

Percepção dos Médicos sobre o Curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

Physicians' Perceptions of the Course for Facilitators in Continuing Health Education

Brigida Gimenez Carvalho¹

Barbara Turini¹

Elisabete de Fátima Polo de A. Nunes¹

Isabela Funfas Bandeira¹

Pâmela Fernanda Alves Barbosa¹

Tânia Sayuri Takao¹

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que toma os problemas da prática como objeto de reflexão das equipes de trabalho. Para superar a falta de domínio conceitual e operativo em relação à EPS, foi proposto um curso de facilitadores de educação permanente. Este curso foi desenvolvido no município de Londrina e dele participaram 14 médicos. Com o objetivo de analisar as opiniões sobre o curso e sobre as repercussões no trabalho e na atenção à saúde, os 11 médicos concluintes foram entrevistados, utilizando-se um roteiro semiestruturado. Para a análise, as questões fechadas foram tabuladas, e o conteúdo das abertas foi analisado por meio da análise temática. Para esses médicos, a EPS se constitui em: reflexão acerca dos problemas cotidianos, trabalho em equipe e aprendizagem significativa. Entre as mudanças propiciadas pelo curso, destacaram-se: ampliação do vínculo entre profissionais, democratização da gestão, apropriação dos sistemas de informação, ampliação da capacidade de análise e aprimoramento da prática. As facilidades e dificuldades se referiram principalmente à garantia de infraestrutura (espaço, tempo, material e apoio), mas também foram destacados aspectos relacionados ao trabalho em equipe, como motivação, interesse e participação.

ABSTRACT

Continuing Health Education is a strategy in Brazil that uses problems in healthcare practice as the object of reflection by health teams. To deal with the lack of conceptual and operational command over Continuing Health Education, a course was proposed for facilitators in continuing education. The course was conducted in Londrina, Paraná State, in which 14 physicians participated. In order to analyze their opinions of the course and its repercussions on their work and healthcare practice, the 11 physicians that finished the course were interviewed using a semi-structured questionnaire. The analysis involved tabulation of the closed questions, and the content of the open questions was analyzed using thematic analysis. According to these physicians, Continuing Health Education consists of the following: reflection on daily problems, teamwork, and meaningful learning. Important changes fostered by the course included: expansion of the links between healthcare professionals, democratization of management, grasp of information systems, expansion of analytical capacity, and improvement of healthcare practice. The facilities and difficulties pertained mainly to a firm infrastructure (physical space, time, material, and support), but participants also highlighted issues related to teamwork, like motivation, interest, and participation.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Educação em Saúde.
- Capacitação.
- Recursos Humanos.
- Educação Permanente em Saúde.
- Trabalho em Saúde.

KEYWORDS

- Medical Education.
- Health Education.
- Training.
- Human Resources.
- Permanent Healthcare Education.
- Health Work.

Recebido em: 22/02/2010

Reencaminhado em: 19/08/2010

Aprovado em: 22/08/2010

INTRODUÇÃO

A conformação da prática médica no Brasil está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica, que determinou a importância, o lugar e a forma da medicina na estrutura social. No entanto, foi a partir da segunda metade do século 20 que o modelo norte-americano, mais conhecido como modelo flexneriano, se tornou hegemônico no País. No final da década de 1970, principalmente devido à incapacidade de respostas efetivas às necessidades de saúde da população, esse modelo de atenção à saúde e de formação dos profissionais começou a ser questionado. Mas foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que tornou mais evidente a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, para que este processo ocorresse em espaços e serviços do SUS, e as necessidades de saúde e a integralidade constituíssem eixos estruturantes dessa formação¹⁻⁶.

Entidades como a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) e a Rede Unida têm apoiado e implementado a criação de espaços de discussão sobre a implantação das diretrizes curriculares nacionais e sobre a gestão dos cursos de Medicina⁷, além de apoiarem iniciativas do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) na implantação de estratégias que induzam essas mudanças nas escolas médicas, como o Aprender SUS, o Promed⁵ e, mais recentemente, o Pró-Saúde e o PET-Saúde.

