



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Formação e trabalho em saúde: os desafios na convergência entre o saber e o fazer no  
processo de ensino-aprendizagem no SUS**

**Maria Delzuita De Sá Leitão Fontoura Silva**

Brasília, agosto de 2013



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Formação e trabalho em saúde: os desafios na convergência entre o saber e o fazer no  
processo de ensino-aprendizagem no SUS**

**Maria Delzuita De Sá Leitão Fontoura Silva**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde

**Orientadora: Regina Lúcia Sucupira Pedroza**

**Co-orientadora: Larissa Polejack**

Brasília, agosto de 2013

Ficha catalográfica

Silva, Maria Delzuita de S.L. Fontoura.

Formação e trabalho em saúde: os desafios na convergência entre o saber e o fazer no processo de ensino-aprendizagem no SUS/ Maria Delzuita de S.L.

Fontoura Silva. – Brasília, 2013.

157 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Ensino na Saúde. 2. Metodologias Ativas. 3. Saúde Coletiva- Educação Permanente. I. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte por Maristela da Fonseca/CRB1 2475

Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

Dissertação de Mestrado para Avaliação pela seguinte Banca  
Examinadora:

---

Prof(a). Dr(a) Regina Lúcia Sucupira Pedroza– Presidente  
Universidade de Brasília (UnB)

---

Prof. Dr. – Renato Hilário dos Reis Membro  
Universidade de Brasília (UnB)

---

Prof. Dr. – Leonardo Guirao Junior  
Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês

---

Prof. Dr. Oviomar Flores– Suplente  
Universidade de Brasília (UnB)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço àqueles do céu e da terra...

Á eterna Luz Divina que anima a vida! Á querida Selminha, presença viva e inspiradora no seio familiar. Aos avôs, pais e irmãos, minhas primeiras referências de cuidado e ética na vida; ás minhas filhas e neta, meu esteio, minha casa para sempre, que me ensinam todos os dias a ser uma pessoa melhor!

Antonia e filhos queridos, a família que eu fiz, ao Zé Alberto pelo estímulo e às queridas Patrícia e Liginha, irmãs de coração, que trouxeram carinho, sorrisos e intensas reflexões nesse momento da minha vida. Á Helena, ao Josué, pela presença e ofertas, aos colegas e professores do programa pró-ensino, ao comitê gestor, às facilitadores do Curso de Capacitação em Processos Educacionais na Saúde, pelas intensas contribuições, aos gestores de aprendizagem de região e coordenadores do IEP, meus companheiros de trajetória. Aos velhos e aos novos amigos queridos, porque sempre fazem a diferença, à orientadora Regina S. Pedroza e a corientadora Larissa Polejack, pelo respeito, solidariedade e cooperação, pelo exercício vivo de aprender a aprender! Aos professores convidados, meu agradecimento pela alegria de contar com seus saberes na elaboração deste estudo.

## RESUMO

Este estudo se caracterizou como uma pesquisa de caráter exploratório, de cunho qualitativo, cujo cenário foi o processo de ensino-aprendizagem e os sujeitos os participantes do Curso de Capacitação em Processos Educacionais na Saúde – CPES, realizado em 2012. As análises dos resultados obtidos apontaram para a importância da utilização de metodologias ativas nos processos de ensino aprendizagem da educação de adultos, trabalhadores da saúde, buscando estimular a capacidade de aprender a aprender, o trabalho em equipe e a postura ética, potencializando capacidades para o desenvolvimento de ações, com vistas a produzir intervenções qualificadas no Sistema Único de Saúde. Entendendo a complexidade desse tema para a formação e trabalho em saúde, e por seu caráter epistemológico, o estudo qualitativo se configurou como uma pesquisa participante, sendo a construção e análise das informações elaboradas segundo Bardin (2004) em diálogo com Minayo (2010). A interação entre os sujeitos do estudo explicitou questões relativas à formação docente como um dos caminhos para o reencantamento do trabalho em saúde e a produção de sujeitos críticos, solidários e comprometidos com a saúde pública em nosso país.

**Palavras chave:** Processos de ensino aprendizagem. Subjetividade. Ensino na saúde. Educação Permanente.

## **ABSTRACT**

This study was characterized as an exploratory research of a qualitative nature, whose setting was the process of teaching and learning and the subjects participants Training Course on Educational Processes in Health - CPES, held in 2012. The analysis of the results pointed to the importance of the use of active methodologies in the teaching learning of adult education seeking to stimulate the ability of learning to learn, teamwork and ethical enhancing capabilities for the development of actions with a view to interventions produce qualified in the Unified Health System Understanding the complexity of this issue for training and health work and its epistemological, the qualitative study was configured as a research participant, and the construction and analysis of the information prepared in accordance with the content analysis Bardin (2004) in dialogue with Minayo (2010). The interaction between the subjects of the study explained matters relating to teacher education as a road to re-enchantment of health work and the production of critical, supportive and committed to public health in our country.

**Keywords:** Teaching and learning processes. Subjectivity. Teaching health. Continuing Educatio

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>16</b>
<b>O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA FORMAÇÃO HISTÓRICA .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Sistema Único de Saúde: Uma Disputa Cotidiana Pela Cidadania .....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>28</b>
<b>TRABALHO E EDUCAÇÃO: OS MOVIMENTOS PARA PRODUÇÃO DA EXISTÊNCIA HUMANA EM DIFERENTES CAMPOS .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Sobre a Ação Educativa no Trabalho .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2 Pensando o Trabalho no Contexto da Saúde: Porque é Preciso Ter um Olhar Diferenciado Para Essa Formação .....</b>	<b>36</b>
<b>2.3 A Formação do Trabalhador de Saúde.....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>44</b>
<b>MATIZES DO TRABALHO EM SAÚDE E OUTRAS POSSIBILIDADES PARA OS PROCESSOS FORMATIVOS NO SUS .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1 Concepções Acerca do Trabalhador em Saúde e seus Processos de Formação .....</b>	<b>46</b>
<b>3.2 Concepções, Pressupostos Para a Formação em Saúde.....</b>	<b>48</b>
<b>3.3 Explorando Algumas Possibilidades .....</b>	<b>50</b>
<b>3.4 Sobre a Prática Docente .....</b>	<b>54</b>
<b>3.5 Outros Saberes... O Saber Ser! .....</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>63</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>63</b>
<b>CAPITULO 5.....</b>	<b>64</b>
<b>5.1. Delineamento do Estudo.....</b>	<b>64</b>
<b>5.1.1 Algumas reflexões sobre fazer pesquisa em diferentes campos.....</b>	<b>64</b>
<b>5.1.2 Pesquisa qualitativa – pressupostos .....</b>	<b>66</b>
<b>5.1.3 Sobre a construção de dados em pesquisa qualitativa: algumas possibilidades</b>	<b>67</b>
<b>5.1.4 O caminho percorrido para aproximação com a realidade.....</b>	<b>70</b>
<b>5.1.5 Dos momentos para construção dos dados empíricos .....</b>	<b>75</b>
<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>79</b>
<b>DAS ANÁLISES PARA AS DISCUSSÕES.....</b>	<b>79</b>
<b>CAPÍTULO 7.....</b>	<b>102</b>



<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO C .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO D .....</b>	<b>121</b>

## LISTA DE SIGLAS

AAD - Aprendizagem Auto Dirigida

TBL - Aprendizagem baseada em equipe ou Team Based Learning

ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CPES - Curso de Capacitação em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em metodologias ativas

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

EAD - Educação a Distância

ENSP/Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

EP- Educação Permanente

FSP/USP - Faculdade de Saúde Pública de São Paulo

HSL - Hospital Sírio Libanês

IEP - Instituto de Ensino e Pesquisa

IES - Instituição de ensino em saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

IMIP - Instituto Materno infantil de Pernambuco

LOS - Lei Orgânica da Saúde

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NESP/UnB - Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB

NESC - Núcleo de Saúde Coletiva

EPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SUS - Sistema Único de Saúde

SP - Situações-problema

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UnB - Universidade de Brasília

## APRESENTAÇÃO

O processo de aprendizagem tem motivado, desde a antiguidade, intensos debates. Diante das mudanças históricas e culturais, em especial no campo da saúde, temos nos colocado diante da necessidade da formação de profissionais, críticos, reflexivos, que têm por premissa o ato de aprender a aprender. Esses sujeitos abrem-se á possibilidade de uma genuína contextualização dos conhecimentos necessários à prática, facultando, portanto, um aprendizado mais efetivo e permitindo a atuação em um contexto complexo e interdisciplinar. Essa capacidade de aprender deve acompanhar o individuo por toda a vida, uma vez que, o mesmo necessitará atualizar-se durante toda a sua trajetória profissional, ainda que não esteja mais inserido em alguma instituição de ensino. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) são contínuos os movimentos de mudanças, esforços no sentido de diminuir a fragmentação entre políticas de saúde, criar espaços coletivos de formulação, e implementação de estratégias e fortalecimento das relações entre os entes federados, promover processos de valorização do trabalho e do trabalhador em seus campos de atuação, ampliar a participação dos sujeitos, atores sociais e políticos. Em perspectiva, o investimento nos processos de formação e qualificação dos trabalhadores é expressivo, e neste sentido, o interesse pelo estudo do tema já seria suficiente.

A minha participação nas discussões de gênero e equidade, na época da graduação em fisioterapia, constituiu-se em um dos primeiros passos na direção do trabalho em saúde coletiva na área de saúde da mulher no SUS, neste período em regulamentação. Como técnica, integrei a coordenação de saúde da mulher do município do Recife. Esse período foi de muita criatividade, aprendizado e riqueza, com trânsito nas discussões, projetos e ações sobre direitos sexuais e reprodutivos, formação de equipes e elaboração de protocolos para a assistência.

No município, e em especial na coordenação, éramos um grupo pequeno e todos, com muita vontade, fazíamos de tudo um pouco. A gestão se reestruturava, e trabalhou para mudar o modelo de atenção, ampliar o número de equipes de saúde da família, melhorar como um todo o serviço prestado a população, bem como os processos de planejamento e monitoramento das ações.

Ainda na saúde do município de Recife, na coordenação de saúde da mulher, conclui a formação de doula comunitária no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte. Três meses depois foi estruturado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o programa Doula

Comunitária. Estava iniciada a minha trajetória no campo da educação em serviço. Durante três anos elaboramos projetos, realizamos capacitações e monitoramos o desenvolvimento da proposta, que se estendeu a todas as maternidades do município.

Este programa movimentou a prefeitura para criar uma coordenadoria de voluntariado, ganhou um prêmio no primeiro ano de implantação, e ano passado homenageou as idealizadoras da proposta na rede municipal. Acompanhei esta atividade até três anos depois.

Ainda na secretaria municipal, elaboramos junto ao Núcleo de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) uma proposta para implantação de um centro de práticas de promoção à saúde, que atende a população até hoje, com o tema das práticas complementares. O serviço oferece homeopatia, acupuntura, fitoterapia e *tai chi chuan*. Atuei como representante da secretaria municipal junto a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SESPE) e Ministério da Saúde (MS), no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, no mesmo período em que acumulava funções na cogerência do distrito sanitário III. Neste período fizemos um importante movimento para capacitação com ênfase na discussão da humanização de um grupo que atua nos serviços até a presente data.

Em 2003, já em Brasília, no Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização do MS, vivi outro momento rico de muita mobilização interna e externa, reflexão, construção de conhecimentos, vínculos e redes. Período compartilhado entre a coordenação do Premio David Capistrano e a Especialização em Bioética na Universidade de Brasília (UnB). Passei a compor, como pesquisadora associada, o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB (NESP/UnB), vinculada ao observatório das violências e depois ao observatório de gestão.

Atuei como professora substituta na graduação dos cursos de medicina, enfermagem, farmácia e nutrição, no Departamento de Saúde Coletiva nas disciplinas de saúde e sociedade e introdução as práticas de saúde.

Acompanhei quatro cursos de especialização como tutora. Participei de projetos de pesquisa, orientei alunos, participei de banca de monografia, organizei o livro síntese do I Seminário do Pensamento Marxista em Saúde. Foi um período de muita troca e produção de conhecimento.

Ainda no Ministério da Saúde, desenvolvi atividades com parceiros como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Instituto Materno infantil de Pernambuco (IMIP), na construção de planos de formação, e apoio a estados e municípios, estratégicos para implementar a Política de Saúde. Até a presente data, continuo como pesquisadora associada ao NESP/UnB.

Neste período tive a oportunidade de desenvolver atividades como facilitadora no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), do Instituto de ensino e pesquisa do hospital Sírio Libanês, em parceria com o MS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A vivência foi estruturante para desenvolver disciplina, reflexões e busca teórico conceitual, ferramentas necessárias para ressignificação das práticas de gestão e atenção, com vistas ao fortalecimento do SUS.

Ser facilitadora no Projeto, os encontros, as trocas geradoras de conhecimentos acerca de processos de aprendizagem, associados à vontade de adentrar pelo campo da educação em serviço, ancorada em práticas mais reflexivas e inovadoras no campo do trabalho e educação em saúde no SUS, compartilhando saberes e afetos, foram decisivos na escolha de realizar este estudo.

Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propomos a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial, e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

O projeto desta pesquisa nasce desse encontro ético, estético e político, com o compromisso de contribuir para a formação de trabalhadores da saúde, cidadãos do mundo que se dedicam amorosamente todos os dias a cuidar de outros e outros e outros. Sem saber-lhes! Este encontro reverbera pela minha vida como certo jeito de estar no mundo.

Nos capítulos a seguir, pretendemos apresentar ao leitor a formação histórica do Sistema Único de Saúde, seus caminhos e desafios. Incluir os diferentes olhares, as disputas e as conquistas. O SUS, como projeto de sociedade democrática, responsável pelas políticas sociais e de saúde, com o olhar da intersubjetividade e diálogo com múltiplas dimensões do ser humano. Nesse primeiro capítulo apontamos para um perfil de profissional que emergiu como

expressão de um encontro entre suas práticas e a realidade social e a importância estratégica da formação desse sujeito.

O segundo capítulo versa sobre o a formação e trabalho, suas relações nos diferentes campos da vida. Discutimos as influências e os processos de apropriação de teorias e métodos para formação dos trabalhadores. Destacamos a educação como elemento constitutivo de sujeito e de subjetividades. Lançamos um olhar ao educador como mediador da relação do sujeito com o objeto no processo de aquisição e construção de conhecimento, e sinalizamos para as especificidades do trabalho e da formação do trabalho em saúde.

Matizes do trabalho em saúde e outras possibilidades para os processos formativos no SUS é o terceiro capítulo, e nele discorremos sobre o tema, com destaque para interface entre a saúde e a educação no campo sócio histórico, das políticas públicas e entre as áreas do conhecimento científico da educação dos profissionais de saúde.

Ressaltamos o trabalho em saúde como uma práxis, que se opera como uma mediação na produção da existência humana, seja para quem o realiza, ou para aquele que o recebe, e nesse sentido analisamos os processos formativos e exploramos algumas possibilidades.

No capítulo quatro apresentamos os objetivos do estudo, e seu delineamento logo a seguir, no capítulo cinco, onde descrevemos os pressupostos da pesquisa qualitativa e os diferentes momentos empíricos para construção das informações. O cenário, os participantes e a descrição da análise também constam desta parte do texto. O capítulo seis traz as análises e discussões dos resultados, vocalizando a fala das participantes em diálogo com o referencial teórico elaborado.

As análises e considerações finais apresentam alguns desafios e indicativos, a partir dos objetivos propostos esperando que estes sensibilizem o leitor. Desejamos compartilhar e expandir os benefícios individuais e coletivos trazidos pelo estudo.

## CAPÍTULO 1

### O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA FORMAÇÃO HISTÓRICA

Uma das importantes conquistas sociais, das últimas décadas, resultante de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais e arranjos participativos de gestão, é o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa conquista nos remete ao processo de desenvolvimento econômico e histórico cultural do nosso país, e nos convida a um breve mergulho nessa história.

Conhecer a história, a cultura, assim como os determinantes sociais da construção do Estado e o sentido político das políticas públicas, nos ajuda a compreender como as lutas populares se engendram na estrutura do mesmo. Além disso, faz-se necessário reconhecer como um campo de forças, dotado de sentido e direção, que deve ser compreendido a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, conforme seus princípios e diretrizes.

No período compreendido entre a passagem do século XIX para o século XX, a economia brasileira era basicamente agroexportadora, assentada na monocultura do café. A acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, em especial na região sudeste.

Durante a primeira República, nos idos de 1900, a passagem de uma sociedade escravocrata para uma sociedade capitalista, dita um pouco mais avançada, explicitava o aumento da pobreza, que ameaçavam os interesses do modelo econômico vigente. O quadro sanitário era marcado pela ocorrência de epidemias e pestes, essa realidade de saúde persistiu desde o final do século XIX até a metade do século XX (Albuquerque, 1981).

O surgimento das indústrias, associado às precárias condições de trabalho, aos baixos salários e o modo de vida vulnerável de grande parte da população, explicitam os conflitos e impasses gerados pela interdependência social, sem a presença do Estado, revelando a ausência de políticas sociais. Os conflitos gerados a partir da contradição entre o capital e o trabalho, são a expressão própria do capitalismo, que nega a existência de atores coletivos e as diferenças de classes sociais, com interesses distintos, sendo, portanto, essencial para a construção da ideologia liberal, que isenta o Estado como representante da vontade coletiva (Fleury, 2010). O trabalhador brasileiro, agora visto como capital humano, vai à busca de



melhores condições de trabalho, remetendo ao Estado, entre outras reivindicações, a responsabilidade da organização de serviços de saúde pública, capazes de garantir condições de sua produção. A grande demanda se concretizava por uma política de saneamento, destinada a gerir os espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que poderiam ser prejudiciais ao comércio exterior, como consequência vivenciamos o predomínio do modelo sanitário campanhista até o início dos anos 60 segundo Mendes (1992 como citado por Polignano, 2008). Esse modelo, vem de uma concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes, que leva ao modelo explicativo monocausal, segundo o qual as doenças se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro. O modelo pretendeu resolver os problemas das doenças a partir da interposição de barreiras que quebrem esta relação agente/hospedeiro para o que estrutura ações, de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções, assim, o reforço ao saneamento e as vacinas.

Com a substituição da mão de obra escrava pela mão de obra dos imigrantes, dá-se o encontro com o movimento operário europeu e suas conquistas no campo dos direitos sociais. Chega o momento de intensa mobilização e organização da classe trabalhadora na luta por seus direitos, que culminaram com duas greves gerais no país, em 1917 e 1919 (Vargas, 2008).

De acordo com Gerschman (2004), à medida que essas contradições começaram a tomar corpo, dentro do Estado, o trabalhador ganha espaço na sociedade, e pressiona por mudanças políticas. Dessa forma, articulam-se os movimentos sociais, inicialmente com maior potência por parte dos operários, que vão ganhando forças de outras classes sociais no Brasil, principalmente dos intelectuais. Esses trabalhadores explicitavam os conflitos, e se tornavam atores, inventando e reinventando espaços de luta, trazendo reivindicações no campo das ações coletivas, próprias de uma democracia que pedia para chegar.

No Brasil, esses trabalhadores eram novos, em vários sentidos, sobretudo em sua demanda de direitos, dignidade e cidadania (Paoli, 1995). Conforme Fleury (2010) argumenta, a introdução do conceito de cidadania, como eixo teórico e estratégico, nos ajuda a entender a capacidade do Estado em se articular, reconhecendo as correlações de forças que operam nas disputas pelos diferentes projetos de sociedade. Além disso, possibilita organizar consensos na legitimidade alcançada na sociedade para o desenvolvimento das políticas sociais.

Nesse período, surgem as legislações trabalhistas e previdenciárias e a reorganização dos serviços sanitários, incentivadas pelos governos republicanos. Aos trabalhadores, passou a ser dado o direito à saúde. Surge no Estado um olhar para a construção de uma política de saúde articulada aos projetos e diretrizes governamentais, voltados para outros setores da sociedade, como a educação e a assistência social. Essa ideia avançava, mas de modo muito incipiente, pois ainda prevalecia a política da desigualdade e exclusão.

A assistência à saúde no país se apresentava vinculada às atividades previdenciárias. O sistema previdenciário vigente tinha o caráter contributivo, o que gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos: previdenciários e não previdenciários. Os cidadãos contribuintes da previdência tinham acesso à assistência à saúde, contando com uma rede de serviços ambulatoriais e hospitalares, providos pela previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Inicialmente, esse acesso se deu a partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões na década de 20 e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões nos anos 30. Na mesma época havia aqueles que não contribuía com a previdência e experimentavam as restrições no acesso às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais. E por outro lado, existia uma pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde, fortalecendo o modelo médico-assistencial privatista, com foco na queixa-conduta.

Em 1966, chegamos ao momento da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), (Oliveira & Teixeira, 1986), que avançou a um movimento de crescente integração e universalização da Previdência social (Brasil, 2003). Era o começo do delineamento das bases para a construção de políticas de proteção social. Essa construção se deu a partir de avanços e recuos, articulações e negociações entre os entes federados e o poder central; entre Estado e Sociedade (Lima, 1996).

Com o crescimento da atenção médica da Previdência Social, passamos para o esvaziamento progressivo das ações do modelo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista. Com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, buscou-se uniformizar os planos de benefício e seu financiamento, garantindo a uniformização dos benefícios sociais aos trabalhadores das cidades. Foi apenas em 1963 que surge o Estatuto do Trabalhador Rural, contemplando tais benefícios aos trabalhadores rurais. Entretanto, ao mesmo tempo em que a Previdência Social ampliava o seu espectro de ação, revelava-se o caráter discriminatório da política de saúde. As evidências das desigualdades, no que diz respeito ao acesso quantitativo e qualitativo aos serviços de saúde entre os usuários do

meio urbano e do meio rural, contribuíam para a conformação da chamada “universalização excludente” (Mendes, 1999). O momento foi de ampliação do modelo médico, orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o monopólio das ações e serviços privados.

Então, no final dos anos 1970, com o fim do período da expansão econômica e começo das iniciativas de abertura gradual da política de governo militar, eclodem os questionamentos da política social do governo, entrando em cena atores que iriam incidir no processo de mudanças no campo da saúde (Mendes, Garcia, Oliveira & Fernandes, 2011).

O esgotamento do modelo médico-assistencial privatista dos anos 1970 e a crise fiscal do Estado repercutiram diretamente na Previdência Social, e como consequência imediata, evidenciaram fortes inadequações à realidade sanitária brasileira. O contexto sanitário era marcado por uma prática médica dominante, e não se apresentava eficaz na alteração dos perfis de morbimortalidade. Esse modelo era centrado na doença, em procedimentos que geravam custos crescentes e inviabilizavam a sua expansão. Havia uma falta de critérios para compras de serviços aos hospitais privados e uma crescente insatisfação entre trabalhadores e usuários dos serviços (Mendes et al. citado por Mendes, 1999). Esse cenário de modelo médico assistencial, apresentado acima, se mostrava bastante fragmentado, desordenado, caracterizado pela ineficiência e má distribuição de recursos, entre institutos, hospitais privados, hospitais filantrópicos e demais serviços de saúde. Articulados, os trabalhadores de saúde, os intelectuais e o movimento popular, em meados da década de 1970, avançaram em suas reivindicações a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tendo como uma de suas bandeiras a reversão do perverso sistema de saúde vigente. Esse movimento entrou na agenda do Estado contando com a soma da força desses movimentos sociais em defesa da democracia, potencializados pela criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Entre os principais produtos do período está o documento: *Pelo Direito Universal a Saúde* (1979), no qual se afirma que o acesso à assistência médico-sanitária é direito do cidadão e dever do Estado. O documento foi tema amplamente discutido na VII Conferência Nacional de Saúde em 1980, cujo lema foi: “Saúde para todos até o ano 2000”.

A RSB foi para além dos limites de uma política setorial, situando-se no âmbito de uma reforma do Estado, rumo a uma nova institucionalidade, com potência de ser inclusiva e igualitária. Foi uma reforma em defesa da participação social e da descentralização do poder

político, para o qual confluíram outras correntes políticas que somaram forças na construção da institucionalidade democrática (Cotta et. al, 2009).

Essa reforma foi concebida simultaneamente como uma bandeira específica do setor Saúde, e como parte de um conjunto de mudanças que produzissem uma compreensão teórica do campo da saúde, como uma síntese de múltiplos contextos articulados. Contextos estes que compreendiam: a) um campo de necessidades produzidas pelo fenômeno saúde-doença; b) a organização e produção dos serviços de saúde para atender as necessidades; c) ser um espaço de circulação de ideias, insumos e produção de sujeitos e de subjetividades; d) possuir uma potência tecnológica específica que permitisse solucionar problemas tanto no nível individual como no coletivo (Arouca, 1988).

Essa compreensão de saúde nos coloca diante de um modelo que: reconhece e reafirma a dinâmica do fenômeno saúde-doença nas sociedades, considera os indicadores de saúde e do conjunto de instituições que atuam no setor em sua articulação com o Estado, e se responsabiliza pela produção de medicamentos, equipamentos e formação dos trabalhadores de saúde. No entanto, esse ideal de modelo se depara a todo o momento com disputas de concepções, valores e práticas de saúde que estão estreitamente ligados com as questões econômicas, sociais e políticas.

Essa concepção ampliada de saúde redefine um processo no qual a própria doença não é mais reduzida ao corpo biológico, na medida em que inclui o corpo socialmente investido. O corpo do homem em sociedade, antes de tudo, se apresenta como agente de trabalho, pelo fato deste definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade (Donnangelo, 1976).

Diante das mudanças, o poder instituído teve que dialogar e compor com o movimento organizado dos profissionais de saúde e a população, que produziam um olhar para a necessidade de estabelecer conexões com as ciências sociais e humanas. O ensino da saúde pública ainda não se apresentava associada aos marcos conceituais da saúde coletiva. Os debates sobre o ensino da saúde pública explicitavam a necessidade de uma mudança do perfil e das práticas de cuidado e de gestão, e conseqüentemente das questões relativas à docência, à conexão curricular e à integração do ensino-serviço para dentro do sistema de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados à população. Há que se destacar entre as mudanças o despertar para as dimensões do afeto e da subjetividade, dos encontros na construção da autonomia e cidadania, no cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, o projeto da reforma foi se concretizando, segundo Fleury (2010), em meio a processos simultâneos e complementares. Entre eles estão os processos de ‘subjativação’, de ‘constitucionalização’ e de ‘institucionalização’. “A subjativação se refere à construção de sujeitos políticos, a constitucionalização está na garantia de direitos sociais, e a institucionalização trata do aparato institucional – incluindo os saberes e práticas – que implementam a política de saúde”. (Fleury, 2010, p. 21).

Enfim, o movimento da Reforma Sanitária se caracterizou como um processo modernizador e democratizante, de transformação nos âmbitos político, jurídico, e institucional. No campo da saúde foi necessário construir um novo olhar e entendê-la como um direito universal, e fomentar um Sistema Único de Saúde, constituído sob-regulação do Estado, tendo como objetivo a eficiência, eficácia e equidade na prestação dos serviços. Como sistema, o SUS deve ser construído e revisitado permanentemente a partir do fortalecimento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma de assistência, e da criação de mecanismos de gestão e controle social sobre o sistema (Mendes, 1999).

