século XXI. Porto Alegre: ArtMed; 2002.

Pierantoni CR. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciênc. saúde coletiva. 2001; 6(2): 341-360. [acesso em 01 fev 2008]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63060206.pdf>.

Pierantoni CR. Recursos humanos e gerência do SUS. In: Negri B, Viana ALD'a, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: SOBRAVIME-CEALAG; 2002. p. 609-630.

Pope M, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

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

Ristoff D, Sevegnani P, organizadores. Docência na educação superior; Brasília, 1 e 2 de dezembro de 2005. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006. (Coleção Educação Superior em Debate, v. 5).

Rogers C. Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes Editora; 1988.

Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJP, organizadora. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1993.

Sader E. Quando novos personagens entraram em cena. 2a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991.

São Paulo (Estado). Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. [acesso em 8 set 2008]. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/LeiComplementar-846.PDF>.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família da Região Metropolitana da Grande São Paulo e Santos. Manual de Treinamento Introdutório do PSF. São Paulo; 2004.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria das Regiões de Saúde. Coordenação Estadual de Atenção Básica. Relatório do processo de capacitação dos multiplicadores e equipes de Saúde da Família no Curso Introdutório para o PSF no estado de São Paulo. 2006a. mimeo.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos. Centro de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos. Coordenadoria das Regiões de Saúde. Coordenação Estadual de Atenção Básica. Memória da oficina de trabalho "Construindo estratégias

para o treinamento introdutório do Programa Saúde da Família”; 2006b. mimeo.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Mapa do Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2007. [on-line] 2007. [acesso em 13 julho 2008]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionais_de_saude.mmp

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Ações da Secretaria de Estado da Saúde: Incentivo à Estratégia Saúde da Família – QUALIS [on-line]. s.d. [acesso em 03 mar 2008]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_acoes_qualis.mmp.

Saviani D. Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política. 35a. ed. revisada. Campinas: Autores Associados; 2002. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, vol. 5).

Secco LG, Pereira MLT. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. [periódico on-line] Ciênc. saúde coletiva. 2004; 9(1):113-120. [acesso em 10 mar 2008]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100011&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232004000100011

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23a. ed. revista e atualizada. 1a. reimpressão. São Paulo: Cortez Ed.; 2007.

Silva MOE. A análise de necessidades de formação na formação contínua de professores: um caminho para a integração escolar. [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 2000.

Sousa MF. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001a.

Sousa MF. Agentes comunitários de saúde: choque de povo. São Paulo: Hucitec; 2001b.

Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana ALD'a, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: SOBRAVIME-CEALAG; 2002. p 221-240.

Spink MJP, organizadora. O conhecimento no cotidiano: as representações Sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1993a.

Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad. saúde pública. 1993b; 9(3):300-308.

Spink MJP, Gimenes MGG. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. Saúde Soc. 1994; 3(2):149-71.

Spink MJP. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Gareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 117-145.

Spink MJP, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2a. ed. São Paulo: Cortez; 2000.

Turazzi MC. A especialização em saúde da família e a pedagogia crítica. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2007.

UNESCO. Declaração mundial sobre educação superior no século XXI: visão e ação. Paris: UNESCO; 1998. [acesso 2 mar 2008]. Disponível: http://www.interlegis.gov.br/processo_legislativo/copy_of_20020319150524/20030620161930/20030623111830/view.

Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001.

Viana ALD'a, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis* (Rio J.). [periódico on line] 1998; 8(2):11-48. [acesso em 06 ago 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=en&nrm=iso

Vidal CA, Giraldo LE, Jouval HE. La educación permanente en salud en América Latina / Continuing education in health in Latin América. *Educ. méd. salud.* 1986; 20(4):495-512.

Westphal MF, Pelicione MCF. Contribuição da educação em saúde para a Reforma Sanitária. *Saúde debate.* 1991; 33:68-73.

Westphal MF. Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista. [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1992.

ANEXO 1 – PROPOSTA INICIAL DE QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA 1

Responsáveis pelos programas de capacitação/educação continuada
/educação permanente.

1. Quais são as atividades em suas funções no centro de formação/pólo de capacitação/desenvolvimento de RH e há quanto tempo está nelas?

Associação livre; conhecer as atividades executadas pelo entrevistado e a ordem de importância que o mesmo dá a elas, percebendo em que ponto foca sua atenção; recuperar sua inserção no processo pedagógico.

4. Descreva seu papel no curso de multiplicadores para o “Curso Introdutório para Profissionais de Saúde da Família (PSF)”.

Associação livre; conhecer sua visão sobre o processo de formação de multiplicadores e sua inserção pessoal no processo.

5. Quais as necessidades de formação que você percebe nos profissionais que se tornam multiplicadores?

Associação livre; conhecer sua impressão, sentida ou sistematicamente avaliada, sobre as dificuldades e necessidades de formação surgidas durante o processo de formação de multiplicadores em que esteve envolvido(a).

6. Que sugestões você teria para aprimorar as competências pedagógicas dos mesmos?

Associação livre; conhecer sua impressão, sentida ou sistematicamente discutida, sobre as competências pedagógicas necessárias aos multiplicadores do curso introdutório, sendo a questão colocada em um momento posterior à das necessidades de formação, para não influenciar ou confundir suas impressões do processo em que esteve envolvido(a) pelas discussões técnicas e mesmo pela experiência profissional que remetam às competências necessárias à docência.

ANEXO 2 – PROPOSTA INICIAL DE QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA 2

Profissionais formados para serem multiplicadores do “Curso Introdutório para Profissionais de Saúde da Família (PSF)”:

1. Quais são as suas atividades rotineiras?

Associação livre; conhecer as atividades executadas pelo entrevistado e a ordem de importância que o mesmo dá a elas, percebendo em que ponto foca sua atenção e o que poderá dificultar ou facilitar sua participação nas atividades pedagógicas.

2. Descreva sucintamente sua trajetória profissional (formação/serviços em que atuou) e a importância para sua inserção como multiplicador do “Curso Introdutório do PSF”.

Associação livre; conhecer alguns pontos da sua história pessoal e sua visão sobre os aspectos percebidos como determinantes em sua inserção como multiplicador do “Curso Introdutório do PSF”.

3. Descreva sucintamente a(s) capacitação(ões)/educação continuada pela(s) qual(is) passou que teve(tiveram) importância para sua prática educativa atual.

Associação livre; conhecer sua visão sobre a trajetória de formação de docente que culminou com a formação específica como multiplicador do curso introdutório do PSF e a interferência de outras experiências sobre o resultado do processo mais recente. Possivelmente o entrevistado já inclua resposta para a questão seguinte.

4. Quais as necessidades de formação que você percebe para se tornar multiplicador do “Curso Introdutório do PSF”?

Associação livre; conhecer sua impressão, sentida ou sistematicamente avaliada, sobre as dificuldades e necessidades de formação surgidas durante o processo de formação de multiplicadores em que esteve envolvido(a).

5. Quais as competências pedagógicas que você acha necessárias para ter sucesso como multiplicador do “Curso

Introdutório do PSF”? Que sugestões você teria para aprimorar a formação docente?

Associação livre; conhecer seu entendimento sobre as competências pedagógicas necessárias ao multiplicador do curso introdutório e a ordem de importância que o mesmo dá a elas, bem como suas impressões sobre o sucesso do curso de formação de multiplicadores do qual participou quanto a estabelecer essas competências. Essa questão foi colocada em um momento posterior à das dificuldades e necessidades de formação para não influenciar ou confundir suas impressões sobre o processo em que esteve mais recentemente envolvido(a) em relação à experiência profissional que remete às competências necessárias à docência.

ANEXO 3 – MODELO DE TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA

Entrevista com Sílvia, SMS/Cidade A2, DRS Região A

M.T.: Seu nome, por favor?

Sílvia: É **Sílvia**, eu sou psicóloga do PSF na Prefeitura de Cidade A2.

M.T.: Então, **Sílvia**, você pode me contar um pouquinho quais são as suas principais atividades aqui, no PSF de Cidade A2?

Sílvia: Eu faço um trabalho junto às equipes, né... de... assim, o trabalho é pra saber realmente como que está o desenvolvimento da equipe, as dificuldades que eles encontram, então daí são trabalhadas essas dificuldades. Nesse momento eu estou trabalhando, eu vou começar a trabalhar a partir do dia 4 de junho, a questão de motivação e auto-estima com os funcionários de todas as equipes. Através de uma pesquisa de clima organizacional que foi feita, nós vimos que é necessário esse trabalho de motivação, então tá sendo feito agora. Anteriormente, eu fazia as provas dos agentes comunitários, aplicava as provas, mas agora, como é tudo por concurso público, então não vai mais ser feito esse trabalho, né? Então é mais um suporte às 10 equipes que nós temos aqui.

M.T.: Tá, então sua função é mais de organização e de apoio para as equipes do que realmente hummm... você não é de apoio clínico, né?

Sílvia: Não!

M.T.: É mais uma coisa interna, né?

Sílvia: Sim, porque eu nem teria condições de estar atendendo a todos, né, 10 equipes é muita gente [risos] impossível o trabalho.

M.T.: Tá jóia! Aí você pode descrever sucintamente a sua trajetória profissional, então, suas experiências que você teve, desde a sua formação, sua atuação profissional e se elas tiveram importância pra você se inserir como multiplicador do Curso Introdutório do PSF naquela experiência que foi feita no ano passado, pela Regional de Saúde do Estado?

Sílvia: Na realidade, faz um ano que eu trabalho aqui no PSF, anteriormente... eu sou formada há nove como psicóloga, os oito anos anteriores eu trabalhei só em consultório. Então, eu era psicóloga clínica exclusivamente. Então eu nunca havia trabalhado em empresa nenhuma, em lugar nenhum, além do consultório. Então assim, foi uma experiência nova no curso, na realidade eu fui porque seria eu que iria organizar este curso a partir de então, como eu caí meio de pára-quedas lá, né, mas assim, foi muito bom pra... até pra conhecer o que era o PSF, coisa que eu não tinha tanto conhecimento, lá acabei conhecendo mais. Então, meu trabalho mesmo, sempre foi clínica, né, e até agora, de manhã eu fico aqui e à tarde eu tenho consultório.

M.T.: Tá jóia. Ehhh... se você fosse pensar, dar uma lembrada de capacitações, educação continuada, cursos que você eventualmente tenha participado, você lembra de algum que te marcou, que teve importância pra

sua prática educativa atual, pra sua perspectiva de prática educativa a partir deste curso de multiplicadores?

Sílvio: Na realidade, eu acabei sendo docente de um curso ministrado pelo SENAC em Santa Bárbara, era um curso no período de 6 meses, onde eu dava uma parte de... como seria... é mais assim a questão da inserção do trabalho do profissional no mercado de trabalho, então era feito tudo isso: ensinar como se portar numa entrevista, como se vestir, a maneira... a questão da ética profissional. Então, eu acabei ministrando essas aulas, no período de 6 meses, então foi minha única experiência como docente.

M.T.: E você acha que essa experiência se soma ao curso de multiplicador para que você esteja desempenhando a função de organizador do Curso Introdutório em Cidade A2?

Sílvio: Já é mais complicado, né, porque organizar o curso é uma coisa mais abrangente, lá eu tinha já a apostila pronta, eu sabia o que eu ia fazer em cada aula e tinha o... a carga horária de cada aula, né, então aqui seria mais difícil, mas não impossível [risos]...

M.T.: Tá jóia... Então, pensando nisso que você colocou, até que vai ser mais difícil, pensando nas suas dificuldades, quais as necessidades de formação que você percebe que são importantes pra você se tornar multiplicador de um Curso Introdutório do PSF, pensando tanto naquilo que você já teve de experiência pessoal, do próprio curso, e daquilo que você acha que ainda precisou ser acrescentado ou que você precisa procurar pra... pra que você consiga desempenhar a função de ser multiplicador do Introdutório?

Sílvio: Eu acho que precisaria de mais capacitação, eu penso. Nós temos... tá havendo alguns encontros que a gente tá conversando a respeito das coisas do PSF mesmo, e eu acho que isso tá sendo muito importante pra gente se atualizar mais, saber exatamente o que está acontecendo, as coisas que... que vão ocorrendo, que vão se atualizando todos os dias, né? Que nem a questão dos agentes comunitários, antes a contratação era feita direita, agora tem que ser por concurso público, os funcionários também, todos por concurso público, então são coisas novas, né, e que vão mudando, mas que uma capacitação resolve... várias, né?

M.T.: Então, que assuntos ou que questões você acha importante nessas capacitações?

Sílvio: Eu acho assim, que nem foi falado do SUS, foi falado da... eu acho assim, o SUS é um tema bastante abrangente e que ficou com bastante dúvidas, porque a capacitação foi bem rápida, não foi nada tão aprofundado, então teria que ter um estudo maior, pra mim que tô entrando mais recente, porque eu vi que as pessoas que estavam lá até tinham certa facilidade...

M.T.: Tinha, e tinha gente que tava tão crua quanto...