Para Campos⁴, o segredo para uma formação médica adequada estaria guardado junto com o segredo de como se poderia reformar a clínica e a saúde pública. A reforma do ensino depende da reforma tanto dos saberes quanto das práticas. Assim, cabe aqui reconhecer que, para os processos de mudanças nos modelos de formação e atenção à saúde serem efetivos, é necessário que tais mudanças ocorram em múltiplas dimensões: políticas, ideológicas, jurídico-legais e organizacionais, no nível macro, mas também nas práticas de saúde (nível micro).

Ao longo dos anos, diversos movimentos têm sido desencadeados para enfrentar esse desafio, tanto internacionais (Conferência de Alma Ata, Conferência de Edimburgo), como nacionais (Projeto Larga Escala, Rede Ida, Projeto Gerus, Projetos UNI, Profae)⁸. Com base nas diferentes experiências desenvolvidas, o MS criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Segets) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), e, em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁹.

Segundo Rovere¹⁰, em boa parte das publicações, há definições controversas sobre o termo “educação permanente”, passando pela alfabetização de adultos, ensino profissionalizante, atualização profissional e educação no trabalho. Tal confusão le-

vou esse autor, com o apoio da produção gerada por mais de dez anos pelo programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, a elaborar uma espécie de síntese operativa, definindo-a como “la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población”¹⁰ (p. 9).

Uma das principais limitações identificada pelo Deges para a disseminação da Educação Permanente em Saúde (EPS) foi a falta de domínio conceitual e operativo em relação à educação permanente¹¹. A estratégia escolhida para superar esta limitação foi a proposição de um processo de formação de facilitadores de EPS — uma iniciativa conjunta do Deges e da Escola Nacional de Saúde Pública — Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz). O papel proposto para os facilitadores foi o de “acompanhar e facilitar a reflexão crítica sobre os processos de trabalho das equipes que operam no SUS em todos os níveis”¹¹ (p. 3).

No Paraná, o município de Londrina, por meio da gestão municipal da saúde, compreendeu que a EPS poderia constituir uma ferramenta que possibilitasse mudanças no processo de trabalho e na cultura da organização. Desta forma, em convênio com o MS e ENSP-Fiocruz, o município oportunizou o Curso de Facilitadores de EPS, realizado na modalidade de educação a distância, de setembro de 2005 a julho de 2006. Participaram deste processo mais de 140 profissionais de saúde da rede municipal, dentre estes, 14 médicos¹². Este estudo tem como objetivo analisar a percepção desses médicos sobre o Curso de Facilitadores de EPS e as repercussões do curso em seu trabalho e na atenção à saúde.

METODOLOGIA

Após o término do Curso de Facilitadores de Educação Permanente em saúde, foi elaborada uma pesquisa com o propósito de analisar o processo de implantação e desenvolvimento da política de EPS no Paraná, em particular no município de Londrina. Esta pesquisa foi aprovada e financiada pelo CNPQ por meio do edital nº 23/2006. O presente estudo integra essa pesquisa maior.

Com base no objeto e no objetivo do estudo, que se refere à visão dos médicos sobre o Curso de Facilitadores e as repercussões no cotidiano do serviço municipal de saúde, optou-se por desenvolver um estudo de natureza quantitativa, com caráter compreensivo e interpretativo.

Os sujeitos deste estudo foram os médicos que concluíram o Curso de Formação de Facilitadores em EPS e que atuavam no Serviço Municipal de Saúde de Londrina no período em que transcorreu este processo de formação (setembro de 2005 a julho de 2006). Dos 14 médicos que iniciaram o curso, 11 foram entrevistados. As três exclusões ocorreram pelos

seguintes motivos: uma por não ter concluído o curso, outra por se encontrar em licença por problema de saúde, e a terceira devido à impossibilidade de realizar a entrevista após três tentativas agendadas. Os médicos entrevistados atuavam nas unidades da rede básica, nas unidades gerenciais (diretorias e gerências), maternidade municipal e serviços de apoio à rede (policlínica, serviço de internação domiciliar e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — Samu).

Foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado, com questões abertas e fechadas, para caracterizar os entrevistados quanto a idade, sexo, cargo exercido, local de trabalho e tempo de atuação no serviço municipal. Além disso, foram inseridas questões para identificar como foi a inclusão do profissional no Curso de Facilitadores, seu entendimento sobre EPS, experiências anteriores e desenvolvimento de atividades de EPS no local de trabalho, contribuições do curso, bem como facilidades e dificuldades em desenvolver ações de EPS após o seu término.

