

*Formações Profissionais no âmbito
da Atenção Básica em Saúde:
descobertas no caminho
dos tijolos dourados*



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Formações Profissionais no âmbito da Atenção Básica em Saúde:
descobertas no caminho dos tijolos dourados**

Maria Luiza Ferreira De Barba

Porto Alegre

2015

Maria Luiza Ferreira De Barba

**Formações Profissionais no âmbito da Atenção Básica em Saúde:
descobertas no caminho dos tijolos dourados**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros

Área de Concentração: Saúde, Educação e Sociedade

Linha de Pesquisa: Educação e cultura da saúde

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

DE BARBA, MARIA LUIZA

Formações Profissionais no âmbito da Atenção Básica em Saúde: descobertas no caminho dos tijolos

dourados / MARIA LUIZA DE BARBA. -- 2015.

62 f.

Orientador: Roberto Henrique Amorim de Medeiros.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Formação dos profissionais da saúde. 2. Atenção Básica. 3. Educação Permanente em Saúde. I. Amorim de Medeiros, Roberto Henrique, orient. II. Título.

Maria Luiza Ferreira De Barba

Formações Profissionais no âmbito da Atenção Básica em Saúde:
descobertas no caminho dos tijolos dourados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Educação e Sociedade
Linha de Pesquisa: Educação e cultura da saúde

BANCA EXAMINADORA

Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros

Orientador

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr. Alcindo Antônio Ferla

Membro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr. Emerson Elias Mehry

Membro

Universidade Federal Fluminense

Dra. Izabella Barison Matos

Membro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Liane Beatriz Righi

Membro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre

2015

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, Maria e Emigdio Ferreira.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais que encontrei no pelo caminho dos tijolos dourados, que me acolheram e abriram um campo de possibilidades para desenvolver esse estudo.

À Cristiane Alves Montenegro e Clarice Coelho de Oliveira, que tracejaram ao meu lado as sinuosas curvas desse caminho.

Ao meu pai, Adecir De Barba. À Marlova da Silva.

À coordenação e colegas da Associação Brasileira da Rede Unida, em especial Sueli Góí Barrios e Vera Rocha.

À Rede Governo Colaborativo em Saúde e o Prof. Dr. Alcindo Ferla, que viabilizou a execução desse estudo.

Aos membros da banca de qualificação, Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, Profa. Dra. Izabella Barison Matos e Profa. Dra. Liane Beatriz Righi, que proporcionaram excelente momento de aprendizagem, tecendo provocações que pude retomar ao longo de toda a pesquisa.

Ao Prof. Dr. Emerson Elias Mehry, que aceitou o convite para integrar a banca de defesa final.

Por último, quero agradecer àquele que sem dúvidas foi meu principal companheiro de caminhada, a quem tive o privilégio de ter como meu orientador, Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros. Obrigada pela parceria, por caminhar junto comigo nesse longo caminho de tijolos dourados, pelo apoio-aprendizagem, pela escuta, pela abertura ao diálogo, por facilitar esse processo de reflexão e escrita. Certamente meu processo de aprender nessa relação extrapolou as linhas desse mestrado.

EPÍGRAFE

*[...] é necessário problematizar o cotidiano,
propondo perguntas ao invés de respostas,
sendo da natureza do fazer educacional
pensar problemáticamente,
analisar, não os comportamentos, nem as ideias,
mas as práticas refletidas e voluntárias por meio das
quais os homens tanto se fixam regras de conduta
quanto procuram modificar-se em seu singular.*

Michel Foucault

DE BARBA, Maria Luiza Ferreira. Formações Profissionais no âmbito da Atenção Básica em Saúde: descobertas no caminho dos tijolos dourados. Porto Alegre, 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

RESUMO

Neste estudo, analisamos as contribuições que o ensino de graduação e os outros tipos de formação e experiências do cotidiano promoveram para a prática dos profissionais da saúde. Atualmente, com a expansão e consolidação da atenção básica, através da Estratégia Saúde da Família, esse cenário tornou-se um desafio para os profissionais do Sistema Único de Saúde no que se refere à produção de um cuidado que atenda as especificidades de cada usuário. Com a pretensão de induzir mudanças que favoreçam o aumento da qualidade e do acesso à atenção básica, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, uma pesquisa avaliativa realizada por instituições de ensino e pesquisa do país, para o conjunto das Unidades Básicas de Saúde e as equipes de Saúde da Família que aderiram ao mesmo. A avaliação realizada pelas instituições de ensino e pesquisa resultou em um grande banco de dados com informações, dentre elas, que tratam da formação profissional e das experiências de educação permanente e espaços de formação no cotidiano dos serviços. O estudo estruturou-se como um estudo de caso exploratório transversal, de abordagem qualitativa. O percurso metodológico foi realizado em dois momentos: pesquisa em banco de dados e pesquisa de campo. A análise dos dados foi realizada pela metodologia de estudos de caso múltiplos. As discussões propostas acerca da formação de graduação sinalizaram para necessidade de realizar movimentos de aproximação do ensino com o cotidiano dos serviços, e a construção de currículos integrados que deem conta de produzir nos profissionais a capacidade de atuar nos diferentes contextos sociais e melhorar a qualidade de vida da população. Através da Educação Permanente em Saúde, o mundo do trabalho apresentou a capacidade de produzir afetações no processo de formação dos profissionais, e mobilizar conhecimentos para pensar diferentes maneiras de agir e fazer saúde. No ensino de pós-graduação, a residência ocupou um espaço importante na formação dos profissionais, ao permitir sua experimentação no contexto do cotidiano dos serviços. Novos estudos são sugeridos para que se possa aprofundar questionamentos produzidos ao longo da pesquisa e que demonstram a relevância de se discutir o tema da formação em saúde.

Palavras chave: formação dos profissionais da saúde; atenção básica; educação permanente em saúde.

DE BARBA, Maria Luiza Ferreira. Formações Profissionais no âmbito da Atenção Básica em Saúde: descobertas no caminho dos tijolos dourados. Porto Alegre, 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ABSTRACT

In this study, we analyzed the contributions that undergraduate education and other training and everyday experiences promoted to the practice of health professionals. Currently, with the expansion and consolidation of primary health care through the Family Health Strategy, this scenario has become a challenge for professionals in the National Health System as regards the production of a care that meets the specifics of each user. With the intention of inducing changes that favor increased quality and access to primary care, was created Improvement Program Access and Quality in Primary Care, an evaluative research conducted by educational and research institutions of the country, for all the Basic Health Units and the Family Health teams adhering to it. The assessment carried out by educational and research institutions resulted in a large database of information, among them, dealing with vocational training and lifelong learning experiences and training spaces in everyday services. The study was structured as a cross exploratory study of case, qualitative approach. The methodological approach was carried out in two stages: research in database and field research. Data analysis was performed by the methodology of multiple case studies. Discussions proposals on the signaled graduate training need for the teaching approach movements with daily services, and building integrated curricula that give consideration to produce the professionals the ability to act in different social contexts and improve quality people's lives. By continuing healthcare education, the labor market had the capacity to produce affectations in the professional training process, and mobilize knowledge to think about different ways of acting and making health. In graduate school, the residence occupied an important place in the training of professionals by allowing his trial in the context of the service daily. New studies are suggested so that we can deepen questions produced during the research and demonstrate the relevance of discussing the issue of health training.

Key words: Staff development; primary health care, education.

LISTA DE ABREVIATURAS

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia Saúde da Família

GCC - Glória/Cruzeiro/Cristal

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

MS – Ministério da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SF – Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UPP – Unidade de Produção Pedagógica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Porcentagem de profissionais coordenadores de equipe que possuem formação de pós-graduação nas equipes avaliadas pelo PMAQ.....	26
Tabela 2 – Áreas do conhecimento de formação de pós-graduação dos coordenadores de equipe, nas equipes avaliadas pelo PMAQ.....	26
Tabela 3 – Coordenadores das equipes avaliadas pelo PMAQ que referem realizar/receber atividades de educação permanente, reunião de equipe e apoio matricial.....	27
Tabela 4 – Amostra dos indicadores do questionário de avaliação externa do PMAQ referente às equipes que constituíram o núcleo de avaliação da UFRGS.....	28
Tabela 5 – Itens do questionário de avaliação externa do PMAQ considerados para análise dos profissionais enfermeiros, quanto à formação de pós-graduação e diferentes espaços de formação.....	29

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E AS EXPERIÊNCIAS DO COTIDIANO: potencialidades e afetações	16
FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: recortes a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	24
PERCURSO METODOLÓGICO: tracejando o caminho dos tijolos dourados	30
I. Desenho de estudo.....	30
II. O Percurso a tracejar	30
III. O território e os sujeitos da análise.....	30
IV. Procedimento de coleta no campo	31
V. Análise dos dados coletados no campo	32
VI. Aspectos éticos da pesquisa.....	33
ENCONTROS PELO CAMINHO DOS TIJOLOS DOURADOS [...].....	34
Alice do Maravilhoso Mundo da População de Rua.....	34
Branca de Neve e as Sete Equipes de Saúde da Família	37
Fada Madrinha do Assentamento Rural.....	39
Merlin do Reino da Atenção Básica.....	40
Wendy em Busca da Terra da Saúde	41
Robin Hood do Bosque do Sistema Único de Saúde	42
O Fantástico Mágico de Oz da Cidade da Formação Profissional	45
DE ONDE PARTIMOS E PARA ONDE VAMOS?	51
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXO 1 – PMAQ 2012 - Módulo II: Microdados da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	57
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58
ANEXO 3 – Autorização para uso dos dados da pesquisa “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”	59

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo campo da formação dos profissionais da saúde se configurou no início da minha trajetória acadêmica, mais especificamente no terceiro semestre da graduação em enfermagem, no ano de 2010. Ao participar de um seminário no qual o palestrante falava de um cuidado desenvolvido em rede, de um fazer saúde que promovesse integralidade, de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, me senti convocada a conhecer melhor aquelas concepções que pareciam distantes às que encontrava nas disciplinas formativas de enfermagem. Foi meu primeiro contato com o Prof. Emerson Elias Merhy e o discurso da Saúde Coletiva. A partir desse momento, ao longo dos demais semestres da graduação, busquei espaços que me aproximassem mais do campo da Saúde Coletiva, modificando minha percepção em relação à formação ofertada nos espaços formais da graduação.

Para tanto, no ano seguinte, tornei-me monitora da Unidade de Produção Pedagógica¹ Políticas Públicas e Sistemas de Saúde, ministrada pelo Prof. Alcindo Ferla, na graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Nesse período da faculdade, posso dizer, resumidamente, que minha formação ocorria de formas distintas e paradoxais. Se por um lado era valorizado, na graduação em enfermagem, o modo tecnicista tendo o hospital como foco do cuidado em saúde, por outro, nos momentos que acompanhava as discussões da UPP da graduação em Saúde Coletiva, ampliavam o espectro das possibilidades de modos de cuidar – talvez por vincular uma visão da gestão em saúde, mas não restrita a uma lógica proveniente da administração clássica, e sim uma visão problematizadora –. Essas discussões suscitavam enorme interesse e curiosidade no sentido de “ver” em ato como ocorria esse “novo” olhar sobre a saúde, longe do confinamento hospitalar ao qual muitas vezes percebia no meu núcleo de origem.

¹ A proposta da Unidade de Produção Pedagógica é a ampliação e integração do ensino com cenários do sistema de saúde, particularmente do sistema público de saúde, e a vinculação com as necessidades e demandas emanadas desse sistema. Essas orientações impõem a consideração das transversalidades da área, subáreas e domínios de conhecimento, o uso de metodologias interacionistas e da filosofia construcionista, a interdisciplinaridade, a integralidade e a delimitação da área da Saúde Coletiva como campo de atuação profissional.