No campo das relações sociais se produziu convergência entre os interesses da comunidade médica e dos movimentos populares, o que levou as questões sanitárias a ocuparem papel importante nas reivindicações dos trabalhadores urbanos e rurais, homens e mulheres, “brancos”, e negros.

Trabalho, educação e saúde articularam-se assim, no bojo dessa intensa discussão, que ocorre permanentemente nos marcos do processo de redemocratização da sociedade brasileira, dando origem a diferentes matrizes de formação profissional em saúde, no interior do setor público.

Entre avanços e desafios estruturantes para o desenvolvimento social, nos anos 1990, o projeto econômico vigente seguia na direção do neoliberalismo, e para o epicentro de uma arena de onde emergiram sujeitos sociais com interesses e visões de mundo diferentes, e que iriam defender dois grandes projetos políticos no campo da saúde: “um, portador da nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária” (Mendes, 1999, p. 20). Essa disputa permanente vem caracterizando a realidade da saúde ao longo da nossa história, e se acirra nesta primeira década do século XXI. A compreensão dessa disputa é fundamental para que se reconheçam os movimentos e as mudanças pertinentes à política da saúde no Brasil.

## **1.1 Sistema Único de Saúde: Uma Disputa Cotidiana Pela Cidadania**

Uma das importantes conquistas sociais das últimas décadas, resultante de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais e arranjos participativos de gestão democrática, é o Sistema Único de Saúde (SUS). Seus princípios e diretrizes devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica. Como política, se desenvolve em cenários complexos, permeada por disputas entre distintos interesses, diferentes sujeitos e projetos; tendo como base a efetivação de uma política pública de Estado com qualidade, que defende a vida, fomenta a autonomia, o protagonismo e a participação social.

A criação do SUS em 1988 vem sendo analisada como uma das mais bem-sucedidas reformas sociais, empreendida à luz de um regime democrático, tendo em vista seu caráter universal e igualitário (Lima, 2006).

Não se pode negar que existam problemas, limitações e contradições nesse sistema, mas há que se destacar o salto em defesa da vida e da saúde dos cidadãos brasileiros, no que se refere à extensão da cobertura dos seus serviços, sua diretriz de inclusão e equidade social. O SUS configura-se como uma conquista, como direito social à saúde no Brasil.

Essas correlações de forças sociais, que haviam sido responsáveis pela aprovação do SUS e do conceito de seguridade na Constituição, permanecem em disputas e os desafios são de toda ordem. Portanto, é preciso estar atento à necessidade de retomar a perspectiva de difusão da consciência sanitária, como consciência política do direito à saúde.

A preocupação central desse sistema foi assegurar que o Estado atuasse em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e de saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacamos: a democratização do acesso aos serviços e às ações de saúde, a universalização dessas ações, a descentralização, a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um modelo assistencial que busca a integralidade e a equidade das ações. Sua premissa consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado, o que deixa evidente o significativo avanço constitucional de 1988 – o SUS, integrante da Seguridade Social– e regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS).

O SUS operacionaliza e efetiva a política de saúde a partir de um conjunto organizado e articulado de serviços e ações nos âmbitos municipal, estadual e federal. Pode contar de modo complementar, com serviços privados de saúde, que o integram quando contratados ou conveniados para a prestação de serviços aos usuários do sistema.

Nesse contexto, o SUS foi forjado a partir de um desenho muito particular. Cada instância de governo teve sua função de gestão definida, e diferentes papéis quanto à autoridade sanitária. Ao governo federal coube coordenar o Sistema Nacional de Saúde, assim como garantir parte do seu financiamento, através de repasses automáticos de custeio e novos investimentos. Por meio do Ministério da Saúde, o governo federal, além de coordenar e financiar o sistema, se encarrega de algumas ações de apoio aos estados e municípios, na produção de fármacos e insumos estratégicos, no desenvolvimento de recursos humanos e na regulação da vigilância sanitária e epidemiológica e ainda na avaliação das políticas de cunho nacional.

No que se refere à responsabilidade dos entes federados, estados e municípios, estes devem investir em suas estruturas administrativas e em seus arranjos institucionais para uma construção democrática (Abrucio, 2006). Os gestores estaduais são responsáveis, por meio das secretarias estaduais de saúde, de coordenar os sistemas de saúde do estado, bem como o processo de regionalização da atenção, além de garantir o fundo estadual de saúde. As secretarias municipais de saúde, como gestores únicos em seu território, além de coordenarem o sistema local, encarregam-se da gestão da rede de serviços (Wagner, 2006).

Entre suas diretrizes, o SUS indica a horizontalização das relações federativas, a democratização das relações de trabalho em saúde e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. A implementação dessas diretrizes pressupõe a interação com troca de saberes, poderes e afetos entre trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a produção de saúde (Brasil, 2011).

Como uma política de saúde de Estado, podemos dizer que, o SUS alcançou o objetivo de construir valor público. No entanto, o certo é que ainda é um desafio para a democratização da saúde, enfrentar as diferenças internas, as ameaças constantes representadas pelo baixíssimo financiamento destinado a este setor e a crescente presença do mercado de seguros. Outro grande desafio que está posto, é transformar as práticas cotidianas que fragilizam as relações entre trabalhador de saúde-usuário, que os destituem dos encontros, que possibilitam a efetivação de uma atenção de qualidade.

A filosofia e a compreensão de Estado e Sociedade que fundamentam o SUS vão para além dos “muros” da saúde e justificam toda a luta pela sua implantação, e explicam o permanente embate entre os diferentes projetos de sociedade que temos em cena.

Torna-se necessário, portanto, desenvolver pesquisas e trabalhos, tendo em vista recolocar na esfera pública o conceito ampliado na ótica da promoção da saúde, e como direito de todos os cidadãos que se efetiva a partir da experiência do debate público, vinculando a troca, interação, intersubjetividade e diálogo com múltiplas dimensões do ser humano (Brasil, 2011).

Constatamos que, nas duas últimas décadas os avanços foram significativos na construção do SUS, em suas dimensões política, social e institucional, sendo possível afirmar que há importantes evidências na direção de uma mudança de paradigma de saúde. Ao mesmo tempo em que se operam importantes transformações dos meios e estruturas no que se referem aos processos de descentralização da gestão e definição de competências e atribuições para os três entes federados (Brasil, 2011).

É na dimensão operacional que se destaca um dos seus maiores desafios: implementar novas práticas de atenção e gestão em saúde, que garantam o acesso universal, a integralidade e a equidade, em uma rede de serviços adequada às necessidades de saúde da população, bem como a participação da comunidade.

Para Mendes (2007), o SUS se constrói em um ambiente complexo a partir de três dimensões: a política, a ideológica e a tecnológica. A dimensão política é percebida no fato de se constituir em uma arena democrática, na qual conflui uma série de interesses diversos. A dimensão ideológica se refere à construção de um novo paradigma de atenção, deslocando o foco da doença para a saúde. Como se refere a uma mudança paradigmática esse é um processo demorado, que não acontece da noite para o dia. E finalmente, a dimensão tecnológica significa a necessidade de se produzir conhecimentos e técnicas que atendam aos pressupostos do SUS.

O campo de intersecção dessas dimensões é o da formação, da produção de conhecimentos que envolve mudança nas relações, nos processos de gestão, nos atos do cuidado em saúde e, principalmente, nas pessoas que atuam no sistema (Brasil, 2005).

Essas questões implicam na articulação de ações dentro e fora das instituições de saúde, com foco na ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção



integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema (Ceccim & Feuerwerker, 2004a).

Nesse sentido, a dinâmica da sociedade atual tem evidenciado a importância das questões relativas à formação profissional, e este tema ganha potência na medida em que para o trabalho em saúde no SUS é estruturante ampliar a concepção de cuidado. Para atender a essa concepção ampliada é preciso estimular a reflexão sobre a indissociabilidade entre teoria e prática, gestão e atenção e mobilizar a autoestima dos trabalhadores e usuários dos serviços, pressupondo a interação com troca de saberes, poderes e afetos. Um novo perfil de profissional de saúde emergiu como expressão de um encontro entre suas práticas e a realidade social.

Esse processo de reformas do setor da saúde e seu amadurecimento em nosso país colocaram a educação para o trabalho em saúde no SUS como um dos grandes desafios para a mudança necessária e desejada. Para fortalecer o SUS se evidencia cotidianamente a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços e integrar pessoas e processos numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional; favorecer o protagonismo dos trabalhadores e usuários investindo na implementação de Modelos de atenção e gestão participativos geradores de responsabilidade compartilhada e crescente; em um processo permanente de aprender, inventar, criar, dialogar, construir, transformar e produzir saúde de forma coletiva.

O que tem interferido de forma decisiva e — contraditoriamente — nem sempre tão explícita no processo de fortalecimento do SUS, na formação contínua dos profissionais, é o controle social da gestão que possibilita a participação dos cidadãos, leia-se trabalhadores e usuários, provocando demandas pouco percebidas pelas instituições de ensino e pesquisa, no cotidiano das unidades de serviço e dos formuladores da política de saúde.

Esse aspecto muda radicalmente a forma de se analisar o SUS, de perceber os seus desafios, suas perspectivas de desenvolvimento em consonância com as demandas dos novos contingentes da população que estão se incorporando aos processos sociais, não mais como excluídos social e economicamente. Esses novos atores, milhões de brasileiros, podem vir a encontrar distintas formas de participação e novas formas de organização social e política e o empoderamento necessário para definir os rumos nas disputas pelo sentido do SUS.

As contradições internas no âmbito da Reforma Sanitária, que realizada sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações em saúde, exigiram projetos de

formação adequados aos trabalhadores do setor, tanto relacionado ao campo técnico-profissionalizante, quanto à formação de nível superior. A ideia corrente nesse período, que permanece até os dias de hoje, era a de que o Ministério da Educação (MEC) cumpria somente o papel de normatizar currículos mínimos profissionalizantes, nem sempre referenciados no processo de trabalho em saúde.

A criação de escolas de formação de trabalhadores de saúde nas instituições de saúde, associada ao projeto de revisão dos currículos, em coerência com o quadro sócio epidemiológico brasileiro, proposta pela IX Conferência Nacional de Saúde de 1992, foi uma das tentativas para avançar rumo às mudanças (Brasil, 2005).

Embora o SUS tenha responsabilidade constituída na formação de profissionais na área de saúde, o que observamos é uma fragilidade de orientações nos processos de formação, como veremos na sequência deste trabalho.

Ceccim (2005) nos lembra de que a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) determinou em seu artigo 14 que deveriam ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e de nível superior, indicando que cada uma dessas Comissões tivesse por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação, a pesquisa e a cooperação técnica dos recursos humanos do SUS na esfera correspondente. A partir de 2004, essa ação normativa foi instituída na prática pelo gestor federal por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004) visando à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Partindo da premissa que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde e gestores estejam pautados pelas necessidades de saúde da população, bem como dos sujeitos que a produzem, os processos de formação em saúde devem servir para atender e transformar as práticas de cuidado e a própria organização do trabalho. Essa formação e o desenvolvimento dos trabalhadores e gestores também devem estar orientados para envolver aspectos pessoais, os valores e as ideias que cada profissional tem sobre o sistema no qual está inserido.

O SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias de acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem construído mudanças nessas estratégias e nos

modos de desenvolver o cuidado e a gestão; ampliando e aderindo a projetos que propõem novos modos de ensinar e aprender.

A análise de algumas dessas iniciativas também nos permite elaborar reflexões críticas e sistematizá-las, fortalecendo o movimento por mudanças nos processos de trabalho e formação em saúde para o SUS.

Assim sendo, a realização deste estudo se reforça a partir da importância das iniciativas para promover a educação permanente no campo do trabalho em saúde ampliando as possibilidades de implementar seus princípios e modelos que atendam as necessidades de saúde da sociedade atual, fomentando o trabalho em equipe, e a construção de redes de serviços, contribuindo radicalmente para fortalecer o Sistema Único de Saúde.

## CAPÍTULO 2

### **TRABALHO E EDUCAÇÃO: OS MOVIMENTOS PARA PRODUÇÃO DA EXISTÊNCIA HUMANA EM DIFERENTES CAMPOS**

“O homem, diferente do animal, precisa produzir a sua existência... ele precisa transformar a natureza... O ato de transformar a natureza reconhecemos como trabalho [...]

“O momento em que surgiu o homem no universo surgiu a educação, pelo simples fato que e o aprendizado se dava no exercício do trabalho, antes da escola [...]” (Demerval Saviani)

As relações entre o trabalho e a educação são abordadas aqui a partir das várias contribuições no campo da história, política, cultura e saúde, estabelecendo um diálogo que se constitui como um dos pilares do referencial teórico metodológico utilizado na trajetória desta pesquisa.

O trabalho, como atividade humana, é capaz de transformar e produzir, dentre outras coisas, as relações sociais, que de modo dialético promove mudanças na natureza e nos indivíduos. Como prática social, produz e reproduz a cultura e a própria sociedade, sempre em processo de mudança. Como atividade ou função em uma sociedade capitalista, pressupõe remuneração. O trabalho se tornou elemento de mediação entre a humanidade e natureza, fundamento para a constituição do ser social, em suas múltiplas dimensões. Sem ele, a vida cotidiana dos seres humanos não seria possível de se reproduzir.

Segundo Codo e Vasquez-Menezes (1999, p.45), o trabalho é “uma mágica que tem lugar entre o homem e as coisas” permitindo ao homem ser histórico, produtor e produto de sua obra, como síntese das suas relações sócio-históricas, políticas e afetivas.

No ato do trabalho, se estabelecem encontros que nos permitem operar transformações de nós mesmos, do outro e do espaço em que realizamos nossas ações. Os diferentes modos de organização do trabalho configuram cenários que vão dos mais simples aos mais complexos, nesse contexto, produzimos identidades e modos de vida.

Campos (2010) em seu artigo “Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia” recorre a Marx para reforçar a ideia segundo a qual o ser humano, a partir do trabalho, teria potencialidades que poderiam ou não se realizar a depender da interação entre o próprio sujeito e seu contexto histórico e social, mesmo em espaços de pensamento estruturado e instituído. Reis (2011)

acrescenta a essa concepção que o trabalho como uma potência para produzir relações sociais próprias e específicas, de acordo com o modo de produção e como constitutivo dos espaços singulares de existência, marcados pelas dimensões de classe, amor, poder e saber.

No mundo regido pelo capital, a produção de bens, sua acumulação, a exploração e a expropriação dos trabalhadores são características que dão sustentação à propriedade privada. Sua força provoca um movimento que determina o aparecimento de diferentes classes sociais, uma subjulgada à outra, e em constantes conflitos de interesses. O capital cria mecanismos através dos quais expropria o conhecimento dos trabalhadores e os fazem operar de forma parcelada, o que nos coloca desde já diante de uma importante fragmentação no campo do trabalho e do conhecimento. Nessa perspectiva apresenta distinções entre o trabalho intelectual e manual, tornando-os excludentes.

Nesse cenário, surge o trabalhador disciplinado, adestrado, com reduzida possibilidade de reflexão e decisão, que se reforça a partir da teoria de administração e racionalização dos processos produtivos, denominada como taylorismo. Desenvolvido por Frederick Winslow Taylor (1856-1915), o taylorismo definia a administração como um processo de planejar, organizar, dirigir e controlar os tempos e os movimentos executados pelos trabalhadores da indústria automotiva, permitindo a fixação dos tempos-padrão para a execução das tarefas (Silva, 2000).

Essa tecnologia de organização traduzida em fragmentação e segmentação de tarefas com atitudes e processos mecanizadas, acentuou a alienação e provocou em várias profissões a desqualificação dos trabalhadores (Pereira & Ramos, 2006).

Antunes (2012) reforça essa ideia, ressaltando os efeitos que esse movimento provoca no trabalho, tornando-o mecanizado, fonte de alienação, e produtor de estranhamento pelo esvaziamento de sentido. O saber técnico, estruturado, não exige qualquer reflexão, deliberação ou escolha durante a realização do trabalho. Concordamos com Antunes (2012) que inverter essa lógica é fundamental para colocar o trabalho como instrumento de produção da existência humana.

Entendemos que é necessário que haja sentido subjetivo no trabalho. O fato de se basear no pressuposto de que as pessoas são motivadas apenas pela satisfação de necessidades básicas (econômicas e físicas) é uma falácia. Segundo as teorias de organização do

trabalho e de gestão de pessoas, para que o trabalho seja efetivo e que atinja seus objetivos, a relação afetiva tem que ser necessariamente estabelecida. (Chiavenato, 1983).

E como haver existência humana sem afeto? Em Codo e Vasques-Menezes (1999) validamos a reflexão acerca da expulsão da afetividade no trabalho, promovida pela indústria e teorizada por Taylor, sendo um dos referenciais a serem criticados na organização do trabalho após a segunda revolução industrial de 1870.

A afetividade se compõe de um conjunto de fenômenos psíquicos, que se manifestam sob forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre das sensações de dor ou prazer, de alegria ou tristeza (Codo & Vasquez-Menezes, 1999). Ao dizer que o ser humano age sobre o meio em que vive, e considerando que ele confere sentido ao objeto através da sua ação, essa é a expressão da subjetividade do trabalhador, produzida no ambiente como realidade objetiva. Desse modo, quando o indivíduo atua sobre a natureza, transformando-a para atender as suas necessidades, ele lhe atribui um sentido e exercita um aprendizado. Reis (2011, p. 81) nos aponta uma saída a partir da teoria de Vygotsky, que defende a “junção do trabalho intelectual e trabalho manual, indispensabilidade da relação dialética teoria-prática como fator fundamental do desenvolvimento humano em qualquer sociedade”

A relação entre o trabalho e a educação no Brasil, conforme Bonamino, Mata e Dauster (1993), teve distintos momentos em seu desenvolvimento teórico. Desses momentos, registra-se nos anos 1960 a observação que a relação entre educação e trabalho tratada na dimensão do desenvolvimento econômico e social, apresentou fortes características da Teoria do Capital Humano, elaborada por Theodor Schultz na década de 1960. Essa teoria reduz a educação a fator de produção, que potencializa e qualifica o trabalho, gerando desenvolvimento econômico (Franco & Frigotto, 1993).

No período do governo militar, essa teoria constituiu-se em uma das ideologias do regime, gerando as bases para a formulação de leis e reformas educacionais em todos os níveis de ensino, tomando a educação como instrumento capaz de promover o desenvolvimento econômico pela qualificação da força de trabalho. Em 1961, foi promulgada a 1ª Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a lei nº 4.024/61, que propunha alterações da realidade dualista da formação, articulando o ensino secundário e o profissional para fins de acesso ao ensino superior (Brasil, 1961), mantendo a lógica de uma educação voltada para o desenvolvimento econômico.

Na década de 1970, a educação e o trabalho passam a compor a agenda de Estado, integrando educação ao desenvolvimento e à sociedade. É nesse momento que se tem uma abertura para a introdução de novas teorias, com destaque para as teorias crítico-reprodutivistas, com a tradução de autores como Bourdieu e Passeron (2008).

As pesquisas de George Friedmann e Pierre Naville, na década de 70, que tratavam do tema da qualificação como eixo central da sociologia do trabalho, apresentam críticas ao curto tempo destinado à qualificação dos trabalhadores. Para esses autores, as reflexões sobre o processo e a qualificação profissional se dão no embate contra o taylorismo que propiciava ganhos de produtividade através da intensificação da fragmentação e da padronização do trabalho na produção. Desse modo, era expulsa a dimensão do afeto no trabalho, consolidando o capitalismo e fragmentando o sujeito nas suas relações (Tartuce, 2004).

A qualificação profissional ganhou destaque recentemente, e se refere à capacitação para e no trabalho, bem como a política de integração do trabalhador nos projetos institucionais (Tartuce, 2004).

Entendendo a qualificação profissional como processo educativo que é parte da formação humana, não poderíamos nos furtar de sinalizar que, como instrumento contra-hegônico ao capitalismo, ela deve ser entendida também na sua relação com a cultura.

As transformações no mundo do trabalho influenciaram os campos do viver e a vida em sociedade no que se refere à construção de políticas públicas, à organização social, econômica e educativa, relacionadas aos modelos teóricos e suas práticas, evidenciando a importância de aprofundar a dimensão educativa imbricada nos processos de trabalho, em especial no campo da saúde.

A partir da década de 1990, se articularam os aportes teóricos e metodológicos das diferentes áreas de conhecimento, apontando para o trabalho interdisciplinar. Também se evidenciou a importância de aprofundar sobre a dimensão educativa presente nos processos de trabalho, nas formas de educação formal e informal e na valorização de conhecimentos empíricos. Além dessas dimensões, ressaltamos a discussão sobre o papel da educação na formação profissional no contexto dos avanços tecnológicos (Bonamino, Mata & Dauster, 1993).

Nesse período, é preciso destacar a militância de diferentes setores da sociedade no campo de estudos sobre a relação educação-trabalho e a transformação social como espaço de produção de identidades/subjectividades e exercício de cidadania (Frigotto,1984; Arroyo,1986). Foi o início dos movimentos para implantação do SUS, com seus princípios requerendo uma visão diferenciada da saúde e, por conseguinte, para as relações de trabalho e formação em saúde que dessem conta de um modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção e prevenção tendo os serviços da atenção primária como porta de entrada para os outros níveis do sistema de saúde (Brasil, 2008).

De modo dialógico, a educação, assim como o trabalho, também é, ou pode vir a ser, um campo de transformação das próprias relações de produção. Ao mesmo tempo em que é modificada pelo mundo da produção, ela também é capaz de modificá-lo.

Para entrar no campo dos processos de formação do trabalhador, é também significativa a afirmação de que a qualificação pressupõe conhecimento, experiência, autoridade e condições materiais, de modo que o trabalhador desempenhe a tarefa, compreendendo de maneira abrangente os problemas a serem solucionados (Freire, 1999).

De maneira didática, Castro (1993) destaca três concepções de qualificação para o trabalho: a qualificação com características objetivas das rotinas de trabalho, que é definida em termos do tempo de aprendizagem no trabalho ou do tipo do conhecimento que está na base de ocupação; a qualificação que se dá a partir da sua relação com a possibilidade de autonomia no trabalho, dependendo das margens de controle exercido pelo trabalhador sobre o processo de transformação como um conjunto, no qual se inclui sua atividade específica, e a qualificação como construção social, que depende de fatores como a cultura e a tradição socialmente construída, e nela desempenham papéis importantes não apenas nos aspectos técnicos, mas também nos aspectos de personalidade e nos atributos do trabalhador, amplamente variáveis segundo o tipo e a situação do trabalho.

É importante destacar que a qualificação não é estática – é processo de construção individual e coletiva, permitindo que os indivíduos se qualifiquem ao longo das relações sociais, e, neste sentido, não pode ser tomada como construção teórica acabada. Podemos observar, que as diferentes concepções de qualificação não podem ser analisadas da mesma forma.



Foi nos anos 1980 que surgiram reflexões sobre o tema da educação com identidade própria na produção acadêmica brasileira. Os estudos focalizaram o processo pedagógico nas relações de trabalho: a pedagogia do trabalho, o trabalho como princípio educativo. Buscou-se explicar com a pedagogia do trabalho o papel da educação formal na preparação para o trabalho, destacando que o importante é que a produção aumente e que tenha qualidade, sem que se considere o trabalhador e as condições de trabalho.

De acordo com Catanni (1997), a formação profissional designa todos os processos educativos que permitam, ao indivíduo, adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais, relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas.

## **2.1 Sobre a Ação Educativa no Trabalho**

Souza et. al (1990) afirmam que é no campo da formação profissional, seja no da cultura, da política, da sociedade e do econômico, que o importante é redimensionar a ação educativa dentro dos diferentes contextos, bem como do projeto educacional, oportunizando reflexões onde o espaço educacional estabeleça relações concretas com o processo social; e repensar o processo educativo no sentido de fazer ofertas ao sujeito para que ele possa compreender o meio onde está inserindo e poder vir a transformá-lo.

Nóvoa (1999) afirma que é fundamental encontrar, ampliar espaços de debate, planos e análises que acentuem a troca e a cooperação entre os educadores, destacando a importância do resgate social da sua formação, a valorização das práticas e de seus saberes e a integração destes elementos. Efetivar essas propostas sinalizam para importância de contar com um perfil de educador, portador de uma memória e de representações comuns, que cria linguagens, fluxos e rotinas compartilhadas em ação e espaços de cooperação.

As reflexões sobre essas perspectivas apontam que as mudanças vêm via decretos e portarias, ou em forma de lei originária do Executivo, sem participação dos interessados diretos, e, portanto pouco efetivas para promover as transformações necessárias. Somente a práxis, que é a unidade promovida entre a teoria e a ação, é capaz de superar os desafios da formação dos trabalhadores em especial os da saúde.

Em Vygotsky (2008) encontramos que a experiência é ação, é prática. Dessa práxis emerge a condição pedagógica necessária aos processos de aprendizagem permitindo a produção de conhecimento. Então podemos afirmar que, a aprendizagem possuiu um caráter sócio cultural, ou seja, que o aprendizado humano pressupõe uma natureza social específica e um processo através do qual os sujeitos fazem com a vida que os cerca.

Vygotsky (2008) nos ajuda a compreender que todos os processos psicológicos superiores são adquiridos no contexto social, para depois serem interiorizados por meio de um comportamento cognitivo, adquirido anterior a vivência social. Dewey (1970) enfatiza o sujeito ativo, que precisa ter uma situação autêntica de experiência, com propósitos definidos, interessantes e que estimulem o pensamento. Após observar a situação, irá buscar e utilizar as informações e instrumentos mais adequados, devendo o resultado do trabalho ser concreto e comprovado por meio de sua aplicação prática. Para Saviani (2011) a noção do problema se apresenta como em Dewey (1970), porém a busca da resposta é identificada com a reflexão filosófica, que impõe requisitos de radicalidade, rigor e globalidade relacionados dialeticamente. Já em Freire (1999), a ação de problematizar enfatiza a práxis, na qual o sujeito busca soluções para a realidade em que vive e o torna capaz de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma.

Ribeiro (2007) contribui para reforçar essas ideias quando afirma que o processo de ensino-aprendizagem é uma unidade dialética, e está associada à ideia de que igual característica existe entre ensinar e aprender. Mais uma vez se explicita o aspecto afetivo e o vínculo como elemento vivo, como questões que possibilitam, ao docente, a revisão de sua própria prática e as diferentes possibilidades de ação.