A coleta de dados ocorreu de setembro a dezembro de 2007 e foi realizada por estudantes do segundo e terceiro ano do curso de Medicina da UEL, integrantes do grupo de pesquisa. Os entrevistados foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram, antes da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de assegurar o sigilo de sua identidade, foram identificados por códigos (E1, E2, etc.) conforme a ordem de realização das entrevistas.

Para a análise, as questões fechadas foram tabuladas. As abertas foram transcritas pelas próprias pesquisadoras, simultaneamente à realização da entrevista, e o conteúdo analisado por meio da análise temática. Segundo Bardin¹³, “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (p. 131). A pesquisa está norteada pelos princípios éticos contemplados na Resolução 196/96 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina sob número 287/06.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em quatro tópicos: Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa, Visão dos Médicos sobre o Curso de Facilitadores de EPS, As Repercussões do Curso para a Vida Pessoal, Profissional e na Atenção à Saúde, e Facilidades e Dificuldades para o Desenvolvimento da EPS.

CARACTERIZAÇÃO

A faixa de idade dos entrevistados variou de 30 a 60 anos, sendo que 45,5% têm entre 40 e 49 anos. Cerca de 90% dos entrevistados têm mais de dez anos de atuação profissional e, des-

ses, 54,6% atuam há mais de uma década no serviço municipal de saúde. Verificou-se que cerca de dois terços dos profissionais investigados haviam concluído o curso de especialização em medicina de família e comunidade e/ou especialização em saúde da família, além de possuírem mais de um curso de especialização. A maioria foi incluída no curso a partir de indicação do coordenador da unidade, gerente ou diretor de seu setor de trabalho (Tabela 1).

TABELA 1
Caracterização dos profissionais médicos concluintes do Curso de Facilitadores de EPS, Londrina, 2007

	Variáveis	Nº	%
Idade	30 — 39	2	18,2
	40 — 49	5	45,5
	50 — 59	3	27,3
	60 e +	1	9,1
Sexo	Feminino	6	54,5
	Masculino	5	45,5
Tempo de atuação profissional	< 10 anos	1	9,1
	10 — 19	3	27,3
	20 — 29	6	54,5
	>30 anos	1	9,1
Tempo de atuação no serviço	< 5 anos	1	9,1
	5 — 9	4	36,4
	10 — 14	3	27,3
	>15 anos	3	27,3
Especialização	Saúde da família	8	72,7
	Outro	1	9,1
	Não informado	2	18,2
Forma de inclusão no Curso de Facilitadores de EPS	Indicado pela coordenação/gerência/diretoria	7	63,6
	Indicado pela equipe	2	18,2
	Outra forma	1	9,1
	Vaga solicitada pelo profissional	1	9,1

Com relação ao papel desenvolvido no Serviço Municipal de Saúde, apenas dois médicos exerciam cargo de gerência ou direção durante o curso. No momento da entrevista (mais de um ano após o término do curso), nove profissionais ocupavam cargos no corpo gestor do município: um exercia a função de diretor, dois eram gerentes, e seis exerciam cargos de assessoria técnica.

O perfil desses profissionais revela aspectos importantes a considerar em termos de seu interesse e indicação para o curso, bem como para a opinião expressa por eles sobre o seu desenvolvimento. Geralmente, essas características incluem maior experiência clínica¹⁴, o que os motiva a buscar outras modalidades de capacitação profissional.

Esse perfil também pode ter contribuído para que vários desses profissionais aceitassem o convite para cargos gerenciais no Serviço Municipal de Saúde. Vale ressaltar que os eixos temáticos do curso — Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde; Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde; e Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde —, bem como a dinâmica proposta para o curso¹¹, foram previstos para instigar, motivar e qualificar os participantes a assumirem papel de liderança, inclusive funções gerenciais, como o que ocorreu com os médicos que participaram deste processo.

Entretanto, ressalta-se que somente a formação/qualificação dos profissionais não seria suficiente para que ocorresse esse movimento. Tão importante quanto a qualificação, foi a reestruturação organizacional do Serviço de Saúde, que possibilitou a incorporação desses profissionais médicos em espaços de gestão, atribuindo-lhes papéis diferenciados da prática clínica.