Sílvio: Sim, é, mas assim, esse é um assunto que eu acho que deveria ser aprofundado mais, né, esse foi um ponto assim que me deixou muito em dúvida, a parte mesmo de territorialização, foi feito o trabalho ali, mas eu acho também que se fosse aprofundado mais, seria bom. [pausa] É, eu acho que os que ficaram mais assim pra mim foram essas duas coisas.

M.T.: Tá. E isso em relação a sua... Bom, deixa eu perguntar a última. Quais as competências pedagógicas que você acha necessárias pra ter sucesso como multiplicador do Curso Introdutório? [pausa] Você colocou especificamente que você acha que a sua experiência anterior docente tava mais tranqüila, porque tinha uma apostila, toda montadinha, e agora não, você vai ter que... você vai ter que criar essa sistematização, então, pensando nessas competências pedagógicas, o que você acha importante desenvolver entre aquilo que já foi feito no curso, que já te deu uma certa possibilidade de atuação, e aquilo que você acha que precisa se completar?

Sílvio: Bom, na realidade, aqui em Cidade A2 já tinha esse Curso Introdutório, a gente já fazia este curso, participava dessa capacitação, eu participei logo que eu entrei, então a capacitação feita lá na DIR só complementou; então assuntos que de repente não foram trabalhados lá acabavam sendo trabalhados aqui; então agora é só juntar as duas coisas, pra gente ver o que é realmente necessário, ou se precisa mudar mais alguma coisa, mas eu acho que daria pra montar... sem problema algum.

M.T.: Tá. E se você fosse dar sugestões pra poder aprimorar a formação docente, num tipo de capacitação específica pra formar multiplicadores, docentes, profissionais de Saúde que tornam docentes de alguma área, que sugestões você daria?

Sílvio: Eu acho que teria que trabalhar um pouco mesmo essa questão, assim, ah... se a pessoa realmente tem aquela habilidade pra docência, porque não são todas pessoas que têm, vamos dizer assim, essa facilidade pra estar lá na frente, expondo os assuntos, então eu acho assim, que às vezes você pega docentes que têm bastante dificuldade, né, que... vamos dizer assim, não que não tenha boa vontade, mas ele não tem condições de transmitir aquilo que ele quer, então fica muito difícil, então você pega as pessoas que falam, falam, falam, e você acaba não entendendo nada. Eu acho que teria que estar escolhendo pessoas certas pra estarem fazendo a... o trabalho.

M.T.: Então, na verdade, você pensa, assim, uma seleção prévia...

Sílvio: Sim...

M.T.: ...das pessoas, e não qualquer um que aparecer, que passar na frente, entra...

Sílvio: Não!

M.T.: E especificamente na formação, alguma coisa mais voltada para essa questão de organização, de exposição de idéias, organização dos assuntos.

Sílvio: Isso. Huhummm...

M.T.: Jóia, muito obrigada.

Sílvio: Nossa, já!? Então tá bom...

M.T.: Nove minutinhos!!! Foi bom!

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO [◊]

Eu gostaria de convidá-lo(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa pela qual sou responsável: **“As Necessidades de Formação dos Docentes dos Cursos Introdutórios para Profissionais da Saúde da Família no Estado de São Paulo”**. Eu tenho por objetivo estudar a educação permanente no contexto do serviço público, no intuito de analisar as competências e necessidades de formação de docentes, e para isso, conto com sua colaboração. Sou aluna de doutorado no curso de Pós-Graduação da SES/SP, Coordenadoria de Controle de Doenças.

Esta pesquisa envolve diferentes formas de obter informações, entre elas, pressupõe entrevistas com profissionais envolvidos na formação de multiplicadores para a intervenção denominada “curso introdutório para profissionais da Saúde da Família” no Estado de São Paulo. Você foi sorteado aleatoriamente no grupo dos instrutores ou dos alunos do curso de multiplicadores, após meu projeto ter sido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde da SES em 24/04/2007.

Eu irei gravar a entrevista em meio digital/fita cassete e transcrever depois. A transcrição será encaminhada a você para aprovação, alterações ou mesmo recusa de uso. Somente após aprovada, trechos da mesma poderão ser utilizados para apresentação e divulgação em meio científico.

Eu garanto o sigilo, assegurando a sua total privacidade quanto aos dados fornecidos à pesquisa, ao utilizá-los de forma a não indicar o(a) profissional informante, e garantindo que as informações e juízos de valor prestados se mantenham em caráter confidencial.

A sua participação é livre, não implicará em qualquer prejuízo ou benefício no trabalho, risco direto ou remuneração pela colaboração. Eu garanto-lhe a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu trabalho, sua relação com a pesquisadora ou qualquer das instituições envolvidas, e não tem finalidade de avaliação institucional para fins administrativos.

Da mesma forma, em qualquer fase você pode solicitar informação sobre o andamento da pesquisa, mesmo no caso de você se recusar ou afastar da mesma. Ao final, você irá receber a devolutiva com os resultados ou será convidado(a) a assistir a apresentação.

Desde já agradeço sua atenção e conto com sua colaboração,

Maria Teresa Surányi de Andrade
CROSP 40.862 – mtsandrade@yahoo.com.br
F: 9609-2788 ou 3021-8270

R. Pio XI, 2179, apto 71 – B, São Paulo, SP, CEP 05468-149

Declaro que entendi objetivos, riscos e benefícios e concordo em participar.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Contato (opcional): tel: () _____ e-mail: _____

[◊] Este documento possui duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa e uma, após assinada e datada, a ser arquivada pelo pesquisador.

ANEXO 5 – QUADRO A – MODELO DE RECORTES DA TRANSCRIÇÃO, reorganizada por categorias iniciais de análise - Entrevista com Sílvia, SMS/Cidade A2, DRS Região A

Perguntas	Recortes Sílvia
Apresentação	Psicologia; PSF; SMS
Principais atividades	Eu faço um trabalho junto às equipes... como que está o desenvolvimento da equipe, as dificuldades que eles encontram, então daí são trabalhadas essas dificuldades... começar a trabalhar ... a questão de motivação e auto-estima com os funcionários de todas as equipes. Através de uma pesquisa de clima organizacional que foi feita, nós vimos que é necessário esse trabalho de motivação ... Anteriormente, eu fazia as provas dos agentes comunitários, aplicava as provas... um suporte às 10 equipes que nós temos aqui. <i>[pergunta para esclarecimento: não é apoio clínico?]</i> não!
Descrever sucintamente a sua trajetória profissional,	... faz um ano que eu trabalho aqui no PSF... eu sou formada há nove ... (antes) eu trabalhei só em consultório... psicóloga clínica exclusivamente. ... foi uma experiência nova no curso... eu fui porque seria eu que iria organizar este curso a partir então ... foi muito bom ... conhecer o que era o PSF, coisa que eu não tinha tanto conhecimento, lá acabei conhecendo mais. ... até agora, de manhã eu fico aqui e à tarde eu tenho consultório.
Capacitações, educação continuada, cursos que tenha participado	...(eu fui) docente de um curso ministrado pelo SENAC em (cidade x), era um curso no período de 6 meses, onde eu dava ... a questão da inserção do trabalho do profissional no mercado de trabalho, ... foi minha única experiência como docente. <i>[questão clareadora: relação entre essa experiência e o curso de multiplicadores]</i> ... é mais complicado ... organizar o curso é uma coisa mais abrangente, lá eu tinha já a apostila pronta, eu sabia o que eu ai fazer em cada aula ... a carga horária de cada aula... aqui seria mais difícil, mas não impossível
Quais as necessidades de formação	Eu ... precisaria de mais capacitação ... (estão ocorrendo) alguns encontros ..., e eu acho que isso tá sendo muito importante pra gente se atualizar mais, saber exatamente o que está acontecendo ... são coisas novas, que vão mudando, mas que uma capacitação resolve... várias, né? <i>[questões reforçando que assuntos para as capacitações complementares]</i> o SUS é um tema bastante abrangente, <i>[ficou com bastante dúvida]</i> a capacitação foi bem rápida, não foi nada tão aprofundado, teria que ter um estudo maior, as pessoas que estavam lá tinham certa facilidade; territorialização foi feito o trabalho... se fosse aprofundado mais, seria bom
Quais as competências pedagógicas [necessário explicitar a pergunta, explicando competências pedagógicas]	... aqui ... já tinha esse curso Introdutório, ... eu participei logo que eu entrei, ... a capacitação feita lá na DIR <i>[antigo nome da DRS, da SES]</i> só complementou, ... assuntos que de repente não foram trabalhados lá, acabavam sendo trabalhados aqui ... agora é só juntar as duas coisas, pra gente ver o que é realmente necessário, ou se precisa mudar mais alguma coisa, mas eu acho que daria pra montar... sem problema algum...
Sugestões pra poder aprimorar a formação docente	... trabalhar um pouco ...(a) questão ... se a pessoa realmente tem aquela habilidade pra docência, ... não são todas pessoas que têm ... facilidade pra estar lá na frente, expondo os assuntos ... (às vezes você pega docentes que têm bastante dificuldade... não que não tenha boa vontade, mas ... não tem condições de transmitir aquilo que ... quer), (pessoas que falam, falam, falam, e você acaba não entendendo nada) ... teria que estar escolhendo pessoas certas pra estarem fazendo ... o trabalho.

ANEXO 6 – QUADRO B – Recortes das transcrições conforme categorias de análise e resultados apurados, nos profissionais de Saúde do grupo 1 Responsáveis pelos programas de capacitação/educação continuada/permanente.

Identificação	
Carlos	Diretor Técnico de Serviço responsável pelo Núcleo de Educação Permanente na regional
César	sou psicóloga ... do antigo Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Educação e Saúde, agora Centro de Qualificação e Educação para os profissionais do SUS. Estou na Coordenação
Marcos	assistente da diretoria da Regional de Saúde, DIR N, ou hoje DRS N...
Fernando	sou dentista e socióloga ... trabalho no Centro de Educação desde 1992, vim para coordenar o curso de formação de ACD e THD, do projeto Larga Escala; sou municipalizada, sou funcionária do Estado; sou socióloga, sanitarista estou desde o início do Centro de Educação, sou municipalizada e vim para trabalhar com educação e saúde.
Atividades cotidianas P1	
Carlos	responsável pela educação permanente nos 26 municípios e na regional; encontrar demanda e avaliar [necessidade de] cursos de formação.
César	enquanto uma área que permeia todas as áreas da Regional nas questões da qualificação, do desenvolvimento, estamos próximos a todas as áreas internas, quando se pensa em se desencadear algum processo de capacitação, de treinamento; acaba sentando junto, discutindo a metodologia, pensando na clientela que vai participar, que significado esse curso vai ter para essas pessoas. ter esse cuidado, propiciar um ambiente agradável, um material, uma metodologia, em que eles também possam colocar o seu conhecimento em 1º lugar e aí tentar trabalhar com esse conhecimento que os alunos, que são profissionais, possam trazer... algumas áreas tem isso mais resolvido, de nos colocar junto, porque estando junto, nós acabamos dando palpite, alterando alguma coisa, algumas áreas são mais abertas para isso, outras não. O Pólo de Educação Permanente, com essa nova proposta da portaria, aqui na região, participamos efetivamente do Pólo trazendo também tudo o que acontece no Pólo pra dentro da Regional e a demanda da Regional também levando para o Pólo de Educação Permanente [<i>provocação: ajudando os municípios, nesse processo de perceber o que é mais importante</i>] Com certeza, tem municípios que entendem melhor essa questão de Educação Permanente; numa região de 42 municípios, pouquíssimos municípios (tem) uma área de Educação definida: Campinas, Americana, Cosmópolis e Sumaré... o pessoal até participou do curso de Facilitador de Educação Permanente, e nessa proposta, conseguiram, de fato, nessa gestão, um espaço para instituir um núcleo de educação... quando existe já uma área, se entende que a gestão tá preocupada em qualificar, discutir a Educação Permanente. [da Identif.] mas no passado, no antigo Núcleo de Educação, (área que não existe na maioria das outras regionais), eu era psicóloga do Grupo Técnico de Recursos Humanos; com a extinção desse grupo técnico, eu fui para a área de Planejamento, e pela vivência do grupo, a diretora na época, em 1995, considerou que deveria manter esses profissionais que trabalhavam com Desenvolvimento, num Núcleo. não tava no organograma formal da Secretaria, das regionais, mas, considerando a pertinência e a importância da área, deixou esses profissionais fazendo o que eles já faziam no passado.
Marcos	[da Identif.] atualmente, coordeno a parte da Atenção Básica inteira, incluindo Saúde da Família. Estou na Regional há 4 anos, trabalhando sempre com esse tema, Saúde da Família... E, trabalho no município de Z também, como interlocutor, também, há 2 anos. o trabalho aqui é mais de avaliação e monitoramento, em nível regional, junto dos municípios, com uma ênfase trabalhando hoje no Pacto de regionalização.