Essa curiosidade me aproximou de projetos vinculados à Saúde Coletiva, e isso proporcionou que eu participasse de inúmeras discussões e formulações de projetos de gestão junto à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul e ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Em novembro de 2010, fui chamada no concurso de auxiliar administrativo do GHC, para o Serviço de Radiologia. Nesse período pude perceber a complexidade do mundo do trabalho, da atuação em equipes multiprofissionais multidisciplinares – coloco aqui essa diferenciação, pois havia diferentes profissões e diversos saberes, mas que não conversavam entre si –, do papel da instituição, da aplicabilidade das políticas de saúde e da configuração de um serviço de saúde público. Em maio desse mesmo ano participei da organização do 10º Congresso Internacional da Rede Unida, e das atividades iniciais do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)².

Trouxe algumas passagens desses momentos que impactaram muito a minha formação, pois percebi que um profissional da saúde precisa de um olhar ampliado do conceito de saúde, ou seja, concepções que vão além das técnicas e procedimentos protocolares vistos sistematicamente nas disciplinas da enfermagem. Dessa forma, resolvi escapar um pouco mais do que era entendido como conhecimentos do núcleo profissional e me aproximar mais do campo da Saúde Coletiva. Sair do GHC e ir trabalhar junto à Rede Governo Colaborativo em Saúde, uma parceria interinstitucional entre a UFRGS e o Ministério da Saúde, permitiu que eu acompanhasse e atuasse em alguns projetos, sendo fonte de aprendizagem prática e teórica, principalmente no que concerne às temáticas relativas à atenção básica. Participar do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do VI Seminário Internacional de Atenção Básica, e do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, possibilitou que eu tomasse par da importância desses temas para a saúde.

E assim, na medida em que os questionamentos surgiam, percebia que as discussões levantadas nesses espaços eram de extrema importância para a atuação dos profissionais no seu cotidiano, então por que se mostravam tão tímidas na formação de uma futura enfermeira? Com algumas escolhas que me foram permitidas fazer nesse percurso, fui realizar

² O PMAQ foi proposto dentro da ação "Saúde mais perto de você" do Governo Federal. A nova versão da Política Nacional de Atenção Básica apresenta o Programa como um dispositivo para avaliar, valorizar e premiar as equipes de atenção básica, vinculando repasse de recursos aos indicadores de qualidade, através do "Componente de Qualidade" do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável (BRASIL, 2012b).

meu último estágio curricular na Gerência Distrital³ Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre, que permitiu que eu me aproximasse da gestão da atenção básica.

Nesse estágio trabalhei na implantação do PMAQ, realizando a interface da gestão com as equipes da ponta, além de acompanhar e atuar em diversas atividades de formação com os profissionais coordenadores de equipes e com as próprias equipes, buscando esclarecer dúvidas e aproximá-los do Programa. Analisei os indicadores de saúde avaliados pelo PMAQ de cada equipe, traçando perfis de saúde das comunidades, propondo intervenções para melhorar o acesso e a qualidade do cuidado prestado. Além disso, organizei os relatórios de gestão da Gerência Distrital GCC. Aprendi as dinâmicas de trabalho, pude observar as diferentes funções que um gestor precisa exercer, e como se organiza as agendas dos serviços de saúde. Em contato com os Conselhos Locais de Saúde pude conhecer outras maneiras de fazer/ver saúde. A experiência de atuar na equipe multiprofissional da gerência despertou o interesse de estudar as diferentes configurações do trabalho em equipe. Decidi que esse seria um dos temas que abordaria no meu trabalho de conclusão de curso de graduação (TCC).

No TCC da graduação, em 2013, analisei os indicadores apontados pelo PMAQ, relativos às configurações das equipes de atenção básica e a formação dos coordenadores de equipe do Rio Grande do Sul. Para as discussões, utilizei como base teórica, as modelagens tecnoassistenciais e o conceito de trabalho vivo em ato (MERHY, 2002). Algo que já era esperado, e que foi interessante discutir, foi o fato de quase a totalidade das equipes avaliadas ser coordenada pelo profissional enfermeiro. Novamente um paradoxo nessa reta final de formação: os profissionais que estão atuando nas equipes, e que, na maioria das vezes, acumulam a função de assistência e de gestão, acessam os conhecimentos para desempenhar suas funções em que espaços de formação? Os resultados desse estudo me fizeram repensar muito a formação do curso de enfermagem, provocando-me a questionar a efetiva aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no percurso formativo desses futuros profissionais. Essas reflexões reforçaram ainda mais minha escolha pela Saúde Coletiva e o meu interesse de pesquisar a formação dos profissionais da saúde. Decidi, então, por

³ Foram instituídas, em 2002, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, como Unidades de Trabalho, oito Gerências Distritais responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de saúde próprios do Município e pela gestão do SUS em seus territórios.

continuar estudando o tema no mestrado, ampliando minha análise para as outras profissões que também atuam nas equipes de saúde na atenção básica.

Resgato essas passagens da minha formação, pois foram momentos que me enriqueceram e instigaram a aprofundar minha pesquisa nesse tema. Dessa forma, a presente proposta teve o objetivo de analisar as contribuições que a formação de graduação, pós-graduação, e outros tipos de formação e experiências têm para a prática cotidiana dos profissionais da saúde coordenadores de equipe da atenção básica. Para tanto, formulamos as questões que nortearam o estudo, sendo elas:

- I) Quais as contribuições da graduação para a sua atuação como profissional da atenção básica e gestor de uma unidade de saúde?
- II) Além da graduação, que outras formações e/ou experiências tem contribuído para a sua prática profissional?

A partir disso, buscamos:

- a) conhecer as principais contribuições dos cursos de graduação em saúde na opinião dos entrevistados;
- b) identificar experiências significativas de formação em serviço no contexto da atenção básica;
- c) identificar propostas de pós-graduação em saúde elencadas como potencialmente importantes na preparação profissional para o trabalho na atenção básica.

Antes de prosseguir com a apresentação dessa pesquisa, acredito ser necessária uma pausa para explicar uma proposição intrínseca ao título do projeto, “(re)pensando a formação dos profissionais da saúde”. Buscamos demonstrar a potencialidade de construção e desconstrução dos conceitos já formulados e carregados pela pesquisadora, propondo-se o exercício de desconstruir concepções e sentidos já estabelecidos por minha trajetória à medida que os agenciamentos com o outro ocorressem, podendo assim construir um novo conhecimento, que seria desconstruído no próximo encontro, e (re)construído em seguida.

Conforme apresentado por Edgar Morin (s.d., p.14), o pensamento é um “combate com e contra a lógica, com e contra o conceito”, e a dificuldade se encontra na tentativa de a palavra querer “agarrar o inconcebível e o silêncio”, não sendo suficiente para apreender a realidade

em sua totalidade. Foi nessa potencialidade de (re)invenção que ocorreu a aposta da trajetória do estudo, sendo necessário considerar o conhecimento como um processo de encontros que agenciam a formulação de pensares em saúde. A utilização dos parênteses propôs o processo realizado não somente na escrita, mas na coleta de campo, de pensar, e em seguida repensar o que se havia pensado anteriormente, para podermos pensar novamente sob outra perspectiva.

Assim, inicialmente, apresentamos uma revisão sobre o ensino de graduação e as diretrizes curriculares nacionais e, na sequência, uma discussão acerca das experiências do cotidiano no mundo do trabalho e do ensino de pós-graduação. Após, uma breve contextualização do PMAQ, dando ênfase a sua terceira fase, que foi a coleta de dados realizada pelas instituições de ensino e pesquisa, e que resultaram em um extenso banco de dados que foi utilizado nessa pesquisa. O uso dos dados do PMAQ tem sua pertinência pela magnitude da pesquisa e pelos dados que interessam para esse primeiro mapeamento metodológico, podendo dessa forma identificar os sujeitos desse estudo. A seguir, expomos o percurso metodológico formulado em dois momentos, sendo que o primeiro constituiu um mapeamento inicial que já fazia parte do projeto apresentado, e o segundo os procedimentos realizados na coleta do campo e análise dos dados. Por fim, os dados coletados e analisados são apresentados por meio de uma metáfora com o conto “O Maravilhoso Mágico de Oz”, de L. Frank Baum (1900).

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E AS EXPERIÊNCIAS DO COTIDIANO: potencialidades e afetações

A relação entre o ensino de graduação na área da saúde e o desenvolvimento do Sistema Único da Saúde (SUS) para construção de desenhos tecnoassistenciais inovadores e transformadores das características historicamente hegemônicas no setor, diz respeito à formação e ao exercício das profissões da saúde. Muitos são os *desafios que a formação profissional impõe à consolidação do ideário do SUS como prática social, tendo em vista o poder de normalização e permanência de que determinados modelos pedagógicos dispõem, condicionando a atuação dos profissionais* (GUIZARDI et al., 2006). Considerando a assertiva de que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, são encontrados diversos obstáculos no exercício dessa função, devido às *características das instituições de ensino e seu marcante distanciamento do sistema público de saúde* (GUIZARDI et al., 2006).

A história das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino das profissões da saúde é marcada por encontros e desencontros entre as políticas para as diferentes áreas, e as iniciativas desenvolvidas por instituições de ensino no país. Nas primeiras décadas desse século, ocorreu a integração e aprovação das diretrizes, reconfigurando as políticas para o ensino e, em consequência, as referências normativas e de avaliação. De acordo com as DCN, os cursos devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no profissional a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente, a qual permite a continuidade do processo de formação (FERLA et al., 2007).

Defendem também a formação de profissionais com capacidade de promover a integralidade do cuidado e de fomentar programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de saúde, assim como o desenvolvimento de pesquisas ou outras formas de produção de conhecimento que objetivam a qualificação da prática profissional, e a capacidade de “aprender a aprender”, valorizando o cotidiano do trabalho em equipe e da atuação multiprofissional (FERLA et al., 2007). Por conseguinte, a mera modernização pedagógica não

garante a transformação das práticas e a superação de elementos nos currículos normativos (GUIZARDI et al., 2006).

O Movimento da Reforma Sanitária fez parte de um movimento por mudanças que concretizava setorialmente os direitos democráticos pelos quais diversos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam (AROUCA, 1988). De fato, muitas iniciativas do setor propiciaram o desenvolvimento de um pensamento crítico e estimularam mudanças no processo de formação profissional. As ações resultantes do Movimento Sanitário somadas à concepção de integralidade na atenção e à participação da sociedade na tomada de decisão sobre o setor saúde despontaram para *percepção de insuficiência no ensino das profissões, que sofre influência das corporações e do mercado de interesses do complexo produtivo da saúde, e da disputa pelos imaginários profissionais promovidos pelo conflito de posição em estruturas de poder no trabalho* (CECCIM, FERLA, 2009).

Começaram, então, a surgir questionamentos quanto a necessária aproximação da formação de graduação com as necessidades demandadas pelos locais de atuação profissional. O termo necessidades nesse contexto, contempla *atributos para o cuidado em saúde, quando entendido como assistência às doenças e seus sintomas, além da interface com outras políticas públicas/sociais, e outras iniciativas que respondem ao conceito ampliado de saúde, inclusive o adequado funcionamento do sistema de saúde* (FERLA et al., 2007). Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação para área de saúde deveria ter como objetivos transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, estruturando-se *a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações*.

Mudanças conceituais no resultado da formação de graduação buscam a construção de um sujeito com capacidade de *atuação criativa e protagônica nos cenários do sistema de saúde* (FERLA et al., 2007), mas que também aprenda continuamente em contato com o mundo do trabalho. Somado a isso, o movimento dos espaços de formação do interior das universidades para o espaço público (PINHEIRO, CECCIM, 2006; MEDEIROS, 2011) foi incentivado, com a aposta de um lugar que tem em potencial a produção de um encontro com as experiências do outro (PINHEIRO, GUIZARDI, 2006). Segundo Medeiros (2011), é nesse *(re)encontro da formação do cidadão com o espaço compartilhado com a alteridade que resultam diferentes*

agenciamentos que podem trazer novas configurações públicas, e referências políticas para sociedade.

O autor também propõe que, apesar disso, nos cursos de graduação, a interseção pretendida entre o *mundo do trabalho* e o *mundo do ensino* ainda é um objeto de futura conquista.

Nos programas de pós-graduação como a Residência, essa aproximação do ensino com as vivências de gestão e participação popular, além das de atenção, deveriam ser corriqueiras. Entretanto, semelhantemente ao privilégio da reflexão na Academia, ocorre a prática acéfala do dito mundo do trabalho (MEDEIROS, 2011).