Todos os profissionais afirmaram ter realizado práticas de EPS em seus locais de trabalho durante o curso. Entre as atividades, destacam-se as desenvolvidas com a equipe de trabalho (reunião com equipe e discussão de casos clínicos), atividades estas que estavam sendo realizadas mesmo após a conclusão do curso, segundo referiu a maioria dos entrevistados. No entanto, ações envolvendo a comunidade foram poucas citadas em ambos os períodos (Tabela 2).

TABELA 2

Atividades de EPS desenvolvidas pelos profissionais médicos durante o curso e no momento da entrevista, Londrina (PR), 2007

Tipo de atividade	Durante o curso		No momento da entrevista	
	N ^o	%	N ^o	%
Atividade em grupo com a equipe, reunião, discussão de casos clínicos/ problemas	11	100,0	8	66,7
Atividade educativa com a comunidade/grupos	4	33,3	5	41,7
Atividade com o Conselho local	2	16,7	3	25,0

Em geral, o profissional médico entende seu papel basicamente como atuação clínica, sem muito envolvimento nos aspectos relacionados à organização do processo de trabalho das equipes de saúde. Esta forma de atuação se deve ao fato de que, mesmo integrando uma equipe, ao profissional médico é reservado o ato decisório de elaboração do diagnóstico e escolha do tratamento como resultado de um trabalho intelectual

de síntese diagnóstica e terapêutica¹⁵. Isto resulta da complexidade das formas de organização do trabalho coletivo, presentes na sociedade capitalista, bem como da influência exercida pela hegemonia da biomedicina e do paradigma positivista na organização dos serviços de saúde¹⁶. Reforçando esta ideia, Rovere¹⁷ afirma que o modelo de gerenciamento dos serviços de saúde ainda vigente em toda a América, com ênfase na produção de consultas e internações, é estimulado, direta ou indiretamente, pelo complexo médico-industrial, que financia muito das atividades científicas, congressos, pesquisas e publicações.

Sugere-se que essa visão, predominante entre os médicos, tenha limitado o interesse destes em participar do Curso de Facilitadores no município de Londrina, onde foram inscritos apenas 14 médicos, dos mais de 200 que atuavam no Serviço Municipal de Saúde. A participação dos médicos representou 10% do total de profissionais dessa Secretaria inscritos no curso.

O processo de transformação dos profissionais e de suas práticas, resultado esperado em decorrência da EPS, é complexo e profundamente social, exigindo tempos de maturação e condições adequadas. Rovere¹⁷ destaca que, para que os trabalhadores saiam de sua posição de “recursos humanos” e assumam a de “sujeitos sociais”, não basta apenas um ato de vontade, uma vez que esses profissionais estão submetidos a modelos de formação, de boas práticas, de gestão, “em última instância a um *habitus*, como diria Bourdieu”¹⁷ (p. 170), que se contrapõem aos pressupostos do SUS.

Outro aspecto a ser pontuado é que as intervenções educacionais estão entre as mais idealizadas e revelam sua dimensão cratológica (de *cratos* = poder). Isto não é diferente no processo de implantação da EPS e explica não só por que não há nenhuma possibilidade de neutralidade neste processo, como também por que, frequentemente são processos que enfrentam forte resistência ou, por outro lado, produzem um sucesso muito maior do que o esperado¹⁰.

VISÃO DOS MÉDICOS SOBRE O CURSO DE FACILITADORES DE EPS

A compreensão de EPS apresentada pelos profissionais médicos que participaram do curso se aproxima do conceito de aprendizagem significativa, pois inclui a reflexão sobre os problemas vivenciados no trabalho, o trabalho em equipe e o desejo de aprender. A oportunidade de reflexão sobre o trabalho, a criação de espaços de diálogo, a aprendizagem significativa e a qualificação em serviço e, ainda, a ampliação da capacidade de análise explicitam os vários sentidos atribuídos à EPS pelos entrevistados.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa. Segundo Novak e Cañas¹⁸, essa teoria é baseada na psicologia da aprendizagem proposta por Ausubel e necessita de três condições: o material utilizado deve ser conceitualmente claro e com exemplos que possam ser relacionados ao seu aprendizado prévio; o aprendiz deve possuir conhecimento prévio relevante; o aprendiz deve querer aprender.