Fernando	O Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde surgiu inspirado no CEFOP , de São Paulo, da época da Erundina. (aqui) também era governo petista; inspirado no trabalho com as questões de formação, de educação e saúde, apoio às equipes e aglutinando todas as ações de educação espalhadas no município... se fundou com duas formações básicas, a formação de auxiliar de enfermagem e a de ACD (auxiliar de consultório dentário) e junto com (as formações), as ações de educação e saúde para todo município.
processo / papel no curso de multiplicadores P2	
Carlos	levantamento de demandas, depois elaboração de projeto e a coordenação do projeto em conjunto com a Yyyy. [acompanhamento do grupo depois do curso] complemento [da perg. 1] Há 7 anos inserida no Saúde da Família, atuado como monitora e coordenadora dos cursos introdutórios. Desde 2003, na formação do pólo de educação permanente, voltado pra todas as áreas de educação da saúde, participado como membro atuante da Executiva do Pólo e do Conselho Gestor, onde se faz o trabalho de levantar demanda, elaborar projetos... aprovar projetos... avaliar [execução]... [tudo que envolva] educação permanente e continuada pra funcionários da área da saúde, e agora abrangência maior também do controle social.
César	A Regional, com as outras 2 Regionais do Pólo ZZZ, em 2004, identificou a necessidade de investir na Educação Permanente dos profissionais do (programa de) Saúde da Família, foi montado um grupo que discutiu quais seriam as estratégias para qualificar esses profissionais. Pensou-se em 2 momentos: o momento de qualificar, identificar possíveis multiplicadores; uma proposta de carga horária de 80 horas, onde se discutiria o conteúdo do Introdutório e a questão pedagógica, a questão metodológica. E aí, oferecer o Curso Introdutório para toda a região (contempla quase que 90 municípios das 3 regionais). Isso está no Ministério, para ser aprovado, são 2 projetos dentro de um só, primeiro dos multiplicadores e depois do Introdutório. Desde 2004, (foi preciso fazer) várias retificações, hoje ele está no Ministério fragmentado em 3 projetos, contemplando a região Y, a região W e a região X. Mas (mantêm o) formato, (multiplicadores e depois Introdutório)... quando a Secretaria do Estado nos encaminhou a proposta de multiplicadores do Introdutório, isso já tinha acontecido, nós participamos dos 2 dias de julho do ano passado, e colocamos a proposta que já tava no Ministério e que a gente espera que brevemente seja liberada.
Marcos	Além de coordenar o fluxo todo, participei como professor. A minha parte foi trabalhar a parte de políticas de saúde e a introdução do que seria o (programa de) Saúde da Família; no final se fez um trabalho, com os alunos, um tipo de termo de compromisso: qual a finalidade de capacitar as pessoas que hoje chegam para trabalhar no Saúde da Família? Essa proposta que eu tive junto com a equipe. [reforço da pergunta] [(Começou) por um trabalho de SP, (porque) muitos trabalhadores que começaram a trabalhar no programa não tinham conhecimento do que seria esse trabalho. O levantamento feito por São Paulo (SES a partir das) regionais, e desse trabalho, a região montou o treinamento para multiplicar profissionais para trabalhar com esses profissionais que iriam trabalhar no Programa Saúde da Família. ... éramos em 5 técnicos da regional, que já tinham dado o introdutório anteriormente, por isso não teve dificuldade. Montou-se um programa, o que cada um poderia desenvolver, e em cima desse organograma, se chamou os municípios para discutir. Essa discussão com os municípios (resultou em) 5 vagas para cada município ... começou no final de setembro (de 2006), e terminou em meados de novembro, todas as 4ª feira, 8 hs diárias ... se trabalhou os temas prioritários: políticas de saúde, Saúde da Família, a parte de ética, cidadania, humanização ... na realidade se queria, além de mostrar o que é o (Programa de) Saúde de Família, tentar trazer estes profissionais, para a maneira de se trabalhar no Saúde da Família, como atender a população, como saber ouvi-los, como acolher essa população?]
Fernando	Nós construímos um projeto para efetivar a implantação do PSF modificado ou ampliado... ampliado no município através de uma capacitação prévia dos multiplicadores. Essa capacitação contou com várias oficinas num total de 240 horas; foi focado tanto o aspecto pedagógico, da pedagogia assumida pela proposta, que é a problematizadora, da delimitação dos conteúdos que seriam necessários para as equipes se apropriarem para trabalhar numa proposta de Saúde da Família. As oficinas eram compostas pelos apoiadores do Distrito - a cidade tem 5 Distritos de Saúde - tanto apoiadores de nível central quanto de Distrito, pra comporem o grupo que formularia o Introdutório. (enquanto) se estaria formulando, estaria se capacitando, em cima da metodologia que já é tradicional, desde o início trabalhamos com a problematização.

Fernando (cont)	<p>criar uma situação orgânica, o apoiador é aquele que no Distrito acompanha o Coordenador de Unidade Básica de Saúde na implantação do modelo, ele já tem como função institucional esse acompanhamento. ... esse grupo, através das oficinas, montou as questões pedagógicas, se baseou muito na oficina pedagógica de 80 horas do Larga Escala, agregou muita coisa do Paulo Freire, da educação significativa, e discutindo o conteúdo, mas muito ligado à própria proposta do modelo que estava sendo dado ... esse grupo foi pesquisar texto, conteúdo, ampliou a noção de território... todas as equipes de saúde passaram. [dúvida: o município inteiro?] mais de mil e quinhentas pessoas passaram. ... quando as equipes vinham da unidade, os apoiadores daquela unidade vinham acompanhar a equipe e ser instrutor na concentração, porque eles acompanhariam aquela equipe na unidade, no período no de dispersão. A avaliação (foi que) muitas vezes (o processo) se tornou um pouco burocrático, mas se estava sempre atento (para que) ele se tornasse uma coisa viva, e na maioria do tempo ele foi vivo mesmo. Duas coisas são bastante significativas: primeiro: o termo apoiador, um desdobramento da figura do supervisor institucional, que tem um outro caráter, ele é quem ajuda a construir, não só no papel... [reforço] não só vigiar, punir, ou vigiar pra premiar o melhor. Num processo de construção de um novo processo de trabalho, onde a reflexão partiria bastante da realidade de trabalho local, da possibilidade de mudança, (o apoiador) foi muito importante, porque fazia a ligação entre a teoria, que se via na concentração, e a prática caracterizada pelas realidades ... do cotidiano da unidade. A proposta final também é importante. Ficou um pouco frágil a construção. Na proposta final de dispersão as equipes, para terem o certificado final, trazendo uma nota que justificasse o certificado, deveriam propor um projeto de intervenção na comunidade. E isso nem sempre foi possível ... foi muito irregular, os resultados foram dispares. Algumas equipes ficaram muito motivadas, conseguiram até envolver a comunidade. Outras, por esse problema mesmo de inserção de funcionários, idas e vindas... E transformar a realidade não é fácil... É uma conquista, um processo. (houve) resultados parciais ... pretender mudar toda uma rede, com mais de 5(cinco) mil funcionários, contando com o hospital Zzz, que o também (participou) e em quatro anos... [dúvida: o hospital também?] como retaguarda do sistema. Foi um pouco diferente.... [observação: (com) alguns enfoques diferente... mas ter incluído já é muita coisa] Eles vinham porque estavam montando a sua capacitação...participavam (para) entender o que estava acontecendo com a rede, porque eram um hospital de referência pra rede. (a capacitação) foi feita para a rede básica, mas quase todos os serviços de referência participaram com alguma representação (para) compreender os sistemas, a mudança, e numa segunda etapa nós tentamos montar um trabalho para os serviços de referência. como é que se dá o salto da rede...[observação: Se você pega só um pedaço] ... para as outras redes do sistema ... porque o Introdutório não estava trabalhando com a questão da mudança de modelo global do sistema, era para a rede básica, esse foi o limite dele, o PSF era o limite. A nossa rede é bem complexa, por isso o sistema não é PSF tradicional, tem que dar conta de tudo isso.</p>
Necessidades de formação P3	
Carlos	<p>Necessidade dos multiplicadores? [esclarecimento da pergunta] A principal (necessidade) é entender bem o processo do SUS, a história das políticas, e entender o que é a inversão do modelo, da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família, entender bem pra conseguir repassar para as equipes, de uma maneira que consiga realmente chegar nessa reversão e não ter uma unidade básica com um nome alterado pra Saúde da Família. Esse é o grande diferencial, mas também a grande dificuldade que o profissional tem em conseguir se adaptar nesse novo modelo, nesse novo modo de trabalhar, principalmente os profissionais de nível superior... e realmente conseguir passar isso pros outros profissionais, pois às vezes eles conseguem passar para quem está dentro da equipe, mas quem está em volta dessa equipe e até mesmo o gestor tem uma visão diferente: essa é a grande dificuldade que os multiplicadores têm. [confirmação: as dificuldades são tanto na formação como também no respaldo que têm e o ambiente que esses profissionais formados que acabam se inserindo</p>
César	<p>o multiplicador ...quando se encaminha para os municípios (solicitação de indicação para) curso de multiplicadores, se encaminha um certo perfil, (mas) várias vezes acontece de não vir a pessoa com perfil. (Para a proposta do curso) até pensamos em fazer uma reunião, para as pessoas entenderem, qual que é a proposta, o que é ser multiplicador? Qual o papel?</p>

Marcos	É uma missão até um tanto difícil de ser... multiplicadores ...[confirmação] pré-requisito: vínculo estável com o município, ter conhecimento de Saúde Pública. [reforço da pergunta] quando pensaram o curso,colocaram algum conteúdo programático, algumas outras coisas em relação a o que vocês esperavam que estes alunos, ao final desta preparação de multiplicadores, chegassem com condição (de desenvolver). Você já colocou uma delas, a postura frente ao acolhimento, à recepção, à humanização do atendimento. ... além de todos os tópicos que foram trabalhados, no final se fez uma forma de TCC, que se chamou de Termo de Treinamento Introdutório: em grupo, (a partir de) uma estória fictícia, de uma situação, num município eles seriam convidados para ser coordenador municipal de Saúde da Família, com dois exemplos, um muito pobre, e um município com maior estabilidade. E numa das propostas, a cidade, com índices de desenvolvimento terríveis, humano baixo, falta de saneamento básico, uma situação precária, a proposta era fazer o prefeito, que não era acessível a fazer o (Programa de) Saúde da Família, (precisavam) demonstrar todas as situações e provar para o prefeito que era um trabalho importante, que estava mudando o modelo, e esse modelo ia beneficiar a população local, num município pequeno, que com 2 equipes de Saúde da Família se conseguiria atingir 100% da população. E no município grande, (onde) o prefeito já tinha interesse pelo Programa,só precisava arrumar uma pessoa para organizar tudo (O Termo) seria a finalização do curso, e usariam, nas duas situação, tudo que aprenderam durante o treinamento que fizeram... fizeram o trabalho e apresentaram (para a equipe regional) como uma banca ... todos tiveram notas maravilhosas no trabalho ... interessante, esse conteúdo foi utilizado por uma das nossas técnicas que trabalha em uma universidade, na parte da Atenção Básica, e utilizou esse mecanismo com (futuros) médicos. isso é uma coisa diferenciada do conteúdo (proposto pelo) Ministério (da Saúde), tem que trabalhar em cima daqueles pontos (no programa oficial). e se fez que as pessoas trabalhassem de outra maneira, procurassem, não só através do conteúdo: acho que foi enriquecedor. [avaliação] quando se fazia treinamento Introdutório na região X, trabalhava-se com os profissionais da equipe, que tinham que multiplicar. Apesar da dificuldade que eles tiveram.
Fernando	A formação em si é indiferente, pode ser qualquer área, médico, dentista... enfermeiro... fundamental é ter tido na formação uma sensibilização para a saúde pública, entender o que é SUS, em que sistema está trabalhando. ... pode fazer por etapas, o primeiro grupo que passa, pode ser um processo, ir envolvendo outros. Não tem que ficar num grupo centralizado, a experiência foi muito boa, porque todos os apoiadores dos Distritos participaram, alguns tiveram um perfil mais adequado, outros um perfil menos adequado, mas todos participaram e colaboraram. Também uma certa sensibilidade para a questão do pedagógico, no sentido amplo do pedagógico. De querer trabalhar com outro. ... não precisa falar de coisas pedagógicas, às vezes (o profissional) tem certas características e nem sabe que são características pedagógicas... já lida bem com o outro, é mais fácil chamar esse indivíduo, ele já vem com potencial. A proposta, sendo orgânica, é transformadora para todos. Nem todos vão continuar... ter aquela verve de querer manter a proposta, os mais comprometidos vão manter, sempre tem um grupo que (participa) porque optou. [comentário: Não é por falta de opção.... é por opção]
Competências pedagógicas P4	
Carlos	ter formação de uma metodologia pedagógica, voltada para a problematização, (porque têm uma grande dificuldade: na formação, aprendem muito numa pedagogia muito ... acadêmica. ...terem essa visão pedagógica; que o Introdutório tivesse uma carga horária maior (quarenta horas) ... para que os assuntos fossem discutidos com mais calma, mais claramente, porque o tempo é muito apertado para eles conseguirem adquirir o conhecimento pra depois poderem repassar no município.
César	[da perg. 3] nas competências, o conhecimento específico do multiplicador, além de ter a vivência em Saúde da Família, ter um tempo na própria equipe, o conhecimento técnico do que é o SUS, do que é trabalho em equipe, o que é família, todo o conteúdo que contempla o próprio Introdutório para as equipes, também seria conteúdo do curso de multiplicadores, mais a questão pedagógica mesmo, de ter esse cuidado, de saber ouvir, de essa educação ter sentido. Ele saber lidar com outras ferramentas, não só aula expositiva, saber que vai ter que ouvir os profissionais, vai ter que desencaixear processos, vivências, para facilitar passar o conteúdo, ter essas ferramentas se apropriar disso para ser um multiplicador, além do conteúdo, do conhecimento técnico. Eu não consigo ter muita clareza se o multiplicador (precisa) ter todo esse conhecimento, quando se pensou no