Com base nesses referenciais, pode-se deduzir que o comportamento humano faz uma unidade com os fenômenos ambientais, compondo um aprendizado constituído por suas experiências de vida e por sua formação intelectual. Nessa perspectiva o comportamento de uma comunidade não é diferente de um indivíduo em particular, tendo em vista que ela é formada por indivíduos que estão culturalmente relacionados. O aspecto subjetivo dessas produções humanas aparece nos trabalhos de pesquisadores históricos culturais, nos remetendo de imediato a González Rey (2004) e seu conceito de subjetividade. Para esse autor, a subjetividade é uma produção humana, resultado de práticas e relações, se apresentando como:

[...] um macroconceito que integra os complexos processos e formas de organização psíquicos envolvidos na produção de sentidos subjetivos. A subjetividade se produz sobre sistemas simbólicos e emoções que expressam

de forma diferenciada o encontro de histórias singulares de instâncias sociais e sujeitos individuais, com contextos sociais e culturais multidimensionais (González Rey, 2004, p. 137).

Conforme o autor (2004), a abordagem da subjetividade permite a compreensão na dimensão psicológica, a partir de uma análise complexa, e multidimensional, ao dotar de maneira sincrônica o espaço individual e o espaço social, rompendo a dicotomia e resgatando a dimensão de processos estruturantes para a compreensão do desenvolvimento humano.

A análise da realidade na perspectiva da complexidade pode parecer, à primeira vista, um contexto de irracionalidade, incerteza e desordem.

Entretanto, conforme Morin (2000, p. 38):

[...] *complexus* significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. Os desenvolvimentos próprios a nossa era planetária nos confrontam cada vez mais e de maneira cada vez mais inelutável com os desafios da complexidade.

Por isso, para falar de aprendizado, falamos de inovação, de criação de conhecimento, dentro de uma comunidade, ou mesmo para um indivíduo em particular, é fundamental que se respeite o comportamento do coletivo, tendo em vista as construções individuais e sociais.

Assim, a ação política deve ser orientada para fazer sentido para os sujeitos, permitindo que novos princípios, valores, conhecimentos e crenças possam ser aceitos para serem analisados, discutidos, compreendidos e, até rejeitados pós-análise. Em um processo de ensino aprendizagem é preciso que haja sentido subjetivo.

Demo (2004), ao abordar o processo de aprendizagem na universidade, coloca-a como sendo, também, um processo político, pois, além de envolver dinâmica construtiva, alia um processo de autonomia à medida que busca e incentiva a argumentação e contra-argumentação, a escuta crítica e a resposta inteligente, dando preferência à autoridade do argumento do que ao argumento da autoridade.

Recorremos a Freire (2006, p. 80) para validar a trajetória da nossa discussão, quando o autor afirma que a “prática educativa bancária implica em uma espécie de anestesia, inibindo o poder criador dos educandos” trabalhadores em nosso texto, enquanto, a educação libertadora promove a desvelamento da realidade. A primeira pretende manter a imersão, a segunda pelo contrário, busca a emersão das consciências, resultando na inserção crítica na realidade. Quanto mais problematizam os educandos/trabalhadores, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder o desafio. “A compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica e cada vez mais desalienada”. Nessa direção é possível reconhecer a importância de processos educativos no e para o trabalho que produza sentidos para os sujeitos, estimule a criatividade e autonomia.

## **2.2 Pensando o Trabalho no Contexto da Saúde: Porque é Preciso Ter um Olhar Diferenciado Para Essa Formação**

No campo da Saúde, os projetos de educação profissional dos trabalhadores são gerados pelas diferentes concepções de saúde, de sociedade e de sentidos sobre a relação entre educação e trabalho.

Como foi dito anteriormente, nos anos 70, a educação/formação para o trabalho seguia a tendência tecnicista, reiterando a ideologia do capital humano, e tinha como finalidade básica aumentar a produtividade, com mão de obra barata para reduzir custos, mantendo a dicotomia entre o pensar e o fazer.

Esse cenário se modificou aos poucos, a partir da Reforma Sanitária, movimento contra-hegemônico que avançou nutrido pela insatisfação de profissionais de saúde, intelectuais e do movimento social que tinha como uma de suas estratégias investir na qualificação dos trabalhadores da saúde, em especial aqueles sem formação específica. Foram inúmeras as iniciativas que surgiram deste período até os dias de hoje. Entre elas podemos citar a criação de cursos curtos de saúde pública, da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo (FSP/USP) e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

A mudança aconteceu quando passamos a conceber que a formação para o trabalho em saúde deveria constituir-se como uma proposta que articule, de modo contínuo, a

reflexão acerca da compreensão das finalidades da educação e sua relação com a sociedade, bem como uma reflexão aprofundada sobre o tipo de trabalhador que precisamos formar e que mundo queremos construir com nossa contribuição. Na formação na área de saúde, surge também o conceito de aprender fazendo, o qual, segundo Fernandes, Ferreira, Oliva e Santos (2003), pressupõe que se repense a relação teoria prática na produção do conhecimento, assumindo que esta ocorre por meio da ação-reflexão-ação.

Reafirma-se assim, a ideia de que o processo ensino-aprendizagem precisa estar vinculado aos cenários da prática, e deve estar presente ao longo de toda a carreira do profissional. Assumir esse novo modelo na formação de profissionais de saúde implica o enfrentamento de novos desafios, como a formação de docentes e a construção de um currículo integrado, em que o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado, rompendo a polarização individual-coletivo e biológico-social, e direcionando-se para uma consideração de interpenetração e transversalidade (Ceccim & Feuerwerker, 2004b).

Em muitas experiências de transformação do processo de formação profissional, a participação dos profissionais dos serviços e da comunidade (usuários) na definição de conteúdos e na orientação dos trabalhos a serem desenvolvidos com o discente tem sido essencial para que essas novas práticas sejam construídas.

Algumas instituições de ensino superior procuram reverter o modelo tradicional de formação por meio das reformas curriculares. Muitas vezes, porém, se deparam com a resistência de alguns profissionais em mudar o atual modelo, baseado na especialização (Rozani, 2007).

Então, podemos nos perguntar: será que os professores da área da saúde compreenderam e internalizaram esse novo paradigma de ensino na saúde onde a práxis e a subjetividade são consideradas? Será que os professores na área de saúde compartilham e se comportam dentro da perspectiva das reformas curriculares? Qual o modelo pedagógico utilizado nas disciplinas e qual a relação entre este profissional e os alunos?

Segundo Cavalli (1992, citado por Saviani, 2011, p. 9):

[...] os professores estão, na sua esmagadora maioria, agudamente conscientes da inadequação da formação profissional recebida [...] De um lado, eles julgam quase sempre suficiente a preparação disciplinar obtida,

mas se sentem desguarnecidos na linha de frente do conhecimento dos problemas educativos, das metodologias didáticas gerais.

Essa constatação é corroborada com a ideia de Saviani (2011) em eleger a educação como máxima prioridade, definindo-a como o eixo de um projeto de desenvolvimento nacional e, como a via potente para enfrentar os problemas da saúde, segurança, estradas, desemprego, pobreza e se articulando com o olhar da educação para trabalhadores do SUS.

Esse investimento pedagógico, no que se refere à formação de docentes em saúde, é uma necessidade no sentido de romper paradigmas da formação, centrada na fragmentação do cuidado, marcado pelas especializações, visando avançar na direção de ampliar as noções de autonomia do sujeito do cuidado.

A valorização da saúde coletiva, da integralidade e do trabalho interdisciplinar, voltada para o SUS, tem norteado as reformas curriculares do governo federal (Ronzani, 2007). A formação desejada busca propiciar espaços de reflexão sobre a dimensão das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, resgatando a força criadora e a espontaneidade numa co-criação do modo de pensar e vivenciar este papel. Busca proporcionar um processo de ação – reflexão – ação considerando o potencial humano, o intuitivo, o emotivo, o imaginário e o criativo, assim como o racional, o lógico, o cognitivo e o verbal. Dessa forma, busca favorecer um agir e um pensar o trabalho em saúde cujo papel do docente nesta construção é um dos pilares.

Segundo Kastrup (2005), a aprendizagem não é um processo de solução de problemas, nem a aquisição de um saber, mas um processo de produção de subjetividade. Entendido a partir desta perspectiva, o tema da formação do professor surge ressignificado.

Historicamente, a formação docente apresenta dois modelos claramente contrapostos, o primeiro, que Saviani (2009, p 148.) denomina de “modelo dos conteúdos culturais-cognitivos de formação de professores”, se orienta no domínio específico dos conteúdos da área de conhecimento correspondente à disciplina que o professor irá lecionar. Esse modelo predominou nas universidades e demais instituições de ensino superior. O segundo, “modelo pedagógico-didático de formação de professores”, mais utilizado no ensino infantil e fundamental tende a apoiar os docentes em seu percurso profissional. No cenário internacional, conforme Saviani (2009), a tendência na formação pedagógica, que propicie uma

boa formação segue a exigência do modelo pedagógico-didático que se constitui em premissa necessária para o desenvolvimento de um trabalho docente qualitativamente satisfatório.

O enfrentamento desses desafios implica a abertura de novas perspectivas, mas é preciso incluir além das dimensões históricas, políticas, culturais e pedagógicas, a dimensão psicológica, que norteia o processo de ensino aprendizagem.

Ao tocar nessas dimensões, nos colocamos diante de ações, papéis sociais, cultura e personalidade dos diferentes sujeitos. Dessa forma, buscamos algo que enrede todos esses fios em um tecido chamado vínculo que compõe o grupo e a sociedade, tendo a afetividade como núcleo gerador das redes sociais, ou seja, aquilo que direciona e motiva o ser humano para a formação dos vínculos essenciais para a construção de conhecimentos.

Se a relação afetiva e os vínculos não se estabelecem, o processo de cuidado, em qualquer que seja o campo da atuação, será fragmentado, sem qualidade, esvaziado de sentido, produzindo lacunas como, por exemplo, a falta de adesão ao tratamento, ao projeto ou à intervenção. O cuidado exige o aporte de energia afetiva, estabelecer vínculo afetivo é fundamental para criar um espaço de confiança e bem-estar.

Conhecer e contar com o ser humano, seus modos de viver e de ver o mundo, implica de imediato em aceitar o risco da liberdade do outro, ou seja, as possíveis e diferentes escolhas deste. Nesse sentido, a produção do cuidado requer coresponsabilização, relacionada a qualquer situação de saúde. Falamos muito sobre os processos biológicos, mas o que sabemos sobre o sujeito? Quem é este sujeito? Quais são suas relações, seu contexto social? A adesão às práticas e ou aos cuidados em saúde nos reporta imediatamente ao diálogo que se estabelece com este sujeito social, por isso a importância de se considerar seus hábitos, crenças e condições de vida. É preciso estabelecer espaços de diálogo, escuta e relações de respeito, reconhecendo a ética e a liberdade de escolha individual. Nesse sentido, é estruturante nos atos de cuidado fazer combinações teóricas metodológicas, levando-se em conta as crenças e valores de cada sujeito. O cuidado pressupõe trocas responsáveis e a participação dos indivíduos.

Durante a leitura, as discussões e a elaboração deste capítulo, retomamos as contribuições de González Rey (2003), sobre subjetividade e saúde e produção de sentidos. Os sentidos expressam direções de contato e convergência entre um "eu e um outro ou vários outros" (Gomes, & González Rey, 2008, p. 56), resguardados em suas singularidades e em suas

diferenciações, mantendo sistemas individuais e singulares. Tratar da capacidade do sujeito de configurar um sentido às suas ações e fazê-lo atuar em seu próprio desenvolvimento, não como correspondência linear às exigências externas, mas como ativo na correspondência destas, pressupõe a construção das premissas que a mantêm. Assim, no campo do cuidado na educação em saúde a ação/intervenção se concretiza neste encontro entre o profissional de saúde e o sujeito do cuidado.

Cabe nos perguntar então: no campo da formação para o trabalho em saúde como dariam estas relações? Como promover estes encontros? Como se dão os diálogos que favorecem projetos de intervenção para uma vida melhor?

Em nossas buscas para responder a esses desafios nos deparamos com debates metodológicos, teóricos e ideológicos elaborados a partir de processos de ensino-aprendizagem. Constatamos a premência da adoção de abordagens e métodos educacionais fundamentados em um processo de construção de conhecimentos no qual o estudante teria papel ativo, e o processo de ensino-aprendizagem, mais dialógico e dialético, incorporassem o ensino contextualizado, ou seja, o ensino em uma situação próxima daquela na qual o conhecimento será utilizado e contribuem para facilitar o processo de compreensão e do sentido no aprendizado.

Defendemos a ideia de que nos processos educativos é precioso encontrar caminhos que possibilitem ao docente e ao discente estabelecer relações que envolvam as dimensões afetivas e cognitivas, que estimulem o exercício da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização e da capacidade crítica que permitam a construção de aprendizagem significativa.

### **2.3 A Formação do Trabalhador de Saúde**

A formação do trabalhador de saúde tem se desenvolvido de modo fragmentado, e cada vez mais especializada. Nessa perspectiva estimula-se o estudante, futuro profissional de saúde, a potencializar o fenômeno biológico tornando-o a peça principal do seu aprendizado, a valorizar o ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa e individualizada. O resultado disso é um ensino dissociado das práticas de cuidado nos serviços, das reais necessidades da população e do sistema de saúde. Nogueira Martins (2006), nos alerta que a formação pautada na fragmentação e na compartimentalização do homem não permite ampliar o conhecimento a ponto de perceber que este não se constitui em objeto ou



fragmento. Afirmamos aqui a necessidade de mudanças nas suas práticas pedagógicas, visando a aproximação com a realidade social.

Conforme Amâncio (2004), a educação para a formação de profissionais em saúde vem produzindo profissionais para atuar nesse campo sem clareza em relação às necessidades do setor, o que ocasiona um descompasso entre as ações educacionais e as demandas dos serviços de saúde. Outros elementos também se apresentam como entraves para a mudança na formação, como por exemplo, o processo de capitalização do setor de saúde, os interesses corporativistas das profissões e o que Nogueira Martins (2006, p. 112) citando Feuerwerker (2003) quando denomina “ideal de prática”, referindo-se ao sonho do profissional em ser bem sucedido como profissional autônomo e trabalhar na rede hospitalar privada de excelência.

A formação profissional na área da saúde necessita de uma estrutura que permita e facilite o trânsito entre teoria, prática e o processo formativo preconizado pelo Ministério da Saúde desde 2004. A partir da política nacional de educação permanente em saúde (EPS) se incluem aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e cognitivas e adequado conhecimento do SUS (Brasil, 2004).

Conforme De Sordi e Bagnato (1998, p. 85), o que distinguirá tal formação daquela tecnicista é “em grande parte, o modo de entender e fazer a educação ou como ela é desenvolvida”, se constituindo em espaço de encontro entre os sujeitos do processo ensino-aprendizagem. As autoras afirmam que esse processo pedagógico deve estimular o ato reflexivo, facilitando ao estudante o desenvolvimento da capacidade de pensar criticamente, de intervir na realidade em que se insere e de se tornar ativo frente às transformações da sociedade. A formação de profissionais reflexivos pode ser alcançada à medida que metodologias ativas de ensino-aprendizagem sejam utilizadas nos processos pedagógicos tanto nas instituições formadoras quanto nos serviços de saúde (Batista & Batista, 2004).

Venturelli (1998, citado por Nogueira Martins, 2006, p. 113) considera que a necessária mudança na formação do profissional da saúde passa pela diminuição do tempo dos estudantes nas salas de aula com “conteúdos irrelevantes”, criando espaços de “tempo educacional ativo”, nos quais os estudantes são colocados em contato com a prática. Para o autor, o contato com casos e problemas concretos estimula o processo de aprendizagem por meio de perguntas e soluções das questões apresentadas.

Quanto ao perfil profissional desejado e ao modelo pedagógico adotado, preconiza-se maior integração entre o mundo do ensino e o do trabalho, ênfase na formação generalista, trabalho multiprofissional, diversificação dos cenários de prática e a adoção de metodologias ativas (Santos, 2004).

Apesar de experiências docente-assistenciais caminharem para essa direção, os avanços ainda são pequenos, tendo em vista que, a incorporação dessas práticas nos currículos formais da área de saúde ainda depara-se com a rigidez dos modelos curriculares tradicionais.

Para atender a mudanças na formação profissional é necessário articular propostas pedagógicas baseadas nos princípios da integralidade, na construção de estratégias no campo do cuidado, do conhecimento e da integração entre o ensino e a prática, propiciando às instituições formadoras condições de responder às necessidades dos usuários nos serviços no SUS.

No que se refere às estratégias de aproximação das práticas de cuidado, uma importante vertente das propostas pedagógicas é a possibilidade de contato com a realidade do futuro profissional de saúde nos diferentes cenários de atuação (Silva & Sena, 2004). Porém, é insuficiente definir novos cenários de ensino, é preciso que se reflita sobre a prática para que esta possa ser uma referência ao questionamento e à transformação das formas tradicionais de construir currículo (Fagundes; Fróes-Burnham, 2005).

Entre os diferentes modelos curriculares, a proposta de currículo integrado é a que nos parece mais ajustada para ampliar nossas capacidades para responder às necessidades de educação permanente em saúde para o SUS.

O currículo integrado, como plano pedagógico e sua respectiva organização institucional, articula de modo vivo o trabalho e o ensino, a prática e a teoria e o ensino e a comunidade (Davini, 1983). O trabalho de sensibilização do aluno em relação aos aspectos psicológicos, à idealização do papel profissional e às suas reações vivenciais é estruturante para a construção de um saber-ser-fazer. Criar uma ambiência que permita a expressão dos sentimentos e as reações que os estudantes têm em sua atividade assistencial, o respeito às suas dificuldades e o oferecimento de um modelo de profissional capaz de integrar habilidades técnicas e interpessoais, durante o curso são ações chave para o cuidado integral.

Como parte de um processo amplo de formação profissional com vistas à humanização das práticas, é imprescindível considerar o conjunto das dimensões colocadas no processo ensino aprendizagem. Perrenoud (1999) classifica como o “paradigma do professor reflexivo e crítico”, ou seja, uma formação que estimule a atitude reflexiva do professor promova a construção de iniciativas próprias por parte dele, considerando “os alunos, o campo, o meio ambiente, as parcerias e cooperações possíveis, os recursos e as limitações próprias do estabelecimento, dos obstáculos encontrados ou previsíveis” (Perrenoud, 1999, p. 64).

Segundo Nogueira-Martins (2006) a atenção à saúde precisa ser compreendida como a ação humana, destinada ao cuidado do/com o outro. Nesse sentido, o trabalho em saúde acontece em relação, entre pessoas, e, portanto, sempre sujeito ao modo como se dá este encontro de concretização da prática. Essa peculiaridade nos permite afirmar, concordando como Merhy (2002), que são inúmeras as estratégias que possibilitam a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.

O trabalho em saúde, na perspectiva de compreender as nuances e as necessidades desse campo, a (re)construção de referenciais políticos e epistemológicos, para a formação do trabalhador em saúde para o Sistema Único de Saúde, muito além de ser orientada pelo e para os serviços de saúde, deve estar a eles integrada. Desse modo, e atendendo a esses pressupostos, a formação em saúde para o SUS deve ser orientada pela, e, para a emancipação humana coletiva concretizando a saúde como direito.

### CAPÍTULO 3

#### **MATIZES DO TRABALHO EM SAÚDE E OUTRAS POSSIBILIDADES PARA OS PROCESSOS FORMATIVOS NO SUS**

Diante da complexidade e amplitude do tema, para essa elaboração seguimos a formação histórica-cultural do SUS, com aprofundamento das leituras complementares e referenciais teóricos de diferentes autores, nos possibilitando identificar a construção de um campo de saúde no Brasil e em outros países, que se desenvolveu a luz de um paradigma positivista e biologicista.

Foi necessário fazer as escolhas, aprofundar as questões que envolvem o trabalho em saúde e a formação dos profissionais do ensino superior em saúde, reconhecendo a importância, o acúmulo, as contribuições e as especificidades da formação dos profissionais do nível médio nas escolas técnicas.

Abordar o tema do trabalho e educação em saúde seu desenvolvimento, concepções e práticas no Brasil implica em contextualizar, refletir o tema como interface ou como interseção entre os setores da saúde e da educação no campo sócio histórico, das políticas públicas e entre as áreas do conhecimento científico da educação dos profissionais de saúde.

O ponto de partida desta viagem histórica é anterior ao século XIX, período em que o responsável pelos atos de cuidado a doença era essencialmente a área médica, e a medicina era uma prática fundamentada essencialmente na observação e na experiência, desprovida de fundamentos científicos. A relação do médico com o enfermo era intensa e perpassava todo o processo de diagnóstico e cura.

Durante os séculos XIX e XX, o olhar do médico cientista desloca-se do cuidado ao doente para a investigação da doença. Nesse sentido, a educação dos profissionais da saúde privilegiou o paradigma positivista que colocou os hospitais como lugar da doença, da cura, o mais adequado para a formação em assistência à saúde. Buscava-se também, no século XX, unir de maneira sistêmica modelo de educação superior e pesquisa experimental emergente, razão médica e racionalidade científica moderna.

Nesse período, se destacavam nos currículos dos cursos de formação em saúde, como regra, as disciplinas biológicas. A anatomia e a fisiologia se distanciavam da semiologia,

ou seja, o estudante, na anatomia, por exemplo, estuda e toca o corpo morto, entendendo sobre o corpo os seus órgãos e sua citologia, longe de compreender sua dinâmica, seus estados e seus afetos. “A formação em saúde passou a resultar em uma ‘colcha de retalhos’, costurada a partir de uma concepção de corpo destituído de alma e desarticulado de outros corpos [...]”, sem referências a respeito daquele corpo para além da sua dimensão física, um corpo como história natural, não um corpo com as singularidades do viver e do sentir (Carvalho & Ceccim, 2008, p. 6). Este modelo é replicado até os dias de hoje.

Seguimos boa parte do tempo apregoando a partir de um olhar focado em um conjunto de sinais e sintomas, sem rosto, sem história e descontextualizado da vida daquele sujeito vivo, dono de um corpo. Os sentidos e a subjetividade dos sintomas e sinais de adoecimento, a história, são negados, ou no mínimo deixados em último plano. O estudante, futuro profissional de saúde observa, toca, analisa os músculos, dos nervos, das disposições orgânica e fisiológica, em detrimento das implicações da história de vida e da subjetividade do sujeito. A doença, como objeto de estudo, define-se como um problema, devendo este ser seguir fragmentado em tantas partes quantas forem necessárias para permitir a compreensão e a resolução.

Nessa perspectiva, o paradigma positivista estende a divisão das ciências naturais às especializações cada vez mais sofisticadas. A formação dos profissionais de saúde, de modo geral, espelha esta realidade, mas ao mesmo tempo nos aparece em constante reflexão, buscando caminhos para contribuir para melhorar a saúde dos indivíduos. A descoberta de antibióticos, das vacinas o desenvolvimento de conhecimentos sobre a fisiopatologia, assim como os avanços tecnológicos das ferramentas diagnósticas foram significativas no incremento da formação dos profissionais de saúde (Campos & Aguiar, 2002). O paradigma positivista impregna a escola médica e assim como as demais profissões da saúde, dialeticamente, por ela é perpetuado, até o momento.

Assim, a educação superior dos profissionais de saúde tem seu marco paradigmático no primeiro esforço conceitual e prático, a partir da concepção de ensino resultante do Relatório Flexner, documento que continha diretrizes para a formação de base biologicista, orientado pela especialização e pela pesquisa experimental, centrado no modelo hospitalar, e que a partir de 1910 norteou o ensino médico nos Estados Unidos e ganhou hegemonia na profissionalização em saúde pelo ensino universitário (Campos & Aguiar, 2002).

Campos et al (2008) afirma as conquistas resultantes da adoção deste paradigma no que se refere em especial à mudança do panorama de adoecimento e morte, porém ao mesmo tempo apontam problemas importantes decorrentes da manutenção deste modelo, como o aumento sem limites do consumo (complexo industrial) e o progressivo dos custos com a saúde, e ainda, salientam a necessidade da adoção de um novo paradigma que abarque em grandes áreas estratégicas, enfrentando a defasagem entre realidade e ensino, questões pedagógicas e a expansão do ensino privado, problemas advindos do paradigma Flexneriano (Namen, Galan, Cabreira, 2007).

Reforçando esta ideia e retomando a história dos movimentos na graduação na saúde, é possível afirmar em Carvalho e Ceccim (2008), que no Brasil o modelo formativo no início do século XX se ancorava na hegemonia educação científica da profissão médica e posteriormente as profissões de saúde, segundo o Relatório Flexner.

Este modelo proposto pelo Relatório reforçava concretamente as práticas de cuidado fragmentadas, apontando o modelo de assistência da saúde especializado, tendo os equipamentos diagnósticos e a doença como centro da intervenção.

Neste mesmo período, na Inglaterra, já havia indicações a partir do Relatório Dawson, outro documento orientador para os modelos de atenção, que propunha uma educação para a saúde em consonância com o sistema de saúde, usando a rede regular de serviços como escola e não hospitais universitários (Carvalho & Ceccim, 2008). A ênfase do Relatório Dawson era na incorporação das práticas de atenção básica como campo de habilitação profissional e não à atenção especializada. Há de se imaginar as resistências encontradas a este modelo sugerido, que por outro lado teve potencia suficiente para influenciar a construção de um modelo de atenção à saúde que preconizasse a universalização da atenção primária e a ideia de médico generalista, ampliando a importância do cuidado em saúde por uma equipe multiprofissional e reforçando aspectos do cuidado integral, promoção e prevenção.

### **3.1 Concepções Acerca do Trabalhador em Saúde e seus Processos de Formação**

As concepções sobre a educação profissional dos trabalhadores da saúde e de termos que indicam esta modalidade da formação são geradas pelas concepções de saúde, de sociedade e de sentidos e também sobre a relação entre educação e trabalho. Aqui são

relacionados os termos, da formação profissional e da qualificação profissional, os quais se situam dentro do que se denomina educação profissional (Pereira & Ramos, 2006).

É certo que existem outras visões sobre o tema da qualificação profissional e da formação profissional. A formação profissional tem a ênfase em processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, bem como a política de integração do trabalhador nos projetos, ações e serviços (Brasil, 2007).

Campos (2010), afirma que o trabalho em saúde é uma práxis, e como em tal, impossível operar-se sem algum grau de saber acumulado, envolvendo teoria, método e técnicas previamente experimentados. Por isso mesmo, é essencial construir um novo modo de agir com base tanto no saber estruturado, como no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito e da cultura, o que significa dizer que as pessoas e instituições envolvidas no trabalho em saúde atuam em um espaço singular, seja na atenção, gestão, formação docente e ou estudante.

Nesse sentido, nos colocamos diante do inesperado, o que configura a relação paradoxal entre padronização de condutas e singularidade dos casos, no tempo e no espaço. O trabalho em saúde, portanto, se opera como uma mediação na produção da existência humana seja para quem o realiza, ou para aquele que o recebe. O trabalho voltado para a produção de vidas de seres humanos exige a transformação das práticas de atenção à saúde, e das próprias relações sociais de produção (Pereira & Ramos, 2006).

Diante dessas peculiaridades, o trabalho em saúde, como encontro entre profissional e usuário revela e amplia a tensão entre as racionalidades, seja no campo da gestão, da atenção ou educação e do desenvolvimento das potencialidades do ser humano. Conforme Feuerwerker e Mehy (2006) é preciso compreender que a saúde se produz em ato e sua produção implica àqueles que estão no processo, trabalhadores e usuários.