As mudanças pretendidas para o ensino dos profissionais da saúde remetem à necessidade de mudança nos processos de trabalho, para que se incentive, e se torne relevante, analisá-los na perspectiva de identificar quais tecnologias de fato são utilizadas no cotidiano dos serviços. Neste aspecto, tecnologias são entendidas pelo conceito do *trabalho vivo em ato* (MERHY, 2002), principalmente no que diz à tecnologia leve, referente aos saberes implicados na relação do trabalhador-usuário. É possível refletir, a partir disso, como são organizadas as ações humanas nos processos produtivos que visam encontros singulares, tentando identificar quais, de fato, são utilizadas nos espaços de produção do cuidado e a capacidade das mesmas na garantia da expressão de interesses dos diversos atores e das heterogêneas realidades dos seus territórios (BARRIOS, 2009).

Ao discutir as *modelagens tecnoassistenciais em saúde*, Merhy e Franco (2003) afirmam que por meio do jogo de pressão e disputas, cria-se uma correlação de forças que definirão a política de saúde, combinando interesses diversos, fazendo com que essa política favoreça ou não determinados grupos e interesses. Seus desdobramentos estão presentes no processo de trabalho cotidiano e nas práticas de gestão, interferindo nas relações sociais, políticas e econômicas, capazes de produzirem mudanças na sociedade e impactos na construção do conhecimento.

Com base nesse cenário, somado à necessidade de profissionais com qualificação para compreensão e intervenção intersetorial para promoção da saúde com qualidade de vida, Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem o conceito de *Quadrilátero de formação*, que promove, entre outros, o encontro da saúde com a educação. *O quadrilátero envolve a*

evidência de correlação das práticas de ensino com as de gestão de sistemas e serviços, com as práticas de participação e engajamento nos movimentos sociais e com as práticas clínicas ou profissionais, colocando em cheque a formação orientada pela concepção pedagógica centrada em critérios biologicistas e que dissocia clínica e política, visto que a atenção integral à saúde não corresponde às tecnologias biocientíficas, mas ao domínio dos fatores de condicionamento dos estudos de saúde e às chances de intervenção oportuna e adequada sobre os mesmos (CECCIM, FERLA, 2009).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a imagem do Quadrilátero – ensino, gestão setorial, práticas de atenção, controle social – propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, *para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismo, e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções*. No quadrilátero estão aspectos éticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentes reavaliados e contextualizados. Segundo Ceccim (2005), dessa maneira, o ato de *colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação–atenção–gestão–participação em análise, será Educação Permanente em Saúde*.

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, partindo da realidade vivida pelos atores envolvidos, e tendo como base de interrogação e mudança os problemas enfrentados no cotidiano e as experiências desses atores (CECCIM E FEUERWERKER, 2004). Portanto, os processos de qualificação deveriam ser estruturados a

partir da problematização do seu processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. É um conceito desafiador para pensar as relações entre a educação e o trabalho, e coloca em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação como a mudança no conhecimento e no exercício profissional (CECCIM, FERLA, 2008, p.162-168).

Uma das estratégias utilizada pelo SUS para formação dos trabalhadores da saúde, A EPS é uma política colocada como diretriz para os atores que atuam no campo, e que articula e coloca em roda diferentes atores, possibilitando um lugar de protagonismo na condução de sistemas locais de saúde (CECCIM, FERLA, 2008, p.168). Incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, *coloca o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógico de formação profissional, e não como mero campo de estágio ou aprendizagem prática* (CECCIM E ARMANI, 2002). A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede da atenção e alteridade com os usuários.

Seguindo a lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar da EPS, a abordagem propiciaria a democratização institucional, o desenvolvimento de capacidade de aprendizagem, de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde, e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde. Segundo Merhy (1997), não se pode admitir ou propor a captura do trabalho em saúde pela lógica dos saberes e práticas expressos nos equipamentos e técnicas estruturados. As tecnologias de ação mais estratégicas em saúde configuram processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações. O trabalho em saúde promove processos de subjetivação, estando além de práticas e saberes tecnológicos e estruturados.

É a ferramenta *operando com capacidade de provocar rupturas, arranhões nas dobras rígidas e cristalizadas do agir pedagógico que se centra sobre uma única verdade* (MERHY, 2002). Nessa situação, a ação intencional do trabalho realiza-se num processo em que o trabalhador, por meio do *trabalho vivo em ato*, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos. O reconhecimento e a valorização da dimensão dialógica nos atos de

cuidar significam a abertura a um interesse em ouvir o outro, rompendo com o monólogo característico de tecnociência (MERHY, 2002).

Segundo Merhy e Franco (2003), o trabalho em equipe também pode ser associado à construção de redes nos serviços e no sistema de saúde como um todo. A ideia é que as relações entre os profissionais sejam horizontais e formem redes de trabalho em equipe, tendo como centro da produção do cuidado o usuário, fugindo de uma organização da assistência rígida, normatizada, burocratizada e fragmentada, possibilitando de fato mudar a forma de organização dos serviços, e conseqüentemente, das Redes de Atenção em que estão inseridos.

Considerando um sistema que precisa funcionar de acordo com as necessidades de seus usuários, e que os processos de trabalho em saúde possuem redes de muitas articulações, as principais características propostas pela EPS são a multiplicidade e a heterogeneidade na sua composição. Dessa forma, propõe-se uma rede rizomática (FRANCO, 2006), que se articula, sobretudo no plano do trabalho cotidiano, e que convive com o diferente, sendo capaz de dar expressão às múltiplas faces que compõem SUS, em especial no âmbito do trabalho de cada um.

Portanto, é preciso reconhecer a existência de um tipo de rede que se constitui sem modelo ou estrutura, que se constrói em ato com base no trabalho vivo de cada trabalhador e equipe, mediante fluxos de conexões entre si, na busca do cuidado em saúde, seja em encaminhamentos realizados, procedimentos partilhados, projetos terapêuticos que procuram consistência no trabalho multiprofissional (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014).

Desta forma, uma rede funciona com base no trabalho das equipes de saúde, são os trabalhadores os operadores da rede. E eles acionam suas redes, instituídas ou não, a partir dos projetos terapêuticos pensados para resolver os problemas de saúde dos usuários. Logo, o projeto terapêutico é o disparador da rede, e assim não há uma rede a priori, mas construída em ato, sendo, pois, trabalho vivo dependente, como é característica do trabalho em saúde.

As redes atravessam equipes e equipamentos de saúde, os caminhos a serem percorridos são acionados sempre para cada caso, e pautados nas necessidades dos usuários e nos recursos disponíveis para o seu cuidado (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014).

Segundo Quinderé, Jorge e Franco (2014), a rede rizomática não tem limites em si, opera de acordo com o tensionamento dos atores que a constituem. Não é previamente estruturada e se dá em consonância com as necessidades de ajuste. Dessa forma, as redes são inerentes aos processos de trabalho das equipes, apresentando um potencial formador que advém do cotidiano da prática profissional.

No ano de 2001, o conceito de Educação Permanente figurou, pela primeira vez, nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem e medicina. Ao analisarmos as diretrizes das profissões de ensino superior que compõem a equipe mínima de atenção básica – enfermagem, medicina e odontologia⁴ –, é possível identificar uma busca por uma formação que contemple as mudanças propostas nos resultados do ensino de graduação, e às necessidades advindas dos processos de trabalho e do cotidiano dos serviços. Podemos destacar competências e habilidades gerais que visam dotar os profissionais dos conhecimentos requeridos para o exercício com a capacidade de aprender continuamente, e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e a das futuras gerações de profissionais. Ademais, que desenvolvam ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto individuais quanto coletivos, assegurando que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Também devem ser capazes de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos, além da capacidade de administração e gerenciamento pautada na formação de profissionais aptos a serem gestores e lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001a, b; BRASIL, 2002).

Dentre as competências e habilidades específicas, destacamos da graduação em enfermagem, a capacidade de compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações, e o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde (BRASIL, 2001a). Da graduação em medicina, a capacidade de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação

⁴A composição das equipes de Saúde da Família é multiprofissional, sendo a equipe mínima formada por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde. Pode-se acrescentar a esta composição, quando dispendo de Saúde Bucal, um cirurgião-dentista e um auxiliar e/ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2012b).

social; e atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário (BRASIL, 2001b). E da graduação em odontologia, atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética; participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações; planejar e administrar serviços de saúde comunitária.

Dessa forma, as DCN sugerem a construção de currículos integrados, com articulações ensino-trabalho que deem conta de uma formação que produza a capacidade de atuar nos diferentes contextos sociais, de reconhecer e agir sobre as determinações sociais da saúde, e melhorar a qualidade de vida da população. O mundo do trabalho apresenta diversas possibilidades para atuação profissional que vão além do exercício da prática clínica, principalmente no que concerne à gestão do sistema de saúde e das redes de atenção rizomáticas.

Por meio da Educação Permanente em Saúde, o cotidiano dos serviços torna-se capaz de produzir saberes e afetações na formação dos trabalhadores e dos novos profissionais, mobilizando seus conhecimentos para pensar diferentes maneiras de agir e fazer saúde. Esse movimento coloca em discussão os processos de gestão do trabalho e da educação, qualifica a prática das equipes multiprofissionais, da gestão, do ensino e mobiliza os diversos atores sociais da saúde. A aproximação do ensino de graduação com as experiências de EPS promove a discussão da atuação profissional e da própria formação, dando protagonismo às reformas do ensino que dialogam como os movimentos de mudança no setor da saúde.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: recortes a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Na década de 1990, a Saúde da Família alcançou uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira⁵ e passou a ser reconhecida como indutora da mudança do modelo de atenção à saúde. O cotidiano de trabalho das equipes começou a apontar para necessidade de profissionais que tivessem conhecimento dos sistemas de saúde, da atuação dos serviços de saúde, das modelagens do cuidado, da modelagem das práticas que são construídas no interior dos serviços, das expectativas dos diferentes sujeitos que buscam os serviços de saúde, e da situação de saúde da população. Assim, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes assumiu maior relevância nas agendas públicas, e o destaque à atenção básica como porta de entrada e proposta de reestruturação tecnoassistencial do sistema de serviços de saúde, foi o fio condutor para absorver, nesse âmbito do sistema, a prática avaliativa buscando indicadores de qualidade.

Nessa implicação, procurando construir uma fotografia do cenário atual, o Ministério da Saúde propôs, em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Uma estratégia indutora da qualificação da atenção básica, bem como, de processos de mudanças na formação dos profissionais de saúde, visou-se proporcionar a experimentação dentro dos serviços, e assim, possibilitar o desenvolvimento da capacidade de intervenção para a produção de mudanças nos processos de cuidado e de trabalho.

No escopo do Programa, propôs-se, dentre as fases estruturais, uma pesquisa avaliativa realizada por instituições de ensino e pesquisa do país, para o conjunto das Unidades Básicas de Saúde e as equipes de Saúde da Família que aderissem ao mesmo. A aposta feita na participação dessas instituições era favorecer pesquisas que subsidiassem processos de mudança no cotidiano dos serviços. Ademais, poder refletir sobre o seu papel para o SUS através da formação dos profissionais, avaliando seus processos de ensino, para repensar suas práticas educativas e acompanhar as mudanças do mundo do trabalho.

⁵ Dado retirado do site do Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2012.

Nesse contexto, o Programa foi formulado em quatro fases, que servem como um analisador da Política Nacional de Atenção Básica. A primeira fase, chamada “Adesão e Contratualização”, é descrita como etapa formal de adesão ao Programa mediante contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde. Esse processo envolve a pactuação regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2011).

A segunda fase, denominada “Desenvolvimento”, é compreendida como a etapa na qual ocorre o desenvolvimento de ações, realizadas fundamentalmente pelas equipes e gestão municipal, com o apoio das gestões estaduais e Ministério da Saúde. Há uma aposta em quatro estratégias nessa fase: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012).