César (cont.)	<p>multiplicador se pensou numa rede: tem pessoas (com mais conhecimento sobre) do SUS, profissional que viveu a Reforma Sanitária, [reforço: tem clareza e facilidade de discutir], então ele poderia também se deslocar, mesmo ele estando em um município, ir para outros...[reforço: Dando apoio para outros municípios, em vez de cada município ter uma equipe que se baste] Isso. A pessoa anda. Se pensou nessa rede. E pensar que é um processo permanente. a partir do compromisso desse multiplicador, se for trabalhar em outro município, também continua sendo multiplicador,</p>
Marcos	<p>[pergunta 3] a primeira coisa (é o) conhecimento da Saúde Pública, que se pediu para os municípios, para escolher pessoas que tivessem um pouco de conhecimento do que é o SUS, quais as diretrizes, que propostas têm ... pessoas dos municípios, que não seriam nem médicos, nem enfermeiras do (Programa de) Saúde da Família, mas efetivas do município, para não ter (tantas) mudanças, quebra de continuidade ... (foram) 40 pessoas – 5 por município, oito (municípios) que trabalham com Saúde da Família ... com conhecimento primeiramente de Saúde Pública, para tentar fazer uma seleção com as pessoas. ... era fazer um trabalho de conscientização. Depois que se colocou pessoas do município, mas que não tinham (a prática do Programa) de Saúde da Família, foi bom no sentido de terem que correr atrás, (era) uma coisa nova para eles, que a partir daquele momento seriam multiplicadores.</p>
Fernando	<p>fundamentalmente... competência...a pessoa, para trabalhar com transformação da realidade, precisa ter claro que todo processo começa de uma reflexão crítica sobre a realidade. O princípio da pedagogia crítica é uma competência que não dá para prescindir... existem pessoas cuja personalidade já vem dirigida outros podem aprender, ser sensibilizados, até porque nunca ouviram falar, nunca tiveram contato com esta maneira de trabalhar pedagogicamente e quando se apercebem da potência, se apaixonam e optam para continuar trabalhando assim. A predisposição ao diálogo, a ouvir o outro, valorizar as questões econômicas, sociais e culturais condicionantes de uma realidade. A possibilidade de diálogo, contínuo e de uma construção contínua. O respeito, a valorização do outro é fundamental, porque a problematização é fundada nisso, e na capacidade que nós, seres humanos, temos de fazer perguntas, quer dizer, se tem a responsabilidade até de instigar que o outro faça pergunta, e (o docente) fazer pergunta também, e quando se opta por isso, é porque está pressupondo que quer ouvir o que o outro tem a dizer.</p>
Complementos/ outros	
Carlos	<p>dobraria o tempo do curso, de 44 horas [para 88 horas] [Para trabalhar melhor os conteúdos] e a metodologia pedagógica, porque eles [precisam de] uma metodologia boa pra repassar, porque eles não estão só adquirindo conhecimento pra si, eles estão adquirindo conhecimento para multiplicar, isso tem que ser muito bem trabalhado; [pergunta: o que não deu pra desenvolver durante o curso, estão suprimindo de outra forma] Não se perdeu vínculo com o grupo e estamos fazendo reuniões bimestrais para tentar trabalhar melhor tanto o Introdutório quanto a Atenção Básica em geral... Estamos ampliando as reuniões não só pro (para os responsáveis pelo Programa de) Saúde da Família, mas também pra Atenção Básica... pra poder levantar demandas e estabelecer um projeto de educação permanente e melhorar esse Introdutório, pra quando ele for repassado no município, se consiga alcançar o objetivo de fazer a diferença, consigiur mudar ou fazer com que a pessoa que está entrando na Saúde, entenda o que é [a diferença do] Saúde da Família. [pergunta: quantos foram formados?] A nossa turma inicial estava com a inscrição aberta para trinta profissionais, foram formados acho que vinte e três. [pergunta: quantos municípios com representante aluno?] foram alguns municípios, a divulgação foi aberta para todos os municípios, mas priorizados os municípios com o (Programa de) Saúde da Família. A intenção desse curso é formar multiplicadores para atuar em micro-regiões e não só no seu município. [pergunta: quem já fez?] município X e o município Y fizeram uma formação, um Introdutório</p>

César	Eu não acompanhei (se algum município desencadeou o Introdutório), o município X, que mudou o modelo completamente, acabou fazendo uma capacitação eu sugiro que você pudesse entrar em contato com o CETS, que é o Centro de Educação dos Trabalhadores no município, com certeza a equipe acompanhou todo esse movimento que aconteceu no município, valeria a pena entrar em contato para saber da experiência
Marcos	O único município que (se sabe que fez o Introdutório) é o município Y... se pediu para 2007, que entregassem um relatório mostrando as atividades que eles vão desenvolver, para poder mandar para São Paulo (SES) [sugestão?] Acho que montar uma (proposta) estadual. foi uma experiência importante, de todas as regiões, agora (é hora de) fazer um fórum, pra discutir que perfil o Estado de São Paulo precisaria, para capacitar essas pessoas melhor ... até formar um outro trabalho para prosseguir, no (Programa de) Saúde da Família, que se desenvolve no dia-a-dia.
Fernando	nenhum

ANEXO 7 – QUADRO C – Recortes das transcrições conforme categorias de análise e resultados apurados, nos profissionais de Saúde do grupo 2 – Profissionais formados para serem multiplicadores do Curso Introdutório.

Identificação	
Gustavo	Gustavo, enfermeira da cidade X. [da perg. 3] Enfermeira do PSF
Sílvio	É Sílvio, eu sou psicóloga do PSF na Prefeitura de Cidade A2.
Luiz	Eu sou coordenadora da Saúde da Família
Pedro	Eu sou Pedro, sou de formação psicóloga, sempre atuando na área da saúde, já há muitos anos, e no momento estou como coordenadora da Estratégia de Saúde da Família da cidade X. [da perg. 1] [Envolvida com a] ampliação e consolidação do PSF no município X
André	Meu nome é André, eu tenho 62 anos, sou [médico] cirurgião aposentado com 35 anos de serviço, e há dois anos eu estou fazendo PSF.
Rodrigo	Meu nome é Rodrigo, minha formação de base é Fonoaudiologia, tenho mestrado em Saúde Coletiva e atualmente ocupo o cargo de “Chefe de Seção de Saúde da Família dos Morros” no município X.
Principais atividades cotidianas P1	
Gustavo	As atividades rotineiras são as visitas domiciliares a acamados, hipertensos, diabéticos, puérperas, RN, pré natal, papanicolaou e consultas individuais, algumas dúvidas que não precisariam consulta com o médico, eu faço o acolhimento desses pacientes.
Sílvio	Eu faço um trabalho junto as equipes... como que está o desenvolvimento da equipe, as dificuldades que eles encontram, e são trabalhadas essas dificuldades... [vamos] começar a trabalhar ... a questão de motivação e auto-estima com os funcionários de todas as equipes. Através de uma pesquisa de clima organizacional que foi feita, nós vimos que é necessário esse trabalho de motivação ... Anteriormente, eu fazia as provas dos agentes comunitários, aplicava as provas... um suporte às 10 equipes que temos. <i>[pergunta para esclarecimento: não é apoio clínico?]</i> não!
Luiz	[da perg. 1] A cidade X tem 15 unidades de Saúde da Família montadas, com uma cobertura de 80% da população, pelo PSF. Então, eu coordeno essas 15 equipes, e a capacitação desse pessoal todo...
Pedro	Eu vim para a cidade X no ano passado, no momento em que a Secretaria de Saúde estava planejando ampliar e consolidar o Estratégia da Saúde da Família ...eu cheguei aqui para organizar quais as áreas que seriam contempladas pra ampliação, definição feita a partir das diretrizes do SUS, de acessibilidade da população. Na parte da coordenação, com uma atribuição de estar fazendo toda a organização técnica das áreas, do pessoal que estava trabalhando, e principalmente de estar fazendo esta interação com a rede. Sou muito esse papel mediador, é muito difícil trabalhar com pessoas do terceiro setor, porque nos limitam muito, eu tenho tido muitas dificuldades de como conduzir esses projetos. Eles ficam responsáveis pela parte de recursos humanos, [enquanto] a prefeitura, e eu me tornei responsável, junto com uma equipe de coordenação pra estar organizando um trabalho nas áreas... acompanhamento do programa (SIAB, VD, protocolos,...) Estamos organizando capacitações... [em] interação com o departamento de Atenção Básica, porque uma parte da população é atendida pelo modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde. Hoje está com sete postos de Unidades Básicas e vinte pontos, vinte equipes trabalhando com Saúde da Família. Estou levando para o PSF aquilo que o município preconiza como as maiores dificuldades, tentando capacitar, instrumentalizar [os] agentes para estarem atuando nessas áreas. Agora estou colocando em cada unidade de Saúde da Família um gerente, que pode estar avaliando, junto comigo, como está se desenvolvendo, por exemplo, os médicos generalistas ainda têm muita resistência de estar fazendo as reuniões de equipe, eu sinto que as pessoas não têm [costume de aproveitar] aquilo que é proposto de uma forma construtiva, ficando [restritos a] cumprir uma tarefa. Tentar uniformizar, mas respeitar as dificuldades de cada área, porque [tem] unidade que é um modelo [e outras com] condições inadequadas, falta de espaço... Estar fazendo um monitoramento para verificar onde estão os problemas e tentar resolver, principalmente, tem sido legal o trabalho com as secretarias [reforço: Mostrando que

Pedro (cont.)	a intersectorialidade é possível ...] ... não se funciona sem [a intersectorialidade], se quiser funcionar mesmo.... o PSF aqui, além da equipe mínima, ...[conta] com um grupo de apoio... desenvolvendo trabalho preventivo na área. ... [com] dois psicólogos, uma assistente social, um fono, um fisioterapeuta, um farmacêutico, um, dois educadores, e... um psiquiatra, que agora saiu... e desenvolve trabalhos educativos, ... problema seriíssimo porque a demanda está tão grande, que o pessoal entrou num processo muito mais de atendimento do que um projeto de promoção à saúde, de prevenção, [estamos] pedindo o suporte de um outro fisioterapeuta para identificar acamados graves que estão em casa, [reforço: às vezes consegue um trabalho com o cuidador ...] Exatamente! Essa orientação do cuidado tem sido feita com frequência pelo nosso pessoal. ... [reforço: isso faz com que se potencialize o trabalho, porque se consegue alcançar muito mais gente...] Que a gente possa criar espaços de discussão, que estes profissionais possam estar trabalhando com grupos, porque sabe que não dá conta, de atender a demanda, pensando no individual, [se] vai perdendo os profissionais e ficando meio deprimida... todos os programas, tentando ver de que forma o PSF consiga identificar o problema, pra procurar a solução, que muitas vezes não vai ser na Atenção Básica. Eu fico... pensando nos projetos... mas cuidando da escuta
André	A principal rotina, que é a atividade principal, é o atendimento domiciliar, a visita domiciliar, das equipes, inclusive comigo junto, no atendimento global da família. Essa é a atividade principal, <u>o diferencial do Saúde da Família é o atendimento domiciliar</u> . Dois dias por semana eu vou nas casas dos meus pacientes, da minha região, e nos outros dias da semana eu faço reuniões com os grupos de diabéticos da minha área, grupo de hipertensos, pré-natal, aleitamento, ambulatório de pediatria, e ambulatório de clínica médica. Essa é a rotina semanal... o aspecto que é o diferencial de qualquer unidade básica de saúde é que a gente conhece todas as famílias, dentro das suas casas.
Rodrigo	Atualmente são gerenciais e administrativas. Basicamente o meu papel quando eu fui chamada, foi para estar organizando a implantação do Saúde da Família numa região onde não tínhamos nem PACS. A região estava totalmente descoberta, o meu papel foi de formação dessas equipes, orientação desses profissionais, capacitação dos mesmos e acompanhamento de campo dentro das atividades de cada um deles.
Experiências profissionais P2	
Gustavo	Antes de ser enfermeira, fui técnica de enfermagem, em um Ambulatório da Mulher e em um projeto com visitas domiciliares pra RNs e puérperas: fazia visita domiciliar e visita hospitalar. Na vivência acadêmica, ajudou muito ter sido técnica de enfermagem antes [tb perg 3]. A facilidade que tive no processo e no Introdutório foi conhecer a realidade tanto do enfermeiro, quanto do técnico, e por já ter trabalhado como técnica de enfermagem em PSF também, durante 10 anos, dá para ter uma idéia do que o agente comunitário passa, apesar de ser uma equipe, (todos devem) estar próximos, é mais fácil o agente comunitário ter contato com o técnico de enfermagem do que com o próprio enfermeiro, [que] está mais ocupado... [da perg. 3] eu fazia palestras como técnica de enfermagem, orientando as puérperas. como enfermeira, eu dou aula em colégio técnico.
Sílvio	... faz um ano que eu trabalho aqui no PSF... eu sou formada há nove ... [antes] eu trabalhei só em consultório... psicóloga clínica exclusivamente... eu fui porque seria eu que iria organizar este curso a partir então ... até agora, de manhã eu fico aqui e à tarde eu tenho consultório. [da perg. 3] ...[eu fui] docente de um curso ministrado pelo SENAC em cidade Z, era um curso no período de 6 meses, onde eu dava ... a questão da inserção do trabalho do profissional no mercado de trabalho, ... foi minha única experiência como docente.[perg. 2 - educ]
Luiz	Era eu [médica] e mais três enfermeiras [da perg. 1] me formei em Medicina, fiz a residência, em Clínica Médica, em Hematologia e Hemoterapia, acabei me tornando chefe da residência em Hematologia. mudei e nessa região não tem Hematologia, então eu já vim pra trabalhar no hospital, abri consultório. Desde quando eu me formei, eu já tinha um viés de generalista, eu [fiz] um curso de seis meses, pra médico generalista, [quando] nem se falava ainda em Saúde da Família, eu fiz com um grupo grande, mas no fim só duas ou três terminaram e eu fui uma delas. Depois que eu vim pra cidade X, recebi o convite pra vir trabalhar na Saúde da Família, continuei com meu consultório, continuo até hoje, e comecei a trabalhar na unidade saúde da família. Depois, quando houve a mudança da gestão, quando [o coordenador] saiu, fui convidada a assumir a coordenação. Desde então eu estou aqui [da perg 3] Eu tive uma experiência como docente da universidade também, eu dei aula dois anos na Universidade Yyyy, antes de vir embora pra cá.