É nesse espaço – do trabalho vivo em ato – que os trabalhadores reinventam, dia a dia, sua autonomia na produção dos atos de saúde. É nesse espaço privado por excelência, que ocorre a relação intersubjetiva entre trabalhador e usuário, que se constrói e se reconstrói a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido pelo menos para o trabalhador. E, por isso, o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois está centrado nas relações entre pessoas em todas as fases de sua realização e é sempre sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço privado de realização da prática.

Os serviços de saúde então, são palcos da ação de um conjunto de atores, que têm intenções diferentes e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo misturas, nem sempre evidentes, entre seus territórios privados de ação e os processos públicos e coletivos de trabalho. O cotidiano, portanto, tem pelo menos duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (Merhy, 2002, p 53).

Assim, é preciso integrar o saber estruturado, técnicas, procedimentos, bem como valores políticos, cultura e direitos dos usuários, ou seja, articular saberes sobre a subjetividade com temas ligados ao trabalho em saúde.

### **3.2 Concepções, Pressupostos Para a Formação em Saúde**

No Brasil fomos perpetuando um modelo de formação, seja na graduação ou na pós-graduação em saúde, centrada em conteúdos herméticos e orientada por uma prática pedagógica da transmissão, com pouca conexão com os núcleos temáticos e excesso de carga horária para determinados conteúdos. No que se refere à oferta de disciplinas optativas, percebemos que, é baixa e desvinculada entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato onde a fragmentação entre o saber e o fazer e o ser entre conhecimento e prática, foi e ainda é, o modelo adotado na maioria das instituições de ensino. Há esforços que vêm ganhando potência para transformação deste cenário em que pese os movimentos sócios políticos que interagem com as diferentes visões de mundo e projetos educativos emergentes a cada modelo de saúde experimentado no território nacional no decorrer dos anos. Em todas as iniciativas existiram limites, avanços e desafios, e por isto é importante falar da história dessas iniciativas (Brasil, 2006).

Entre esses movimentos, Carvalho e Ceccim (2008), se remetem a década de 60, para falar da ampliação da visibilidade dos problemas e necessidades de saúde do Movimento Preventivista, que forjaram as transformações para educação dos profissionais de saúde. Nesse período, as noções e intervenções sobre o corpo, saúde, doença e terapêutica eram do domínio das ciências da saúde e dispensavam a escuta e o diálogo entre os profissionais e dos profissionais para com as pessoas e os coletivos sobre os quais se intervinha, período profundamente dominadas pelo pensamento militar.

No auge da ditadura no país os projetos de aprendizagem em saúde comunitária, na década de 1970, foram o centro do debate para a mudança esperada na formação, neste



período, introduziu-se o direito à educação popular como projeto de cidadania. As contradições no período foram inúmeras, havia em torno do modelo uma naturalização e idealização dos aspectos psicológicos e sociais, descontextualizando-os da cultura, da história, das políticas sociais, dos regimes de verdade ou racionalidades em cada grupo ou coletividade (Brasil, 2006).

Mesmo assim, os projetos de aprendizagem dirigiram-se para os territórios da vida, na busca de assimilar as diferentes culturas locais, para debelar as más condições de saúde dos grupos sociais, mas, ainda sem potência para conseguir transformar o modelo de ensino vigente. As ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e produção de qualidade de vida eram de caráter populacional e estavam ligadas a Saúde Pública, sem incluir os pressupostos da saúde coletiva, que já tinha acúmulos no interior das práticas. Datam desta época as residências multiprofissionais em saúde comunitária (Brasil, 2006).

O importante, segundo Carvalho e Ceccim (2008, p. 12) é que neste período “o Estado cooptou particularmente os setores da educação e da saúde para forjar uma aceitação tácita da cidadania ao projeto de sociedade no Poder”, fortalecendo o movimento dos profissionais de saúde e sociedade civil.

O amadurecimento do movimento de reformas do setor colocaram os processos de formação em saúde como “o grande nó crítico” na implementação da mudança necessária e desejada. O setor da saúde, conforme Ceccim (2008) não se ocupou de pensar a educação dos profissionais para além da lógica que não aquela na qual se reproduzia o modelo hospitalocêntrico. O investimento foi na direção das transformações no campo da gestão administrativa como o grande indutor de mudanças da formação e a partir de uma visão “aplicada” da educação, conceituada como da ordem do treinamento, atendendo aos princípios da produção em série, apartada do conceito de ampliado de saúde, conforme vimos no capítulo anterior.

Ceccim afirma que, a educação de imediato não respondeu às necessidades de mudança que compreendesse a natureza da reforma sanitária, oferecendo-lhe suporte intelectual ou instigante tensionamento educativo (Ceccim, 2008, p. 2). Por isso, temos padecido pela ausência dessa resposta, pelo desejado e necessário encontro entre saúde e educação.

Para além do desejo de alguns, a necessidade deste encontro é premente, e nos últimos anos vem se intensificando movimentos, discussões e projetos em torno da educação em

ciências da saúde. A Constituição Federal Brasileira, desde 1986, determina no seu arcabouço que o setor da saúde seja ordenador da formação de seus recursos humanos, pela formulação de Diretrizes Curriculares Nacionais, pelo Conselho Nacional de Educação, em substituição ao conceito de currículo mínimo; pela aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde assumindo uma atitude propositiva na reorientação dos modelos de modos de prestar o cuidado propôs importantes mudanças nas estratégias de ensinar e aprender. Para avançar nesse processo, incentivou a adoção de uma política de educação permanente para o SUS concretizando o papel indutor desejável de mudanças no campo das práticas e da formação em saúde (Brasil, 2005).

O conceito de Educação Permanente (EP) trouxe para o centro da discussão da formação a transversalidade entre gestão, atenção, formação e participação nas áreas dos saberes e práticas a partir do encontro entre saúde, educação e as tecnologias inovadoras de ensino-aprendizagem.

Também nesta mesma direção, surgiram iniciativas sinalizando para a educação na saúde pela interface com o Sistema Único de Saúde, se organizaram os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, onde foram lançadas algumas ofertas de cursos na área da saúde e capacitação pedagógica para docentes, o aprenderSUS projeto em parceria com Ministério da Educação, que avançou mais um passo essencial na construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior, tendo o tema da integralidade como eixo da mudança na formação de graduação; O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) teve como pressuposto a educação pelo trabalho, e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde, em implementação no país desde 2005.

### **3.3 Explorando Algumas Possibilidades**

O caminho de lutas trouxe à educação nacional a ruptura com o currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação e a consequente aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde, entre 2001 a 2004, afirmando

o dever da formação do profissional de saúde em contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (Brasil, 2004).

Então, educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos aos profissionais para efetivar “a formação de um quadro de intelectuais do setor da saúde na execução de um projeto de sociedade e de um projeto technoassistencial correspondente a esse projeto de sociedade” (Ceccim, 2008, p. 21), profissionais, detentores de conhecimentos e habilidades, nas dimensões técnica, científica, pedagógica, ética, humanística e política capazes de fazer virar o SUS.

As iniciativas já mencionadas anteriormente buscaram recorrer ao aprendizado acumulado ao longo do caminho percorrido pelos profissionais de saúde, gestores do sistema e usuários, identificando necessidade de instituir relações orgânicas entre as instituições de ensino, pesquisa, instâncias gestoras, serviços de saúde e comunidade.

Sabemos que para ser um profissional de saúde é necessário e importante ter conhecimento científico e tecnológico, mas também é preciso conhecimento das dimensões da natureza humana e social, o contexto histórico em que vivem e onde se constroem os indivíduos e as coletividades, seus modos de vida e de cuidado. O acúmulo neste campo também nos faz refletir o caráter das intervenções neste processo.

Por isso, se reforça o olhar para a adesão a programas de ensino que viabilizem a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde desde o início do processo de graduação, com o objetivo de proporcionar ao estudante a oportunidade de trabalhar sobre problemas reais e como agente prestador de cuidados de acordo com seu grau de autonomia (Brasil, 2005b). Espera-se com isto, o ingresso no mercado de trabalho de profissionais melhor qualificados, e com atuação voltada a uma assistência universal e integral à população.

Ao articular o social e o psíquico na explicação do processo saúde/doença, este profissional contribui para a reconceitualização do objeto de práticas na saúde, redefinição de processos de trabalho e reconfiguração do seu papel nas práticas sanitárias (Paim, 2002), colaborando, desta maneira, para o desenvolvimento das premissas do SUS. Contribui, igualmente, para o fortalecimento dos processos de reorientação do modelo de atenção e para a formação de profissionais capazes de assumir os desafios dessa transformação (Teixeira, 2003).

E mesmo assim as instituições de ensino continuam a realizar cursos que oferecem procedimentos sofisticados, tecnologias e fármacos de última geração, sem se ocupar do cotidiano dos serviços e da gestão, apartadas de qualquer escuta dos usuários ou do contato com a alteridade.

No campo do ensino na saúde, Ceccim (2008) aponta o modelo da saúde coletiva como estratégia potente para estabelecer cruzamentos com diferentes áreas sociais, estruturar práticas interdisciplinares, fomentar políticas, técnicas, e práticas éticas e criativas permeáveis a cultura e a produção de conhecimento, fortalecendo o princípio da integralidade como modelo de cuidado em rede.

Em Carvalho e Ceccim (2008) encontramos diferentes momentos sócio-históricos que se engendraram modelos constitutivos, quando da implementação do SUS, e que reforçam pressupostos e caminhos e que podem ser listados no quadro a seguir.

**Quadro 1 – Modelos Constitutivos para a formação em saúde para SUS**

Saúde Pública	Saúde Comunitária	Saúde Coletiva
Ressalta-se neste modelo as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, o foco é a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, estimulando uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões do corpo, da saúde, da doença, da terapêutica, da vida e da morte.	A proposta da saúde comunitária recupera parte importante do referencial da medicina preventiva, com ênfase nas ciências do comportamento (sociologia, antropologia e psicologia) aplicadas a problemas de saúde. Aqui o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais amplia-se podendo integrar equipes de saúde nas comunidades “problemáticas”, por meio da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde.	Configuram a área da saúde coletiva mais um campo de reflexão, estudo e formulação: a educação dos profissionais de saúde. Destacam-se a formação e a educação permanente como espaços pedagógicos que propiciam processos coletivos de autoanálise e autogestão, capacidade criativa e de intervenção nas situações vivenciadas pelos atores, sejam eles docentes, estudantes, profissionais e usuários.

Fonte: Elaboração Própria, baseado em Carvalho & Ceccim (2008).

Pode-se afirmar que, a educação dos trabalhadores na saúde é composta por projetos contraditórios, e interessados em luta por diferentes visões de mundo. Apesar da hegemonia, herdada de uma política de educação profissional que concebe a educação como forma de adaptação dos trabalhadores ao existente, às condições objetivas da produção e reprodução do próprio capitalismo. De modo contra-hegemônico, também se constituiu um projeto de formação dos trabalhadores da área da saúde no Brasil, cuja meta é entender as condições históricas, que apontam para formas de luta e de superação dos arranjos da sociedade brasileira injusta e desigual, indo na direção de construção de uma nova sociedade.

Em longo prazo, essas duas concepções acerca da educação, da saúde e do trabalho, conflitantes e contraditórias, apontam para um projeto de sociedade que possa superar as divisões sociais, se configurando como uma sociedade solidária, onde a educação, o trabalho e o corpo/ser humano não sejam entendidos e tratados como mercadorias num sistema geral de troca de mercadorias e acumulação privada da riqueza socialmente produzida.

### 3.4 Sobre a Prática Docente

Somos ou nos tornamos docentes? O fato de termos uma profissão e titulação de pós-graduação nos define como docentes? Ou porque conhecemos algumas metodologias da educação ou de ensino-aprendizagem? Para contribuir com estes questionamentos é preciso recordar que uma das particularidades do processo brasileiro de reformas na saúde partiu dos movimentos populares de educação em saúde. Nesse encontro, a educação popular teve um papel de destaque na redução da mortalidade infantil/materna, reduzindo custos com a assistência ao mesmo tempo em que promoveu condutas protetoras do adoecimento com medidas populares, colaborando para a elevação da consciência social e sanitária da população.

Essa educação em saúde alocou-se, designou-se e justificou-se na orientação a comunidades, não ao ensino dos profissionais na graduação ou da pós, e nem ao debate da pedagogia universitária e da educação, esta modalidade caminhou a margem da academia, trazendo contribuições estruturantes para se pensar a formação (Valla & Stotz, 2007).

Nesse jogo de forças emerge a proposta Educação Permanente em Saúde, como política e como conceito que ancora os pressupostos e diretrizes do Sistema Único de Saúde e busca promover o encontro da saúde com a educação no da saúde (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil) (Brasil, 2006).

As diretrizes da Educação Permanente em Saúde (EP), como política, orientam para articulação intersetorial e interinstitucional de base locorregional, para o desenvolvimento do trabalho e do ensino da saúde, para a interação ensino-serviço, para as formulações no âmbito da gestão e controle social.

A proposta da EP nos remete a processos formativos no campo da saúde que visam buscar potência, levantar questões, investigar realidades, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos contextos, dos papéis dos profissionais e usuários e dos atos de cuidado.

A aprendizagem é, segundo Kastrup (2001), uma atividade inventiva que esta inserida no mundo dos movimentos, longe da sensação apaziguadora em territórios previamente

organizados ou daqueles que já desistiram de desejar, experimentar, entregando-se simplesmente ao desejo de “um outro” que se responsabiliza pelos efeitos da tarefa. A aprendizagem é uma atividade da educação que mobiliza espantos, aventuras, curiosidade de saber. Neste sentido, é desejável que os processos de formação em saúde se componham a partir de uma estrutura curricular, uma progressão escolar, pensando avaliações formativas, pelas relações de aprendizagem cognitivas e afetivas, em espaços formais de educação e ou no trabalho, onde se vivem experiências éticas e estéticas entre indivíduos e grupos que se renovam através da evocação de percepções e experiências neste cotidiano.

Conforme Ceccim (2008), o processo ensino-aprendizagem gera afetos e sentimentos, mobiliza o funcionamento de processos cognitivos, e reforça que o campo das construções cognitivas é campo de atualização de afetos e convocação às aprendizagens de natureza complexa.

Até aqui, autores como Ceccim, Batista, Feuerwerker expressam certo consenso em afirmar que, entre os importantes marcos para os avanços no campo do ensino em saúde estão: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a postura pedagógica que assume o conceito do estudante como sujeito de seu conhecimento, a problematização como uma das estratégias privilegiadas nesse processo, e a Educação Permanente como caminho potente para apoiar e facilitar o desenvolvimento dos trabalhadores em diferentes contextos (Batista, 2008; Carvalho & Ceccim; 2008 e Ceccim 2008).

O ensino/formação na saúde é marcado por intensas transformações nas dimensões político, econômico, cultural e social; exigindo um docente mais conectado com sua prática didática e pedagógica, amparada por uma ideia de processo.

Ressalte-se que o domínio teórico sobre um determinado tema não é mais suficiente para o ato de ensinar, é preciso estabelecer diálogos, interações. Considerar saberes prévios e acumulados para ampliar as possibilidades de construção de conhecimento, a partir das diferentes vozes de alunos, professores, gestores e usuários dos serviços.

A educação dos profissionais de saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, ao encontro, e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, ser afeto e afetado, caminhando na diversidade, aprendendo a negociar, construindo pactos, problematizando o que está posto, construindo agendas, gerando novas possibilidades. O

investimento técnico, político e pedagógico visa quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde e de sujeitos.

Embora o reconhecimento das especificidades do trabalho em saúde e sua práxis estejam na agenda dos gestores, formuladores das políticas e diretrizes, ainda persistem as diretrizes de qualificação, orientada pela escolarização, certificação e titulação formal como uma das estratégias para implementação do modelo de atenção à saúde que apontam ainda para a urgência de coerência entre as políticas de formação e de organização do sistema de saúde.

Partindo da premissa que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde e gestores estejam pautados pelas necessidades de saúde da população, bem como dos sujeitos que a produzem, os processos de formação em saúde devem servir para atender e transformar as práticas de cuidado e a própria organização do trabalho. A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores e gestores também devem estar orientados para envolver aspectos pessoais, os valores e as ideias que cada profissional tem sobre o sistema no qual está inserido, o SUS.

A ideia se reforça em Moran (2008) quando diz que, nos processos de educação o mais importante é buscar desenvolver habilidades e atitudes no campo da comunicação e dos afetos, que produzam estratégias de negociação com os estudantes, consensos sobre as atividades de pesquisa e a forma de apresentá-las. Faz parte do papel do docente aprender a todo o momento gerenciar vários espaços e a integrá-los de forma aberta, equilibrada e inovadora.

Com base nessa reflexão acerca da aprendizagem/educação é possível constatar que, aprender não se trata de um processo meramente individual, nem mesmo limitado às relações professor aluno. Ao contrário, é um processo que se dá a partir de uma imersão em um grupo social vivo, com interesses e necessidades dentro de uma cultura singular, que se entrecruzam e se modificam de forma dinâmica e, portanto, pede a construção de vínculos em um coletivo que aprende e que produz redes, se articulando em torno de um projeto comum (Brasil, 2010).

Conforme Maturana e Varela (2001), o conhecimento é, antes de tudo, uma ação efetiva que faz surgir um mundo. E se queremos que esse conhecimento contribua para a formação do cidadão e se incorpore como ferramenta com a qual podemos recorrer para resolver



com êxito diferentes problemas para além da sala de aula, é preciso que a aprendizagem se desenvolva em ambiente favorável permitindo a negociação de significados.

É outra perspectiva, onde o conhecimento pode ser visto como uma rede de significados, em permanente processo de transformação, no qual a cada nova possibilidade uma nova janela se abre, um sentido se transforma, novas relações se estabelecem, e possibilidades de compreensão são geradas.

Os sujeitos do conhecimento reconstróem a realidade, atribuindo-lhe novos sentidos e significados. Para o sujeito, esse significado é construído em função de sua motivação para aprender e do valor potencial que os novos saberes têm em relação a sua utilização na vida pessoal e profissional. O processo que favorece a aprendizagem requer uma postura ativa e crítica, por parte daqueles envolvidos na aprendizagem, e está ancorado no modo como o novo conteúdo é incorporado às estruturas de conhecimento prévio do sujeito, adquirindo significado a partir desta relação Mitre et al. (2008).

É neste contexto desafiados a investir na qualificação profissional que o Ministério da Saúde e as instituições de ensino e pesquisa (IEP) têm estabelecido e reforçado parcerias, como estratégia para responder alguns desafios, com ofertas de formação visando melhorar a qualidade da atenção e da gestão em saúde, e a integração de políticas nos territórios. Entendendo que os estudos em saúde precisam romper os padrões tecnicistas relativos à doença e suas especialidades, mas avançar em direção ao conhecimento sobre as coletividades humanas e seus processos interativos.

### **3.5 Outros Saberes... O Saber Ser!**

A relação entre educação e trabalho vem sendo historicamente estudada e debatida pela sociologia, psicologia, economia e educação, estabelecendo diversas articulações e conexões em diferentes campos do saber.

Na saúde, a partir do referencial da saúde coletiva, a educação se compõe de processos cognitivos, afetivos e sócios interativos. Nesse sentido é imprescindível ter ofertas no campo da graduação e da pós-graduação que disponibilizem conteúdos, estratégias educacionais e campos de práticas que favoreçam o desenvolvimento de novos modos de fazer e de pensar a gestão e as práticas de cuidado e a educação em saúde (Ceccim, 2008). Para a transformação da

práxis no campo da saúde é preciso contar com docentes cada vez mais disponíveis para agregar, além da expertise técnica, as disposições para articular o saber pedagógico e o saber ser, pois ser professor não é apenas ser o mediador entre o estudante e o conhecimento já construído, é ser agente do processo de construção desse conhecimento que leva à formação de personalidades envolvidas na relação de aprendizagem (Pedroza, 2003).

A educação necessária para fortalecer a implementação do SUS envolve, portanto, estudantes, docentes, pesquisadores e gestores em movimento para formulação de pactos, políticas e produção de práticas em um campo interdisciplinar.

A formação de docentes, em perspectiva, vem se apresentando como uma necessidade para o desenvolvimento de projetos educacionais tendo em vista que o processo ensino-aprendizagem é complexo, apresenta um caráter dinâmico e não acontece de forma linear como uma somatória de conteúdos acrescidos (Cyrino & Toralles-Pereira, 2004).

Para isso, é essencial a superação da concepção bancária de educação, na qual um faz o depósito de conteúdos, ao passo que o outro é obrigado armazená-los. O esperado é a adesão à educação libertadora como uma prática política, reflexiva e capaz de produzir uma nova lógica na compreensão do mundo: crítica, criativa, responsável e comprometida (Freire, 2006).

É importante ressaltar que, os processos educativos e suas respectivas metodologias têm por base uma determinada concepção de pedagogia. As opções pedagógicas são definidas por um contexto e refletem ideologias, objetivos e metas de um referido projeto educativo (Bordenave, 1983). Vale salientar ainda, que muitas vezes o interesse central de sua escolha não está ligado aos fundamentos epistemológicos da pedagogia, e sim aos efeitos de sua aplicação. Isso para dizer que existem inúmeras abordagens e qualquer escolha que se faça tem maior ou menor eficácia. Há momentos em que o processo ensino aprendizagem demanda comunicações de informação mais ou menos vertical, e outros, em que os sujeitos do processo necessitam ativar suas capacidades de refletir, cultivar responsabilidade e cooperação de modo dialético.

Muito além de fazer ofertas de conteúdos, o processo de formar profissionais, em especial na saúde, deverá oportunizar o desenvolvimento que possibilite ao educando ser criativo, que saiba pensar, analisar, criticar, desconstruir, construir, propor, fazer, refazer e

conviver em equipe em um contínuo vir a ser. Exercitando posturas mais colaboradoras, críticas, autônomas e solidárias.

Mudar os paradigmas que referenciam e dão suporte ao ato de educar em saúde é responsabilidade de atores sociais comprometidos com a defesa do direito à saúde e da cidadania, o conhecimento das necessidades em saúde da população, focalizando sua ação em razão da complexidade do trabalho em saúde e dos princípios norteadores do SUS.

A mudança, com o enfoque pedagógico da educação permanente, aproxima os atores sociais e o caminho a ser percorrido rumo a essa relação educando/educador vai requerer um novo docente, que nessa perspectiva, denominado facilitador, necessita desenvolver novas habilidades, como a vontade e a capacidade de acolher o discente ativamente de seu processo de aprendizagem, a partir de um verdadeiro encontro.

Como facilitador do processo ensino-aprendizagem se sugere perguntar: (1) Como, por que e quando se aprende? (2) Como se vive e se sente a aprendizagem? E (3) Quais as suas consequências sobre a vida? A disposição para este encontro entre docente e discente em um ambiente de liberdade e apoio é essencial nesta postura (Pezzato & Cocco, 2001).

Na formação na área de saúde, devemos citar também o conceito de aprender fazendo, o qual, segundo Fernandes, Ferreira, Oliva & Santos (2003), pressupõe que se repense a sequência teoria prática na produção do conhecimento, assumindo que esta ocorre por meio da ação-reflexão-ação.

Reafirma-se, assim, a ideia de que o processo ensino-aprendizagem precisa estar vinculado aos cenários da prática e deve estar presente ao longo de toda a carreira. Assumir esse novo modelo na formação de profissionais de saúde implica o enfrentamento de novos desafios, como a formação de docentes e a construção de um currículo integrado, em que o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado, rompendo a polarização individual-coletivo e biológico-social, e direcionando-se para uma consideração de interpenetração e transversalidade (Ceccim & Feuerwerker, 2004b).

Em muitas experiências de transformação do processo de formação profissional, a participação dos profissionais dos serviços e da comunidade (usuários) na definição de

conteúdos e na orientação dos trabalhos a serem desenvolvidos com o discente tem sido essencial para que essas novas práticas sejam construídas.

Valeria nos perguntar: será que os professores na área de saúde compartilham e se comportam dentro da perspectiva das reformas curriculares? Qual o modelo pedagógico utilizado nas disciplinas e qual a relação entre este profissional e os alunos?

Segundo Cavalli (1992, citado em Saviani, 2011, p.9), “os professores estão, na sua esmagadora maioria, agudamente conscientes da inadequação da formação profissional recebida [...] de um lado, eles julgam quase sempre suficiente à preparação disciplinar obtida, mas se sentem desguarnecidos na linha de frente do conhecimento dos problemas educativos, das metodologias didáticas gerais.”.

Essa constatação é corroborada com a ideia de Saviani (2011) em eleger a educação como máxima prioridade, definindo-a como o eixo de um projeto de desenvolvimento nacional e, como a via potente para enfrentar os problemas da saúde, segurança, estradas, desemprego, pobreza e se articulando com o olhar da educação para trabalhadores do SUS.

Esse investimento pedagógico, no que se refere à formação de docentes em saúde, é necessário no sentido de romper os paradigmas da formação, centrada na fragmentação do cuidado, marcado pelas especializações, bem como para avançar na direção de ampliar as noções de autonomia do sujeito do cuidado. A valorização da saúde coletiva, da integralidade, da educação permanente, das metodologias ativas, e do trabalho interdisciplinar, voltada para o SUS, tem norteado as reformas curriculares atuais do governo federal (Ronzani, 2007).

O enfrentamento desses desafios implica a abertura de novas perspectivas, mas é preciso incluir além das dimensões históricas, políticas, sociais e pedagógicas que norteiam o processo de ensino aprendizagem e o docente em saúde, as dimensões psicológicas nessa relação.

A ideia de aprendizagem, como um processo de construção, em Ribeiro (2007), se dá na interação permanente do sujeito com o meio que o cerca, como uma unidade dialética e está associada à ideia de que igual característica existe entre ensinar e aprender. E aqui se explicita o aspecto afetivo, o vínculo como elemento vivo, como grande questão, que possibilita ao docente a revisão de sua própria prática. Ao falarmos de afeto, papéis sociais, cultura e

personalidade buscamos algo que enrede todos esses fios em um tecido chamado vínculo, grupo e sociedade, tendo a afetividade como núcleo gerador das redes sociais, ou seja, aquilo direciona e motiva o ser humano para a formação dos vínculos essenciais para construção de conhecimentos.

E aqui, a formação desse professor, objeto do estudo atual, tem produzido debates e polêmicas metodológicas, teóricas e ideológicas. Considerando que, um curso destinado à formação pedagógica inicial do professor, não consegue construir e consolidar todas as competências (Rehem, 2005) demandadas para um fazer pedagógico reflexivo, cooperativo e ético, quais os caminhos para solucionar tal problema? Esse processo formativo se esgota? Talvez aqui se apresentem como potentes as metodologias ativas.

Os avanços das investigações no campo da Psicologia indicaram a necessidade de adoção de novas abordagens e métodos educacionais fundamentados em um processo de construção de conhecimentos no qual o estudante teria papel ativo (Toledo, Ibiapina, Lopes, Rodrigues & Soares, 2008).