A terceira fase, chamada “Avaliação Externa”, consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes, e para reconhecimento dos esforços e resultados na qualificação da atenção básica (BRASIL, 2012a). A avaliação realizada resulta em uma certificação que, por sua vez, determina *o percentual do valor do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo Ministério da Saúde* (PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012). Essa etapa é desenvolvida em parceria com as instituições de ensino e pesquisa, sendo que a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio da Coordenadoria da Saúde (COORSAÚDE) e da Escola de Enfermagem, integra a coordenação nacional de Avaliação Externa, realizando a coleta de campo nos estados do Pará, Paraíba, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, São Paulo e Rio Grande do Sul.

A quarta fase do Programa, denominada “recontratualização”, exige um momento nacional tripartite de balanço e de ajuste de trajetória (PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012). Segundo o programa, *a cada ciclo novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população* (BRASIL, 2011).

No primeiro ciclo do PMAQ, ocorrido em 2012, foram avaliadas 17.202 equipes de Saúde da Família, em 3.972 municípios, correspondendo a 71,4% dos municípios brasileiros e 50,5% do total de Equipes de Saúde da Família existentes no país. Foram entrevistados 15.096 (87,8%)

coordenadores, sendo desses 97% enfermeiros, 2,5% médicos e 0,5% cirurgiões-dentistas. Dentre os coordenadores entrevistados, 83,8% responderam que possuem formação de pós-graduação⁶. As tabelas a seguir apresentam dados relativos à formação⁷ de pós-graduação dos entrevistados.

Tabela 1 – Profissionais coordenadores de equipe que possuem formação de pós-graduação nas equipes avaliadas pelo PMAQ.

Profissão do entrevistado	Número de profissionais	Profissionais com pós-graduação	Percentual relativo (%)
Enfermeiro	14.643	12.270	83,8
Médico	377	333	88,3
Cirurgião-dentista	76	55	72,3
TOTAL	15.096	12.658	83,8

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Ao olhar estes dados, percebemos que a maioria dos profissionais (80%) têm buscado uma formação além de sua graduação. Frente a isso, podemos questionar sobre o real impacto formativo para o mundo do trabalho que os cursos de graduação têm apresentado. Na tabela a seguir são apresentadas as áreas do conhecimento de pós-graduação referido pelos coordenadores de equipe.

Tabela 2 – Áreas do conhecimento de formação de pós-graduação dos coordenadores de equipe, nas equipes avaliadas pelo PMAQ (n=18.980⁸).

Profissão do entrevistado	Saúde da Família	Saúde Pública/ Coletiva	Outra área
Enfermeiro (n=18.262)	6.736	3.812	7.714
Médico (n=619)	306	60	253
Cirurgião-dentista (n=99)	33	25	41
TOTAL	7.075 (37,2%)	3.897 (20,5%)	8.008 (42,2%)

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

⁶ No PMAQ, foram consideradas pós-graduação: especialização, residência, mestrado e doutorado, sendo possível que o entrevistado apresentasse mais de uma área de pós-graduação.

⁷ Conforme pré-sistematização do formulário de Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

⁸ O (n) representa o número de respostas, pois um único profissional pode possuir mais de uma formação de pós-graduação, e em diferentes áreas do conhecimento.

Ao analisarmos as áreas do conhecimento da pós-graduação dos entrevistados, notamos que os profissionais buscaram, em, aproximadamente, 60% das vezes, uma pós-graduação que lhes aproximasse do cotidiano em que estão inseridos, os serviços da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família. Tendo em vista a minha experiência até o momento, fui instigada a pensar as contribuições que as diferentes formações apresentam para prática desses profissionais.

A tabela a seguir apresenta o número de equipes que o coordenador referiu realizar atividades de educação permanente, reunião de equipe e receber apoio matricial.

Tabela 3 – Coordenadores das equipes avaliadas pelo PMAQ que referem realizar/receber atividades de educação permanente, reunião de equipe e apoio matricial, 2012.

Atividades de Educação Permanente, Reunião de Equipe a Apoio Matricial ⁹	% (n=15.096)
Há no município ações de educação permanente que envolvam profissionais da atenção básica	81,4 (12.298)
Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe	62,5 (9.444)
A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe?	98,3 (14.824)
A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	89,3 (13.452)

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os dados demonstram que mais de 80% das equipes referem realizar atividades de educação permanente, evidenciando a formação que ocorre no cotidiano do trabalho. No entanto, quando questionadas se as ações contemplam suas demandas, pouco mais de 60% respondeu afirmativamente. Em relação às atividades que proporcionam espaços de formação, como reunião de equipe, 98% respondeu positivamente, e de receber apoio matricial, pouco mais de 89%. Entretanto, quando realizada a análise das equipes que referem realizar educação permanente, e que as atividades contemplam as necessidades da equipe, reunião de equipe, e que recebem apoio matricial, o quantitativo reduz para apenas 8.593 (56,9%) equipes. Dessa forma, torna-se relevante pensar como as experiências do cotidiano contribuem para

⁹ Os dados foram retirados dos itens do módulo II do formulário de Avaliação Externa do PMAQ.

formação dos profissionais da saúde, e quais atividades impactam na sua atuação no âmbito da atenção básica.

Nas tabelas abaixo são apresentados os quantitativos referentes às equipes que constituíram o núcleo de avaliação da UFRGS, quando analisados os indicadores de formação de pós-graduação, experiência de atividades de educação permanente, reunião de equipe, apoio matricial e diferentes espaços de formação.

Tabela 4 – Amostra dos indicadores do questionário de avaliação externa do PMAQ referente às equipes que constituíram o núcleo de avaliação da UFRGS.

Itens considerados	N
Equipes considerando o território do estudo: PA, PB, SP, RS, MS, MT	4.485
Equipes que o coordenador foi entrevistado	3.910
Equipes que o coordenador possui formação de pós-graduação	3.301
Equipes que referiram realizar atividade de educação permanente	2.764
Equipes que referiram que as atividades de EP contempla as necessidades da equipe	2.196
Equipes que referiram realizar reunião de equipe	2.178
Equipes que referiram receber apoio matricial	2.004

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Percebe-se que a cada pergunta do questionário aplicado, o número de equipes é reduzido, visto que nem todas possuem os mesmos indicadores. Nosso interesse volta-se às equipes mais completas, que apresentam o maior número possível de espaços de formação no cotidiano (educação permanente, reunião de equipe, apoio matricial). Das 2.004 equipes selecionadas, em 72 (3,6%) o coordenador era profissional médico, em 1.927 (96,2%) profissional enfermeiro, e em 5 (0,2%) profissional cirurgião dentista. Partindo desses resultados, devido ao grande número de profissionais enfermeiros encontrados, realizamos a análise de outras atividades avaliadas pelo PMAQ, as quais sugerem a existência de diferentes espaços de formação, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 5 – Itens do questionário de avaliação externa do PMAQ considerados para análise dos profissionais enfermeiros, quanto à formação de pós-graduação e diferentes espaços de formação.

Itens considerados	N = 1.927
Pós-Graduação em Saúde da Família ou Saúde Pública/Coletiva	1.476
Possui especialização, residência, mestrado e doutorado concluído	652
A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	348
A equipe realiza atividades na escola?	172
A equipe realiza ações direcionadas à população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo?	88

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados apresentados acima seguem a mesma tendência descrita anteriormente na tabela 4. É significativa a redução do número de equipes que referem dispor de uma diversidade de espaços e atividades formativas no mundo do trabalho. Dessa forma, pela pequena representatividade apresentada no conjunto das equipes avaliadas pelo PMAQ, decidimos utilizar esses resultados para a seleção dos sujeitos do estudo. Todavia, para os profissionais enfermeiros, considerou-se o quantitativo de 172 equipes, possibilitando a seleção de um profissional do grupo de equipes que atendem população rural e quilombola, e outro do grupo de equipes que refere não realizar ações direcionadas para essas populações.

A escolha de contemplar os diferentes cenários da atuação profissional – meio urbano, rural e quilombola – deve-se ao fato de que sabemos que existem especificidades inerentes a prática do mundo do trabalho nesses territórios. Além disso, nem sempre a formação de graduação e pós-graduação do profissional de saúde é realizada no cenário onde o mesmo irá atuar posteriormente, necessitando, portanto, desenvolver novas tecnologias para o cuidado em contextos tão singulares.

PERCURSO METODOLÓGICO: tracejando o caminho dos tijolos dourados

I. Desenho de estudo

Esta pesquisa estrutura-se como um estudo de caso exploratório transversal, de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa possibilita a descrição de um fenômeno, realizando de forma sistemática uma síntese da situação estudada. Nessa abordagem, o processo de pesquisa inicia-se com objetivos exploratórios mais amplos que fornecem foco para o estudo sem esvaziar prematuramente aspectos da experiência que possam ser julgados importantes ou relevantes (DRIESSNACK, 2007). O uso desse método oferece o potencial de entendimento mais profundo dos problemas complexos da saúde.

II. Percurso a tracejar

O percurso metodológico foi dividido em dois momentos: pesquisa em base de dados e pesquisa de campo. Inicialmente, foram utilizados dados secundários originados da base de dados da terceira etapa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, coletados no ano de 2012. Para análise, buscamos os dados positivos nos itens do questionário que possuíam relação com o assunto da formação profissional e as experiências de formação do cotidiano (ANEXO 1). Esses dados foram utilizados para compor e definir a amostra.

III. Território e sujeitos da análise

Utilizamos como território para essa análise, os estados que, em virtude do Termo de Cooperação firmado entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Ministério da

Saúde, por meio da rede científica denominada Rede Governo Colaborativo em Saúde, tiveram a realização da Avaliação Externa do PMAQ sob a responsabilidade dessa universidade: Rio Grande do Sul, São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Pará¹⁰.

A partir dessa condição, selecionamos os sujeitos da pesquisa: seis profissionais trabalhadores da atenção básica que atuassem como coordenadores de equipe. Os critérios de inclusão foram definidos considerando-se a formação de pós-graduação, por ser uma formação específica na área de escolha do profissional; e a experiência de atividades de educação permanente, reunião de equipe, apoio matricial e diferentes espaços de formação. Assim, os critérios de inclusão foram: ser coordenador da equipe, possuir formação de pós-graduação, ter no município atividades de educação permanente, e que as mesmas atendessem as necessidades da equipe, realizar atividades de reunião de equipe, e receber apoio matricial¹¹.

IV. Procedimento de coleta de dados no campo

A pesquisa de campo foi estruturada em dois momentos. Primeiramente, procedemos a um período de observação do campo, no local de trabalho do entrevistado, pelo período da manhã e da tarde, onde buscamos capturar cenas que contribuíssem e enriquecessem os dados da entrevista realizada em um segundo momento, ao final da tarde do mesmo dia. Nessa observação não foram realizadas inferências, apenas capturas de cenas cotidianas específicas do mundo do trabalho daquele profissional, utilizando-as para enriquecer a futura discussão dos resultados e facilitar a compreensão do seu discurso. Ao comentarem sobre a técnica da observação direta, Arborio e Fournier (1999: 5-6) dizem que *observar é uma prática social antes de ser um método científico. [...] É, também, um meio de resistir às construções discursivas dos atores sobre suas práticas para se assegurar da realidade destas práticas.*

¹⁰ A escolha dos estados que receberam a "Avaliação Externa" pela UFRGS deve-se à facilidade de acesso e deslocamento.

¹¹ Os dados correspondem aos itens 3.4, 5.1, 8.1, 8.4, 11.1 e 12.1 do questionário de "Avaliação Externa" do PMAQ, respectivamente (ANEXO 1).

Após a etapa de observação, realizamos a entrevista com o profissional, baseada em duas questões norteadoras. As entrevistas foram gravadas em áudio, e posteriormente transcritas. A conceituação de Blanchet e Gotman (2001: 27), define a entrevista como um "percurso" em que *é possível acessar um conjunto organizado de representações, de uma certa visão de mundo, de um quadro de referências*. Seu valor heurístico encontra-se na representação articulada ao contexto experiencial e se inscreve numa rede de significação do entrevistado.