Pedro	<p>O que marcou minha vida profissionalmente, mudou muito meu caminho, foi eu ter entrado na Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente de AIDS em 1990. Antes de começar a trabalhar como psicóloga no formal, eu dava aulas, sou professora, fiz magistério, depois fui fazer a faculdade de Psicologia, sempre com interesse na área da saúde... Saindo de lá, eu passei a trabalhar na Casa da Gestante, que era uma casa onde a gestante de alto risco morava, aquela que não tinha muita condição de ficar em casa. Quando eu fui trabalhar na Casa de Apoio ... a Casa era um lugar onde atendia pacientes HIV positivos, isso nos anos 90, o diagnóstico de HIV era uma sentença de morte... Quando foram inaugurar o Centro de Testagem, o CTA, em dezembro de 1994, eu comecei mais a direcionar para a parte educativa, comecei a fazer muitos cursos de capacitação, e fui trabalhar como aconselhadora do CTA, e que depois ser gerente da unidade... Do posto, eu comecei a fazer capacitação para a rede... Eu comecei a fazer muito essa parte de capacitação. Todos os seminários que tinham, eu participava, alguns como ouvinte, outros como palestrante. Nesta época, em 1999, 2000, a Wwww, que tinha sido Secretária da Saúde da cidade Yyyy, nos chamou para fazer uma consultoria, que inicialmente estava voltada pro campo da orientação das DST, e nós fomos pra um mês e acabamos ficando dois anos, [íamos] uma vez por mês, trabalhávamos com as unidades, [se] fechava a unidade naquele dia, levávamos um tema para discutir... sobre as relações de equipe, sobre os trabalhos, [com a] discussão de temas mais polêmicos... Paralelo a isso, a escola Uuuu tinha um projeto, um trabalho de sexualidade com os alunos do colegial, e estou na Uuuu há nove anos, dando aulas de saúde e sexualidade, pro colegial, trabalho com a molecada em quatro módulos [mas estou] pedindo demissão, porque não estou dando conta! Com aluno eu não quero falhar, porque a molecada espera ansiosamente, ainda mais porque é aula de sexo, imagina... Em dezembro de 1999, a Xxxxx, foi convidada para ser secretária de Saúde da cidade Zzz e me convidou a [acompanhá-la], assessorando, peguei a parte do Distrito de Saúde Xyz. Eu era responsável por alguns equipamentos de saúde dentro dessa área, já tinha PSF e tinham um projeto de implantar PSF... foi quando eu comecei a desenvolver um trabalho junto a uma equipe específica de PSF.... fazendo uma capacitação in loco pros meus agentes. ...tentando ... instrumentalizar ... Os ...agentes... vêm muito despreparados, tem pouquíssima formação mesmo, de estrutura [da perg. 1] tinha oito equipes, eu já tinha desenvolvido um trabalho na equipe do Programa de Saúde da Família da cidade W, na cidade Z, ajudar nessa ampliação do programa, [educ.] quando os profissionais foram contratados, [se] fez uma capacitação, tem a ver com o curso Introdutório, mas eu ainda não tinha feito oficialmente o curso Introdutório, minha curiosidade de ter feito, de saber como é que eles estavam conduzindo. Os temas que são trabalhados... [reforço: regulamentação do Introdutório: uniformização conteúdo...] tinha oito equipes, eu já tinha desenvolvido um trabalho na equipe do Programa de Saúde da Família da cidade W, na cidade Z, ajudar nessa ampliação do programa ... educ quando os profissionais foram contratados, [se] fez uma capacitação, tem a ver com o curso Introdutório, mas eu ainda não tinha feito oficialmente o curso Introdutório, minha curiosidade de ter feito, de saber como é que eles estavam conduzindo Os temas que são trabalhados... [reforço: regulamentação do Introdutório: uniformização conteúdo...]...</p>
André	<p>a minha vida era completamente diferente, eu estava vindo para um Programa Saúde da Família, [reforço da pergunta: tinha pensado antes, em se envolver com formar pessoas, ou dar cursos, treinamentos...] Tive mas eram muito específicos. Minha equipe de cirurgia da Santa Casa, ...no Hospital Y eu tinha minha equipe também, médicos assistentes, residentes, pessoal de enfermagem, a gente trabalhava em equipe. E a gente tem que sempre trabalhar em equipe, principalmente em sala de cirurgia tem que trabalhar em equipe. É semelhante à equipe de PSF, aqui também tem que trabalhar, sem grau de importância, todos tem o mesmo grau de importância. [da perg. 3] Eu fiz cursos aqui, ... que eu repassei para toda a equipe, isso teve muito valor aqui, dentro desse Programa Saúde da Família, ... quando alguém pega alguma coisa nova ... já repassa para a equipe toda ... se a gente não repassar, a gente não tem sucesso no que faz. Se você fizer um curso e não repassar nada, não multiplicar, você vai acabar se prejudicando dentro do ambiente de trabalho, e na atuação do seu pessoal, do seu Programa de Saúde da Família. Então, você é obrigado a repassar, você tem que repassar, você tem que multiplicar, não só minha equipe, mas às vezes eu passo para a equipes dos outros médicos</p>
Rodrigo	<p>A escolha, quando a DRS N disponibilizou as vagas, foi pelas pessoas da Coordenadoria que ainda não haviam passado pelo curso, por essa formação, eu e a Chefe da Seção da Estratégia de Agente Comunitário não havíamos passado por isso nós fomos realizar o curso. Ele tem a ver com as ações que a gente praticava, tanto eu, quanto ela, e ainda praticamos, mas foi muito mais em função de ter toda a Coordenação capacitada nesse Introdutório. Na realidade, tudo aqui é uma formação, né, tudo é um embrião aqui, embora a cidade X tenha aí uma estória em termos de saúde, o Saúde da Família era o que [es]tava andando um pouquinho devagar nessa estória toda. Na realidade não tinha ainda naquele momento uma equipe parada só para realizar o Introdutório.</p>

Rodrigo (cont.)	Tinha profissionais que estavam chegando, não existia um corpo inteiro ainda, o pessoal ia chegando e ia agregando nesse grupo algumas pessoas e seus valores ... a idéia foi essa, de minimamente todo mundo estar capacitado, você poder juntar essas pessoas e realizar um Introdutório maior, que é até uma coisa que a Secretaria vem tentando fazer [agora].
capacitações anteriores P3	
Gustavo	Como enfermeira a única capacitação que eu tive após a minha formação - me formei no fim de 2005, meu primeiro emprego foi como enfermeira do PSF - foi esse de capacitação [de multiplicadores do Introdutório] [da perg.2] O Introdutório foi importante para eu conseguir agrupar todas essas informações que eu tinha, porque antes elas eram (divididas) E conseguir ver que (é necessário) para conseguir compartilhar com a equipe
Silvio	[da perg. 2] Foi uma experiência nova no curso ... foi muito bom ... conhecer o que era o PSF, coisa que eu não tinha tanto conhecimento, lá acabei conhecendo mais
Luiz	Pra ser docente... eu tive uma experiência como docente da universidade também, eu dei aula dois anos na Universidade Yyy, antes de vir embora pra cá [Tb perg. 2 - educ] ... Não teve uma formação de como dar aula. [da perg. 1] Nesse meio tempo, eu fiz a especialização da Saúde da Família na UNICAMP, e também o curso de facilitadores de Educação Permanente, oferecido pelo Ministério da Saúde. [da perg. 2] Com relação a esse curso Introdutório, foi importantíssimo nós termos a especialização em Saúde da Família, não [se] pode falar ou ensinar uma coisa que não sabe ou que não domina. Nós montamos uma equipe de quatro professoras, entre elas eu, e dessas quatro, três tem especialização em Saúde da Família ... do curso de facilitadores... um material muito bom, é um material bastante simples, e que tinha algumas discussões de casos, e algumas representações de reuniões de equipe, que eram extremamente ricas pra discussão entre o pessoal,a questão da humanização, do acolhimento, a gente utilizou muito esse material... nas aulas, pra que incitasse a discussão entre os alunos. A somatória dessas coisas todas, estimulam [Tb. perg 5]
Pedro	Não perguntada, respondida nas anteriores [da perg. 1] quando os profissionais foram contratados, [se] fez uma capacitação, tem a ver com o curso Introdutório, mas eu ainda não tinha feito oficialmente o curso Introdutório, minha curiosidade de ter feito, de saber como é que eles estavam conduzindo. Os temas que são trabalhados... [reforço: regulamentação do Introdutório: uniformização conteúdo...] [da perg 2] eu dava aulas, sou professora, fiz magistério, depois fui fazer a faculdade de Psicologia, sempre com interesse na área da saúde... Quando foram inaugurar o Centro de Testagem, o CTA, em dezembro de 1994, eu comecei mais a direcionar para a parte educativa, comecei a fazer muitos cursos de capacitação... Do posto, eu comecei a fazer capacitação para a rede... Eu comecei a fazer muito essa parte de capacitação. Todos os seminários que tinham, eu participava, alguns como ouvinte, outros como palestrante. Em 1999, 2000 ... fazer uma consultoria, que inicialmente estava voltada pro campo da orientação das DST, e nós fomos pra um mês e acabamos ficando dois anos, [íamos] uma vez por mês, trabalhávamos com as unidades, [se] fechava a unidade naquele dia, levávamos um tema para discutir... sobre as relações de equipe, sobre os trabalhos, [com a] discussão de temas mais polêmicos... Paralelo a isso, a escola Uuuu tinha um projeto, um trabalho de sexualidade com os alunos do colegial, e estou há nove anos, dando aulas de saúde e sexualidade, pro colegial... Em dezembro de 1999, assessorando [a cidade Zzz], era responsável por alguns equipamentos de saúde, comecei a desenvolver um trabalho junto a uma equipe específica de PSF.... fazendo uma capacitação in loco pros meus agentes. ...tentando ... instrumentalizar ... Os ...agentes ... vêm muito despreparados, tem pouquíssima formação mesmo, de estrutura. Eu sei disso porque o pessoal que está dando o curso, do CEFOR ... pediram que eu fosse dar uma aula para os agentes [Tb. perg 5]
André	Eu fiz cursos aqui, depois que eu comecei no PSF, que me ajudaram muito,.curso de aleitamento materno, <i>que eu repassei para toda a equipe</i> , eu fiz curso de pré-natal, <i>que eu repassei para a equipe</i> , curso de acompanhamento de diabéticos e hipertensos, <i>que eu também repassei</i> , isso teve muito valor aqui, dentro desse Programa Saúde da Família, quando alguém pega alguma coisa nova, ... já repassa para a equipe toda, o trabalho de equipe, eu já tinha uma noção, devido ao meu passado, mas quando a gente pega alguma coisa, como foi dado lá, eu acho que fui um dos que mais pegou, quem não tinha nada, pegou muito. [da perg. 2] Fui eu que praticamente solicitei [participar do curso de multiplicadores]; eu peguei uma boa parte da teoria de como se deve trabalhar no PSF, como tenho que conduzir a minha equipe, como eu tenho que agir, não no ambulatório, mas dentro das casas das pessoas, como você tem que se dirigir às pessoas, e fazer a promoção da saúde; pra quem não tinha nada, esse curso foi tudo! aqui peguei um pouco de conhecimento prático, eu não tinha teórico