Gomes *et al.*¹⁹ salientam que a proposta de Ausubel acabou “valorizando [...] o conhecimento e o entendimento de informações e não meramente a memorização mecânica” (p.107). Explicam que, segundo essa teoria, a integração de conteúdos novos à estrutura cognitiva ocorre de forma hierarquizada e mais complexa, pela ligação a conhecimentos prévios, por meio de “subsunçores”, que permitem uma “ancoragem” das novas proposições e possibilitam criar um novo conceito mais abrangente ou reformulado. Assim, afirmam que “o equilíbrio cognitivo é certamente um estado dinâmico, sendo capaz de construir e manter a ordem funcional e estrutural do sistema num eterno processo de construção-desconstrução-reconstrução”¹⁹ (p. 107).

Para facilitar a aprendizagem significativa, são descritas “metodologias ativas de ensino-aprendizagem”, entre as quais as mais citadas são a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP)²⁰⁻²². Essas metodologias de ensino vêm sendo recomendadas para o ensino de graduação na saúde e em nível de pós-graduação em *lato sensu* e foram adotadas pelo MS para o Curso Facilitadores de EPS.

Ceccim²³ sinaliza como crucial o desenvolvimento de estratégias tecnológicas de operação do trabalho que considerem a importância de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de fazer com que os cotidianos constituam objetos de aprendizagem individual, coletiva e institucional. A EPS é uma dessas estratégias que possibilitam a reflexão e a problematização e que, quando se dão no coletivo, desvelam elementos fundamentais para reorganizar a prática de trabalho²⁴. Possibilitam também repensar os problemas vivenciados e novas formas de enfrentá-los e, além disso, favorecem a escuta, o desenvolvimento de práticas cuidadoras e a abertura à participação dos usuários²⁵.

O entendimento da EPS como oportunidade de reflexão e ação sobre os problemas da realidade foi explicitado por dois profissionais nas seguintes falas:

“A EPS é o conjunto de ferramentas intelectuais disponíveis para os profissionais que fizeram o curso, utilizadas com o intuito de trabalhar os problemas vivenciados pela equipe da UBS, tentando resolvê-los da melhor forma possível.” (E2)

“[...] é um trabalho em que se reflete sobre a prática, quando se consegue fazer uma reflexão coletiva.” (E8)

Outro aspecto salientado foi que a EPS possibilitou o desenvolvimento de uma prática dialógica.

Para produzir mudanças na realidade, resolver os problemas de saúde vivenciados pela equipe de saúde, é fundamental “[...] discutir com a equipe [...] chegar a um consenso” (E6), oportunizar o desenvolvimento da capacidade de dialogar como “[...] iluminador do processo e trabalho” (E10).

Para transformar as práticas e concepções vigentes, é preciso problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, com o intuito de que as práticas desenvolvidas nos serviços se aproximem dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais princípios do SUS²⁵.

Corroborando esta ideia, Merhy²⁶ sinaliza que:

[...] todo processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações [...] produzir autointerrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho. E isto não é nada óbvio ou transparente” (p. 173).

Ao se analisar a proposta governamental da EPS, fica evidenciada sua consonância com os princípios do SUS. Sua implementação, entretanto, se encontra dificultada no contexto atual das políticas de recursos humanos do setor público de saúde, em que se observa o aumento dos contratos temporários de serviços e da terceirização dos trabalhadores, além de baixos salários, o que fragiliza a consolidação dessas propostas devido à rotatividade dos profissionais e à progressiva fragmentação dos processos de trabalho²⁷. Acreditar que a EPS possa dar conta dos desafios de produzir atenção integral sem o enfrentamento desses problemas constitui um equívoco. A atenção integral requer investimento e reorganização da estrutura dos serviços no âmbito da gestão e da política de recursos humanos²⁷.

A EPS também foi entendida como um espaço para aprendizagem significativa e qualificação dos profissionais no serviço. As falas a seguir indicam que as reflexões ocorridas durante o processo vivido oportunizaram desvendar aspectos da realidade e sua aplicação prática no cotidiano dos serviços.