Ao optar pela entrevista, procuramos encontrar o entendimento que o profissional da saúde tem sobre que experiências contribuíram para a sua atuação profissional; para assim poder questionar e refletir sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos da saúde. Optamos por não organizar um roteiro de perguntas, mas trabalhar com questões norteadoras, para evitar respostas simples, que limitam o acesso ao que o entrevistado pensa a respeito do objeto de investigação dessa pesquisa¹². Ao lançarmos questões norteadoras em forma de perguntas ou enunciados referentes à temática da pesquisa, o entrevistado tem a possibilidade de relatar diferentes experiências que podem conter dados importantes para o estudo, mesmo que não estejam diretamente relacionados ao questionamento.

V. Análise dos dados coletados no campo

A análise das entrevistas consistiu, primeiramente, em extrair os dados e as informações *suscetíveis de permitir a confrontação das hipóteses aos feitos* (BLANCHET e GOTMAN, 2001: 91). Segundo Yin (2005), três estratégias gerais norteiam a análise das evidências coletadas no

¹² Esta decisão deveu-se às análises realizadas da prática desenvolvida em sala de aula na Unidade de Produção Pedagógica Pesquisa em saúde: aspectos epistemológicos, éticos, ferramentas de produção, que ocorreu em 2013/2, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ministrada pela Profa. Izabella Barison Matos. O objetivo foi apresentar aspectos epistemológicos da pesquisa em Saúde Coletiva, bem como estratégias e ferramentas de produção de dados e de informações para a pesquisa, como a entrevista. A dinâmica utilizada foi a prática da entrevista, com diferentes metodologias, entre os colegas, e, a cada entrevista, foi realizada a análise da postura do entrevistador e do entrevistado. Nessa atividade, pode-se constatar que, ao se realizar uma entrevista com perguntas, o entrevistado sempre irá esperar a próxima questão e vai respondê-la sabendo que virá outra em seguida. Os referenciais teóricos apresentados na disciplina foram norteadores para o desenvolvimento da metodologia desse estudo, bem como a sua tese de doutorado intitulada "Expectativas do exercício profissional de graduandos em odontologia", pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, julho de 2005.

estudo de caso. A primeira corresponde às proposições teóricas relativas ao projeto original, uma vez que este deve ter baseado os objetivos, as questões da pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas proposições ou hipóteses que possam surgir. A segunda, diz respeito às explicações concorrentes. Essa estratégia analítica geral tenta definir e testar explicações concorrentes. A última estratégia trata da descrição de caso - desenvolver uma estrutura descritiva a fim de organizar o estudo de caso.

VI. Aspectos éticos da pesquisa

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa observou as normas sobre ética em pesquisa contidas nas normas da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O banco de dados utilizado é de domínio público, e pode ser acessado através do site do Ministério da Saúde. As entrevistas foram realizadas após aceitação do profissional, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2).

Este estudo integra o Projeto de pesquisa "Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários", aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob matrícula nº 21904. O termo de autorização para uso dos dados dessa pesquisa, encontra-se relacionado no capítulo de anexos (ANEXO 3). O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem.

ENCONTROS PELO CAMINHO DOS TIJOLOS DOURADOS [...]

Esse capítulo será apresentado por meio de uma metáfora a partir do conto “O Maravilhoso Mágico de Oz”. A escolha pela apresentação dos resultados e discussão desse estudo por meio da literatura, deveu-se à implicação que uma história contada tem na imaginação e interpretação do leitor. A escolha pelo conto “O Maravilhoso Mágico de Oz” ocorreu na produção do projeto de pesquisa. O processo de escrita do mesmo foi afetado, ao mesmo tempo em que produzia o desejo de apresentar a dissertação através de uma “contação de estória”. Durante a formulação e projeção do caminho que seria realizado para coleta de dados, inúmeras vezes me deparei com “territórios e cotidianos singulares em uma terra desconhecida”, na qual buscava desvendar a “magia da formação profissional para atenção básica”.

Foram nesses momentos que ocorreu a identificação com a história do conto: o território pesquisado tomou a identidade da “Terra de Oz”, o objeto do estudo, a formação profissional, o papel do “Maravilhoso Mágico”, o processo de coleta de campo, “o caminho dourado em uma terra desconhecida na busca da magia em Oz”, e o pesquisador, o papel de “Dorothy”, protagonista do conto vinda de uma terra distante. Dessa forma, os resultados desse estudo serão apresentados por meio dos encontros e descobertas que Dorothy vivenciou em sua caminhada pelo “caminho dos tijolos dourados”.

Alice do Maravilhoso Mundo da População de Rua

A Terra de Oz despontava em frente à Dorothy, cheia de possibilidades de encontros. Não sabia o que iria encontrar no caminho dos tijolos dourados, mas tinha certeza de que desses agenciamentos, percepções e conhecimentos seriam produzidos. Enquanto seguia seu caminho, encontrou, senta à sombra de uma árvore, Alice, que, distraída, pensava no Maravilhoso Mundo da População de Rua.

Alice vivenciou em sua trajetória profissional diferentes experiências na coordenação da vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica de municípios de pequeno porte. Nessas experiências, sua equipe de trabalho não era multiprofissional, e também não realizava troca de saberes entre os membros da equipe, tornando difícil sua atuação caracterizada, portanto, por uma prática puramente administrativa e prescritiva. Essas experiências a remetiam a sua formação de graduação, quando teve contato com um ensino técnico e hospitalocêntrico, em uma forma endurecida do processo de ver a saúde.

Foi na vivência junto à População de Rua que Alice mudou sua maneira de pensar, de considerar a cultura, de respeitar o sujeito, de fazer de uma outra maneira para dar autonomia para o usuário. Dessa experiência, surgiu o interesse pela especialização na área da saúde mental, que aprofundou seus conhecimentos e qualificou sua prática.

“[...] A prática te sensibiliza muito mais. A População de Rua te traz uma intensidade muito grande, uma pessoa pode representar todas as angustias da População de Rua, e vai depender da tua disponibilidade.

A gente não aprende isso na graduação, porque lá pensamos que nós temos o conhecimento e que estamos fazendo o bem para o paciente. Isso não é terapêutico para as pessoas.

Então com certeza é a prática que te traz a verdadeira formação, principalmente na Atenção Básica, que é isso, respeitar o desejo, compartilhar o que a gente acha importante que pode melhorar, mas também que atenda a necessidade da pessoa.

[...] A atenção básica te fortalece muito nisso, não se faz ação em saúde, sem conversar com a pessoa, sem ter essa dialética. Na graduação não tem esses espaços”.

E foi assim que Alice se encantou pela a Saúde Coletiva. Ao chegar no Consultório na Rua achava que não poderia fazer o cuidado sem a técnica correta e, no compartilhamento de saberes com seus colegas, aprendeu que cuidar de forma equânime não era tratar todos da mesma maneira, mas sim, cuidar de cada pessoa conforme as suas necessidades. A população de rua lhe mostrava isso todos os dias, provocando o fazer de uma prática diferente, que impactasse realmente no cuidado.

“[...] Eu aprendi que só podia fazer com o protocolo, e na prática percebi que podia mudar a ordem conforme a necessidade e ter o mesmo resultado. Essa expertise só desenvolve no trabalho, não se percebe dentro do hospital, nem aprende na graduação.

É essa vivência que te ensina a ser empático, a reconhecer o lugar do outro. Isso a gente aprende todo dia.

[...] Não é tu que diz como fazer, é a população que te guia o tempo todo, e para isso basta ouvir.

[...] E as vezes a gente se sente totalmente frustrado, porque percebe que não vai conseguir dar conta. Mas aí busca outras alternativas, fazer redução de danos.

[...] O usuário que te escolhe, conforme o vínculo que ele cria. Mas tudo é levado para equipe e discutido, para fazer um plano terapêutico singular e identificar as potencialidades de cada sujeito, as dificuldades de cada um. Todo mundo faz a gestão do cuidado do indivíduo, mesmo que tenha uma pessoa de referência.

Podemos identificar nesses depoimentos, que a formação de graduação restrita ao conhecimento biomédico e hospitalar que Alice recebeu não deu conta das demandas produzidas pelo mundo do trabalho. Há a necessidade de aproximar a formação de graduação com a prática dos serviços de saúde, não somente para a reprodução de técnicas e práticas clínicas, mas sim para possibilitar o desenvolvimento de um saber que se permeia pela cultura em conformação com os saberes do usuário.

E quando se percebe uma atitude nada terapêutica, a gente vai lá e tensiona a rede, para que se pense na medida mais terapêutica para o usuário, e não o que é para todo mundo”.

“O trabalho foi muito mais valoroso do que a formação formal, para desenvolver esse pensamento crítico, já que na graduação isso é podado”.

Nessa perspectiva, é possível retomar a potencialidade da EPS em produzir conhecimentos a partir da experiência vivida para as mudanças necessárias nas práticas de cuidado com o usuário, qualificando o serviço prestado e ampliando o acesso ao sistema de saúde e também dos processos de trabalho instituídos. A EPS valoriza o conhecimento produzido no trabalho em ato, e utiliza as tecnologias leve que emergem do trabalho em equipe pautado no reconhecimento do outro, na troca de saberes, no agenciamento com o outro, e nas produções singulares. A atuação profissional embasada na EPS promove a integralidade, colocando em prática a humanização do cuidado, a realização do acolhimento nos serviços, e a produção das redes de atenção rizomáticas.

Branca de Neve e as Sete Equipes de Saúde da Família

Após o encontro com Alice, Dorothy resolveu seguir seu caminho em direção ao bosque das macieiras. Enquanto colhia algumas maçãs, encontrou Branca de Neve e as Sete Equipes de Saúde da Família.

Em sua prática profissional, Branca de Neve havia coordenado diferentes equipes de Saúde da Família em municípios de região metropolitana de uma grande cidade. Na graduação, recebeu uma formação voltada para as questões práticas assistenciais, e, na residência, aprofundou seus conhecimentos nos temas da gestão e da coordenação de equipe, vivenciando as dinâmicas do mundo do trabalho. Motivada pelas demandas do cotidiano de sua atuação, Branca de Neve buscou na pós-graduação de especialização e de mestrado embasamento teórico para sua prática gerencial, e o contato com a pesquisa.

“[...] o que me aprofundou mesmo foi a residência, foi essencial fazer residência. Se eu não tivesse feito, se eu caísse numa equipe sem fazer residência, seria muito mais complicado.

Então foi o que para mim fez a diferença para aprender atuar. Não tem outra coisa, residência é vivência, você não tem jeito, tem que estar lá no dia a dia [...].

[...] Quando eu penso na função como gerente, um pouco veio da formação de graduação, bastante da própria residência porque a gente está lá no dia a dia, e depois nas outras formações a gente vai estudando um pouquinho sobre gerência, em cada uma dessas especializações que eu fiz. E vai no próprio dia a dia mesmo, porque está aqui e você tem que resolver.

[...] o mestrado me trouxe a questão da pesquisa, porque no dia a dia a gente está aqui e é absorvido pela demanda.

[...] A gente recebia alunas de graduação que vinham fazer estágio de gerência. O que é gerência? Não dá para você falar o que é gerência. Você tem que vivenciar, tem que estar no lugar, tem que conhecer como funciona. As alunas ficavam dois meses. Não aprende nada”.

Podemos perceber no relato apresentado a potência de formação que a residência possui quando realizada em consonância com as demandas do território e da equipe multiprofissional. No entanto, ao pensarmos na formação de graduação, identificamos novamente a falta de espaços que desenvolvam a capacidade de pensar criativamente e de assumir um papel de protagonismo nos serviços. Dessa forma, acaba voltando-se para o

exercício da técnica clínica, não preparando o aluno para atuar em uma equipe com diferentes profissionais, em contextos diversos.

“[...] Os anos de trabalho me deram esse jogo de cintura para lidar, porque em uma equipe de doze pessoas, são pessoas muito diferentes, cada uma do seu jeito, você tem que aprender a lidar com todos, e ir tentando fazer com que a equipe funcione como uma equipe, porque se cada um for para um lado, e você também for, a equipe não funciona.