André (cont.)	nenhum, então nesse curso [que] foi oferecido eu peguei uma boa parte da teoria de como se deve trabalhar no PSF, como tenho que conduzir a minha equipe, como eu tenho que agir, não no ambulatório, mas dentro das casas das pessoas, como você tem que se dirigir às pessoas, e fazer a promoção da saúde. Esse curso, pra mim, eu já passei, as minhas enfermeiras, os agentes, já passei para todos eles, sem distinção, absolutamente, exatamente o que eu peguei lá, eu já dei em disquetes pra eles, já discutimos, como os outros médicos já fizeram isso em outras oportunidades. Pra quem não tinha nada, esse curso foi tudo! Rsrsrc... [tb.perg. 4 e 5] [da perg. 4] O trabalho de equipe, eu já tinha uma noção, devido ao meu passado, mas quando a gente pega alguma coisa...como foi dado lá, eu acho que fui um dos que mais pegou, quem não tinha nada, pegou muito...
Rodrigo	Um pouquinho de cada, você vai passando e vai agregando, e na tua própria experiência de campo vai vivenciando. Mas um que eu me lembro, até porque acho que também é bem recente, e tem ajudado muito no exercício, do lugar que eu estou hoje, é o de Educação Permanente da Fiocruz. Eu acho que agrega um pouco a questão: Introdutório da Saúde da Família, com esse link, tanto é que é um caminho até que o próprio SUS está tentando introduzir enquanto formação do profissional, de quem está trabalhando. Esse sim, eu acho que agregou mais valor, está bem recente, ... não que as circunstâncias ali fossem coisas muito novas, ou estivéssemos falando de coisas que ninguém nunca tivesse ouvido falar, mas a maneira como ele é abordado, nas apostilas e tudo mais, são os exercícios, é tudo muito legal, muito bacana, essa formação do facilitador. ..., não que aquilo você não reconhecesse, você não tivesse passado nunca, mas começa a dar nome e, mais do que isso, eu acho que ele ameaça a puxar o fiozinho da meada para fora, pra pelo menos você vislumbrar por onde você vai terminar de desenovelar o novelo. [da perg. 2] Eu fui para o Introdutório, já com um Introdutório de Secretaria acontecendo na minha vida. Na verdade, eu fui conhecer, né, eu fui assim... me registrar na questão, mas eu já vinha executando isso, porque a gente puxava as pessoas e realizava um Introdutório pra aquele grupo que tava chegando, e aí assim, na a minha seção mesmo, na medida que foi formando, teve um momento que eu acabei coordenando o meu próprio Introdutório, porque era um momento que as pessoas estavam muito atrapalhadas no outro, então não havia como disponibilizar e fazer esse grupo que a gente costumava fazer e a idéia foi essa, de minimamente todo mundo estar capacitado, você pode juntar essas pessoas e realizando um Introdutório maior, que é até uma coisa que a Secretaria vem tentando fazer aí.
Necessidades de formação P4	
Gustavo	Pra mim foi um pouco dificultoso esse curso ... porque... a princípio ele era pra quem já havia feito aquele anterior, e eu cai ... de pára-quebras sem ter feito o próprio curso, ter sido "introduzida... eu fui direto pra capacitação... eu tive essa dificuldade [comentário: legal...] ... tinha momentos que eu [es]tava perdida... não sabia nem do que se estava falando, mas eu fui tentando correr atrás, e ... por eu estar trabalhando, na época que eu fiz o curso... há dois meses em PSF... meu próprio PSF eu não conhecia, porque eu não tinha tido tempo de conhecer toda a minha população... em dois meses você não conhece nem uma rua da sua população. Na época que eu fiz o curso pra mim foi muito difícil... passar de aluna pra capacitadora, foi complicado. [da perg 2] outras dific O fato desse grupo ter o domínio sobre o assunto facilitou muito, [se] pode dividir os temas, e cada uma estar preparando e aprofundando bem uma aula. Lembrando que o curso Introdutório tem um público extremamente heterogêneo, que vai de médicos a faxineiras, tem que trazer alguma coisa nova pro médico e.... tem que trazer as coisas no nível que seja de entendimento também pra aquela pessoa que não tem o nível cultural elevado. Esse é um desafio, que a gente resolveu abraçar, procurando colocar dinâmicas... Não fizemos mais dinâmicas, porque o tempo era apertado, nós tivemos o apoio do gestor e do prefeito, que permitiu que durante cinco ou seis períodos de aula, nós fechássemos as unidades de Saúde da Família pra fazer o curso, o pessoal todo, com raras exceções, talvez umas dez pessoas já tinham curso, de quando o PSF foi montado, mas fora isso, todo esse pessoal, eram 150 alunos, não tinham ainda o curso Introdutório, era um desafio grande. [da perg 5] na parte pedagógica eu acho que ... [o curso] foi muito rápido, pra mim, não sei se ..., no outro curso de capacitação teve alguma coisa que eu perdi, e por isso pra mim foi um pouco complexo, mas eu acho ... [que] deveria ter um tempo maior... tinham as lições de casa, e ... nem conseguia corrigir, não eram todas as cidades que conseguiam apresentar as suas, tirar as suas dúvidas... Eu acho que ele foi muito rápido, ele teria que ter um tempo maior

Sílvio	<p>... precisaria de mais capacitação, ... [estão ocorrendo] ... alguns encontros ... [para se conversar] a respeito das coisas do PSF e eu acho que isso [es]tá sendo muito importante pra gente se atualizar mais, saber exatamente o que está acontecendo, as coisas ... que vão se atualizando todos os dias... [Como] a questão dos agentes comunitários, antes a contratação era feita direita, agora tem que ser por concurso público, os funcionários também, todos por concurso público... são coisas novas que vão mudando, mas que uma capacitação resolve... várias, né? [questão reforçando que assuntos para as capacitações complementares] ... o SUS... é um tema bastante abrangente e que ficou com bastante dúvidas, porque a capacitação foi bem rápida, não foi nada tão aprofundado... teria que ter um estudo maior, pra mim que ... [estou] entrando mais recente... eu vi que as pessoas que estavam lá, até tinham certa facilidade... [observação: tinham, mas tinham outras tão cruas quanto...] Sim... mas esse é um assunto que eu acho que deveria ser aprofundado mais... foi um ponto que me deixou muito em dúvida, a parte de territorialização, foi feito o trabalho ali, mas eu acho também que se fosse aprofundado mais, seria bom. (tempo) eu acho que os que ficaram [com mais dúvida] ... foram essas duas coisas. [da perg. 3] ...[eu fui] docente de um curso ministrado pelo SENAC em cidade Z, era um curso no período de 6 meses, onde eu dava ... a questão da inserção do trabalho do profissional no mercado de trabalho... foi minha única experiência como docente.[perg. 2 - educ] [questão clareadora: relação entre essa experiência e o curso de multiplicadores] ... é mais complicado ... organizar o curso é uma coisa mais abrangente, lá eu tinha já a apostila pronta, eu sabia o que eu ai fazer em cada aula ... a carga horária de cada aula... aqui seria mais difícil, mas não impossível [Tb. perg. 5] [da perg 5, complementar] em Cidade A2 já tinha ... [o] curso Introdutório... já [se] fazia este curso... eu participei logo que eu entrei... a capacitação feita lá na DIR [antigo nome da DRS, da SES] só complementou..., assuntos que ... não foram trabalhados lá, acabavam sendo trabalhados aqui... agora é só juntar as duas coisas, pra ver o que é realmente necessário, ou se precisa mudar mais alguma coisa, mas eu acho que daria pra montar..... sem problema algum.</p>
Luiz	<p>... é interessante uma coisa que nós não fizemos, e que faz falta... pro profissional de saúde. Justamente, por ele não ter esse tipo de formação, é uma orientação pedagógica, sobre como é que deve ser montada uma aula... um plano de aula... nós montamos um cronograma... mais baseada na experiência, porque ... tinha no grupo pessoas que tinham experiência nessa dinâmica, de montar uma planilha, na aula tal o que vai ser feito, que tipo de estratégia pedagógica ... se é uma construção coletiva, se é uma pergunta circular, enfim essas coisas eu aprendi com as minhas colegas, que me ensinaram, porque não tive um treinamento, uma orientação, nem mesmo no curso de multiplicadores, que orientasse como deveria ser montada uma aula... com as vivências que a gente já teve a gente sabe que... fazer uma dinâmica antes da aula acaba preparando esse grupo para um aproveitamento melhor daquele assunto que virá, mas a gente faz quase que empiricamente, porque a gente sente que isto é bom, não porque a gente tenha tido uma orientação formal a esse respeito, [da perg 3] Eu acho que isso a gente construiu coletivamente, nesse grupo eu tenho enfermeiras que são docentes de enfermagem e que puderam também estar contribuindo nas sugestões sobre o método a ser utilizado [perg. 4 e 5] <u>outras difíc</u> nós tivemos o apoio do gestor e do prefeito, que permitiu que durante cinco ou seis períodos de aula, nós fechássemos as unidades de Saúde da Família pra fazer o curso, pessoal todo, com raras exceções, talvez umas dez pessoas já tinham curso, de quando o PSF foi montado, mas fora isso, todo esse pessoal, eram 150 alunos, não tinham ainda o curso Introdutório, era um desafio grande, dividimos esse pessoal em três turmas e fizemos, em alguns momentos todo mundo junto, e em alguns momentos as turmas separadas, pra que eles tivessem um espaço maior pra discussão, pra troca de experiências. a gente não teve uma formação de como dar aula, isso a gente construiu coletivamente, nesse grupo eu tenho enfermeiras que são docentes e que puderam também estar contribuindo nas sugestões sobre o método a ser utilizado e tudo mais [tb perg. 3 e 5]</p>
Pedro	<p>[problema na formulação da pergunta, confusão entre capacidades, seleção e de fato necessidades de formação] primeiro, a pessoa ter uma noção legal de Saúde Pública, entender a Saúde, entender o processo de saúde-doença, entender a saúde não como a doença, ter uma visão da saúde que está relacionada a tudo, está relacionada a meio ambiente... Aí pegar alguns pontos mais específicos, como por exemplo: ética, trabalhar com a questão da cidadania, do trabalho em equipe, de entender a questão social, a comunidade... O que estrutura muito é entender qual o seu objetivo, qual o objetivo maior ... formar agentes promotores de saúde, que entendam o benefício de um cuidado mais geral com..., <u>(buzina interferindo na gravação por 2 segundos)</u> antes da doença ser instalada ... [da perg. 5] tentei repetir essas informações praticamente todos os dias, porque você vê que são muitas informações, e as pessoas se perdem. As pessoas não entendem porque elas têm que preencher as folhas, elas não entendem qual a importância daqueles dados, é aquilo que vai te guiar. Quando eu cheguei aqui eu percebi que ninguém tinha uma preocupação de interpretação dos dados, só preenche, esse trabalho educativo, no curso do CEFOR, de formação do agente comunitário ... o curso do CEFOR, ... eu vi o manual, bem interessante: a chefe de recursos fez mestrado em Saúde da Família na área de</p>