E nesse sentido, aquelas abordagens pedagógicas mais ativas, que incorporam o ensino contextualizado, ou seja, o ensino em uma situação próxima daquela na qual o conhecimento será utilizado, contribuem para facilitar caminhos para compreensão e a significação no aprendizado de adultos.

No SUS faz toda diferença um olhar vivo para a qualificação das práticas de gestão, atenção e educação em saúde por meio da formação, ampliando as possibilidades de estimular a criatividade e a elaboração de projetos de intervenção na organização dos serviços de saúde, na prática cotidiana, contribuindo radicalmente para fortalecer o Sistema.

Este estudo pretende explorar a relevância do desenvolvimento das capacidades no agir em saúde, a partir de processos de ensino aprendizagem, elaborados segundo uma abordagem sócio cultural da educação de adultos. Essas capacidades devem propiciar aos docentes e discentes ampliar a escuta, promover trocas estimular o desenvolvimento do trabalho em equipe e o fomento a adoção de posturas éticas e colaborativas.

O produto deste trabalho trará subsídios sobre a importância do desenvolvimento de práticas educativas, onde o aprender esteja focado na capacidade individual

e coletiva de solução de problemas com estratégias mais adequadas ao desenvolvimento das pessoas e à transformação da realidade social de modo interdisciplinar.

E aqui explico o desejo de contribuir uma análise aprofundada sobre o tipo de trabalhador que precisamos formar e que projeto de sociedade queremos construir com nossa ação.

## **CAPÍTULO 4**

### **OBJETIVOS**

O fazer profissional, de um trabalhador da saúde, é permeado por diversos desafios, tanto na gestão quanto na atenção ou no campo da educação em saúde. Esses desafios vêm sendo enfrentados a partir do investimento na formação dos trabalhadores. Os caminhos vão desde projetos de fixação em regiões mais remotas do país, passando por projetos de estruturação de currículos mais integrados que respondam as necessidades de saúde da população até as ferramentas necessárias aos trabalhadores para que tenham apoio no atendimento as demandas. São vivenciadas diferentes metodologias e abordagens pedagógicas, são elaboradas políticas e programas que visam implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde.

Todas essas iniciativas se dão no sentido de construir processos formativos, seja na graduação ou na pós-graduação, capazes de produzir um profissional com capacidade crítica para continuar sua trajetória de aprendizado em busca de atender seus desejos e necessidades como ser humano e profissional e as necessidades de saúde da comunidade.

Nesse sentido, se reforça a importância de refletirmos sobre o compromisso que desejamos e possuímos com nossos projetos pessoais, profissionais e acadêmicos e sobre o quanto estamos dispostos a mudar em nós mesmos para materializarmos aquilo que propomos em nossos discursos.

Assim, o estudo teve como objetivo geral analisar criticamente a formação voltada para o trabalho em saúde no SUS, a partir da vivência do processo de ensino-aprendizagem no Curso de Capacitação em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em metodologias ativas (CPES). Os objetivos específicos foram: a) explorar aspectos e contribuições das abordagens pedagógicas utilizadas no CPES no campo da educação em saúde para o SUS, b) analisar como esse processo de formação, contribui para novos modos de fazer em saúde, c) contribuir com subsídios para futuras iniciativas de formação e desenvolvimento docente para o trabalho em saúde no SUS.

## CAPITULO 5

### **Delineamento do Estudo**

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de caráter exploratório de cunho qualitativo, que teve seu universo centrado no processo de ensino-aprendizagem e participantes do Curso de Capacitação em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em facilitação de metodologias ativas (CPES), realizado em 2012. A proposta do curso está articulada com os projetos educacionais de apoio ao SUS, e tem como objetivo central capacitar docentes para atuarem como facilitadores nos cursos ofertados pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês.

O caminho para essa construção se deu nos encontros com os docentes nas disciplinas do programa proposto pelo CPES (2012), nas vivências dos participantes, nas leituras de diferentes autores e no andar da vivência da pesquisadora. A ideia foi fazer um breve olhar acerca: a) Pesquisa em Psicologia; b) Pesquisa em Ciências da Saúde, na perspectiva da abordagem qualitativa e elegendo estratégias para construção das informações e posterior análise e discussão. O desafio metodológico aqui foi estabelecer o caminho percorrido e convidar o leitor a nos acompanhar durante o desenvolvimento desta pesquisa.

#### **5.1. Algumas reflexões sobre fazer pesquisa em diferentes campos**

A hegemonia das pesquisas positivistas nas ciências humanas e sociais, privilegiou a estabilidade dos fenômenos humanos, a estrutura fixa das relações entre eles e a ordem permanente dos vínculos sociais. Esta certeza foi questionada e foram realizadas pesquisas que se empenharam em mostrar a complexidade e as contradições de fenômenos, explicitando suas singularidades, e para além, a imprevisibilidade e a originalidade criadora das relações interpessoais e sociais. A história da ciência registra que muitos cientistas sociais mobilizados pelas críticas à ciência tradicional, apresentada pela Escola de Frankfurt (Horkheimer, Adorno & Habermas, 1975), buscaram caminhos para a efetivação de uma ciência comprometida com o debate, a reflexão e a transformação da vida social humana.

A ciência, como processo cumulativo, segue realizando pesquisas em distintas formas, controlando diferentes fatores e a partir de diferentes estudos. O padrão geral dos resultados que emerge das pesquisas científicas é fator importante para responder importantes



questões de pesquisas, ou seja, a legitimidade e aplicabilidade de um estudo dependem da confiabilidade das afirmações alcançadas no estudo. Na psicologia o objeto a ser investigado se configura como sujeito, ser biológico, social e histórico, em um contexto político, econômico e cultural em movimento com singularidades, (Cambaúva, 2000). Sendo necessário estabelecer uma coerência entre a abordagem teórica adotada e o método de pesquisa empregado.

No campo da saúde é preciso questionar os discursos que privilegiam o conceito de saúde somente pela sua dimensão biológica, assegurando uma concepção fragmentada do ser humano, bem como o caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades. Portanto, a pesquisa em saúde, tendo em vista suas especificidades, amplia e contém as articulações da realidade social e é transversal a todos os segmentos sociais (Minayo, 2010). Expressa uma relação que vai para além do corpo biológico, individual e social, tem movimento, plasticidade, complexidade, e o olhar do pesquisador deve ser de natureza intra e interdisciplinar, conforme González Rey (2004) a inclusão da subjetividade confere um significado singular para a pesquisa e a produção do conhecimento a partir da construção teórica dos processos de saúde e de doença.

Aqui, a pesquisa social também atende às exigências da complexidade do contexto educacional, que requer a utilização de estudos capazes de contemplar as novas demandas e processos de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido se faz importante investir em estudos e pesquisas que permitam uma melhor compreensão do presente e apontem para o redirecionamento do futuro. As ciências ditas humanas, contribuem para uma nova abordagem na área da saúde, preocupada não somente com as tarefas curativas, preventivas e reabilitadoras, mas também, com a melhoria da natureza humana e o bem-estar social.

Para elaborar um projeto de pesquisa é preciso considerar as implicações de natureza prática, empírica e técnica, os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis para lidar com o objeto do estudo. Crotty (1998) afirma que o pesquisador precisa considerar em sua construção a teoria do conhecimento que norteia o estudo, a postura filosófica que referenda a metodologia, as estratégias que associam métodos, resultados e técnicas para coleta e análise dos dados.

### ***5.1.2 Pesquisa qualitativa – pressupostos***

Cada tipo de metodologia traz em seu escopo um conjunto de pressupostos acerca da realidade, conceitos e certo instrumental. A abordagem qualitativa se caracteriza por acontecer em um cenário natural, aberto, dinâmico, e interativo. A partir delas pode se descrever ou explorar situações e atores sociais, processos organizacionais no cotidiano. O pesquisador atua como interprete do significado dos dados, em uma experiência viva, intensa com os participantes da pesquisa (Victora, Ceres & Gomes, 2000).

As informações são construídas no ambiente dos participantes e a sua análise deve ser elaborada de modo indutivo/reflexivo a partir das particularidades para os temas gerais. O relatório final deve se apresentar em estrutura flexível, permitindo a outros pesquisadores retomarem o estudo.

A abordagem qualitativa, tem como pressuposto, segundo Chizzotti (2003), uma relação dinâmica, permeada de interações, entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto do estudo, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos sujeitos pesquisadores e participante/entrevistados.

O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, articulados por uma teoria explicativa, neste sentido, o sujeito-pesquisador é parte integrante do processo de conhecimento, ele interpreta os fenômenos lhes conferindo um novo significado ancorado em seus próprios significados. A sociedade por sua vez se constitui em uma relação simultânea de micro processos e que atua, em temporalidades diferenciadas, compondo uma totalidade. Na perspectiva de Durkheim e Mauss (1978), essa relação entre sujeitos e sociedade, se dá a partir do compartilhamento dos significados relativos ao universo social que coabitam.

Nos estudos de abordagem qualitativa, Chizzotti (2000), afirma que o objeto não é um dado inerte e neutro, mas sim possui significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. As orientações filosóficas que norteiam essa relação podem ser a fenomenologia e a dialética, o pragmatismo, entre outras.

Na perspectiva do Ensino na Saúde, a abordagem é potente em estabelecer a relação dinâmica entre o sujeito e o objeto, na construção do processo de conhecimento, onde o pesquisador é um dos atores que revela o significado das ações e das relações que se ocultam

nas estruturas sociais. O pesquisador não se detém no vivido e nos sentidos subjetivos dos atores sociais, valoriza as contradições entre os fatos observados e a atividade do sujeito que observa. Além, de considerar as oposições contraditórias entre o todo e a parte, e, os vínculos entre saber, o agir com a vida em sociedade.

É precioso guardar as relações existentes entre a teoria, a metodologia, a definição do problema, a forma de construção e análise das informações para manter a validade do estudo. Neste sentido, reforço a opção por uma proposta metodológica, coerente com esses pressupostos, em um estudo que contemple as especificidades dos contextos da pesquisa, a singularidade e subjetividade dos participantes e pesquisador na vivência de um processo formativo realizado pelo CPES em 2012. Esse encontro com o objeto da pesquisa, os sujeitos do estudo e o pesquisador pretendeu estabelecer um diálogo vivo carregado de intencionalidade em um momento de investigação e de ação, reflexão e diálogos entre os envolvidos.

### ***5.1.3 Sobre a construção de dados em pesquisa qualitativa: algumas possibilidades***

Na pesquisa qualitativa, consideram-se importantes, e igualmente preciosos, os fenômenos, a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a fala, o silêncio, as expressões corporais e faciais, e a frequência e a interrupção. É necessário encontrar o significado manifesto e o que permaneceu oculto no processo de aproximação com a realidade. E a partir daí entendemos que todos os sujeitos e temas são potentes para um estudo, é preciso compreender suas vivências e representações, onde estas conformam conceitos que ocupam o centro de referencia das análises e interpretações. Vale salientar que, a definição das técnicas de coleta e análise, embora se constituam como pontos fundamentais de uma pesquisa, estão subordinados à escolha do tema e à elaboração do objetivo de pesquisa (Bauer & Gaskel, 2010).

Compartilhamos da premissa de que para a realização de um bom estudo é desejável lançar mão de uma abordagem teórica metodológica que contribua em um curto espaço de tempo, com eficiência e eficácia para se chegar à compreensão do problema central do estudo que assim se apresenta: em que medida os processos de formação em saúde se aproximam das necessidades de um saber, um ser e um fazer no Sistema Único de Saúde tendo como cenário o Curso de Capacitação em Processos Educacionais em Saúde (CPES-2012). Seguimos a via qualitativa por considerá-la a que melhor pode apreender especificidades na análise, isto porque, por meio dessa abordagem é possível reconhecer os diferentes pontos de vista dos sujeitos do estudo e ainda que a realidade seja mais complexa do que aquela que a princípio lhe é perceptível. Nessa perspectiva, o fenômeno estudado somente se revela a partir

da participação direta dos sujeitos no desenrolar da pesquisa, valorizando o levantamento dos dados diretamente no contexto onde se constroem os fenômenos.

Além das correlações entre teoria, metodologia, definição do problema e dado obtido, é necessário trazer ênfase a mais um aspecto no processo, que é a escolha das formas de coleta de dados, bem como seu planejamento e o manejo destas, tendo em vista que estão diretamente vinculadas ao tipo de dado coletado.

Na pesquisa qualitativa, a observação participante, história ou relatos de vida, análise de conteúdo, entrevista narrativa, grupo focal entre muitos, são algumas das ferramentas utilizadas para a descoberta de fenômenos latentes e constituem um corpo qualitativo de informações.

A utilização dessas técnicas não deve construir um modelo único, exclusivo e cristalizado. É desejável que o estudo mobilize o pesquisador, suas habilidades, criatividade e sua perspicácia, bem como seus conhecimentos para elaborar a metodologia adequada ao campo de pesquisa e ainda para manejar os possíveis problemas com o contexto e ou os sujeitos que participam da investigação.

Desse modo, para desenvolvimento deste estudo, optamos pela abordagem qualitativa, por considerá-la como a que melhor pode apreender especificidades na análise, isto porque por meio dessa abordagem, é possível reconhecer os diferentes pontos de vista dos sujeitos do estudo e ainda que a realidade seja mais complexa do que aquela que a princípio lhe é perceptível. Nessa perspectiva, o fenômeno estudado somente se revela a partir da participação direta dos sujeitos no desenrolar da pesquisa, valorizando o levantamento dos dados diretamente no contexto onde se constroem os fenômenos.

Conforme Minayo (2010) pesquisas qualitativas são aquelas entendidas como capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes às relações, e às estruturas sociais no que diz respeito à possibilidade de transformações, como construções humanas significativas. A abordagem qualitativa, parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Assim o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o

sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado.

Neste sentido, reforçamos a opção por uma proposta metodológica coerente com esses pressupostos em um estudo que contemple as especificidades dos contextos da pesquisa, a singularidade e subjetividade dos participantes e pesquisador na vivência de um processo formativo realizado pelo CPES em 2012. Esse encontro com o objeto da pesquisa, os sujeitos do estudo e o pesquisador pretendeu estabelecer um diálogo vivo carregado de intencionalidade em um momento de investigação e de ação, reflexão e diálogos entre os envolvidos.

Este estudo se configura como uma pesquisa participante (Demo, 2000), entendida como um processo de análise da própria realidade, com vistas a promover uma transformação social dos participantes, sendo a construção e a análise das informações orientadas segundo a abordagem qualitativa. Conforme González Rey, (2003) o pesquisador se compromete ativamente com a construção do conhecimento, produzindo ideias e tomando decisões. Assim, a pesquisa pode assumir diferentes caminhos e formas complexas, às vezes contraditórias, chegando a lugares/situações não previstas durante o processo de investigação. A relação sujeito pesquisador e sujeito pesquisado deverá ser a via de constituição da subjetividade.

A construção dos dados empíricos e os instrumentos como ferramenta interativa devem envolver as pessoas, buscando facilitar a expressão dos sentidos subjetivos, por isto não seguem regras padronizadas de construção.

Podem ser individuais ou coletivos, escritos, orais, filmes, fotos, documentos. Conforme Vygotsky (2008) os instrumentos não devem ser um fim em si mesmo, nos possibilitando sair do padrão estímulo-resposta, permitindo a análise de processos, e não objetos; abrindo perspectivas de emergência do novo. A aposta é no conhecimento construído por todos os sujeitos envolvidos no estudo a partir do espaço de diálogo, de escuta, de compartilhamento, e de reflexão-ação.

### ***5.1.4 O caminho percorrido para aproximação com a realidade***

- **Cenário da Pesquisa**

O Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, desde 2007, vem desenvolvendo iniciativas que compõe atualmente o Projeto de Apoio ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (Proadi\_SUS) por meio de oferta de cursos de capacitação, especialização, mestrado entre outras iniciativas. Minha trajetória nessas iniciativas se inicia em 2009, no Curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção, como estudante e facilitadora deste curso. Como partícipe deste projeto, tive a oportunidade de fomentar o protagonismo dos sujeitos em seus espaços regionais, apoiar à incorporação de habilidades e competências no campo da educação, gestão de redes, do cuidado e da vigilância em saúde, aprender cotidianamente a aprender. O momento para mim foi estruturante para desenvolver disciplina, reflexões e buscas teórico-conceituais, ferramentas necessárias para ressignificação do meu trabalho em saúde no SUS. A vivência como facilitadora; os encontros, as trocas com os colegas facilitadores, os especializandos e a orientadora de aprendizagem me mobilizaram para aprofundar conhecimentos acerca de metodologias de ensino-aprendizagem. A vivência desse curso produziu algumas mudanças em minha vida, incluindo a proposta desse estudo.

- **A proposta do curso**

A proposta do Proadi\_SUS compreende a articulação entre os cursos de Capacitação em Processos Educacionais (CPES-2012) e a Especialização em Processos Educacionais. O primeiro curso com ênfase na formação de facilitadores para atuarem no processo de ensino aprendizagem de um grupo de estudantes em três outros cursos de Especialização.

Com estratégias educacionais, e recursos tecnológicos para a promoção da aprendizagem significativa, os cursos foram elaborados para a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, de avaliação formativa e de educação à distância, tendo em vista a combinação de elementos que resultassem em processos associando as melhores evidências educacionais, com maior poder de difusão, racionalidade de custos e eficiência. Um dos diferenciais importantes do Projeto, que contempla cursos de capacitação, especialização e mestrado profissional, são os Projetos Aplicativos de intervenção nas regiões de saúde e de pesquisas orientadas à produção de impacto no perfil de saúde-doença das populações, além dos trabalhos de conclusão de curso.

O universo do estudo dentro do grande projeto, foi o curso de “Capacitação em Processos Educacionais na Saúde”, por ser o primeiro dos quatro cursos ofertado no Proadi-SUS nas regiões de saúde, por ter um período de duração mais curto, e por ter um menor número de participantes, fatores que articulados poderiam contribuir na realização do estudo.

O objetivo, nesta proposta de capacitação, foi explorar a relevância do desenvolvimento das capacidades pedagógicas para o exercício da docência em saúde segundo uma abordagem sócio cultural da educação de adultos, e as transformações nos processos de trabalho a partir dessa trajetória.

Este estudo foi desenvolvido em contexto real, no qual os fenômenos observados dizem respeito ao dia-a-dia dos estudantes do CPES (2012). A investigação além de ter caráter exploratório, também é de natureza analítica uma vez que se pretende identificar modos de apropriação dos trabalhadores no campo da saúde em suas práticas cotidianas.

A capacitação em processos educacionais na saúde (CPES) é realizada na modalidade semipresencial, com carga horária total de 188 horas, sendo: 128 horas presenciais e 60 horas de trabalho a distância. O público alvo é de 10 a 12 trabalhadores do campo da saúde, com formação universitária, vinculados em cada uma das regiões de saúde indicadas (pactuada de modo tripartite). O objetivo principal do CPES foi contribuir para a formação de profissionais em facilitação de processos educacionais com potencial para atuação como facilitadores de aprendizagem em cursos que utilizem metodologias ativas de ensino-aprendizagem, viabilizando a educação permanente de profissionais de saúde, com a melhoria da qualidade e da segurança na atenção à saúde.

O curso está organizado em quatro encontros presenciais, de três dias consecutivos, e períodos de educação à distância para o desenvolvimento de trabalhos relacionados às atividades educacionais do curso com o apoio dos professores (**Figura 1**).

<b>Período</b>	<b>Atividades</b>		
	<b>1º dia</b>	<b>2º dia</b>	<b>3º dia</b>
<b>Manhã</b>	Plenária	Oficina de trabalho	TBL/ Oficina de trabalho
<b>Tarde</b>	Situações-problema/Narrativas	Portfólio/AAD	Situações-problema/Narrativas
<b>Noite</b>	Viagem	AAD	

**Figura 1** - Encontro típico da capacitação em processos educacionais na saúde, IEP/HSL, 2012. Fonte: Lima et.al., 2012

### ▪ Currículo integrado

O currículo integrado é uma opção educativa que possibilita e amplia para além das dimensões técnicas a integração instituição-professor-estudante-comunidade no processo ensino aprendizagem, em consonância com o contexto real e os padrões culturais de uma determinada estrutura social e de um determinado território (Davini, 2009).

Na perspectiva do currículo integrado, as dimensões psicológica e pedagógica da aprendizagem, selecionadas para o desenvolvimento de competência, estão referenciadas na integração teoria-prática nos referenciais de aprendizagem. A crescente importância dos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos na área da saúde, torna a inclusão desses conteúdos uma prioridade para os novos currículos.

O currículo do programa do CPES-2012 está estruturado em dois eixos, sendo o primeiro a simulação da realidade e o segundo se refere ao contexto real do trabalho do participante.

No eixo baseado na simulação, os autores do curso selecionaram e articularam materiais e recursos educacionais, como os textos utilizados como estímulos ou disparadores da aprendizagem dos participantes e do desenvolvimento do perfil de competência. Nesse eixo, entre outras estratégias educacionais, para representar a realidade, se lança mão de (a) situações-problema-SP como disparadores de processos de ensino aprendizagem e se configuram como estratégias educacionais que se caracterizam por recortes de um domínio no campo do trabalho, do conhecimento e vivência prévia, tem o objetivo de mobilizar recursos e ativar esquemas de conhecimento, geralmente se apresentam como textos que contém um problema descrito; b) Aprendizagem baseada em equipe ou Team Based Learning (TBL) ou Aprendizagem baseada em equipe pode ser definida como uma estratégia de ensino que se baseia em procedimentos para o desenvolvimento de equipes de alto desempenho de aprendizagem, o TBL se configura como um processo para ensino no ambiente de trabalho; c) oficina de trabalho, momento onde os grupos de trabalho obtêm um produto, d) dramatizações e jogos.

No eixo voltado ao contexto real, os participantes compartilham e refletem a sua prática profissional, por meio de a) Narrativas que são textos produzidos pelo estudante que deve conter aspectos pessoais sobre seu modo de viver e observar o mundo e que permite um diálogo com sua prática profissional; b) Plenária é momento de compartilhamento com o grande grupo de estudantes, onde recebemos algum especialista, c) Oficina de trabalho, momento onde



os grupos de trabalho obtém um produto; d) Viagem momento lúdico que pode e deve ser potencializado com reflexões sistematizadas no coletivo; e) Educação Permanente momento ímpar para revistar a prática e sua integração com os pressupostos teóricos; f) Plataforma de Educação a Distância - ED, a ferramenta de tecnologia da informação que permite realizar discussões, construir diálogos a distancia e a Aprendizagem Auto Dirigida (AAD) que se tratado momento no qual os estudantes vão realizar suas buscas e novas sínteses individuais.

O curso é acompanhado pelos gestores de aprendizagem que são os professores, e que se responsabilizam pelo desenvolvimento e avaliação das atividades educacionais, apoiados por três coordenações: geral, pedagógica e administrativa.

O currículo dos diferentes cursos oferecidos nos projetos de apoio ao SUS é integrado e orientado por competência. O perfil de competência é construído por um grupo de autores com reconhecida expertise nos diferentes campos da saúde.

A proposta combina as capacidades requeridas e seus resultados, elaborando desempenhos que expressem a excelência da prática profissional no contexto do trabalho em saúde.

O programa dos cursos se compõe do movimento de articulação entre teoria e prática, entre os mundos da aprendizagem e do trabalho, com a organização e o bom emprego de diferentes estratégias educacionais que favorecem o desenvolvimento do perfil de competência (Lima et al, 2012).

O processo ensino-aprendizagem na capacitação está ancorado em teorias histórico culturais, em metodologia científica e em metodologias ativas de ensino-aprendizagem. O desenvolvimento de capacidades, esperadas em cada área de competência, se constrói nas estratégias educacionais, nas comunidades de aprendizagem e na dialogia.

A competência, conforme o caderno de capacitação (2012), em processos educacionais deve ser compreendido como a capacidade de mobilizar um mix de recursos para equalizar em os desafios em diferentes contextos para as melhores práticas profissionais. Na figura abaixo apresentamos as ações chave e desempenhos do perfil de competência do facilitador na área educacional (**Figura 2**).

Ações chave	Desempenhos
Identifica necessidades de aprendizagem	Mostra disponibilidade e abertura para a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagens pessoais e dos profissionais com os quais trabalha. Identifica lacunas ou hiatos de aprendizagem e favorece o reconhecimento desses, estimulando a superação de limites.
Desenvolve ações educacionais e facilita processos de ensino-aprendizagem	<p>Promove atividades educacionais baseadas nas necessidades de aprendizagem identificadas, favorecendo a aprendizagem significativa e a transformação da realidade.</p> <p>Estimula o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, valorizando os conhecimentos prévios dos participantes. Estimula a utilização de experiências e vivências para a construção de pontes com os disparadores de aprendizagem.</p> <p>Incentiva a capacidade de investigação, de análise e síntese, apoiando a avaliação crítica das informações e fontes encontradas.</p> <p>Estimula a construção coletiva de conhecimento e de novos significados, nas atividades presenciais e nas de educação à distância. Favorece e apoia processos de criação, disseminação e compartilhamento de saberes orientados ao desenvolvimento de competência dos participantes.</p> <p>Apoia a construção de projetos de pesquisa aplicada, considerando o contexto e o desenvolvimento de uma atenção à saúde com qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.</p> <p>Participa da educação pelo exemplo e mostra persistência e paciência em relação aos diferentes tempos de aprendizagem das pessoas, incentivando o desenvolvimento de novas capacidades orientadas à inovação e transformação.</p>
Avalia ações e processos educacionais	<p>Faz e recebe críticas de modo ético. Monitora e avalia processos, produtos e resultados das atividades educacionais realizadas, sistematizando os aspectos a melhorar, os desafios e conquistas dos processos educacionais.</p> <p>Mostra responsabilidade, compromisso e aperfeiçoamento no desempenho de seu papel como educador e na entrega de produtos pactuados.</p>

**Figura 2.** Perfil de competência do facilitador na área educacional. Fonte: Lima et. al., 2012.

#### ▪ Avaliação: implicações para o CPES-2012

A avaliação é considerada uma atividade permanente e crítico-reflexiva, tanto para o planejamento e desenvolvimento de programas, como para o acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem em ações educacionais. Permite visualizar avanços e detectar dificuldades, admitindo a contínua qualificação do processo, dos produtos e dos resultados (Lima et al, 2012).

A proposta de avaliação para a capacitação em processos educacionais na saúde se processa em análises no decorrer do processo ensino-aprendizagem, no desempenho dos participantes e professores a partir dos aspectos pedagógicos das atividades propostas. A avaliação está baseada nos seguintes princípios: (1) critério-referenciada; (2) contínua, dialógica, ética, democrática e corresponsável; (3) formativa e somática.

É considerado aprovado no curso CPES-2012 o participante que obtiver a frequência mínima de 85% nas atividades dos encontros presenciais; desempenho satisfatório nas atividades presenciais e à distância; e conceito satisfatório no Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

Concluído o CPES-2012, o facilitador é convidado a ser o mediador do processo ensino-aprendizagem nos cursos de especialização do IEP/HSL para profissionais da saúde vinculados às regiões de saúde/sedes indicadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o CONASS e CONASEMS.