“[...] oportunizar o aprendizado na prática, no serviço.” (E3)

“É uma estratégia para o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional [...] e dos processos de trabalho [...] considerando a realidade.” (E4)

Almeida²⁸ salienta a importância da EPS para a mudança de um modelo de atenção à saúde e destaca algumas diferenças entre esta e a educação continuada (EC). Afirma que a EC é muito praticada para atualizações científicas e treinamentos de novas técnicas assistenciais, e a descreve como um processo uniprofissional, que aborda temas de especialidades, com periodicidade esporádica, visa à atualização técnico-científica e em geral utiliza a pedagogia da transmissão, sendo realizada fora do ambiente de trabalho. Tem como resultados a apropriação passiva do saber científico e o aperfeiçoamento das práticas individuais. Já a EPS é descrita como um processo multiprofissional, que aborda problemas de saúde, com o objetivo de transformação social e das técnicas. É desenvolvida com pedagogia centrada em problemas e com metodologias ativas, realizadas nos próprios ambientes de trabalho. Tem como resultados a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe²⁸.

A EPS propõe que as equipes de trabalho tomem os problemas da prática como objeto de reflexão e busquem encontrar o que pode explicá-los. Se forem identificadas lacunas no conhecimento como parte da explicação do problema, práticas educativas devem ser implementadas²⁹. Isto deixa claro que tanto a EPS como a EC utilizam atividades educativas para a consecução de seus objetivos. No entanto, o processo de construção da demanda educativa é um fator distintivo entre as iniciativas de atualização de conhecimentos e de educação permanente²⁹.

Para a categoria médica, esta é uma vivência nem sempre presente em seu processo de formação, bem como em seus ambientes de trabalho. Para estes profissionais, a tendência do trabalho em saúde é para o exercício liberal autônomo, individual e independente. O deslocamento desta lógica para um trabalho assalariado, em equipe, organizado em redes não tem permeado as práticas e o imaginário desses profissionais. Esta mesma contradição entre a prática liberal e a prática assalariada das profissões se reflete inclusive no interesse desses trabalhadores em participar de processos educativos, pois se verifica maior participação em cursos e capacitações de EC que partem de seus desejos pessoais do que em processos de EPS, que se caracterizam como projetos desencadeados pelas instituições e/ou equipes de trabalho.

No contexto das práticas educativas da formação em saúde, em que ainda prevalece a pedagogia da transmissão, o Curso de Facilitadores permitiu que elementos da pedagogia crítica, tais como reflexão e problematização³⁰, fossem reconhecidos pelos participantes como algo que possibilitou a ampliação da capacidade de análise na prática de trabalho, conforme apontado na seguinte fala:

“É um processo de reflexão contínua, feito pelo trabalhador, que leva a um aprendizado contínuo não só de ordem técnica, mas principalmente das inter-relações pessoais, descoberta do significado das coisas para o usuário [...]” (E11)

Neste processo educativo, a construção do conhecimento se dá a partir da análise das práticas. Schön *apud* Davini³¹ argumenta que é possível, a partir da ação, construir conhecimentos verificáveis e acumuláveis com níveis crescentes de consciência. Para o autor, nesse processo, a reflexão abre caminho para a experimentação de outras ações para encarar o fenômeno observado; imaginam-se alternativas e se inventam provas que conduzem à solução do problema e testam a própria percepção³¹ (p. 50).

Cabe ressaltar, no entanto, que nenhum profissional mencionou a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde como integrante do processo de EPS vivenciado. Este resultado pode ser atribuído ao fato de que, apesar de ser proposto que a EPS seja desenvolvida considerando o quadrilátero ensino-gestão-atenção-controle social, as dimensões que de fato foram trabalhadas no curso foram as relações entre os trabalhadores e entre estes e a gestão.

REPERCUSSÕES DO CURSO NA VIDA PESSOAL, PROFISSIONAL E NA ATENÇÃO À SAÚDE

Ao serem questionados se o Curso de Facilitadores produziu alguma mudança no modelo de atenção desenvolvido no município, cinco profissionais afirmaram não acreditar nessa possibilidade. Os demais relataram que o curso produziu mudanças no modelo de atenção, ao menos parcialmente. As mudanças mais citadas se referem à ampliação de vínculo e integração entre os profissionais das equipes, à democratização da gestão e à apropriação dos sistemas de informação. Dois entrevistados referiram que o curso também propiciou a ampliação do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade. Somente um apontou que o processo contribuiu para o desenvolvimento do controle social.

Ainda em relação às repercussões do curso, houve unanimidade quanto às contribuições para a vida profissional, e a maioria (73%) também relata contribuições para a vida pessoal. As opiniões foram categorizadas em três grupos: melhoria na forma de se relacionar com o outro, ampliação da capacidade de análise dos sujeitos e aprimoramento da prática.