Pedro (cont.)	Saúde Bucal, e uma assistente social, que já trabalha mais de uma década aqui no município, já foi gerente de serviço social, então conhece as comunidades... as duas estão dando aula, está muito legal porque estão levando a moçada para andar no parque florestal para entender a questão da terra, das invasões, discutindo junto com o IBAMA porque a gente não consegue instalar algumas unidades em áreas por causa do problema da promotoria não permitir, por ser área de invasão... conselheiros de saúde discutir controle social com eles... Acho que a gente tinha que sempre manter esses agentes recebendo essas informações, interagindo e interagindo com os outros membros... [confirmação: Interagindo... dentro da própria equipe, porque muitas vezes a dinâmica da própria equipe é bem complicada..] Dentro da própria equipe. A dinâmica das equipes é muito difícil. As pessoas têm muita dificuldade no trabalho em equipe, Isso, por exemplo, no curso Introdutório é uma coisa que tem que ser reforçada, a importância de fato, não do discurso, mas da prática do trabalho em equipe.
André	... O trabalho de equipe, eu já tinha uma noção, devido ao meu passado, mas quando a gente pega alguma coisa, como foi dado lá, eu acho que fui um dos que mais pegou, porque lá tinha enfermagem, tinha médicos também, quem não tinha nada, pegou muito... [tb perg 5] se ... não repassar... não tem sucesso no que faz... se fizer um curso e não repassar nada, não multiplicar, vai acabar se prejudicando dentro do ambiente de trabalho, e na atuação ... do seu pessoal, do seu Programa de Saúde da Família... é obrigado a repassar, tem que repassar, tem que multiplicar, não só minha equipe, mas às vezes eu passo para a equipes dos outros médicos [reforço: só pode ir um] Os outros médicos também estão fazendo cursos, e o repasse aqui é obrigatório, porque ... tem uma reunião semanal da minha equipe, obrigatória... tem uma mensal com todas as equipes da unidade, e ... tem uma reunião, mensal também, com a chefia de todos os PSF da cidade... são três reuniões, e é na reunião de equipe que a gente vira multiplicador... às vezes na reunião com os outros PSF também ... passa aquilo que foi ensinado, e muito bem, pelo pessoal da DIR. [esclarecendo: o que o curso ajudou para ser docente?] Me ajudou porque me deu todas as noções, de todas as atividades que tem o Programa Saúde da Família me deu conhecimento geral de toda a abrangência do Programa de Saúde da Família, que agora nem é mais o Programa de Saúde da Família, é o Programa de Ações da Família, e hoje em dia a coisa simplificou um pouco, porque tudo aquilo que eu peguei... que foi transmitido, eu peguei em disquete e distribuí todos os disquetes pra turma, todo mundo já sabe tudo ... o que foi estudado, que foi dado, que foi falado, tudo, tem prova, tem trabalho, tudo isso tá no disquete... eu fiz: uma pilha de cópias do disquete, distribuí, e depois nós começamos a sentar e discutir, parte por parte, ... antigamente, eu teria que dar aula, mas hoje, em disquete, vai pra casa, lê esse disquete todo, daqui a uma semana a gente vai conversar... deu para multiplicar, e muito. [pergunta: município já fez introdutório, você participou?] Não fiquei sabendo... [tá.] ... curso de PSF, hoje tá pegando feito uma febre, não passa um mês que não vem curso em algum lugar. Inclusive o Congresso Brasileiro, que vai ser em setembro, em Campinas, de PSF... os ... cada vez estão aumentando... sobre geral do PSF como sobre aspectos isolados, técnicas... Então, aumentou muito. O que falta ... um pouco... é que ... tem uma programação, eu já sei aqui dentro do PSF, o que eu vou fazer no mês de agosto, numa segunda feira de manhã eu já sei o que eu vou fazer... às vezes fica difícil quando recebe um curso, você tem que entrar em contato com as famílias, avisar: olha, aquela consulta, aquela visita que tava programada, pra dia tal [observação: mudou tudo...], vai ter que cancelar, mudou tudo, o doutor vai para um congresso. Pronto! [observação: o povo reclama, esse doutor não pára...] Esse doutor não sabe nada, não vale nada, tá sempre estudando [da perg. 2] aqui peguei um pouco de conhecimento prático, eu não tinha teórico nenhum, então nesse curso [que] foi oferecido eu peguei uma boa parte da teoria de como se deve trabalhar no PSF, como tenho que conduzir a minha equipe, como eu tenho que agir, não no ambulatório, mas dentro das casas das pessoas, como você tem que se dirigir às pessoas, e fazer a promoção da saúde. Esse curso, pra mim, eu já passei, as minhas enfermeiras, os agentes, já passei para todos eles, sem distinção, absolutamente, exatamente o que eu peguei lá, eu já dei em disquetes pra eles, já discutimos, como os outros médicos já fizeram isso em outras oportunidades. Pra quem não tinha nada, esse curso foi tudo! [Tb. perg. 3 e 5]
Rodrigo	primeiro ... é o mínimo conhecimento do que é o Sistema de Saúde e eu acho que não ... [algo] protocolar, ... teórico, os princípios do SUS, eu acho que extravasa ... isso. Eu acho que é um pouco do que acontece no nível de território, da construção do processo de saúde, do processo de doença, de como as pessoas foram lidando com isso ao longo de décadas. E no segundo momento, acho que você deve ter um link disso com a rede que você está vivendo, porque ... o pessoal que foi agregando a seção... [veio] de experiências variadas: ... eles são um amálgama muito rico e muito interessante, mas em alguns momentos difícil de ser trabalhado, porque quem vem com uma visão de experiência da rede privada... vem com uma visão de excelência... tem alguns lugares com uma visão de excelência muito legal, prá trazer dentro do processo do que é público. Os que vêm da rede pública de outros lugares não têm o conhecimento [da cidade] de Xxx, isso é... estranho, porque Xxx tem uma estória... até que bem embasada pelo território nacional, e [os profissionais] ... chegam assim citando

Rodrigo (cont.)	algumas coisas, mas não tem noção daquilo, na hora que [se] vai para a base, que vai prá lidar com aquela situação... é o discurso sem a prática. Eu acho que esse conhecimento de rede, independente do município que você vai [trabalhar] , é o mínimo necessário... tem que dar uma situada ... do que é a questão do público, com que o SUS se estabelece, como o processo se estabeleceu no território inteiro, e traz[er] para dentro do seu município, porque ... você pode estar expondo ... seus flancos abertos ainda, as suas dificuldades e o tanto que você já avançou e a pessoa fica um pouco mais situada prá poder [trabalhar] com o que é a Saúde da Família
Competências pedagógicas P5	
Gustavo	[perg 5 outras dificuldades] A minha cidade é uma cidade que não vai abrir mais PSF, porque 100% da cidade já tem PSF; eu posso capacitar um funcionário que saia e entre outro no lugar ou se colocar mais dois agentes na minha equipe, por exemplo, então eu vou ter 3 pessoas [sem] o curso. [Se fizer] esse curso juntamente com uma outra cidade, vou ter mais recursos porque, falando de verba, não vão chamar pessoas especializadas pra dar essas palestras que nem a gente tinha aprendido no curso, seria ideal fazer o curso juntamente com outra cidade mais próxima, pra gente conseguir se unir, mesmo porque o PSF é meio complicado, porque eles querem muito resultado, eles visam muito eleição ...tem alguns objetivos de PSF que a gente não consegue alcançar... Envolveu o dinheiro, eles compram a briga, até teve um questionário da UNICAMP que a gente colocou que precisa ter mais curso de capacitação, e não só para os agentes , mas pro enfermeiro, pro médico, a nossa própria médica colocou que ela gostaria de ter mais cursos de capacitação. [da perg 4 - outras dificuldades]E o pior ainda é que... até hoje, eu ainda não apliquei ... aquilo que eu aprendi, porque eu tenho só uma funcionária que não fez o curso, todas as outras fizeram, e essa funcionária, ... estava de licença saúde... eu também não tenho como montar o curso pra uma pessoa... se eu tiver que montar um curso hoje, de capacitação dessa funcionária, eu vou ter que voltar lá atrás, rever tudo que a gente aprendeu neste curso de capacitação, vai ser complicado, mas vou ter que voltar lá atrás. [da perg. 3] Para eu passar como multiplicador, eu tenho facilidade de me expor em grupo, dando palestras ou dando aula. Eu fazia palestras como técnica de enfermagem, orientando as puérperas. Agora como enfermeira, eu dou aula em colégio técnico.[Tb. perg. 2 - educ] É claro que no começo, com uma turma nova, (precisa) conhecer, saber o jeito (para) lidar, para não ficarem rebeldes demais ou dispersos demais, (precisa) conhecer a turma primeiro, para saber que método (adotar) com eles.
Silvio	... em Cidade A2 já tinha ... [o] curso Introdutório... já [se] fazia este curso... eu participei logo que eu entrei... a capacitação feita ... na DIR [antigo nome da DRS, da SES] só complementou... assuntos que ... não foram trabalhados lá, acabavam sendo trabalhados aqui... agora é só juntar as duas coisas, pra ver o que é realmente necessário, ou se precisa mudar mais alguma coisa, mas eu acho que daria pra montar..... sem problema algum.[tb. perg 4.] . [da perg. 3] ...[eu fui] docente de um curso ministrado pelo SENAC em cidade Z, era um curso no período de 6 meses, onde eu dava ... a questão da inserção do trabalho do profissional no mercado de trabalho, ... foi minha única experiência como docente.[perg. 2 - educ] [questão clareadora: relação entre essa experiência e o curso de multiplicadores] ... é mais complicado ... organizar o curso é uma coisa mais abrangente, lá eu tinha já a apostila pronta, eu sabia o que eu ai fazer em cada aula ... a carga horária de cada aula... aqui seria mais difícil, mas não impossível [tb perg. 4] ...
Luiz	... esta orientação sobre o método pedagógico, problematizar sobre que instrumentos ... pode ter... veio empiricamente do sentimento nosso... utilizamos dinâmicas, representações, várias tipos de construção: colagem, desenhos, coisas que estimulassem o pessoal, mas não tivemos orientação... enfim... que métodos ... poderia estar lançando mão... tivemos a facilidade de ter o <i>data-show</i> , ... que facilita muito na questão gráfica... de estar passando o conteúdo, das aulas e procurando colocar figuras e uma letra maior, para que as pessoas pudessem ler... Mas, isso também veio de uma discussão do grupo, "olha não vamos fazer esse <i>slide</i> com essa letrinha tão pequenininha, porque se for muito pequenininha o pessoal não vai conseguir ver" ..., foram informações que surgiram na ... discussão, das quatro docentes... não fomos preparadas para isso... surgiu da experiência que cada uma tinha. [reforço: Que vocês perceberam como necessário, discutiram, e acabaram chegando a alguma...] Exatamente. [da perg.3] a questão da humanização, do acolhimento; não [se] pode falar ou ensinar uma coisa que você não sabe ou que você não domina [tb perg 3]; de quatro professoras, três tem especialização em Saúde da Família; O fato desse grupo ter o domínio sobre o assunto facilitou muito, [se] pode dividir os temas, e cada uma estar preparando e aprofundando bem uma aula. Lembrando que o curso Introdutório tem um público extremamente heterogêneo, que vai de médicos a faxineiras, tem que trazer alguma coisa nova pro médico e tem que trazer as coisas no nível que seja de entendimento também pra aquela pessoa que não tem o nível cultural elevado. Esse é um desafio, que a gente resolveu abraçar,

<p>Luiz (cont.)</p>	<p>procurando colocar dinâmicas... Não fizemos mais dinâmicas, porque o tempo era apertado [tb perg 3]: a gente usou algum material que foi dado no nosso treinamento de multiplicadores de Introdutório, bastante material do curso de especialização em Saúde da Família, e também material desse curso de facilitadores em Educação Permanente, do curso de facilitadores, é um material muito bom, é um material bastante simples, e que tinha algumas discussões de casos, e algumas representações, de reuniões de equipe, que eram extremamente ricas pra discussão entre o pessoal; a gente não teve uma formação de como dar aula, isso a gente construiu coletivamente, nesse grupo eu tenho enfermeiras que são docentes e que puderam também estar contribuindo nas sugestões sobre o método a ser utilizado e tudo mais [tb perg. 3 e 4] Eu acho que isso a gente construiu coletivamente, nesse grupo eu tenho enfermeiras que são docentes de enfermagem e que puderam também estar contribuindo nas sugestões sobre o método a ser utilizado [Tb perg. 4]</p>
<p>Pedro</p>	<p>Competência pedagógica? Formação? [esclarecimento da pergunta] Ter uma base... ficou difícil... Não sei se é por aqui.. às vezes tem gente que está na frente que consegue passar o recado, que tem uma didática natural, que consegue ser organizada pra passar os conhecimentos. A primeira coisa é ser humilde. Tem pessoas que dão aula bem, independente da formação, independente de ser professor, de ser psicóloga, de ser médico ... você vê pessoas de todas as áreas, tem uma coisa meio de perfil mesmo, do profissional. Não é todo mundo que tem o <i>timing</i> numa aula, que consegue 'sacar' o outro numa aula... eu acho que o educador... você consegue entender tudo que ele quer dizer, mas não consegue uma coisa mais de espontaneidade.... não sei se é isso que você quer, que você está pensando em resposta, mas acho que é isso, é perfil. A pessoa poder ter didática... Não só no sentido da organização, mas ter jeito para dar aula ... Deve gostar, o primeiro é gostar... [reforço: Não dá pra mandar...] ... exatamente, não dá pra mandar, tem que gostar [da perg. 1] A comunicação é a coisa mais difícil... eu tenho certeza do que eu falo, mas eu não tenho certeza do que o outro escuta, a escuta às vezes é muito subjetiva, as pessoas interpretam segundo referências muito particulares. [reforço: saber que a interpretação é muito pessoal já um passo...] eu sei, eu gostaria que os outros soubessem, [reforço: É legal quando a gente fala com médico, dentista, né ... até enfermeira, de vez em quando entra nessa: mas eu falei! Não que o outro entendeu, mas eu falei!...] É verdade [da perg. 2] Eu sei disso porque o pessoal que está dando o curso, do CEFOR, ... pediram que eu fosse dar uma aula para os agentes [Tb. perg 3], e ... comecei a pensar... de qual forma eu ia... [falar] com eles sobre público e privado, e quando eu comecei a ler sobre [o assunto], comecei a perceber a dificuldade que é você ter uma linguagem adequada. Porque não adianta, você começa a trabalhar com a população de uma forma que eles não compreendem, você vai fazer papel de besta. Mas você precisa conhecer, até para poder falar de uma forma simples. Quem não conhece, fala complicado. ... [reforço: Porque te protege...] ... sabe teoricamente, mas na prática, ... as pessoas começam a falar as coisas de forma muito difícil... Eu tenho o maior tesão mesmo dessa coisa mais educativa, de formação e sempre pensando numa coisa da construção. Não adianta chegar e 'vomitar' o conhecimento, você tem que incentivar para que possa estar partindo deles ... Uma queixa, inclusive neste curso de formação que eu tive: foi apresentada uma dinâmica bárbara, que era para falar sobre o SUS - colocavam vários fatos com as datas pra que fossem identificando o que tinha acontecido em cada época ... mas depois não foi trabalhada a linha histórica disso ... Pra que serviu aquela dinâmica? Eu tive o interesse de fazer [o curso de multiplicadores], primeiro porque eu queria saber qual o conteúdo que aquele curso trazia, primeiro para avaliar se o que eu pensava estava fora, porque eu pensava porque eu trabalhei com saúde pública, pelo que eu acho que é importante, pelo o que eu já li,... [Fiz para] me instrumentalizar [com] mais conhecimento. A gente já tinha feito um curso aqui, fomos fazer este. outras dificuldades E agora [estamos] tendo um problema muito grande, não se consegue médico, médico generalista, [reforço: Isso é geral...] Os que chegam, geralmente são recém formados, que depois de um tempo...[reforço: Que chegam e depois de algum tempo passam na residência...] Passam na residência! E largam! [também já trabalhei com] recém formados que são dez vezes melhores do que aqueles que tem 30 anos, viciados, limitados, engessados, patetas, hoje, por exemplo, estão saindo dois médicos daqui, super bons, por conta do vínculo, aqui eles são cooperados, e conseguiram em outro município um contrato... Hoje eu sou uma militante no PSF, e acho que é um modelo brilhante, a parte de educação em saúde é a coisa mais linda que tem... [mas o município] começa a esbarrar na Lei de Responsabilidade Fiscal, na quantidade de recursos humanos... porque, que adianta investir, capacitar, se não vou manter o vínculo, quando acabar o contrato em setembro, não sei se eles vão continuar... No entanto, se oferecer uma segurança melhor, do ponto de vista trabalhista, você garante...</p>