Para exercer esse papel, o facilitador precisa demonstrar respeito aos saberes dos estudantes, ética e estética, reflexão crítica sobre a prática, aceitação do novo, criticidade e capacidade para produzir e construir novos saberes, de acordo com a proposta de Freire, (1986). Cabe ao facilitador: a) promover a curiosidade, a motivação e a criticidade; b) reconhecer que o processo educacional é constante e inconcluso; c) respeitar a autonomia e subjetividade dos educandos; d) mostrar responsabilidade, tolerância e bom senso; e) integrar intenção e gesto, comprometendo-se com a educação como forma de intervenção no mundo e de transformação da realidade (Lima, et al. 2012).

#### ▪ **Participantes do Estudo**

Os sujeitos da pesquisa se constituíram de oito participantes do Curso de “Capacitação em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em facilitação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem”. Para a caracterização do perfil profissional dos sujeitos foi utilizado o formulário de perfil de ingresso (Anexo A) aplicado quando do processo seletivo para participação na capacitação. Posteriormente esse instrumento foi sistematizado e o resultado será apresentado no capítulo 6.

#### ***5.1.5 Dos momentos para construção dos dados empíricos***

##### ▪ Diferentes momentos empíricos para a construção das informações da pesquisa

Vivemos todo processo da capacitação em 2012, mas só em 2013, a partir da aprovação no comitê de ética, foi possível construir nosso referencial empírico. Assim a proposta do estudo foi apresentada as participantes do curso e em sequencia fizemos o convite à participação. Os encontros sistematizados por meio de sínteses reflexivas em diário de campo

produziram os elementos para a discussão do conhecimento empírico em processo. O diário foi utilizado compondo as discussões tendo em vista os registros pessoais da pesquisadora durante os encontros.

Considerando os aspectos legais da pesquisa, envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, e aprovado sob o protocolo/número 217.814 de 20/03/2013, no (Anexo B). O primeiro passo, depois da aprovação do projeto, foi o convite à participação no estudo e a adesão dos sujeitos, de modo voluntário, a proposta. Os participantes foram sempre informados e esclarecidos sobre os objetivos do estudo, assim como dos procedimentos de construção das informações.

Em todo processo foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), respeitando os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência com os participantes do estudo. Foi cuidadosamente respeitado o sigilo e a confidencialidade e preservadas as identidades dos participantes.

Os momentos de construção das informações contaram com: 1) Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), elaborado pelas participantes como requisito para conclusão do curso de capacitação, e que incluíam o memorial da trajetória profissional, documento em forma de narrativa que reproduz o percurso profissional dos sujeitos, quando do ingresso no curso, as expectativas com relação à participação no CPES, o questionário do perfil de ingresso. O questionário aberto autoaplicável; compôs o segundo momento para construção das informações. As impressões da pesquisadora, que participou como facilitadora do curso de capacitação, foram sistematizadas no diário de campo, manuscrito onde a pesquisadora anotou as percepções acerca dos encontros e das participantes durante a capacitação.

A pesquisa foi realizada através da análise dos memoriais da trajetória profissional, dos portfólios e dos TCCs, que também incluem o formulário do perfil profissional destes sujeitos. Com as observações foram identificados as metodologias pedagógicas utilizadas, o aporte teórico, o aproveitamento educacional dos sujeitos, e o comprometimento com as atividades propostas nos encontros. Realizamos a leitura inicial de todos os instrumentos, identificamos, as categorias e temas de cada conjunto (TCC, perfil de ingresso, questionário aberto e autoaplicável e o diário de campo). Identificamos, por núcleo de sentido, as categorias que expressaram os resultados para nossa discussão.

Para a definição e quantificação dos grupos, optou-se por alguns critérios considerados importantes para gerar as informações almejadas: (1) o local para a realização do estudo deveria estar no Projeto de Gestão da Clínica no SUS; nessa edição do projeto participaram 10 regiões de saúde sendo a (2) Região Metropolitana de Natal, onde ocorreria a capacitação sob a responsabilidade da pesquisadora (3) o participante do estudo deveria estar no grupo de capacitação. Com base nestes critérios, o curso realizado na Região Metropolitana de Natal foi o cenário de realização do estudo e as participantes da capacitação os sujeitos.

#### ▪ **Diferentes momentos empíricos para a Análise de Conteúdo**

Para a construção das análises deste estudo, utilizamos a Análise de Conteúdo (AC) baseada em Bardin (2004), visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos a expressão do conteúdo presentes nos instrumentos utilizados, os quais permitiram o diálogo com os objetivos e os questionamentos construídos para este estudo, por meio da estruturação em categorias pós-leitura e geração de temáticas.

A partir da AC proposta por Bardin (2004) e em diálogo com Minayo (2010), sem frequências de aparecimento das palavras, e sim o conjunto das evocações presentes nos documentos e da singularidade e percepções da pesquisadora com o diário de campo.

Entende-se por AC “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (Bardin, 2004, p. 44).

O caminho percorrido para Análise de Conteúdo se configurou da seguinte forma:

1) Realizou-se a leitura exaustiva dos instrumentos/documentos: Uma primeira leitura de cada documento com vistas a identificar e se familiarizar com os possíveis conteúdos.

2) Identificação de conteúdos presentes no processo de leitura, levando em consideração as palavras presentes nos textos.

3) Estruturação das Unidades de Registros – UR. Considerados como partes dos textos lidos, sem modificações mais que foram evocados pelos sujeitos na integra.

4) Categorização: Geração de Categorias para enquadramentos dos conteúdos e UR.

5) Geração de temáticas com vistas nas categorias e na problemática do estudo e as percepções da pesquisadora com o respaldo do Diário de Campo.

Para análise de conteúdo foram utilizados tais documentos: Os TCCs que incluem os memoriais da trajetória profissional, as expectativas e o formulário do perfil de ingresso dos participantes do curso CPES-2012, constituindo um corpus inicial em dezessete temas os quais foram agrupados em quatro categorias e sistematizados por núcleo de sentido, visando produzir maior integração e fluência entre os temas. Essa opção deu-se na medida em que os temas se mostraram bastante interligados, se repetindo às vezes e poderiam fragmentar a nossa construção no momento da discussão.

## CAPÍTULO 6

### DAS ANÁLISES PARA AS DISCUSSÕES

Neste momento, retomaremos e descreveremos o processo de construção das informações, análises e o encadeamento da discussão. Trabalhamos em três momentos distintos que se articularam durante as análises. O primeiro momento deu origem ao perfil dos participantes. O segundo incluiu a análise dos trabalhos de conclusão de curso que abarcaram o memorial da trajetória profissional e as expectativas das participantes para o curso, associado à observação e o diário de campo da pesquisadora. Exploramos as narrativas das participantes acerca da sua trajetória profissional, suas perspectivas com o CPES e a história do processo de formação associando com o trabalho em saúde. No terceiro momento elaboramos a análise do questionário.

Essa elaboração seguiu a seguinte sequência: depois de construído o perfil das participantes, trabalhamos com a AC em Bardin (2004), em diálogo com Minayo (2010), identificando os temas de acordo com o objetivo geral do estudo: Analisar criticamente a formação voltada para o trabalho em saúde no SUS a partir da vivência do processo de ensino-aprendizagem no CPES.

O perfil das participantes do grupo foi: oito profissionais de saúde do sexo feminino, em uma faixa etária dos 35 aos 55 anos, sendo três com graduação na saúde e cinco com graduação em ciências humanas. No que se refere ao tempo de formadas, o recorte é grande com uma variação que vai de 1990 a 2009. Sete delas têm experiência prévia no campo da gestão. No campo da atenção à saúde, os perfis são bem diversos: três delas têm experiência em cuidado individual, e quatro em cuidado coletivo, e três não têm contato com a assistência na rede de saúde. Uma das participantes tem mestrado e as outras sete têm pós-graduação lato-sensu nos campos gestão de políticas, saúde coletiva e educação. Cinco sujeitos apresentam experiência com a pesquisa e três dizem não ter experiência com a pesquisa. Cinco delas registram experiências anteriores com metodologias ativas, mas durante a capacitação, nas atividades propostas, os portfólios e TCCs constatamos que elas não conheciam a metodologia. Uma delas registrou experiência prévia em docência, com metodologias tradicionais, e cinco disseram ter experiência com educação a distância.

As 04 grandes categorias foram assim definidas: a) O processo de ensino-aprendizagem no CPES; b) Ser Facilitador; c) Percepções sobre subjetividade, grupalidade,

comunicação, e coletividade e c) Pontos-chave para a implementação do SUS a partir de processos educativos com o uso das metodologias ativas.

#### **A) O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CPES**

Nesta categoria, foram agrupados temas como: definição da abordagem metodológica ativa, percepções acerca do uso das metodologias ativas no curso de capacitação, os objetivos/finalidades das metodologias ativas, relações aprendizado e trabalho em equipe com a experiência em participar do curso de capacitação do CPES. As participantes contaram a sua trajetória no curso, apresentaram os exemplos das atividades práticas e o uso da metodologia ativa no processo de ensino-aprendizagem. Além disso, falaram das suas ansiedades, dúvidas e perguntas. Relataram que buscavam por respostas no início do curso e que elas foram sendo respondidas na medida em que vivenciávamos o curso. Os textos elaborados pelas participantes em seus TCCs explicitaram suas necessidades para compreender e manejar a metodologia ativa, refletindo também sobre a importância da aproximação entre os setores formadores e prestadores de serviço. Mostraram-se curiosas diante do novo, preocupadas em como articular tudo que estavam vivenciando no processo de aprendizagem que se caracteriza como ponto de partida para suas atividades como facilitadoras. Produziram análises sobre a mobilização de pessoas em torno de novas metodologias, registraram a experiência como desafiadora e como uma possibilidade de um pensar novo, de sair da zona de conforto. Em seus relatos, as participantes, marcaram a força que tem o trabalho humano em saúde.

As análises apontam para o envolvimento do grupo, sua iniciativa para aprendizagem e a relevância da aprendizagem autodirigida, uma das estratégias educacionais do curso. As diferentes estratégias foram descritas por cada participante de acordo com seus sentidos subjetivos.

As participantes falaram da sua vivência no curso como produtora de uma educação capaz de transformar suas práticas, agregando o individual e o institucional pela necessidade de caminhar em busca da consolidação e princípios do SUS, na compreensão de um novo olhar. Reforçaram as metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem para a educação e o trabalho em saúde como caminho potente para a transformação pessoal e coletiva.



Valores como solidariedade, criticidade, respeito e capacidade de escuta foram estimulados na vivência. Na mesma medida, a autonomia e a integração de saberes nas práticas profissionais foram destacados nas suas falas.

A curiosidade foi despertada e logo as inquietações se apresentaram. Cada componente do grupo tinha diferentes ideias e conhecimentos prévios que geravam discussões intensas.

Foi rico, interessante e motivador, observar a curiosidade e a necessidade de realizar buscas do conhecimento expressas na fala das participantes:

“Que curso é esse?”

“Que metodologias são essas?”

“Perguntas que não me deixavam, perguntas que me acompanharam ao longo do curso CEPS [...]”

“O desafio pelo novo, a inquietação e a curiosidade de buscar o conhecimento, estimulando mais e mais a minha capacidade de aprender, me fez embarcar nessa viagem. Processo enriquecedor! Pois apesar da nossa total falta de intimidade, nós tínhamos objetivos e desejos comuns, a vontade de vencer os desafios, o compromisso e a doação das experiências trazidas e a necessidade de levar novos conhecimentos”.

No decorrer das atividades, a partir dessas falas e dos elementos trazidos do diário de campo, constatamos que os vínculos afetivos foram se desenhando e ampliando-se, e os nossos papéis surgiram com grande importância na relação de ensino e aprendizagem. Essas afirmações corroboram com a ideia de Fernández quando diz que “para aprender, necessitam-se dois personagens (ensinante e aprendente) e um vínculo que se estabelece entre ambos. “[...] Não aprendemos de qualquer um, aprendemos daquele a quem outorgamos confiança e direito de ensinar” (Fernández, 1991, p. 47 e 52).

Consideramos que a concepção metodológica defendida no curso, embora diferente da predominante na maioria das escolas de formação em saúde, denota instrumental

eficaz no sentido de ajudar na construção de indivíduos que possam participar efetivamente da transformação de suas práticas.

Aqui, a prática pedagógica se apresentou com dinâmica própria, permitindo o exercício do pensamento reflexivo, capaz de integrar valores aos sujeitos, propiciando, assim, a autonomia e o andar da vida, de forma significativa. Este encontro no CPES entre facilitadora e estudantes nos convidou a observar pelo menos duas dimensões da aprendizagem viva. Uma, é a da atividade como geradora de produtos do conhecimento e a outra é a que se vincula à relação professor/estudantes no ato de aprender e suas relações com o processo ensino aprendizagem. Vale lembrar também das relações estabelecidas entre os estudantes e deles com a instituição a que pertencem, podendo se beneficiar com este conhecimento.

As seguintes **afirmações** de algumas **das participantes** corroboram com essa ideia:

“É um momento nosso, de entrega, no qual conseguimos compor as letras do nosso aprendizado individual para o tornarmos do grupo, executando juntas as melodias. E a maestrina com sua batuta regendo a nossa musicalidade.”

“[...]A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo, com isso procurando adequar novas metodologias inovadoras do processo ensino-aprendizagem, que admitam abordagens pedagógicas progressivas construídas a formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades.”

Ao trazer essas reflexões, as participantes imediatamente se remetem à utilização das metodologias ativas. Podemos citar ainda a seguinte frase que se refere ao assunto:

“A adoção de métodos inovadores, rompendo com a lógica autoritária do conhecimento, de modo a tornar o educando, sujeito da sua própria história”.

Como vimos nos capítulos introdutórios. sob a perspectiva de Mitre (2008) e Cyrino & Toralles-Pereira (2004), as metodologias ativas utilizam a problematização como

estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas.

Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, estes sujeitos poderão experimentar e exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (Freire, 1999).

Os métodos de aprendizagem ativa focalizados no presente estudo – Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) – ancoram-se na pedagogia crítica e têm em comum o fato de trabalharem intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem e valorizarem o aprender a aprender.

A reflexão sobre as situações propostas desencadeia a busca de fatores explicativos e a proposição de hipóteses e possibilidades de solução, a partir do movimento de novas buscas. Problematizar significa ser capaz de responder ao conflito que o problema traz. Os conteúdos são construídos pelo estudante, que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar.

Sobre as metodologias utilizadas no CPES, **as participantes** apresentaram seu entendimento e reflexões exemplificados assim:

“A aprendizagem baseada em problema- ABP e ou PBL (*problem based learning*), se referem a um problema ou uma situação vivida ou construída. Dentro dessa metodologia utiliza-se um elemento disparador chamado Situação Problema – SP; Narrativas reflexivas, construídas a partir da minha vivencia; Plenária; Oficina de Trabalho; Viagens; EAD (plataforma interativa de educação à distância); AAD (aprendizagem autodirigida); e, TBL (aprendizagem baseada em equipe ou *team base learning*).”

“A aprendizagem auto dirigida nos proporcionou novos conhecimentos, novas reconstruções do saber e nos permitiu desenvolver a capacidade de escuta, proposição e intervenção criando as condições para a ação-reflexão-ação, como potência para um processo de qualificação do grupo.”

“O TBL, uma das melodias ativas do curso, quando nós ficávamos visíveis e nossa maestrina não aparecia, não se manifestava (a não ser para organizar o início do processo e pactuar conosco as encomendas no final), mas seu tom permanecia ali, o tempo todo, protegendo-nos. Convenci-me de que ‘Ostra Feliz não faz pérola’ mesmo. Vejam, as valiosas pérolas encontradas nas ostras resultam da atividade de seu sistema de defesa, ativado sempre que um grão de areia entra em contato com sua carne, provocando incômodo e dor. A ostra libera sobre o grão uma substância lisa, brilhante e redonda e nasce a pérola. Toda essa compreensão foi sendo, paulatinamente, trabalhada e nós, crescendo.”

“O TBL estimulou nos trabalhos de grupo o pensamento crítico, estudo de caso, a discussão, o consenso, a troca de conhecimento e proporcionaram o desenvolvimento de pesquisas e conseqüentemente ampliação de novos saberes [...].”

“A aprendizagem autodirigida (AAD) nos remete às buscas. É um momento nosso, de entrega, no qual conseguimos compor as letras do nosso aprendizado individual para o tornarmos do grupo, executando juntas as melodias. E a maestrina com sua batuta regendo a nossa musicalidade.”

A partir dessas afirmar que a metodologia da problematização busca mediar a concepção histórico crítica da educação. O trabalho pedagógico se inspira no materialismo histórico dialético e encontra fundamentos principalmente na filosofia da práxis e na pedagogia libertadora problematizadora de Paulo Freire. O eixo básico de orientação de todo o processo, se refere à ação-reflexão-ação transformadora.

Nessa ótica, o conhecimento é construído pelo movimento de agir sobre a realidade, uma vez que no plano do pensamento esta é refeita pela reflexão, a qual orienta o sujeito em sua transformação por meio da práxis. A inserção crítica na realidade confere significado à aprendizagem.

Podemos dizer então, que de acordo com os pressupostos da educação permanente em saúde “A metodologia ativa apresenta as características de ser descentralizadora ascendente e transdisciplinar, com potencial para propiciar a democratização institucional” (Brasil, 2005, p. 10).

Essas ideias são reafirmadas no entendimento de uma das participantes:

“O indivíduo é estimulado a aprender por si próprio; a mobilizar o conhecimento prévio para construir o novo; a desenvolver habilidades de busca ativa de informações; a selecionar os recursos educacionais e as informações de forma crítica; a superação de desafios; a ser responsável por suas ações; a transformar e transformar-se; e, principalmente, a aprender a aprender.”

## **B) SER FACILITADOR**

Articulamos, nesta categoria, as características e os desafios de ser facilitador com a utilização das metodologias ativas, a luz de projetos educativos que privilegiem os encontros, as trocas afetivas entre os sujeitos e sua cultura (Reis, 2011).

Como dito anteriormente a fragmentação do saber, em especial no campo da saúde, concretizou-se à medida das subdivisões da universidade em centros, núcleos e departamentos, e dos cursos em períodos ou séries e em disciplinas estanques.

Nesse sentido, o processo ensino-aprendizagem, igualmente contaminado, tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos e ao discente resta a repetição e o armazenamento desses, sem a necessária crítica e reflexão.

A passagem dessa consciência ingênua para uma consciência crítica com um sujeito ativo requer a curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita, que reconhece a realidade como possibilidade transformadora (Mitre et al., 2008).

Freire (2006, p. 80) nos ensina que "a prática educativa bancária implica em uma espécie de anestesia, inibindo o poder criador dos educandos, a educação desvelamento da realidade. A primeira pretende manter a imersão; a segunda, pelo contrário, busca a emersão das consciências, de que resulte sua inserção crítica na realidade[...] quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio... a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isto, cada vez mais desalienada".

Na direção da fala de Paulo Freire, emerge a ideia da garantia de criatividade e expressão do educando, por meio do apoio firme e constante pode possibilitar o desenvolvimento das capacidades requeridas no processo educativo em questão. A amorosidade é uma chave para a expansão do conhecimento.

Essa imagem é reafirmada na **fala de um das participantes**:

“[...] É necessário o rompimento com o tradicional autoritário, atenta para um olhar novo de forma desafiador articulando teoria e prática, em comparação com as notas melódicas, que possibilita o efetivo papel transformador”.

O papel do facilitador no processo ensino-aprendizagem, na criação dos vínculos afetivos que se formam a partir da relação professor/aluno, onde se destaca o respeito ao conhecimento do outro, onde o professor, facilitador do processo orienta e aprende com o aluno.

O vínculo afetivo, envolto de confiança recíproca, na dupla que empreende uma ação educativa, é decisivo para a construção do conhecimento. O desenvolvimento do aprendizado está intimamente ligado ao investimento afetivo das relações. O vínculo aqui aparece como concepção central para fomentar e assegurar as relações nas diferentes dimensões: entre facilitadores e estudantes e instituições. “O conjunto das relações sociais dos processos educativos é permeado por desafios de toda ordem” (Reis, 2011, p.132), e é no vínculo, na amorosidade como a emoção que constitui o domínio de condutas em que se dá a operacionalidade da aceitação do outro como legítimo outro na convivência. Acolher, escutar, compartilhar se constituem com elementos para enfrentar os desafios.

Em outra fala que emergiu nas análises, a participante reitera a nossa compreensão.

“[...] Aposto na concepção fundamentada na aprendizagem significativa, onde o professor não detentor do conhecimento, passa a ser mediador, facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular os alunos a construir o conhecimento, valorizando o seu conhecimento prévio e que realizem trabalhos na busca de solução de problemas reais, extraídos do contexto de sua área profissional.”

Em se tratando da aprendizagem de adultos, é fundamental reconhecer que os trabalhos em grupos onde se estabelecem vínculos constroem grupalidade (docente-discente, discente-discente), e quando orientado para o encontro de diferentes perspectivas e pontos de vista individuais em um campo de confiança, respeito e solidariedade tende a estimular a curiosidade e a motivação intrínseca dos estudantes a respeito do tema abordado (Rodrigues, 2013). Esses fatores combinados favorecem o aumento do tempo dedicado ao estudo e, de melhores resultados no processo.

Conforme Reis (2011) o ser humano produz o mundo em que vive, ele pode criar, planejar e transformar essas possibilidades nos exige um olhar de respeito à autonomia e à dignidade de cada sujeito, como alicerce para uma educação que leva em consideração o indivíduo como um ser que constrói a sua própria história. Esse respeito se expressa no âmago de uma relação dialética na qual os atores envolvidos - docente e discente - se reconhecem mutuamente, de modo a não haver docência sem discência, na medida em que as duas se explicam, e seus sujeitos, apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto um do outro.

Percebemos que as participantes evocaram a construção do papel de facilitador na trajetória do CPES quando afirmam que:

“Trata-se de aprender a usar o que se aprende, de buscar um novo com vista no humor, exercitando a escuta e o olhar com e para o grupo nas relações individuais e sociais, percebendo a todos”.

“Ser flexível, saber lidar com o imprevisível, transformadores, escuta, gerador de perguntas, desafios, para o efetivo sentido da problematização.”

“As relações individuais, grupais, sociais no trabalho e no processo de ensino aprendizagem é vista como singular e ao mesmo tempo coletiva levando em consideração as diversidades de cada sujeito.”

“A dinâmica do curso nos permitiu este entrelaçamento - encontro de almas - um habitar momentâneo nas histórias de vida, umas das outras, sendo orientadas ao respeito por esse universo de sentimentos tão singulares.”

A partir das análises de todo material utilizado na pesquisa, percebemos a implicação das participantes com o processo de aprendizagem do curso. Elas se apropriavam cotidianamente do papel de ser facilitador, e as **seguintes falas podem confirmar essa percepção:**

“Minha conclusão é de que estávamos fazendo a gestão do processo, desenvolvendo nossa capacidade crítica e autonomia. Fomos lembradas dos nossos Encontros Presenciais, quando teremos que gerenciar as questões administrativas e os incidentes críticos que abrem caminho para novas reflexões e proposições.”

“No entanto, não posso deixar de evidenciar que a metodologia utilizada, que deve ser usada futuramente como facilitadora, não se constituiu uma tarefa fácil”.

“[...] Destaco, nesse sentido, a versatilidade da facilitadora em ser flexível, ao lidar com o imprevisível e o desconforto, sem perder a condução do grupo, mas, ao mesmo tempo não deixar de problematizar aquela situação, pondo em análise o sentido daquela ausência de estrutura e logística.”

A escuta é uma chave, um princípio gerador de espaços de acolhimento, confiança e afetividade. Segundo Freire (2006), o bom professor é aquele que enquanto fala, leva o estudante às profundezas do seu pensamento. Sua aula é um desafio, uma aventura, um espanto.

Nesta perspectiva, considerando o meu papel de facilitadora, deparei-me com sentimentos e emoções em relação aos membros do grupo alguns positivos e outros negativos. De acordo com Arantes (2002) expressar e controlar os próprios sentimentos talvez seja um dos aspectos mais difíceis na resolução de conflitos.

Por outro lado, a educação na afetividade pode levar as pessoas a se conhecerem e a compreenderem melhor suas próprias emoções e as das pessoas com quem interagem no dia a dia, ou seja de desenvolver uma postura analítica perante sentimentos e valores.

Quando nos remetemos ao processo ensino-aprendizagem, no que se refere à autonomia dos estudantes, e o nosso papel de facilitadores reporto-me a Morin (1990, p. 142) quando destaca que [...] “uma sociedade é produzida pelas interações entre indivíduos para o



coproduzir na qualidade de humanos, o que eles não seriam se não dispusessem de educação e cultura”, ou seja, a autonomia do indivíduo-sujeito-vivo se inscreve na sociedade, na cultura, linguagem e porque não dizer no território. Seria então importante repensar o conceito de autonomia para além do contrário de dependência, mas sim em um contexto amplo complexo e de relação com o universo; autonomia sim, com interdependência intrínseca o que significa pensar conjuntamente o certo e o incerto, o lógico e o contraditório e inclusão do observador e o observado. Mais uma vez um encontro entre o facilitador e o especializando e todo o contexto de aprendizagem.

Ao facilitador deve ser afirmado que a construção do conhecimento é um processo dinâmico em que o conhecimento anterior é a base para o conhecimento presente e assim sucessivamente, e que é um processo centrado na ação do próprio estudante, a partir do nosso apoio, as relações e estratégias pedagógicas que estabelecemos e o significado da avaliação.

Pois, se o processo ensino aprendizagem acontece na relação com o outro, é necessário incluir nessa relação confiança, respeito mútuo, escuta viva, reconhecimento das necessidades, expressão de alegrias e tristezas.

As participantes expressam essa ideia em suas narrativas:

“Sendo assim, o perfil do facilitador neste modelo, consiste em mediar as associações livres que irão integrar o processo de ensino aprendizagem, sendo necessário a supressão dos estereótipos defensivos. Desta forma, o facilitador deverá ter capacidade de escuta, tornando-se um gerador de perguntas e questões fundamentais para a problematização, a fim de produzir e construir novos saberes.”

“Passar pela dinâmica de ser o facilitador me trouxe uma visão do real papel que devo exercer e como devo proceder em determinadas situações, como por exemplo, ter uma atenção fluante nas discussões do grupo, ou seja, tentar perceber a todos, pois o silêncio muitas vezes fala mais que mil palavras, não expor juízo de valor (pré-conceito), incluir pelo olhar, imprimir suavidade, refazer pactos.”

“[...] Onde como facilitadora exercitamos o nosso ouvir e as discussões entre os colegas fluem com muita riqueza e troca de informações, buscando a construção de novos saberes associando sempre ao nosso conhecimento prévio”.

Desta forma uma das competências elencadas para o facilitador é o de trabalhar com grupo O que é um grupo? Um conjunto de pessoas constitui um grupo. Um grupo não é mero somatório de indivíduos, ele se constitui como nova entidade a partir dos conhecimentos adquiridos.