E mesmo assim temos muitas dificuldades. Mas das equipes que eu tive, todas, cada uma de um jeito diferente. A gente aprende a lidar com as coisas [...] não para de aprender.

[...] a principal contribuição veio da vivência, não tem como você pegar isso na teoria, se pegar a teoria de gestão, e chegar aqui só com a teoria, não vai conseguir fazer nada, isso a gente aprende na atuação como profissional”.

Destacamos nos trechos apresentados a potencialidade de formação presente no mundo do trabalho. Parece necessário aproximar a formação de graduação dessa vivência para proporcionar cenários de experimentação profissional que vão além do exercício da prática clínica e biológica, desenvolvendo a capacidade de promover a integralidade do cuidado e fomentar programas de formação contínua dos trabalhadores. Além disso, valorizar o cotidiano do trabalho em equipe e da atuação multiprofissional, podendo assim aprender a aprender, uma das competências e habilidades defendidas pelas DCN.

“O que mais me afeta são as visitas, conhecer onde a pessoa mora, como ela vive, a rotina. Sempre me toca, principalmente quando vou visitar um idoso. Cada vez que você faz uma visita, você aprende uma coisa diferente. Nunca para de surpreender. E tem visitas que você pode fazer alguma coisa, tem outras que não, e você precisa saber que pode ir lá escutar. É um trabalho de formiguinha. Todo dia você pode ajudar uma pessoa”.

O trecho acima retoma a discussão acerca da reorientação do modelo de atenção à saúde através da atenção básica. O cuidado integral realizado no contexto em que vive o usuário amplia o acesso e qualifica o cuidado prestado pelos serviços de saúde, permitindo o fortalecimento das redes rizomáticas e a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Fada Madrinha do Assentamento Rural

Dorothy seguiu pelo caminho dos tijolos dourados, e em quanto pensava nas histórias que havia escutado, viu sobrevoando na estrada a sua frente uma pequena criatura. Era a Fada Madrinha.

A Fada Madrinha contou a Dorothy que sua escolha pela Saúde da Família advinha da necessidade que sentia em contribuir com a população, passando para as pessoas o conhecimento que possuía, e recebendo em troca novos saberes. Nessa perspectiva, integrou o Conselho Local da unidade, onde pode perceber que o cuidado não acontecia somente no contato direto com o usuário, mas também nas ações de promoção, de ampliação do acesso, de melhoria dos equipamentos disponíveis no território, e a mudança dos processos de trabalho da equipe.

“[...] Saí da graduação totalmente tecnicista, imaginando só o consultório onde eu entrava, fechava as portas e trabalhava. A atenção básica foi o que me fez mudar o pensamento, que eu aprendi a criar vínculo com o usuário, a conhecer a vida dele.

[...] Atender o assentamento rural é um desafio, porque a ideia é fazer um levantamento epidemiológico e traçar as necessidades, fazer educação com eles, e não ir lá fazer tratamento, mas aproximar eles da unidade.

E além do assentamento, tem as fábricas, que nós também vamos lá, porque eles não têm tempo de vir na unidade. E é esse dia a dia que tem suma importância na minha formação”.

O relato acima coloca em destaque o papel da atenção básica na mudança do paradigma biomédico instituído. No escopo da Saúde da Família, a modificação desse processo é importante para ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. O contato com o território e com o contexto sociocultural do usuário, qualifica a gestão do cuidado realizada pela equipe multiprofissional, e produz um novo conhecimento, que surge na sua micropolítica (MERHY, 1998). O processo de trabalho passa a ser repensado, e novas concepções de saúde podem ser produzidas, reconhecendo e valorizando diferentes expressões da vida e do fazer em saúde.

Merlin do Reino da Atenção Básica

Depois de seu encontro com a Fada Madrinha, Dorothy seguiu seu caminho, encantada com as histórias que havia escutado, e avistou, à beira da estrada, um homem de capuz, um mago, Merlin do Reino da Atenção Básica.

Na formação de graduação, Merlin não teve contato com a Saúde da Família, sua formação era muito voltada para a atenção hospitalar, principalmente para o superespecialista. Ao sair da graduação, trabalhou em uma UBS, e foi ali que percebeu ser possível fazer diferente, ter a longitudinalidade do cuidado, ter muito retorno do usuário, mesmo em um quadro mais avançado, podendo fazer prevenção em saúde.

Na formação da residência, a convivência entre os residentes foi um dos pontos marcantes da sua experiência, quando realizou de fato uma atividade multiprofissional, e que pôde discutir a sua formação em Saúde da Família, os processos de trabalho, e uma atenção mais ampla para o usuário.

“Da residência eu já saí preparado para atuar na equipe multiprofissional, e por isso foi possível fazer uma gestão compartilhada da equipe, e com isso fazendo um processo de amadurecimento dela.

Então essas contribuições foram muito importantes para levar a equipe de uma forma homogênea e fazer a ponte entre a gestão e o usuário”.

[...] foi na experiência do dia a dia que eu senti a necessidade de fazer a especialização, mas foi a residência que me abriu muito mais a visão sobre a atenção básica, os processos de trabalho e a própria residência.

Mas foi voltando para o trabalho que consegui ver que dava para pôr em prática toda aquela teoria, e foi e é uma construção contínua”.

No relato apresentado podemos identificar diferentes contribuições para atuação profissional. A residência apresenta grande importância na formação quando permite a experimentação do aluno, inserindo-o no contexto do serviço, vivenciando seu cotidiano de trabalho, refletindo sobre os processos e sobre a própria formação de residência.

Na Educação Permanente a gente procura pegar a demanda da equipe e da comunidade, transmitindo conhecimento, mas construindo um processo, porque a Educação Permanente em Saúde é fundamental para atenção básica.

A EPS busca provocar um processo de pensar sobre a sua própria prática, qualificado a atuação do profissional por meio da ressignificação de seus conceitos pré-estabelecidos. A troca de saberes que ocorre no agenciamento trabalhador-usuário movimenta posições solidificadas pela prática biomédica, reconhecendo a cultura, e os conhecimentos da população.

Wendy em Busca da Terra da Saúde

Dorothy caminhava pelo caminho dos tijolos dourados observando os pássaros e as flores que estavam a sua volta, sem imaginar que, ao virar na próxima curva, encontraria Wendy cantarolando sob a sombra de um carvalho.

A escolha de Wendy pela Saúde da Família representou um novo desafio para sua atuação profissional. Sua graduação fora voltada para a atuação dentro da escola, desenvolvendo práticas de higiene, e não teve contato com a atenção básica, o que lhe deixou com muitas interrogações sobre o funcionamento dos sistemas de saúde. Em busca por responder esses questionamentos, cursou a especialização e o mestrado em Saúde Pública.

“Na graduação eu não tive aproximação com a atenção básica. A graduação não contemplou, não se tinha um conhecimento pleno de saúde pública.

E aí você vai vendo que tem muito mais a contribuir do que só tratar, e depois dos cursos que eu fiz favoreceu minha atuação.

[...] A principal contribuição veio do meu trabalho, o contato com as pessoas, vendo as dificuldades, conhecendo cada situação, cada cultura. A experiência profissional dá mais tranquilidade, mas a formação de pós-graduação é muito importante.

Eu já trabalhei em várias equipes multiprofissional, e você trocar conhecimento não é só pelo interesse, mas sim, para ver o paciente como um todo.

E o cuidado um pouco é do conhecimento dos livros, um pouco é da experiência”.

Nos relatos apresentados, podemos identificar um déficit na formação que Wendy teve na sua graduação. A aproximação com o âmbito da atenção básica deveria ocorrer nas atividades propostas pelo ensino de graduação, contemplando elementos de fundamentação essencial para cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, produzindo novas maneiras de enxergar a saúde e como ela se manifesta em cada território. No entanto, esse contato tem ocorrido somente quando o profissional chega ao mundo do trabalho.

A formação de pós-graduação tem apresentado o importante papel de sanar as questões que surgem no cotidiano da atuação profissional, bem como para esclarecer temas que não foram contemplados na graduação.

“[...] A pessoa que quer atenção básica tem que chegar aberta no serviço.

E o aluno residente dá para ver que não se apropria do trabalho, eles só querem fazer o coletivo, mas não negociam o cuidado especializado.

Eles pedem que a pessoa abra a casa, mas não oferecem nada.

Precisa aproximar esses alunos da realidade, para trazer novos conhecimentos para o serviço, mas também para que eles conheçam a realidade”.

O relato de Wendy remete à discussão proposta por Medeiros (2011), ao tratar do tema da residência que apresenta em seu currículo a reprodução dos métodos e dispositivos oriundos da reflexão da academia, produzindo uma prática acéfala do mundo do trabalho. Considerando que o processo de cuidado deveria estar organizado de acordo com as necessidades do usuário, a oferta nos serviços precisa reconhecer as demandas da população, e as diferentes configurações do processo de trabalho e do cuidado.

Robin Hood do Bosque do Sistema Único de Saúde

Após sua conversa com Wendy, Dorothy seguiu seu caminho, intrigada com as inúmeras potencialidades de formação que havia descoberto. Enquanto caminhava, encontrou Robin Hood parado próximo à entrada do bosque, e ali começaram a conversar.

Desde a juventude, Robin Hood esteve vinculado a um movimento de resistência contra a ditadura e a exploração. Na experiência de graduação, teve contato com muitas disciplinas voltadas para o conhecimento clínico, mas que não se articulavam entre si, muito menos o sujeito ao contexto social e político que efervescia naquele período. Foi no movimento estudantil que encontrou os espaços de debate que possibilitavam construir uma concepção do que seria uma saúde para todos, um sistema de saúde universal, democrático, do papel do estado, dos serviços públicos, e da população frente a isso tudo, dos caminhos de derrota da ditadura militar, e o que colocar no seu lugar.

“Quando se constituiu o SUS, eu participei na etapa estadual da VIII Conferência Nacional de Saúde. E foi uma coisa que eu fui estudando, debatendo, constituindo ideias, me fazendo representar nessa Constituição Federal de 1988.

[...] Isso me colocou uma perspectiva de vida, e a gente vai percebendo conforme amadurece que isso exige qualificação, não só boa vontade.

[...] Tem a ver com motivações, e não somente com oportunidades de formação”.

Podemos identificar que na graduação, a experiência que impactou Robin Hood foi sua atuação no movimento estudantil. Essa experiência no espaço público possibilitou a ampliação da visão de saúde, aproximando-o das reais necessidades demandadas pela população, e da perspectiva de cuidado que vai além da assistência à doença e seus sintomas. Além disso, possibilitou o desenvolvimento da capacidade de atuação criativa e protagônica nos cenários do sistema de saúde, e de aprender continuamente.

Continuando sua história, Robin Hood contou a Dorothy sobre sua escolha pelo campo da saúde comunitária, fruto de uma construção que realizou durante sua formação de graduação, através do autodidatismo e da atuação como militante do SUS. A sua formação na residência não teve ênfase no aspecto clínico, mas sim, no momento de vivências da efervescência da participação popular e da mobilização social. Com isso, pôde aprofundar seu conhecimento sobre sistemas de saúde e articular experiências vivenciadas na zona rural.

“[...] não me imagina passar o resto da vida cuidando só de um pedaço, eu gosto de cuidar da pessoa inteira, e esse compromisso com uma prática de saúde equitativa, universal.

[...] E foi nesse espaço que aprendi a dialogar.

[...] foi na residência que eu iniciei minha definição como profissional da Atenção Primária, mas ele não acabou nunca mais.

[...] E isso tornou natural que eu assumisse as funções de gestão”.

Percebemos nesse relato a potencialidade de uma formação que se aproxima das vivências de gestão e participação popular. Essa aproximação viabiliza a identificação das tecnologias que são utilizadas no cotidiano dos serviços, e que implicam na relação trabalhador-usuário. Ao referir a busca pela prática de um cuidado integral, e o seu reconhecimento como um profissional da atenção básica durante a residência, podemos pensar na insuficiência do ensino das profissões na formação de graduação, a qual tem segmentando o conhecimento, dissociando o usuário em doenças e sintomas.