André	... a primeira coisa é credibilidade, não ser falso no que você passa, você tem que passar acreditando no que você está falando, se você simplesmente você falar: porque eu escutei isso e é assim, não (funciona), você tem que falar aquilo que está acreditando, aí está a credibilidade. e promover, para quem você está passando, promover o entusiasmo, pelo Programa, pela maneira de trabalhar... Eu tenho uma característica particular... eu sou um cara extrovertido, trabalho brincando, e levo tudo no bom humor, eu inclusive passo, tento passar, mas isso são coisas que a gente pode mostrar, mas não é que dá para passar, mas muitas das vezes pesa. E a gente trabalha mais tranquilo... e não só relacionamento da equipe, relacionamento com os pacientes. [aprofundando: qual a importância do Introdutório?] ... o Introdutório te dá aquele arcabouço ... geral, de como funciona, sem entrar especificamente num setor ou noutro, no aleitamento, pré-natal... ele te dá a maneira... de como você tem que trabalhar, como as equipes têm que fazer, como elas têm que agir, inclusive como elas tem que interagir entre elas, equipes diferentes... o que vai trazer harmonia total no programa do PSF, que é extenso demais, eu não consegui ler tudo ainda. (tempo) [da perg. 2] aqui peguei um pouco de conhecimento prático, eu não tinha teórico nenhum, então nesse curso [que] foi oferecido eu peguei uma boa parte da teoria de como se deve trabalhar no PSF, como tenho que conduzir a minha equipe, como eu tenho que agir, não no ambulatório, mas dentro das casas das pessoas, como você tem que se dirigir às pessoas, e fazer a promoção da saúde. Esse curso, pra mim, eu já passei, as minhas enfermeiras, os agentes, já passei para todos eles, sem distinção, absolutamente, exatamente o que eu peguei lá, eu já dei em disquetes pra eles, já discutimos, como os outros médicos já fizeram isso em outras oportunidades. Pra quem não tinha nada, esse curso foi tudo! Rsrrsr... [Tb. perg. 3 e 4]
Rodrigo	Deixa eu pensar... (suspiro rápido) ... em termos de formação... nem ... a acadêmica... um ponto chave é a organização... é a escuta, aliás, antes da organização ... a escuta, em 1º lugar, a percepção do outro... isso não passa por vivências mais acadêmicas... tudo, tudo se aprende, eu sou dessa teoria: só não se aprende aquilo quando você não se está aberto para querer aprender, ou quando você tem uma dificuldade ímpar, que aí ... não avança... em primeiro lugar é a escuta e em 2º lugar... seria a organização desse profissional, e o restante ... dá, hoje em dia tem um mar de lugares para ... [procurar] ... [pesquisar]... Se minimamente trabalhar com essas duas coisas... consegue desenvolver um trabalho pedagógico legal, pelo menos o inicial. [da perg 4] é importante também vivência de comunidade: quem ficou muito trancado entre quatro paredes, esquece, porque na hora... ou ... aquilo tava dentro dele, a gente jogou ele na arena e ele saiu lidando com os leões com a maior tranquilidade, mas ... não podemos contar com todo mundo nessa situação... ou a pessoa tem um pouco de vivência com o que é trabalho em comunidade, com o que é rede de assistência, saindo um pouco... da saúde, e pensando em outras áreas, como a Educação, o Social, etc..., senão também não dá.
Complementos/ outros	
Gustavo	Que nem você falou, ser uma Educação Continuada e lá isso é bem difícil...
Sílvio	... trabalhar ... a questão... se a pessoa realmente tem aquela habilidade pra docência, porque não são todas pessoas que têm... facilidade pra estar na frente, expondo os assuntos... e às vezes você ... [encontra] docentes que têm bastante dificuldade... não que não tenha boa vontade, mas não tem condições de transmitir aquilo que ele quer... pessoas que falam, falam, falam, e você acaba não entendendo nada... teria que estar escolhendo pessoas certas pra estarem fazendo o trabalho. [questões clareadoras: uma seleção prévia?] Sim... [Não qualquer um que aparecer?] Não!!! [E na formação, algo mais voltado para a organização, de exposição de idéias, organização dos assuntos?] Isso...
Luiz	Sim, ... muita coisa que ... [se] fez... achou que podia... melhorar, que podia talvez fazer diferente, o aperto do horário, foi uma questão Porque ... só teve autorização pra fazer na carga horária mínima, que o Ministério determina, que são 40 horas. ... mas, que 40 horas muito bem aproveitadas! E esta foi... uma das queixas do pessoal que participou... alguns temas que não se pôde aprofundar mais, como ... a ética, por exemplo, ... a experiência foi fantástica, ... porque existia ... uma cultura, de... trazer pessoas de fora, porque as pessoas de fora sabem mais, ... E ... se propôs a fazer com o pessoal daqui mesmo, com aquilo que ... tinha e nos surpreendeu na avaliação, a maioria das pessoas colocando inclusive, um elogio às professoras... isto ... é muito gratificante porque... reconhece o esforço, ... que não foi pequeno, de estar construindo, com qualidade. ... Eu acho que, quem ensina, é quem mais aprende. ... [reforço:gostaria de acrescentar mais alguma coisa?] ... todo profissional de saúde, tem que ser um educador.. Faz parte das atribuições dele, ser um educador em saúde. Só que, ele precisa ser capacitado para ser um educador, e eu acho que isto falta. na formação, principalmente do pessoal da atenção básica, os agentes hoje,

Luiz (cont.)	desenvolvendo as suas potencialidades como educadores, quando eles são estimulados, já fizemos várias experiências, por exemplo, de dramatização, e os agentes têm uma criatividade, para dramatizar, pra transmitir, as informações, ... falta esta capacitação, esta orientação, melhor na questão dos métodos pedagógicos e como atuar na educação em saúde...
Pedro	[da perg. 5] As pessoas têm que entender que aquele processo é um processo de construção, e que não se encerra ali, e que nenhum treinamento introdutório é suficiente pra garantir absolutamente nada! A gente funciona no campo da repetição. Eu discuto esta questão, você pode pensar no Introdutório, passa o que ele tem que saber, mas aquilo não é suficiente, de jeito nenhum educação continuada, ainda, é o melhor caminho para conseguir. É estar podendo desenvolver os trabalhadores no campo, primeiro porque eles se sentem prestigiados quando você.... [consegue] um treinamento [As] discussões têm que ser permanentes, toda a equipe de PSF tinha que passar por uma capacitação, independente de ter o Introdutório ou não, falta discussão, retomar as discussões, anualmente fazer uma crítica sobre o trabalho no PSF, repensar técnicas e modelo, [outras dificuldades] tem ... a questão deles estarem morando no bairro é maravilhoso, mas tem o aspecto que também é comprometedor, desde a situação do que aquelas pessoas estão vivenciando dentro daquelas casas, dentro da micro área ... acontecem muitos problemas que são da ordem do dia a dia e que vai ter que discutir, áreas muito difíceis de trabalhar, onde volta e meia [avisamos:] sai todo mundo da área, vai todo mundo pra unidade, ficar perto da Guarda, porque vai ter um tiroteio, tem muita coisa pra ser digerida ... o curso Introdutório tem a finalidade de passar as informações... Mas fundamental que não seja feito apenas um. [reforço: O bom senso diz que o introdutório não deve ser o único!...] É, o bom senso diz.... mas não é assim, as pessoas fazem o Introdutório e acham que sabem tudo e que não precisam mais de ser capacitados para nada. <u>org do curso Introdutório</u> [da perg. 1] Quando começamos a capacitação, planejou[se] para que fosse realizada em um mês, antes do pessoal começar. Nos primeiros quinze dias, começou o programa falando sobre o SUS, Saúde Pública, sobre o Programa de Saúde da Família de uma forma mais geral. Trouxe a Secretaria de Meio Ambiente, [que] realizou uma atividade que foi pertinente a todas as áreas do PSF, juntamos todas as equipes e passamos todas as informações: trabalho em equipe, sobre comunidade. Uma das discussões que ficou muito legal foi [convidar] todas as lideranças comunitárias de todos os bairros onde o PSF ia atuar e [fazer] uma mesa para que cada liderança comunitária apresentasse o seu bairro para as equipes do PSF; como aquele bairro surgiu, qual a população, a maioria vem da onde, quais as maiores dificuldades do bairro, para que eles já conhecessem. Primeiro com as lideranças porque eu queria que as lideranças se apresentassem para a equipe que estará trabalhando lá, e segundo porque o meu trabalho é tentar fazer esta interação entre a rede e a comunidade, para estar levantando as necessidades [reforço: nada importante, coisas pequenas do dia-a-dia..] A compreensão da saúde de uma forma muito mais ampla do que simplesmente uma coisa mecânica, uma ação, uma reflexão em cima do trabalho que eles estão desenvolvendo. [da perg. 5] No nosso curso, nos primeiros quinze dias de treinamento [começamos] trabalhando todos os assuntos em geral: como a unidade é, cidadania, ética, as lideranças, o SUS, a história da saúde pública, o que é o PSF, as funções de cada um, o padrão, como todo programa deve ter (rsrsr) eu tenho o meu programa, depois eu dou uma cópia. Os outros quinze dias, [convidei] o programa de controle da hipertensão e do diabetes, o programa de DST, o programa de controle da dengue, da zoonoses, da Saúde da Mulher, da Saúde da Criança, e cada dia, um dos programas ia dar capacitação para eles, falando: qual era o fluxo, como eles trabalhavam, o que eles faziam, qual a demanda, como a gente entra nisso.
André	Todo médico sai da faculdade ... com uma formação acadêmica para cuidar da doença e o doente. E a gente leva praticamente a vida toda cuidando de pessoas doentes, operando, tratando, em hospitais, ambulatórios, é doente, doente.... já dizia o professor, não existe a doença, existe o doente, então a gente cuidava do doente. Aqui no PSF é diferente, aqui a gente promove a saúde, cuida da saúde. E, como alguns colegas de fora ainda brincam, quando a gente vê alguém doente, a gente manda para um médico! A gente não está acostumado a lidar com doença [agradecendo a entrevista] Pena que você pegou aqui o caçula, eu sou o caçula desse programa.[esclarecendo: perfil do entrevistado era quem fez o curso de multiplicadores] ... os outros médicos tem mais tempo, o Wwww, que trabalha comigo, ... começou no PSF quando nasceu o PSF, o outro colega também, tudo velho aposentado, Eles começaram há muito mais tempo do que eu, eu estou há 2 anos, Eu fiz esse curso e vou fazer muitos outros, porque quando você começa uma atividade nova na sua vida profissional, você tem que buscar subsídio, E principalmente técnico, também... eu corro atrás mesmo, se me convidarem para outros cursos, eu vou mesmo,
Rodrigo	<i>Nenhum – entrega do programa do curso introdutório realizado antes da capacitação de multiplicadores</i>

ANEXO 8 – FIGURA A - MODELO DE GRÁFICO DE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS, adotado para a análise das entrevistas com os profissionais dos grupos 1 e 2 - Entrevista com Sílvia, SMS/Cidade A2, DRS Região A