Segundo Mizukami, (1986) as qualidades do facilitador podem ser sintetizadas em autenticidade, compreensão da conduta do outro a partir do referencial desse outro e o apreço, aceitação e confiança em relação ao aluno.

Todos nós passamos a maior parte do tempo de nossas vidas convivendo e interagindo com distintos grupos, estabelecendo relações interpessoais. Segundo as relações interpessoais são laços ou redes de laços que ligam e interligam as ações das pessoas entre si (Zimmerman, 1997).

O mesmo autor afirma que para que isto ocorra tem existir reciprocidade e dialeticidade. A reciprocidade significa que as relações interpessoais terão de funcionar nos dois sentidos e ser incondicionalmente positivas, ou seja, duas ou mais pessoas têm que estabelecer uma relação dialógica. Já dialeticidade decorre do anterior, ou seja, as relações interpessoais são recíprocas e dialéticas – deverão integrar-se, positiva e incondicionalmente, sem se fundirem, reduzirem ou anularem / entregar-se por inteiro sem comprometerem em nada a unidade e a unicidade de si mesmo. (Zimmerman, 1997).

**As participantes aproximaram-se dessas ideias** conforme podemos verificar nos seguintes registros:

“O facilitador tem a função de propiciar os meios agir como um catalisador e intermediário do processo de reconhecimento da realidade por parte do grupo”. E recomenda: Para isso, ele deve fluir com o grupo, não se impondo à realidade, para não comprometer o livre curso das construções [...].”

“É um processo novo, e como tudo novo é desafiador, é buscar o conhecimento, é pensar e questionar requer responsabilidade e comprometimento, capaz de intervir e construir o próprio pensamento exige habilidade comunicativa, estimula a refletir, expressar suas ideias, suas experiências, ouvir e dialogar, respeitar as opiniões diferentes, com isso permitindo formular ideias com as próprias palavras.”

Um dos grandes desafios na formação de docentes, professores, facilitadores é favorecer a formação de consciência de sua condição de sujeitos, trabalhar a dimensão das relações sociais intersubjetivas de cooperação, solidariedade e que afetem e façam sentido a todos envolvidos na relação/processo ensino aprendizagem.

Com base nessa reflexão acerca do conhecimento e sobre os fatores que contribuem no processo de aprendizagem, é possível constatar o trabalho de inclusão, o exercício de escuta e o afeto que se deu nessa trajetória de um grupo que aprendeu, produziu articulações e projetos em torno da proposta comum.

Para Mitre et al (2008, p. 2137), um facilitador do processo ensino-aprendizagem deve ter uma nova postura, “mostrar disposição para respeitar, escutar com empatia e acreditar na capacidade potencial do discente para desenvolver e aprender, se lhe for permitido um ambiente de liberdade e apoio.”.

Os autores mencionados transmitem a ideia de que o processo de aprendizagem flui na medida em que a interação entre o facilitador e o discente possibilitando a construção de um ambiente afetivo e coordenado que conduza ao desenvolvimento de novas habilidades.

O professor/educador deve ser um reconstrutor do conhecimento, um pesquisador, não só sob o ponto de vista da ciência e da tecnologia, mas também da humanização na educação. Este precisa cuidar da aprendizagem do aluno e da formação crítica e criativa de um cidadão (Mitre et al., 2008).

No campo dos processos de facilitação educacionais faz parte do papel do docente, em especial, aprender a todo o momento gerenciar vários espaços e a integrá-los de forma aberta, equilibrada e inovadora. Nesse movimento evoco Vygotski (2008) que em seus estudos sobre processos de desenvolvimento-aprendizado, procura relacioná-los ao contexto social e histórico vividos pelas pessoas e Bakhtin (1992, p.56), quando afirma que “[...] A

compreensão de uma fala viva, de um enunciado vivo é sempre acompanhada de uma atitude responsiva viva; toda compreensão é preenchida de resposta e, de uma forma ou de outra, forçosamente a produz: o ouvinte torna-se o locutor”. Ou seja, quando ouvimos, sentimos e elaboramos somos potencializados a responder empaticamente e transformar os modos de fazer e de pensar.

No centro do interesse dessa perspectiva está o encontro entre o facilitador, o estudante e a interação produzida e produtora em um contexto situacional, terá mesmo que indiretamente, a construção de conhecimento. Há uma história de significados pré-existentes (conhecimentos prévios), que dão origem e permeiam as trocas comunicativas a construção de novos significados.

### **C) PERCEPÇÕES SOBRE SUBJETIVIDADE, GRUPALIDADE, COMUNICAÇÃO E DIVERSIDADE**

Nessas categorias as temáticas giraram em torno das percepções sobre a subjetividade e o trabalho em grupo relacionando o aprendizado com o processo de trabalho. Alguns dos temas que surgiram foram surpreendentes como, por exemplo, a comunicação e a diversidade.

A comunicação é percebida como instrumento vital no processo de cuidar, no estabelecimento das relações no trabalho, no qual os significados deverão ser buscados pelo diálogo e a interação entre os sujeitos.

Essa temática apareceu nas **narrativas de algumas das facilitadoras** e assim apresentada:

“Cada ação de comunicação tem uma característica motivadora, já que procura estimular o uso e a transmissão de informações de forma a proporcionar melhorias no trabalho. O sujeito como ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir”.

“Como a comunicação favorece os processos de trabalho em Saúde? comunicação implica em diferentes graus de sinergia entre indivíduos.”

Segundo Freire (2006) a comunicação/diálogo ocorre entre aqueles atores sociais que não renegam uns aos outros o direito a suas próprias palavras, pensamentos e decisões.

O agir comunicativo e o agir instrumental/estratégico. Como fazer este balanceamento entre a utilização das ferramentas do trabalho cotidiano e utilização do conhecimento técnico científico?

Citando o sociólogo e filósofo, Jürgen Habermas (1989), e sua teoria da comunicação como uma teoria crítica da sociedade, de modo que a ação comunicativa entre os interlocutores sociais é analisada segundo suas relações. No interior dessa teoria crítica, o conceito agir comunicativo corresponde às ações orientadas para o entendimento mútuo, em que o ator social inicia o processo circular da comunicação.

A relação estabelecida entre os atores sociais que interagem durante um cuidado em saúde e seus respectivos compromissos sociais deve ser exercida dentro de um agir comunicativo; esse segundo Habermas (1989) é um processo circular no qual um ator social é simultaneamente iniciador e produto do seu agir.

**As participantes fizeram conexões** com esses conceitos e elaboraram as questões a seguir:

“Neste momento do curso podemos perceber que o nível de evolução e articulação entre as participantes do grupo se acentuou.”

“O cuidado de si, primeiro apresenta-se como uma atitude, um modo de estar no mundo, de refletir sobre as coisas, de estabelecer relações consigo, com os outros e com o mundo.”

“Também é uma forma de olhar, de conduzir o olhar para si mesmo de maneira a estar atento ao que se passa no próprio pensamento, a conhecer-se. Além disso, implicam ações, ações para consigo, de forma a modificar-se, a transformar-se.”

“[...] Parece ser necessária, além do entendimento, uma prática ética de cuidado de si e do outro, um trabalho sobre si, que se constitui como uma atitude, uma forma de olhar atenta sobre si e sobre o mundo”.

“[...] Durante a discussão percebemos no grupo uma ânsia por compartilhar e expandir os benefícios individuais e coletivos trazidos pelo curso”.

“A impressão era que não chegaríamos a lugar nenhum, contudo quando parei para analisar o encontro notei o quanto me foi agregado conhecimento sobre metodologias ativas de ensino-aprendizagem, sobre o SUS, sobre humanização, sobre facilitação e principalmente sobre grupalidade, pois a vivenciávamos a todo instante do encontro, com troca de experiências tanto pessoais quanto profissionais. “

“Foi incluída a subjetividade de muitos de nós em diversos momentos de expressiva emoção, a coletividade deste Grupo em seus tensionamentos logísticos, bem como a diversidade dos nossos saberes.”

Assim pela diversidade individual e pela potencialidade que esta pode oferecer à produção de conhecimento e, por conseguinte ao processo de ensino e aprendizagem, pode-se entender que há necessidade de estabelecer vínculos significativos entre as experiências de vida dos alunos, os conteúdos oferecidos pela proposta educativa e as exigências da sociedade.

No que se refere a grupalidade, ela diz respeito à organicidade de um grupo, ou seja, só tem sentido se tivermos os mesmos ideais e concepções em prol de um bem comum. Pode haver discrepâncias de opiniões, tornando enriquecedora a discussão, no entanto a coletividade tem que prevalecer. Às vezes temos um grupo formado, mas não temos a grupalidades.

Era preciso ter o desejo de estar com outro; aprender na construção, provocar sem dar respostas, vibrar naquilo que nos propomos a fazer; ter encantamento; gostar de gente, ter clareza que a metodologia pressupõe um constante aprender, avaliar sempre e dar feedback.

Era preciso ter a clareza que o aprendizado se dá de modo mais amplo, acontece por meio das relações do sujeito com o meio, com a sociedade e a cultura, relaciona-se com os indivíduos, suas possibilidades de poder afetar e de ser afetado (Pelbart, 1999).

Ou seja, o sujeito capaz de atuar no processo em que aprende e de ser parte ativa dos processos de subjetivação associados com sua vida cotidiana González Rey (2003).

Martins (2003) nos apoia a questionar os termos que falam em grupo ou dinâmica de grupo e propõe utilizar processo grupal para ressaltar o caráter histórico e relacional da experiência de grupo, expressando as contradições de uma dimensão relativa aos seus membros e outra dimensão mais estrutural.

Nesse processo, o autor cita Martin-Baró (1989), coloca que devem ser levados em consideração os aspectos pessoais, as características grupais, a vivência subjetiva e a realidade objetiva e finalmente, o caráter histórico do grupo.

O diálogo com os conceitos desses autores aparece na **fala de uma das participantes:**

“Este método nos leva a “ver” o outro, a conhecer e perceber sua importância para a condução dos trabalhos [...] a promover o trabalho em grupo”.

#### **D) PONTOS-CHAVE PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS A PARTIR DE PROCESSOS EDUCATIVOS COM O USO DAS METODOLOGIAS ATIVAS.**

Esta categoria articulou temas relacionados ao processo de implementação do SUS em convergência com seus princípios e a integração ensino e serviço e as Metodologias Ativas. A maior incidência das falas dessa categoria foi encontrada na análise das expectativas das participantes quando do início do curso. Entre essas expectativas destacamos:

“Somar conhecimento prático e teórico na área da gestão, em defesa da vida individual e coletiva.”

“Aplicar os conhecimento adquiridos na capacitação, desenvolver e como contribuir para a consolidação do SUS”...

“Corresponder às expectativas em mim depositadas, mas crescer cada vez mais.”

“Consolidar um núcleo de educação permanente em saúde para o hospital no qual atuo”.

“Contribuir para melhoria do SUS, ampliação do SUS, realização profissional e conquistas de mais amizades”.

“Construir um novo olhar através de esforços continuados nas representações de múltiplos papéis dos sujeitos”.

No conjunto das expectativas foi dada a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. E as expectativas foram se configurando em realidade durante a nossa trajetória no CPES, conforme a fala das participantes.

Como já mencionado anteriormente na área de saúde, são frequentes os questionamentos sobre o perfil do profissional formado, principalmente, com a preocupação relativa à tendência à especialização precoce e ao ensino marcado, ao longo dos anos, por parâmetros curriculares baseados no relatório Flexner.

A ênfase na sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos de curso, a organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade, a valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa, individualizada e unicausal da doença produziram um ensino dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente.

A proposta de formação para o trabalho em saúde deve priorizar a reflexão e transformação das práticas profissionais assim como da organização do trabalho, estruturando-se a partir da construção de práticas reflexivas do processo de trabalho, sua capacidade de incluir na escuta e análise, para produção do cuidado, às dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Assim, propor a formação de profissionais capazes de desenvolver uma nova prática frente aos problemas pertinentes ao seu campo de atuação implica em conhecer a



realidade e o perfil desejado, ter ofertas de um projeto político pedagógico com estratégias educacionais que favoreçam o desenvolvimento de novos modos de fazer e de pensar.

As **participantes em suas narrativas** refletem sobre algumas hipóteses sobre a formação em saúde para o SUS:

“Faltam docentes capacitados e articulação entre as ofertas e as políticas voltadas para o processo de formação permanente, não referindo apenas os textos das portarias, mais aos sentidos filosóficos de geração de transformação, produção de subjetividades, corresponsabilidades nas trocas e relações entre o trabalho o ensino na perspectiva de troca de experiências de ensino-aprendizagem em consonância com os princípios do SUS.”

“Adotam-se, então, novas formas de ensino-aprendizagem e de organização curricular na perspectiva de integrar teoria/prática, ensino/serviço, as disciplinas e as diferentes profissões da área da saúde, além de buscar desenvolver a capacidade de reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações originais e criativas capazes de transformar a realidade social.”

A capacidade de produzir esta transformação, portanto, dependeu da possibilidade de criar "massa crítica", bem como do envolvimento e "governabilidade" dos sujeitos envolvidos nas relações de ensino-aprendizagem. O trabalho foi desenvolvendo a capacidade de escuta, proposição e intervenção criando as condições para a ação-reflexão-ação, como potencia para um processo de qualificação do grupo.

A metodologia durante o processo de capacitação foi estruturante para a construção de novas posturas e novas praticas profissionais a partir das relações que se estabeleceram entre as estudantes de diferentes carreiras e inserções nos serviços e gestão, produzindo competências e habilidades para integrar as dimensões do individual e do coletivo no cuidado e na gestão em saúde.

A utilização desta metodologia permitiu leitura e intervenção rápidas sobre a realidade; favorecem a interação entre os diversos atores, pois pressupõem a participação e vivência coletiva; favorecem a construção coletiva do conhecimento e a valorização de todos os saberes por que o conhecimento da realidade não é de domínio exclusivo de nenhum dos

participantes; estimulam a criatividade na construção de soluções; propiciam a liberdade no processo de pensar e de agir (Bordenave & Pereira, 1993; Freire, 2006).

Em Freire (2006), a ação de problematizar enfatiza a *práxis*, na qual o sujeito busca soluções para a realidade em que vive e o torna capaz de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Nessa ação, ele detecta novos problemas num processo ininterrupto de buscas e transformações.

Assim a reflexão, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas são a base para a reconstrução de novos caminhos, na busca pelo encontro entre corpo e mente, teoria e prática, ensino e aprendizagem, competência e afetividade.

**As participantes exploraram** estas questões em suas narrativas e nos mostram seu olhar sobre o tema:

“Neste sentido, o grande aprendizado para mim foi que por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida é possível promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de problemas.”

“O uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, desafios e aprendizados, reconhecimento da complexidade do desafio posto pelas metodologias pedagógicas e a complexidade do SUS. Integração ensino e trabalho é vista como algo inovador, necessário para o SUS.”

“Vivenciamos no processo de escuta, planejamento, diagnóstico e ações com vista à integralidade das práticas pelo uso de metodologia ativa”.

“Oportuniza um processo de reconstrução do SUS, preenchimento de lacunas teórico-prática para o fortalecimento e consolidação pública de saúde”.

[...] “Que significa um ganho para a saúde e para a população usuária dos serviços. E estar qualificada para poder intervir com esta realidade”.

“Reconhece uma relação complexa entre os determinantes de saúde e os processos de reconstrução e desconstrução nas relações entre os sujeitos no trabalho, política, cultura, economia e nas relações com o mundo.”

“As metodologias ativas, às quais batizei de melodias para compor o trabalho, tornaram-se o nosso hino de guerra para sacudir os profissionais do SUS. Uma das principais abordagens adotadas se baseia no método de educação para adultos do educador. Para Paulo Freire “É na realidade mediatizadora, na consciência que dela tenhamos, educadores e povo, que iremos buscar o conteúdo programático da educação.”

“Para nós, trabalhadoras do SUS, o Curso de Capacitação em Processos Educacionais na Saúde do IEP/HSL veio como a alvorada, mas desconcertou nossas vidas para depois nos desprender dos labirintos dos nossos processos de trabalho e de gestão, ainda muito desarticulados e frágeis.”

As metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito na invocação de Paulo Freire. A educação contemporânea deve pressupor um discente capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação. Se a autonomia pode ser buscada, sob um ponto de vista histórico-conceitual, entre as tradições helênica e cristã, será com o advento da modernidade que o indivíduo, se constituirá como eu pessoal capaz de conhecer o mundo (sujeito epistêmico) e de agir autonomamente no âmbito da ética (sujeito moral), erigindo os valores que nortearão o julgamento e a práxis em sua vida social.

A utilização desses métodos tem permitido uma maior articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, por possibilitar uma leitura e intervenção consistente sobre a realidade, além de valorizar todos os atores no processo de construção coletiva e seus diferentes conhecimentos e promover a liberdade no processo de pensar e no trabalho em equipe.

O ensino com essa proposta metodológica se fundamenta na pedagogia libertadora de Paulo Freire, nos princípios do materialismo histórico-dialético. Essa concepção pedagógica baseia-se no aumento da capacidade do discente em participar como agente de transformação social.

As participantes apontam como importante, minimizar as relações de verticalidade e criar condições para reduzir a resistência à mudança por parte dos profissionais em serviço, destacando em suas falas:

“A resistência profissional nos serviços as mudanças implicadas pelo modelo tradicional de relações de verticalidade que desconhecem as questões essenciais dos processos de trabalho.”

“O fazer profissional de um servidor da saúde na atualidade é permeado por diversos desafios.”

Esta afirmativa tem como ponto de partida a prática diária, no fazer cotidiano. E é este cotidiano que nos deparamos com limites e entraves. Por outro lado, temos a possibilidade de responder às demandas reais dos usuários, sejam estas mediatas ou imediatas. Considerando o reaprender no cotidiano profissional e observando que a aprendizagem não é um fim em si mesma, mas um ponto de partida, onde possamos assumir, todos os dias, o compromisso de aprender a aprender. Além disso, construir um espaço democrático de escuta e encaminhamentos para as discussões surgidas, propor e promover ações que possam colaborar com as relações entre profissionais da saúde, usuários e instituições.

As afirmações a seguir reforçam que o resultado do processo formativo converge para o entendimento de que só há um modo de melhorar processos de trabalho: investir na melhoria dos processos de gestão e organização dos serviços, com vistas à qualificação profissional e criação de espaços de cogestão e corresponsabilização na produção do cuidado em saúde, tendo na gênese da mudança, a educação permanente e a humanização.

“Somos novas e melhores pessoas. Nossas vozes são nossas impressões digitais que gritam alto nossa vontade de contribuir para despertar as novas e melhores pessoas que trabalham dando vida ao SUS.”

“A partir da corresponsabilização que passa essencialmente, pela produção do trabalho no SUS como produção de Si, ou seja, como processos de subjetivação onde o trabalho ressignificado, é também produção de vida e produção de mundo.”

“O tema “Integralidade” fez formigar em nós o anseio de construí-la, para que deixasse de ser apenas um princípio doutrinário do SUS e passasse a uma realidade palpável na gestão e produção do cuidado em saúde.”.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2006) orienta que a aprendizagem acontece também no trabalho, com o aprender e o ensinar incorporados no cotidiano das organizações e ao trabalho. Neste sentido, percebe-se que os processos de trabalho em saúde, visam incorporar posturas e práticas nas ações e gestão das unidades de saúde, garantindo o acesso humanizado, uma escuta qualificada e ações de corroborem para uma melhor eficiência e resolutividade das ações de promoção à saúde. Portanto, se pensarmos nos encontros entre profissionais de diferentes áreas, e entre profissionais e usuários, conhecer mais o processo de comunicação pode ser sim um fator importante para que se construam processos mais participativos e empoderantes.

## CAPÍTULO 7

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estado e sociedade brasileira, há 25 anos, construíram um ideário para a organização de um sistema de saúde arrojado e inovador, com princípios que apontavam para o acesso universal, a equidade, o cuidado integral e a participação popular. O Estado fez um investimento político para ter um sistema universal de saúde, um sistema público para garantir e responder as necessidades de saúde da sua população, mas ao mesmo tempo e apesar de todos os esforços, ainda não conseguiu avançar suficientemente na construção dos caminhos que viabilizassem a sustentabilidade do sistema.

A sociedade mudou, as necessidades cresceram e é premente a necessidade de ir além de garantir mais recursos financeiros, apesar desses serem imprescindíveis. Precisamos investir na politização do debate à saúde, construir e fortalecer políticas e projetos de formação e de valorização dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS aliadas à importância estratégica do controle social nas três esferas de governo. Qualificar os gestores da saúde, instalar processos de formação para esses gestores, se debruçar na construção, nos pactos e validar modelos de gestão que tenham mais transparência, qualificação e co-responsabilização dos entes públicos e privados, são alguns dos avanços necessários para dialogar com a sociedade brasileira atual, com toda sua diversidade cultural, étnica, e religiosa, entre outras. Qualificar os profissionais e gestores dos serviços de saúde, oportunizando que tenham acesso aos novos conhecimentos e aos fundamentos que alicerçam os sistemas de serviços de saúde são requisitos essenciais para a racionalização e a otimização – de tempo, de esforços, de recursos – além de possibilitar a implementação de novas práticas que primem por excelência das ações em saúde. Complexo, o setor saúde se organiza no centro de uma diversidade de forças e fatores que atuam sobre seus vários componentes, em uma rede de múltiplas relações que terminam por imprimir à condução do sistema uma complexidade singular.

É estruturante construir e defender uma agenda de saúde e educação como direito humano e de cidadania, ampliando o diálogo com a sociedade, são elementos fundamentais para esse projeto.

Esses projetos geram necessidades de aprendizagem, mas o fato de essas necessidades existirem não garantem, por si só, a aprendizagem. É preciso que os trabalhadores, as instituições de ensino e os estudantes se apropriem dos novos e diversos temas; e, para isso, a

intervenção das instituições de ensino e serviços de saúde, articuladas às políticas públicas são os vetores que nos possibilitam realizar essas mudanças. Nesses espaços o sujeito professor é o facilitador que a partir das atividades propostas, vive com os estudantes as dimensões do saber fazer que nos fala das práticas, técnicas adquiridas formalmente em cursos e treinamentos e/ou por meio da experiência profissional; do saber ser que inclui a produção de sentido e subjetividade, a capacidade de iniciativa, a comunicação, a disponibilidade para a inovação e mudança, assim como a assimilação de novos valores e do saber agir que se apresenta no saber trabalhar em equipe, ser capaz de resolver problemas e realizar trabalhos novos, diversificados.

Este estudo revelou um contexto profícuo para mudanças e inovações nos processos de ensino aprendizagem para profissionais que atuam no SUS. É evidente a necessidade de reformulação do atual processo de formação dos profissionais de saúde, na perspectiva da educação permanente para qualificação de ações e serviços do Sistema Único de Saúde. O trabalho em saúde no cotidiano dos territórios de vida das pessoas e comunidades requer um para além das ofertas de diagnóstico e terapêutica, pois se deparam como problemas que engendram a realidade vivida. É desejável que a formação seja planejada e executada fora da lógica formal dos treinamentos realizados e que seja permeável á inovações, e propostas educacionais que privilegiem metodologias ativas de ensino aprendizagem. O estudante e ou o profissional de saúde deve ser inserido como sujeito, autor e coautor, das ações em saúde em seu território, na perspectiva da educação permanente (EP). Para eles a EP é estruturante para constituição de equipes, para lidar com a diversidade, exercitar a criatividade e construir alternativas para desenvolver suas atividades.

No percurso da capacitação (CPES) vivenciamos processos de produção de sujeitos e de subjetividade no âmbito do trabalho em saúde; produzimos caminhos e ampliamos nossas capacidades para repensar e ressignificar a importância do trabalho cotidiano no SUS.

Nesse sentido, entendemos que para formar profissionais a partir de uma perspectiva ampliada de saúde nos exige aprender sobre os territórios de vida, a valorização da ação educativa, das questões histórico-culturais visando uma aprendizagem que faça sentido para os sujeitos envolvidos na proposta. Nesse tipo de oferta educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais.

O nosso encontro trouxe o professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem com o papel de estimular o estudante e se manter estimulado; ter postura ativa, crítica e reflexiva durante a trajetória de construção do conhecimento. Portanto, entendemos os

temas trabalhados devem ter potencial significativo e relevância para a prática profissional e, ao mesmo tempo responder a um sentido, tendo em vista seus conhecimentos prévios e suas possibilidades de aplicação. Ter conexão e implicação com o ideário do SUS e o compromisso social com a população também são fundantes nessa proposta.

Para produzir as atualizações de conhecimento e desenvolver possíveis tecnologias de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde, foi importante estabelecer vínculos, fazer escutas, acolher e inserir as necessidades do cotidiano de trabalho. Isto nos possibilitou ultrapassar as dificuldades, olhando para os problemas e elaborando análises críticas sobre a realidade. Inclui-se aqui, que estes movimentos devem estar permanentemente sob avaliação pelos sujeitos do processo.

O caminho se deu de modo rico, potente e constitutivo. Ouvir mais, ajustar rumos, nos liberar das certezas que moravam no império da razão, foi um exercício constante. Viver e conhecer, entender esta relação como mecanismo vital, deixa-se afetar pelo amor como fundamento da aceitação do outro, como possibilidade de encontro que gera interações contínuas e recorrentes, como espaço de convivência fundante para a produção de sujeitos e de subjetividades.

O aprofundamento do estudo pode ampliar a compreensão a respeito das diferentes dimensões do trabalho em saúde com vistas a subsidiar a implementação de programas de formação para os trabalhadores de saúde, propostos pelos gestores do SUS.

### **Compartilhando fragilidades e potências**

As fragilidades nos processos de ensino aprendizagem se referem à baixa capacidade de resposta das instituições em ofertar propostas de educação permanente que respondam as necessidades dos profissionais, vis a vis seu cotidiano de trabalho, os serviços, há carência de espaços físicos para o desenvolvimento das propostas, se considerarmos a necessidade de uma ambiência adequada para encontros de EP. A capacitação dos docentes se apresenta bastante limitada em suas ofertas e quando existem, esses tem que lidar com o peso das estruturas formais da educação, que por vezes dificultam os projetos em curso. Importante também registrar como dificuldade, a liberação dos profissionais para dedicarem-se às atividades e ou momentos de Educação Permanente.



Como potencia a proposta de educação permanente, ancorada em metodologias ativas de ensino aprendizagem se mostra promotora de mudanças, de maior realização pessoal e profissional e de fortalecimento da produção de subjetividades no trabalho em saúde. Presente nos resultados e nas análises o trabalho desenvolvido com as facilitadoras, alternando as diferentes estratégias educacionais seja no contexto real ou simulado, mobilizamos demandas de conhecimentos, afetos, projetos pessoais e coletivos capazes de se capilarizar pela rede de saúde e a vida dos sujeitos envolvidos no processo. Percebemos como potente a formação para a área da saúde, transformadora das práticas profissionais e da organização do trabalho, mobilizadas as competências para acolher e cuidar das várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Acreditamos que o modelo da saúde coletiva abre importantes possibilidades para se estabelecer conexões com saberes que expressam uma dinâmica do pensamento, que privilegiam a adoção de uma clínica ampliada, uma saúde de multicausal e orientada por informações pertinentes ao perfil epidemiológico.