Somado a isso, o relato apresenta a importância da formação da residência que aproxima o ensino do mundo do trabalho, e permite a reflexão de como são organizadas as ações humanas, remetendo à necessidade de mudança nos processos produtivos para que garantam a expressão de interesses dos diversos atores e das heterogêneas realidades dos seus territórios.

“[...] Por isso no mestrado escolhi trabalhar com residentes, e ver as questões que formam as pessoas, com o tema da educação popular”.

[...] O mestrado na educação teve uma contribuição bem grande para responder questionamentos que haviam surgido dessa experiência”.

Em sua prática profissional, Robin Hood vivenciou diversas experiências que articularam gestão, assistência, educação e participação social: a coordenação de uma unidade básica que estava sendo criada; a subsecretaria municipal de saúde, onde lutou pela implantação do Programa Saúde da Família, e pela municipalização da saúde; a coordenação de um amplo serviço de saúde comunitária, e a criação da residência integrada em saúde; a gestão associativa dentro da área da educação, a preceptoria de residência e docência em pós-graduação.

“[...] Uma das melhores coisas que propus na gestão foi uma ideia de democratização das relações, de modo que se elegeisse pelos pares os cargos de gestão, bem como fóruns intercomunitários, formado por usuários, de mobilização das comunidades e dos funcionários, incentivando a participação social. E nessa troca, foi muito enriquecedor,

inclusive fortalecendo a criação de conselhos locais de saúde nos parâmetros exigidos pelo Conselho Nacional de Saúde.

Na experiência da gestão, percebi que precisava me qualificar mais ainda. Conhecer horizontes muito diferentes dos nossos, comparar realidades, associar construção de iniciativas, e seguindo com a mesma perspectiva de vida”.

[...] além de realizar as atividades assistenciais, que para mim constituem o núcleo da minha atividade profissional. Minha impressão é que eu perderia muito da minha qualificação se eu não cuidasse de pessoas”.

Destacamos nesse relato, a potência formadora do mundo do trabalho na produção de conhecimentos no cotidiano dos serviços de saúde, partindo da realidade vivida pelo profissional, e promovendo mudanças nos seus processos de trabalho. Através da Educação Permanente em Saúde, é colocado em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação como a mudança no conhecimento e no exercício profissional.

O Fantástico Mágico de Oz da Cidade da Formação Profissional

Após a longa jornada pelo caminho dos tijolos dourados em busca do Fantástico Mágico de Oz, Dorothy chegou à Cidade da Formação Profissional. Ansiosa, seguiu com seus sapatinhos vermelhos até o Mágico, e questionou:

“- Ó grande Mágico, de onde vem a sua magia?”

E, então, o Mágico respondeu:

“- A magia que procura, você carregou todo o tempo. Ela está em você.”

Surpresa com a resposta do Mágico, Dorothy começou a pensar nos encontros que tivera pelo caminho. E, assim, percebeu a potencialidade formadora do ensino de graduação e pós-graduação, e das experiências do cotidiano.

Ao pensarmos no ensino de graduação, foi possível identificar que a proposta de formação restrita ao ambiente hospitalar, ao exercício da técnica, do conhecimento biomédico compartimentalizado, não tem suprido às demandas que estão sendo produzidas pelas distintas realidades encontradas no mundo do trabalho. O cotidiano nos serviços de saúde

tem exigido uma atuação profissional capaz de assumir o protagonismo dos processos de trabalho nas equipes multiprofissionais, produzindo a integralidade do cuidado e a constante oxigenação dos processos de gestão.

A aproximação com o âmbito da atenção básica deveria ocorrer nas atividades propostas pelo ensino de graduação, contemplando elementos de fundamentação essencial para cada profissão, mas também produzindo novas maneiras de enxergar a saúde, como ela se manifesta e se permeia pela cultura do usuário. Essa capacidade diz da atuação e produção das redes de atenção rizomáticas, que reconhecem diferentes articulações, principalmente no plano do trabalho cotidiano, e que convivem com o diferente, sendo capaz de dar expressão às múltiplas faces que compõem SUS, em especial no âmbito do trabalho de cada um. Destacamos, também, a potencialidade de formação que as vivências de gestão e participação popular apresentam para o ensino da graduação. Essa aproximação viabiliza identificar tecnologias de cuidado utilizadas no cotidiano, e que implicam na relação trabalhador-usuário, e conseqüentemente na criação do vínculo e do acesso.

Discutir a formação em saúde implica tematizar o ensino, particularmente no âmbito da graduação. O ensino de graduação em saúde acumulou uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos orientados pela doença e pela reabilitação (CARVALHO, CECCIM, 2006). No âmbito das políticas educacionais, o ensino de graduação não tem apresentado uma orientação integradora entre ensino e trabalho que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade (CARVALHO, CECCIM, 2006), onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde.

Os espaços de integração ensino-serviço têm estado centrados nos estágios supervisionados, curriculares, internatos, cenários de prática, que não produzem a experiência de si e de apropriação dos entornos da vida. Além disso, a falta comunicação entre os gestores do ensino e os gestores do sistema de saúde deixa a ausência de práticas interprofissionais integradas ao currículo. Segundo Feuerwerker e Sena (1999), a necessidade de mudança decorre das novas modalidades de organização do mundo do trabalho e as *exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, dos desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento*

ou a necessidade de a universidade reconstruir seu papel social considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual (FEUERWERKER, SENA, 1999).

Frequentemente, os estudantes não se sentem preparados para a vida profissional às vésperas da finalização do curso; os profissionais de saúde não estão satisfeitos e realizados no mundo do trabalho; os serviços de saúde não têm aprovação da população que, por sua vez, tem enorme dificuldade em garantir sua saúde diante das condições de vida e trabalho a que a maior parte dos brasileiros está exposta (CARVALHO, CECCIM, 2006).

Assim, ao analisarmos a formação de pós-graduação, podemos destacar a importância que a residência tem apresentado na formação do profissional, por permitir a experimentação do aluno, inserindo-o no contexto do serviço, vivenciando seu cotidiano de trabalho, refletindo sobre os processos e sobre a própria formação de residência. Realizada em consonância com as demandas do território e da equipe multiprofissional, promove a aproximação do ensino com o mundo do trabalho e permite a reflexão de como são organizadas as ações humanas, remetendo o profissional à necessidade de mudança nos processos produtivos para que garantam a expressão de interesses dos diversos atores e das heterogeneidades dos territórios.

Segundo Medeiros (2011), é comum encontrar nos espaços de formação profissional uma aprendizagem caracterizada pelas especializações, capacitações baseadas no acúmulo de conhecimentos e a produção de competências e habilidades técnicas. Segundo Souza (2014), a residência coloca em ação o imaginário, e o expõe aos acontecimentos do real. É uma aprendizagem baseada na multiplicidade de práticas, sensações, necessidades percebidas nos encontros entre trabalhadores, usuários, gestores, e nesses agenciamentos, dar-se conta que o trabalho vivo em ato requer habilidades que desterritorializem as técnicas, a fim de que se possa reconhecer o sujeito.

Além disso, a formação de especialização e de mestrado, voltados para a área da Saúde Coletiva e Saúde da Família, também apresentaram uma importante figuração no papel de sanar os questionamentos que surgem nos processos de cuidado e de trabalho, bem como, para esclarecer os temas que não foram contemplados na graduação. Sabemos que a atenção básica requer inúmeras contribuições de saberes para o exercício das práticas de cuidado e

para o trabalho em equipe, o que nos leva a questionar o motivo pelo qual tem ocorrido a ausência da discussão e reflexão sobre essas áreas no ensino da graduação. É necessário apenas ampliar os espaços de aprendizagem prática nos serviços da atenção básica? Ou precisamos qualificar essa aprendizagem para que se reconheçam as potencialidades do trabalho em equipe e do contato com os movimentos sociais da saúde, não reproduzindo apenas a prática biomédica e hospitalar?

A potência advinda do mundo do trabalho na produção de conhecimentos que parte da realidade vivida pelo profissional promove mudanças importantes nos processos de trabalho, que por sua vez impactam na formação do profissional e na qualidade de vida da população. Através da Educação Permanente em Saúde é colocada em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação, como a mudança no conhecimento e no exercício profissional. O contato com o território e com o contexto sociocultural do usuário, qualifica a gestão do cuidado e produz um novo conhecimento que surge na sua micropolítica.

Nessa perspectiva, é possível retomar a potencialidade da EPS em valorizar o conhecimento produzido no trabalho em ato e a utilização das tecnologias leve que emergem do trabalho em equipe pautado no reconhecimento do outro, na troca de saberes, no agenciamento com o outro, e nas produções singulares. A atuação profissional embasada na EPS fortalece a integralidade, a equidade, e a universalidade, colocando em prática a humanização do cuidado, a realização do acolhimento nos serviços, a produção das redes de atenção rizomáticas, e a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Colocamos em destaque o papel da atenção básica na mudança do paradigma biomédico instituído e reproduzido nos espaços de aprendizagem do ensino da graduação. A modificação desse processo é importante para ampliar a resolutividade da Saúde da Família, e o impacto que apresenta na situação de saúde da população, reconhecendo e valorizando diferentes concepções de saúde e expressões da vida. A troca de saberes que ocorre no agenciamento trabalhador-usuário movimenta posições solidificadas pela prática biomédica, reconhecendo a cultura e os conhecimentos populares. Esse contato impacta diretamente na proposta de mudança do ensino de graduação, ampliando as discussões dentro dos cenários de práticas já existentes.

Segundo Merhy (2002), a melhor tecnologia de cuidado é o diálogo compartilhado entre os trabalhadores, pois esse não é produzido individualmente, mas no coletivo, a partir da relação com o usuário e com outros profissionais da saúde considerando-se o trabalho vivo em ato. Para o autor, o trabalho e a educação em saúde são como uma dobra, os dois lados da mesma moeda que se produzem e acontecem mutuamente. A EPS, quando colocada como instância pedagógica, propicia processos coletivos de autoanálise e autogestão, de modo a ativar a capacidade criativa e de intervenção nas situações vivenciadas pelos participantes, sejam eles docentes, estudantes, profissionais e usuários. No ensino no mundo do trabalho, cuidar de sujeitos enquanto atores no seu processo de vida potencializa a noção de movimento na produção de conhecimento e de cuidado (SOUZA, 2014).

Salientamos que o mundo do trabalho tem um significativo potencial formador, no que tange a formação profissional no âmbito da atenção básica, e que parece não estar sendo explorado pelo ensino da graduação. Apesar da relevância que a experiência da residência demonstra ter na prática do mundo do trabalho, não defendemos a necessidade de todos precisarem fazer a residência para atuar na atenção básica. A questão aqui colocada é a afirmação da graduação como sendo um verdadeiro lugar com potencial formador para atuação do profissional no âmbito da atenção básica, reconhecendo a capacidade de afetar os alunos com o mundo real e refletir sobre essas possibilidades distintas de vidas.

Estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários podem ser sujeitos protagonistas da produção de novos modos de aprender, cuidar, e produzir conhecimento. Nos serviços de saúde essa possibilidade se fabrica por meio da instalação de múltiplos processos coletivos de reflexão crítica sobre as práticas, da produção de desconforto e desassossego, da produção de acontecimentos – em diferentes territórios, de diferentes modos, a partir de diferentes referências. É a partir dos diferentes processos concretos de vivência que se fabrica novos problemas e se produzem novos conhecimentos e relações (FEUERWERKER, 2014. p. 129-130).

Segundo Feuerwerker (2014), esse é o sentido de ampliar as relações e a porosidade da universidade e dos serviços de saúde, trazendo para cena novos objetos, problemas e relações que ajudam a produzir experiências e reflexões que contribuem para desafiar o modo dominante de compreensão, intervenção e produção de encontros. Considerando a função das DCN e as várias políticas de incentivo à instalação institucional de inovações, é importante

considerar que as possibilidades de produzir maior ou menor efeito dependem dos modos como se constrói a agenda de discussão e as possíveis propostas de inovação, bem como possibilitar a participação, nesse movimento, do maior número possível de professores e alunos.