É preciso exercitar processos educativos que sejam capazes de romper com modelos mecanicistas e unilaterais, produzindo ofertas de cursos e pesquisas que estabeleçam diálogo com a natureza e a imaginação, universo e o homem e que favoreçam um inadiável encontro entre os diferentes campos da ciência.

A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a vivência do princípio da integralidade que pode e deve ser pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão das ações e serviços. O princípio da integralidade supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora. Ou seja, formar profissionais mais capazes de acolher e fazer de vínculos com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis às dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica.

Em meio às análises e reflexões produzidas neste estudo, podemos construir um olhar com novas perspectivas sobre o processo de produção do conhecimento e da educação. Desse momento em diante ficou evidente a necessidade de se rediscutir e adotar diferentes estratégias e métodos, bem como ampliar as concepções que norteiam os projetos políticos pedagógicos dos cursos de saúde, reconhecendo os desafios existentes nos espaços fragmentados da formação em saúde.

Percebemos também que em nossos processos formativos falamos pouco sobre a vida, sem reconhecer a unicidade do ser humano e esquecendo a relação intrínseca que existe entre ela e o desencadeamento de adoecimento. Se considerarmos ainda as relações entre os profissionais de saúde, por vezes aprisionados em seus campos disciplinares, não conseguem perceber a importância do trabalho em equipe, ou as possibilidades de crescimento e organização do trabalho em saúde.

Os avanços tecnológicos trazidos pela ciência e adotados nas ações de saúde, também devem ser incorporados nos processos de aprendizagem, afinal o contato com esses diferentes aparatos é necessário para que seja possível ampliar a eficácia das ações e serviços no campo das profissões.

Porém, alertamos que não é suficiente ensinar aos profissionais uma especialidade e ou treiná-los na utilização de um equipamento, pois se isso nos apoia a estabelecer vínculos, e promover encontros. A técnica pela técnica nos aproximaria mais de uma máquina sem alma e personalidade, sem a qualidade de presença sensível nos atos de cuidado.

É necessário que adquira um sentimento, um senso prático do que vale a pena ser realizado, do que é belo e ético, se tornando um sujeito harmoniosamente desenvolvido, pois a constituição do homem pelo trabalho, a gênese e a natureza social da consciência, são produtoras de significados, e que acontece no campo da intersubjetividade.

A reflexão final de que um projeto de formação de profissionais em saúde deve ser capaz de trazer para os sujeitos da aprendizagem todo o ideário do SUS, sem correremos o risco de sermos utópicos, reforçando uma ampla articulação entre diversos setores da sociedade civil, privilegiando o caráter democrático e popular do sistema.

A aposta de que um projeto de formação de profissionais em saúde deve ser capaz de gerar novas práticas frente aos problemas pertinentes ao seu campo de atuação implicando em conhecimento da realidade e do perfil desejado foi inevitavelmente reforçada

## REFERÊNCIAS

- Abrucio, F. L. (2006). Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV.
- Albuquerque, M. M. (1981). *Pequena história da formação social brasileira*. Rio de Janeiro: Graal.
- Alves, R. (2003) *Conversas sobre educação*. Campinas: Verus Editora.
- Amâncio Filho, A (2004). Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 8(15), 375-80.
- Antunes, R. (2000). Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo. Boitempo editorial.
- Arantes, V. (2000) Cognição, Afetividade e Moralidade. *Educação e Pesquisa*, 26(2), 137-153.
- Arroyo, M. G. (1999). Ciclos de Desenvolvimento Humano e Formação de Educadores. *Educação & Sociedade*, 10 (68).
- Bakhtin, M. (1997). *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes,.
- Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo (3a ed.). Lisboa: Edições 70.
- Batista, N.A. & Batista, S.H. (2004). *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo, Editora SENAC.
- Bonamino, A., Mata, M. L & Dauster, T. (1993). Educação-trabalho: uma revisão da literatura brasileira das ultimas décadas. *Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas*, 84, pp. 50-62.
- Bordenave, J. E. D. (1983). Alguns fatores Pedagógicos. *Revista Interamericana de Educação de Adultos*, 3, (1-2), pp. 261-268.
- Bourdieu, P. & Passeron, J. (2008). *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. (R. Bairão, trad.). (3a ed.) Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Brasil. (1961). Lei nº 4.024/61. 1ª Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).
- \_\_\_\_\_. (2005) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem integradora*. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.
- \_\_\_\_\_. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e

Desenvolvimento para o SUS. *Caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; 9)

\_\_\_\_\_. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de*. 2a. ed. Brasília. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. (2011) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Caderno de Referências para o Processo de Formação de Apoiadores Institucionais do Ministério da Saúde*. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Cambaúva, L. G. (2000) Fundamentos da Psicologia: reflexões. *Psicologia em Estudo*, 5, (2), pp. 77-89.

Campos, E. F., Aguiar, R.A.T. & Belisário, S. A. A (2008) Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: Giovanella, L., Escorel, S. et al. (Org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. p.1012-1034. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Campos, F. & Aguiar, R. A.T. (2002). Atenção Básica e Reforma Curricular. In: Negri, B, Faria R. & Viana, A. L. A. *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas (SP): Unicamp.

Campos, G. W. S. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, (5), pp. 2337-2344.

Carvalho, Y. M. & Ceccim R. B.(2008). Formação e Educação em Saúde: aprendizados com Saúde Coletiva.

Castro, A. (1993) Qualificação, qualidade e classificações. *Revista Educação e Sociedade*, ano 16.

Catanni, A. (1997) Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes.

Cavalli, A. (1992). [a cura di] *Insegnare oggi: prima indagine IARD sulle condizioni di vita e di lavoro nella scuola italiana*. Bologna: Il Mulino,.

Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004a). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14, 1, p. 41- 65.

Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004b). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 5, p. 1400-1410.

Ceccim, R. B. (2008). A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, 1, 1, p. 9-23, Porto Alegre.

Chiavenato, I. (1983). *Introdução à teoria geral da administração*. 3a ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

Chizzotti, Antonio(2003)- A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: Evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*. Año 16/ V.002. Universidade do Minho, Braga, Portugal, p 221-236.

Codo, W. & Vasques-Menezes, I. (1999). Educar, educador. In: Codo, W. (1999) *Educação: Educação carinho e trabalho*. 3a ed. Petrópolis: Vozes.

Costa, M. & López, E. (1996). *Educacion para la salud*. Madrid: Piramide.

Crotty, M. (1998). *The foundations of social science research: meaning and perspective in the research process*. New South Wales: Allen and Uwin.

Cyrino, E. G & Toralles-Pereira, M. L. (2004). Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 3, pp. 780-788.

Davini, M. C. (1994). Prácticas laborales em los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: Haddad, J.; Roschke, M. A. C. & Danini, M. C. *Educacion Permanente de Personal de Salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud., (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100).

Davini, M. C. (2009). *Currículo integrado*. 2009. Recuperado em 10 de junho de 2013, em [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub04U2T8.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T8.pdf)>.

Demo, P. (2004) *Professor do futuro e reconstrução do conhecimento*. Petrópolis: Vozes.

Dewey, J. (1970) *Liberalismo, liberdade e cultura*. São Paulo: Nacional.

Dias, M.A. R. (1999). *Tendências de Educação Superior para o Século XXI*. Brasília: UNESCO/CRUB.

Donnangelo, M. C. F. (1975). *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*: São Paulo: Pioneira.

Durkheim, E. & Mauss, M. (1978). *Algumas Formas Primitivas de Classificação*. São Paulo: Ática.

Fagundes, C.; Fróes-Burnham T. (2005). Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 9, 16, pp. 45-51.

Fernandes, J. D., Ferreira, S. L. A, Oliva R. & Santos, S. (2003). Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56, 4, pp. 392-395.

Fernandes, J. D., Ferreira, S. L. A, Oliva R. & Santos, S. (2003). Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (4), p. 392-395.

Feuerwerker, L.C.M. (2005). Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*, 9(18), 489-506.

Fleury, S. (2010). Que proteção social para qual democracia? Dilemas da inclusão social na América Latina medicina Social. *Medicina social*, 5(1).

Franco, M. A. C & Frigotto, G. (1993). As faces históricas do trabalho: como se constroem as categorias. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 74 (178): pp. 529 -554.

Freire, Paulo e Ira Shor (1986). Medo e Ousadia – O Cotidiano do Professor. 5ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire P. (2006) Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33a ed. São Paulo: Paz e Terra.

Freire, P. (1999). *Educação e mudança*. 12a ed. São Paulo: Paz e Terra

Frigotto, M. A. & Frigotto, G. (1993). As Faces Históricas do Trabalho: como se Constróem as Categorias. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, Brasília*, 74, (178) 529-554.

Gerschman, S. A. (2004). Democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gomes, Cláudia, González Rey F. L (2008). Psicologia e inclusão: aspectos subjetivos de um aluno portador de deficiência mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*.14,(1).

Gonçalves, R. C. P. (2005) A mediação como tarefa do professor. *Revista Teoria e Prática da Educação*, 8, 1, pp.63-71.

González, R. F. (2003). Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González, R. F. (2004). Pesquisa Qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson.

Habermas, J. (1989). *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.

Hassen, M. D. A., Knauth, D. R., & Víctora, C. G. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

- Horkheimer, M (1975). Teoria tradicional e teoria crítica. In: Os Pensadores. Benjamin, Horkheimer, Adorno, Habermas. São Paulo: Abril Cultural.
- Jussara Maria R. Mendes; Maria Lúcia T. Garcia; Edinéia Figueira dos A. Oliveira; Rosa Maria C. Fernandes Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, 10, (2), ago./dez. 2011, pp. 331 – 344.
- Kastrup, (2001) Aprendizagem, arte e invenção- Psicologia em Estudo. *Psicologia em Estudo*, 6, 1, pp. 17-27.
- Kastrup, V. (2005) Políticas Cognitivas na Formação do Professor e o Problema do Devir-Mestre. *Educação e Sociedade*, 26(93), 1273-1288.
- Komatzu, R.S., Zanolli, M. & Lima (1998). Aprendizagem baseada em problemas. In: Marcondes, E. & Gonçalves, E., *Educação médica*. São Paulo: Sarvier; pp.223-237.
- Lima, J. C. F. (1996). Tecnologias e a Educação do Trabalhador em Saúde. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) *Formação de Pessoal de Nível Médio Para a Saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz , pp.31-45.
- Lima, Valéria Vernaschi et al. (2012) Caderno do curso de Capacitação em Processos Educacionais na Saúde: Ênfase em facilitação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.
- Martins, S. T. F. (2003). Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. *Psicologia & Sociedade*; 15 (1), pp. 201-217.
- Maturana, H. & Varela, F. (2001) A árvore do conhecimento – as bases biológicas da compreensão humana. 6a ed. São Paulo: Pala Athenas.
- Mendes, E. (2007). *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.
- Mendes, E. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1999.
- Mendes, E. V. (1999). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO.
- Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M.C.S. (2010) O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec&Abrasco.
- Mitre, S. M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J.M., Morais-Pinto, D., Meirelles, C. D. A. B. et al. (2008) Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (2), pp. 2133-2144.
- Mizukami, M.G.N (1986). *As abordagens do processo*. São Paulo: EPU.

Moran, J. M. (2008). [Trechos da entrevista com Jose Manuel Moran, Professor de Comunicação na USP e Diretor Acadêmico da Faculdade Sumaré–SP: Aprendizagem Significativa]. Portal escola conectada da fundação Ayrton Senna. Disponível em: [www.eca.usp.br/prof/moran/significativa.htm](http://www.eca.usp.br/prof/moran/significativa.htm). Acesso em abril de 2011.

Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.

Morin, E. (2000). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. (2a ed). São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO.

Morin, E. (2001). *A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 2a ed. São Paulo: Bertrand Brasil.

Namen F.M, Galan Jr. J, Cabreira R.D. Educação, Saúde e Sociedade. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, 9 (1), pp.43-55, dez. 2007.

Neville A.J. (1999) The problem-based learning tutor: Teacher? Facilitator? Evaluator? *Medical Teacher*, 21 (4), pp.393-340.

Nogueira-Martins, M. C. F.; Nogueira-Martins, L. A. & Turato, E. R. (2006). Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. *Medical Education*.

Oliveira, J. A. A. & Teixeira, S. M. F. (1985). *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes.

Oliveira, M. K. (1992). O problema da afetividade em Vygotsky. In: La Teille, Y. et al. *Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo, Summus, 1992.

Paim, J. S. (2002). *O objeto e a prática da saúde coletiva: o campo demanda um novo profissional?* Salvador: ISC/UFBA.

Paoli, M. C. P. M. (1995). Movimentos Sociais no Brasil: em busca de um estatuto político. In: Hellmanns, M. (Org.). *Movimentos sociais e democracia no Brasil*. *Marco Zero*, 1, 24-56.

Pedroza, R. L. S. (2003). *A psicologia na formação do professor: uma pesquisa sobre o desenvolvimento pessoal de professores do ensino fundamental*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília, Brasil.

Pelbarto, P. P. (2013). Elementos para uma Cartografia da Grupalidade. Recuperado em 12 de abril de 2013, de <http://www.rizoma.net/interna.php?id=189>.

Pena forte, J., Mamede, S., Penaforte, J., Schmidt, H., Caprara, A., Tomaz, J. B., & Sá, H. (2001). John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: Mamede S, Penaforte J, Schmidt H, Caprara A, Tomaz JB, Sá H, organizadores. *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/São Paulo: Editora Hucitec, pp. 49-78.



Perrenoud, P. (1999). Formar professores em contextos sociais em mudança prática, reflexiva e participação crítica. *Revista Brasileira de Educação*, 12, 5-21,

Pezzato, L. M. & Cocco, M. I. M. (2001) Educação e trabalho: algumas reflexões sobre a interlocução com a área de saúde. *Saúde em Debate*, 25 (57), pp. 30-38.

Pinheiro, R., Ceccim, R. B. & Mattos, R. A. (2005) *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO.

Polignano, M. V. (2008). *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Recuperado em 20 de julho 2008, de [http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf).

Quadros, C. de. *Higienizar, reabilitar e normalizar: a constituição da escola especial*. Goiânia, 2011, 264 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Educação, 2011.

Rehem, C. M. (2005). O Professor da Educação Profissional: que perfil corresponde aos desafios contemporâneos? *Boletim Técnico do SENAC*, 31 (1).

Reis, Renato Hilário dos. (2011). *A Constituição do Ser Humano: Amor, Poder, Saber Na Educação de Jovens e Adultos*. Campinas, SP: Autores Associados.

Ribeiro, J.G.C.G. (2007). *As intervenções de Facilitação nos processos de aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Centro de educação - Universidade Federal de Alagoas, Maceió.

Rodrigues, P. C. R.(2013). *Multiculturalismo – A diversidade cultural na Escola*. Mestrado em Ensino do 1º Ciclo do Ensino Básico. Lisboa. Janeiro.

Ronzani, T. M. (2007) A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31 (1), pp. 38-43.

Saviani, D. (2002). A supervisão educacional em perspectiva histórica: da função à profissão pela mediação da ideia. In: Ferreira, S. C (Org.) *Supervisão Educacional para uma escola de qualidade: da formação a ação*, pp. 13-38, São Paulo: Cortez.

Saviani, D. (2011). Formação de professores no Brasil: dilemas e Perspectivas *Poésis Pedagógica*, 9 (1), p. 07.

Schmidt, H. G. (1983) Problem-based learning: rationale and descriptio *Medical education*, 17 (1), pp. 11-6.

Silva, C. T. (2000). Saúde do trabalhador: um desafio para qualidade total no Hemorio. *Mestrado em Saúde Pública* - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro.

Silva, K. L.; Sena, R R. (2004). A diversificação dos cenários de ensinoaprendizagem como estratégia para articulação teoria e prática. *Olho Mágico*, 11(1/2) 9-16.

Sordi, M. R. L. de; BAGNATO, M. H. S.(1998). Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área de saúde: o desafio da virada do século. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 6(2), p.83-88.

Souza, P. M. A. et al. (1990). Documento de Referencia para la Conferencia Mundial sobre la Educación para Todos, Satisfacción de las Necesidades Basicas de Aprendizaje. Tailandia: Jomtien.

Tartuce, G. (2004). Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. *Educação & Sociedade*, 25, 87, 1353-382.

Teixeira, C. F. (2003). Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista. *Interface – Comunicação., Saúde, Educação*, 7(12), 163-6.

Toledo, A. C. C., Ibiapina, C. C., Lopes, S. C. F., Rodrigues, A. C. P. & Soares, S. M. S. (2008). Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18 (2), pp. 123-131.

Valla, Victor, Stotz, Eduardo (2007). Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Brasília: Ministério da Saúde.

Vargas, J. D. (2008). História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: revisão da literatura. Rio de Janeiro.

Venturelli, J. (1997). Educación Médica: nuevos enfoques, metas y métodos. *Medican Education: news Approaches, Methods and Goals* (5). Organización Panamericana de la Salud.

Vygotsky, L. S. (2008). *A formação social da mente*. (6ª ed.) São Paulo: Martins Fontes.

Wagner, G. (2006). Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde no Brasil. In: Fleury, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV.

Worthen, B. R.; Sanders, J. R. & Fitzpatrick, J. L. (2004) *Program evaluation: alternative approaches and practical guidelines*. 3a ed. Boston: Allyn and Bacon.

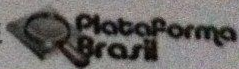
Zanotto M. (2003) Problematizar a Própria Realidade: análise de uma experiência de formação contínua. *Educação e Pesquisa*, 29 (1), pp. 45-54.

Zimmerman, D. E. (1997). Atributos desejáveis para um coordenador de grupo. In: Zimmerman, D. E. & L. C. Osório et al. *Trabalhar com grupos*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

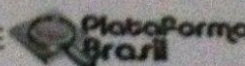
## ANEXO A

Registro do perfil no momento do ingresso no Curso de Capacitação em Processos Educacionais em Saúde
Sexo: masculino ( ) <input type="checkbox"/> feminino ( ) <input type="checkbox"/>
Idade: até 25 anos <input type="checkbox"/> 26 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 45 anos <input type="checkbox"/> 46 a 55 anos ( ) <input type="checkbox"/> 56 a 65 anos <input type="checkbox"/> acima de 65 anos
1. Curso de graduação:
2. Pós-graduação:
2.1. Pós-Graduação Lato Sensu (especialização): Não <input type="checkbox"/> Sim ( ) <input type="checkbox"/>
2.2. Residência: <input type="checkbox"/> Não ( ) <input type="checkbox"/> Sim ( ) Especificar:
2.3. Mestrado: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ( ) Especificar:
2.4. Doutorado: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ( ) Especificar:
3. Experiência em pesquisa: <input type="checkbox"/> Não ( ) <input type="checkbox"/> Sim ( )
4. Experiência em gestão na área da saúde: Não ( ) Sim ( )
4.1. Gestor de redes de atenção à saúde: <input type="checkbox"/> Não ( ) <input type="checkbox"/> Sim ( )
4.2. Gestor de serviço de saúde: <input type="checkbox"/> Não ( ) <input type="checkbox"/> Sim ( )
4.3. Gestor de programa ou projeto: <input type="checkbox"/> Não ( ) <input type="checkbox"/> Sim ( )
5. Experiência em educação: Não ( ) Sim ( )
5.1. Em docência tradicional: <input type="checkbox"/> Não ( ) <input type="checkbox"/> Sim ( )
5.2. Com metodologias ativas: <input type="checkbox"/> Não ( ) <input type="checkbox"/> Sim ( )
5.3. Em Educação à Distância: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ( )
6. Experiência em práticas de saúde: Não ( ) Sim ( )
6.1. Cuidado individual: <input type="checkbox"/> Não ( ) <input type="checkbox"/> Sim ( )
6.2. Cuidado coletivo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ( )
7. Comentários:

**ANEXO B****Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

<b>FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB</b>	
	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>	
<b>Título da Pesquisa:</b> Formação e trabalho em saúde: os desafios na convergência entre o saber e o fazer no processo de ensino-aprendizagem no SUS	
<b>Pesquisador:</b> Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva	
<b>Área Temática:</b>	
<b>Versão:</b> 2	
<b>CAAE:</b> 03534912.3.0000.0030	
<b>Instituição Proponente:</b>	
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio	
<b>DADOS DO PARECER</b>	
<b>Número do Parecer:</b> 217.814	
<b>Data da Relatoria:</b> 20/03/2013	
<b>Apresentação do Projeto:</b>	
<p>O presente projeto se refere a um estudo descritivo e analítico sobre o processo ensino-aprendizagem na área da saúde, no campo das metodologias ativas, para atender às demandas da formação em saúde, tendo em vista as necessidades da população e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entendendo a complexidade desse tema para a formação/trabalho em saúde, e por seu caráter epistemológico, trata-se de um estudo qualitativo que se configura como uma pesquisa participante. A interação entre os sujeitos do estudo abordará questões relativas à formação docente como um dos caminhos para o reencantamento do trabalho em saúde e a produção de sujeitos críticos, solidários e comprometidos com a saúde pública. Os participantes são os docentes e discentes do Curso de Aperfeiçoamento em Processos Educacionais, realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Para o planejamento inicial, as estratégias serão a pesquisa documental, a narrativa episódica, registro de conversações, completamento de frases e relato das oficinas de trabalho realizadas com o grupo. A pesquisa documental será feita através da análise das cartas, memorandos, comunicados, agendas, planos, propostas, relatórios e cronogramas direcionados ao corpo docente e discente, onde serão identificadas as metodologias pedagógicas, o aporte teórico, frequência, aproveitamento, comprometimento com as atividades propostas, desenvolvimento do curso, dentre outros. As reuniões serão gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas, produzindo os elementos para a discussão do conhecimento empírico em processo.</p>	
<b>Endereço:</b> Facul. de Ciências da Saúde-Campus Darcy Ribeiro	
<b>Bairro:</b> Lago Sul <b>CEP:</b> 70.910-900	
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3107-1947	<b>Fax:</b> (61)3307-3799 <b>E-mail:</b> cepfs@unb.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



**Objetivo da Pesquisa:**

O trabalho pretende descrever e analisar o processo ensino-aprendizagem ancorado em metodologias ativas, voltado para o trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Constituem objetivos específicos: (a) ressaltar aspectos e contribuições das abordagens pedagógicas que apoiam os docentes/discentes no campo da educação em saúde para o SUS; (b) identificar/descrever como o processo de formação induz novos modos de fazer em saúde; e (c) contribuir com reflexões/subsídios para futuras iniciativas de formação e desenvolvimento no trabalho em saúde no SUS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há previsão de riscos aos participantes. Resultados do projeto podem subsidiar novas tecnologias de ensino no campo da educação em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é relevante à área de ensino em saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos ao projeto original (versão impressa): (a) Carta de encaminhamento da pesquisadora ao CEP-FS/UnB; (b) Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Modelo CONEP), assinado pela Diretora do IP/UnB; (c) Termo de Responsabilidade assinado pela pesquisadora; (d) Termo de Concordância assinado pelo Secretário Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte; (e) projeto de pesquisa, com previsão de orçamento e cronograma de atividades; (f) TCLE; e (g) Lattes da pesquisadora e da orientadora.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências referentes ao TCLE foram sanadas. O projeto cumpriu as exigências do CEP-FS/UnB.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O documento de aprovação estará disponível na secretaria do cep a partir do dia 19/03/2013

Endereço: Facul. de Ciências da Saúde-Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Lago Sul CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



BRASÍLIA, 13 de Março de 2013

---

Assinado por:  
Rafael Monteiro de Sá  
(Coordenador)

Endereço: Faculd. de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Lote 01 CEP: 70.710-900  
Cidade: Brasília  
Telefone: (61) 3100-1047 Fax: (61) 3100-1199 E-mail: cep@unb.br

## ANEXO C

**UnB Faculdade de Ciências da Saúde****Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**TELEFONE (061) 3107-1947E-mail: [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br)<http://fs.unb.br/cep/>

---

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - PROJETO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA  
SAÚDE- INSTITUTO DE PSICOLOGIA E FACULDADE DE CEILÂNDIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Projeto de Pesquisa:**

Você está recebendo um convite para participar da pesquisa “Os desafios na convergência entre o saber e o fazer no processo ensino-aprendizagem no SUS”. Solicitamos que leia as informações sobre este projeto e sobre a sua participação como sujeito da pesquisa. Caso este termo tenha alguma palavra ou informação que não entenda, peça ao pesquisador para explicá-la, e não tendo dúvidas sobre o estudo ou sua participação pedimos dar o seu consentimento livre e esclarecido, fazendo constar a sua assinatura ao final deste documento. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP-FS/UnB e tem por objetivos analisar a trajetória e a contribuição no processo ensino-aprendizagem para a formação em saúde no SUS a partir dos cursos do projeto gestão da clínica no SUS, ressaltando os aspectos positivos e negativos em cada uma das abordagens pedagógicas vivenciadas durante o curso, Identificar/ descrever como o processo de formação induziu novos modos de fazer em saúde, d) Contribuir com reflexões/ subsídios para futuras iniciativas de formação e desenvolvimento no trabalho em saúde no SUS. Procedimentos da pesquisa: sua participação implica em participar de um grupo focal para coletar informações, e impressões sobre o curso; para tanto solicitamos sua permissão para que sejam gravada em áudio as atividades realizadas. Este estudo envolverá a participação de discentes, facilitadores e orientadores de aprendizagem do curso em questão. Seus direitos como sujeitos da pesquisa são: receber as informações sobre a pesquisa; a sua participação é voluntária e você pode recusar a participar em qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo ou penalidades; não terá nenhum tipo de despesa, nem receberá pagamentos ou gratificações pela participação; a garantia de receber resposta a qualquer esclarecimento ou pergunta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos relacionados com a pesquisa e que poderá receber informação atualizada durante o estudo; as informações da entrevista serão utilizadas para fins educativos ou publicação científica sem que seja revelada a minha identificação.

*“Declaro que li, ou alguém leu para mim, as informações contidas neste termo de consentimento, antes de assiná-lo; que fui informado sobre os principais aspectos relacionados ao estudo a ser realizado; como também, que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro, também, que toda a linguagem técnica utilizada na descrição*

*deste estudo de pesquisa foi explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar como entrevistado deste estudo”.*

Nome do participante (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Registro Geral nº.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Endereço para contato: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Natal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Observação: desejando maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, no telefone 61-31071947 ou com a pesquisadora Maria Delzuita Fontoura, nos telefones: 61 33153110 ou 61 81175324.



## ANEXO D

Questionário semi-estruturado enviado por e-mail	
Conte-me como se deu o seu processo de formação?	
Que relações você consegue estabelecer entre sua formação e seu trabalho?	
Como você compreende processo de ensino aprendizagem?	
Comente em sua perspectiva vivencial, a relação entre os docentes e os discentes e suas implicações.	
Em sua opinião quais são os maiores problemas um processo de ensino-aprendizagem na saúde para o SUS?	
O que você acredita que pode contribuir para resolver estes problemas?	
Comentários	