Como são muitos os sujeitos que compõem uma escola/curso e suas diferentes possibilidades de afetação, são muitos e variados os encontros e provocações a serem produzidos. O sentido aqui não é restringir o espaço da disputa aos temas habituais, que não ajudam a demonstrar os aparelhos e a produzir rodas e praças nas universidades.

Os processos inovadores mais interessantes/arrojados têm sido em sua dinâmica um investimento na produção de relações mais democráticas, de espaços coletivos de encontro e de modos de decisão mais compartilhada. Os outros modos de estar no mundo. [...] mesmo em instituições duríssimas, é possível fabricar múltiplos e pequenos espaços de produção de relações autopoieticas, afrontando molecularmente os modos de fabricar processos e territórios existenciais, produzindo novas agendas (FEUERWERKER, 2014, p.128).

Nesse contexto, as transformações são construídas no cotidiano da prática pedagógica e não simplesmente no papel, de modo que ocorre em cenários onde se dá a prática profissional e o enfrentamento dos problemas que se apresentam na realidade. É na micropolítica do aprender, cuidar e produzir conhecimentos que podem ser criados movimentos de territorialização e desterritorialização também neste âmbito (FEUERWERKER, 2004). As pretendidas transformações do modelo de atenção e da formação profissional podem ocorrer de maneira articulada e imbricada, onde uma potencializa a outra, e que não são pensadas sem os processos de ação compartilhados nos territórios e nos serviços.

DE ONDE PARTIMOS E PARA ONDE VAMOS?

O desenvolvimento desse estudo permitiu realizar diversas reflexões acerca da formação profissional para o âmbito da atenção básica, com o objetivo de conhecer as principais contribuições da graduação, pós-graduação, e experiências do cotidiano para atuação dos profissionais da saúde. A utilização do banco de dados do Pmaq na primeira etapa metodológica viabilizou a identificação dos sujeitos dessa pesquisa, coordenadores de equipe da Saúde da Família.

Os encontros vivenciados por Dorothy no caminho dos tijolos dourados, mobilizaram saberes, possibilitaram reflexões e realizaram afetações nos conhecimentos carregados por esta pesquisadora. As discussões propostas acerca da formação de graduação sinalizaram para necessidade de realizar movimentos de aproximação do ensino com o cotidiano dos serviços e a construção de currículos integrados que deem conta de produzir nos profissionais a capacidade de atuar nos diferentes contextos sociais e melhorar a qualidade de vida da população. Através da Educação Permanente em Saúde o mundo do trabalho apresentou a capacidade de produzir, a partir das experiências vividas pelos profissionais, saberes e afetações na sua própria formação e mobilizar conhecimentos para pensar diferentes maneiras de agir e fazer saúde. Nesse movimento de aproximação, pudemos identificar a proposta de reflexão sobre a atuação profissional, os processos de trabalho, a formação, a gestão e a participação social.

No ensino de pós-graduação na área da saúde, a residência ocupou um espaço importante na formação dos profissionais ao permitir sua experimentação no contexto do cotidiano dos serviços. Realizada em consonância com as demandas do território e da equipe multiprofissional, torna-se capaz de aproximar o ensino do mundo do trabalho e permite a reflexão sobre processos produtivos para que garantam a expressão de interesses dos diversos atores e das heterogeneidades dos territórios.

No sentido de ampliar as relações e a porosidade da universidade e dos serviços de saúde, trazer para cena novos objetos, problemas e relações que ajudem a produzir experiências e reflexões que contribuam para desafiar o modo dominante de compreensão, intervenção e

produção de encontros, e considerando a complexidade da atuação profissional no contexto dos serviços de saúde e da atenção básica, os encontros vividos por Dorothy demonstram a importância de se incentivar a formulação de projetos¹³ que reconheçam o sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem.

Sabemos que dentre os pilares que compõem as ações da universidade, ensino-pesquisa-extensão, esses projetos são reconhecidos como iniciativas da extensão, sendo incorporados somente às ofertas extracurriculares optativas e não dispõem, dentro das estruturas curriculares, da abertura de espaços para discussão conjunta das afetações produzidas e de seus resultados. Dessa forma, questionamos como pode ser possível que a universidade se afete com essas propostas ensino-serviço, quando parece que não tem se ocupado em trazer para o ensino o acolhimento daquilo que tais iniciativas convocam nos alunos. Propomos, então, a construção de um currículo com a capacidade de borrar as fronteiras do conhecimento específico, que articule as propostas de pesquisa e extensão com as atividades de ensino e mobilize diferentes cursos da universidade.

Nessa percepção, a longa jornada percorrida no caminho dos tijolos dourados nos permitiu refletir sobre a formação de graduação e pós-graduação na saúde (incluindo a que tivemos), os processos de ensino e aprendizagem propostos pelos novos desenhos organizativos do SUS e a atuação do profissional no cenário do mundo do trabalho. Reconhecemos que a sensibilização e implicação para esta atuação profissional no âmbito da atenção básica são, em grande parte, inerentes às vivências e princípios de cada profissional. Por conseguinte, surgem alguns questionamentos: em que desenhos curriculares podemos proporcionar, na formação de graduação, a aproximação do aluno com as possibilidades de atuação no serviço que sensibilizem seu potencial criativo e protagônico? Como podemos operacionalizar as modificações nos currículos dos cursos de graduação em saúde, para que a academia seja afetada pelas propostas de formação vivenciadas nos serviços, e para que promovam espaços de discussão das experiências extramuros?

¹³ São exemplos as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), projetos que propõem a integração ensino-serviço, a experimentação profissional nos diversos serviços de saúde, e a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão.

Esses questionamentos nos apresentam um leque de possibilidades para desenvolver futuros estudos e demonstram a relevância de se discutir o tema da formação em saúde, bem como a complexidade do ensino das profissões. Por fim, retomamos a fala de Michel Foucault apresentada na epígrafe desse estudo, quanto a necessária problematização do fazer educacional e do cotidiano, para que assim possamos propor perguntas ao invés de respostas, analisando-se, assim, as práticas refletidas na atuação profissional e no fazer saúde.

REFERÊNCIAS

ARBORIO, A. M.; FOURNIER, P. **L'enquête et ses méthodes: l'observation directe**. Paris: Nathan, 1999.

AROUCA, A. S. A reforma sanitária. Tema. **Radis**. v. 11, 1988.

BARRIOS, S.T.G. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde**: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Estado do Rio Grande do Sul, 2009. 177 f. Dissertação de Mestrado – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'Enquête et ses méthodes: l'etretien**, Paris: Nathan Université, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37, 2001a.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38, 2001b.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: 2011.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.149-182.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. v.9, n.16, set.2004/fev.2005. p.161-77

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A.; FAGUNDES, S.M.S. (orgs.) **Tempo de inovações: a experiência da**

gestão na saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora Dacasa e Escola de Saúde Pública/RS; 2002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ.Saúde**, v.6, n.3, nov.2008/fev.2009. p. 443-465.

_____. Educação permanente em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro, 2008. p. 162-168.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. M. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: Desenho de pesquisa qualitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, 15(4), jul/ago 2007a. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso: 07 de dezembro de 2012.

FERLA, A. et al. Desafios para o fazer institucional frente às disposições da legislação federal e aos compromissos éticos e políticos de uma instituição comunitária de ensino. Universidade de Caxias do Sul, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre, Rede UNIDA, 2014.

FEUERWERKER, L. C.M.; SENA, R.R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M.; LLANOS, C.M. (org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1 – Um olhar analítico.** São Paulo: Editora Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial/Londrina: Editora UEL; 1999. p. 47-81.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 459-474.

GUIZARDI, F. L.; STELET, B. P.; PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R. CECCIM, R. B. e MATTOS, R. A. (Orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde.** 2ª edição, 2006. p. 153 – 177.

MATOS, I. B. **Expectativas do exercício profissional de graduandos em odontologia.** 2005. 202 f. Tese de Doutorado em Ciências – Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, julho de 2005.

MEDEIROS, R. H. A. **Residência Integrada em Saúde: A torção do discurso universitário para formação do profissional da saúde,** 2011. 182 f. Tese de Doutorado – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

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

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

MORIN, E. O Problema Epistemológico da Complexidade. Portugal: Publicações Europa-América, s.d. p.14.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Agosto, 2012. Disponível em: [www.reciis.icict.fiocruz.br]; e-ISSN 1981-6278.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [1]: 253-271, 2014.

SOUSA, A. C. Pontilhando aprendizagens: função preceptoria e práticas cuidadoras nos campos-equipes. 2014. 146 f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO 1 – PMAQ 2012 - Módulo II: Microdados da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Entrevista com profissional da equipe de atenção básica		
Informações sobre o entrevistado		
3.3	Profissão	Médico Enfermeiro Cirurgião-dentista
3.4	O (a) senhor (a) é coordenador (a) da equipe?	
3.5	Quanto tempo o (a) senhor (a) atua nesta equipe de atenção básica?	
Formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica		
5.1	O (a) senhor (a) possui ou está em formação complementar?	
5.2	Especialização	Saúde da Família
		Saúde Pública/Coletiva
		Outra área
	Residência	Saúde da Família
		Saúde Pública/Coletiva
		Outra área
	Mestrado	Saúde da Família
		Saúde Pública/Coletiva
		Outra área
	Doutorado	Saúde da Família
		Saúde Pública/Coletiva
		Outra área
Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas		
8.1	Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica?	
8.4	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	
Reunião da equipe de atenção básica		
11.1	A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe?	
Apoio matricial à equipe de atenção básica		
12.1	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de identificação

Título do Projeto: **A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENÇÃO BÁSICA: (re) pensando a formação dos profissionais da saúde**

Pesquisador Responsável: Maria Luiza Ferreira De Barba e Roberto Henrique Amorim de Medeiros

Instituição do Pesquisador Responsável: UFRGS – DAOP – Análise de Políticas e Sistema de Saúde.

Telefones para contato: (51) 9267-2572 - (51) 3308-5233. CEP UFRGS: (51) 3308-3738

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENÇÃO BÁSICA: (re) pensando a formação dos profissionais da saúde**, cujo objetivo é analisar as contribuições que a formação de graduação e outros tipos de formação e experiências têm para a prática cotidiana dos profissionais da saúde. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Para tanto, sua colaboração é inestimável para o levantamento dos dados principais da pesquisa. Serão realizadas uma observação com registro em caderno de campo e uma entrevista com áudio gravado. Em relação aos ônus quanto à sua participação, referem-se unicamente a certo desconforto no sentido de você ter de dispor de algum tempo para as respostas às perguntas constantes na entrevista. Todos os cuidados com respeito à sua participação e às informações concedidas serão tomados com vistas a manter o anonimato de ambos. Inclusive, fica desde já facultada sua retirada de consentimento de participação desta pesquisa em qualquer momento do processo. Quaisquer dúvidas e pedidos de esclarecimentos, favor contatar o pesquisador responsável por meio dos contatos telefônicos presentes no cabeçalho deste termo.

O estudo integra o Projeto de pesquisa "Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários", aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob matrícula nº 21904.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. Autorizo que o material e informações obtidas possam ser publicados, e que não deve ser identificado por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

_____, _____ de _____ de _____.

Participante da pesquisa

Pesquisador Responsável

ANEXO 3 – Autorização para uso dos dados da pesquisa “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
REDE GOVERNO COLABORATIVO EM SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DOS DIREITOS AUTORAIS

Eu, Alcindo Antônio Ferla, abaixo assinado, CPF nº 411.449.450-20, professor adjunto do curso de Bacharelado da Saúde Coletiva e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva reconheço, sob as penas da Lei 9.610/98 (Lei de Direitos Autorais), ser o titular dos direitos autorais da pesquisa intitulada “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação do usuário”, aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 21904.

Através deste instrumento, autorizo a utilização dos direitos autorais dos resultados da pesquisa total ou parcialmente, direta ou indiretamente, em qualquer suporte e meio, em caráter gratuito e irrevogável, sem ressalvas ou condições e sem qualquer tipo de ônus. Os dados poderão ser utilizados para produção e divulgação de atividades científicas de ensino, pesquisa e extensão.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito.

Porto Alegre, 25 de agosto de 2014.



Alcindo Antônio Ferla