Quanto à melhoria na forma de se relacionar com o outro, foram pontuadas questões como corresponsabilidade pelos processos vividos e ampliação do olhar para novos temas:

“Não me sinto mais só. Percebi que os demais membros da equipe também têm responsabilidades no processo de trabalho, me sinto aliviada e amparada.” (E10)

“Ampliação do olhar para com pessoas do convívio diário, interesse por novos temas, planejamento para alcançar alguns objetivos, novas amizades com colegas do curso que trabalham em outros setores.” (E7)

Quanto à ampliação da capacidade de análise dos sujeitos, foi sinalizado que a formação de facilitadores oportunizou:

“Melhor entendimento que cada pessoa tem da realidade e dos problemas que vive.” (E9)

“Mudança na maneira de usar as tecnologias leves para resolver problemas.” (E5)

“Compreender melhor a inter-relação do trabalho, reflexão aprofundada do processo saúde-doença, compreender que a origem e a solução dos problemas não estão sempre no setor saúde [...]” (E11)

Referiram, além disso, a contribuição para o aprimoramento da prática profissional, destacando a “oportunidade de poder repensar a prática, aprimorando-a.” (E8)

Estas contribuições também foram observadas por Mendonça³⁰ em entrevista a tutores e facilitadores do curso de EPS, sendo apontado que este processo propiciou trocas de experiências e conversas sobre as relações e o processo de trabalho. Para a autora, as discussões sobre as relações de trabalho, oportunizadas pelo curso, equivalem a uma conquista, tendo em vista que estas são escassas nos ambientes de trabalho.

Nesta área, o processo de trabalho tem natureza relacional, é produzido no encontro trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário (intersubjetividade), é um trabalho reflexivo dotado de incertezas e descontinuidades, onde há impossibilidade de padronizar completamente e *a priori* as atividades desenvolvidas³². O reconhecimento do outro no processo de trabalho é de suma importância para que o trabalho em saúde atinja sua finalidade. Isto porque, embora este processo seja fragmentado entre os diversos profissionais, eles devem agir coerentemente, compartilhando saberes para que se atinja a finalidade do trabalho em saúde³³⁻³⁵.

Esse sentimento apontado nas falas acima se deve ao fato de que o trabalho apresenta uma dupla especificidade: como ação produtiva e como interação social. O trabalho como ação produtiva está pautado na ação instrumental, ou seja, está baseado em regras técnicas, dentro da racionalidade dirigida a

fins — a produção. O trabalho como interação social utiliza a ação comunicativa, que busca o entendimento entre os sujeitos envolvidos e se manifesta durante todo o processo de trabalho³⁶. Atuando neste processo, o profissional pode também adquirir uma dupla dimensão: a de subordinação à produção, como um agente instrumento da técnica, ou atuar como um agente sujeito, instituinte, portador de projetos, protagonista, com autonomia e autogoverno³².

Para Rocha e Trad³⁷, a convivência dos diferentes profissionais nas equipes deve ser construída por meio da negociação. Neste processo, os médicos que frequentemente ocupam um espaço diferenciado, ou seja, exercem a nucleação do processo de trabalho, têm que estar dispostos a abrir mão de sua tradicional posição hegemônica na equipe. Capozollo³⁸ considera fundamentais a organização e a gestão dos serviços para a reformulação dessa hegemonia médica e ressalta a “importância do desenvolvimento de dispositivos organizacionais e institucionais que contribuam para ampliar o ‘olhar’ e a ‘escuta’ dos profissionais, bem como para construir novas formas da relação com os usuários, com os demais profissionais e com o trabalho”³⁸ (p. 71).

FACILIDADES E DIFICULDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DA EPS

Dos 11 profissionais médicos que concluíram o curso, oito disseram ter encontrado facilidades para o desenvolvimento de atividades de EPS. Também foram oito aqueles que referiram dificuldades.

Tiveram destaque aspectos relacionados ao trabalho em equipe, em que a ausência ou a presença de determinadas condições constituíram facilidade ou dificuldade. A partir dos motivos apontados em diversos extratos das falas seguintes, é possível identificar o quanto a atitude dos sujeitos envolvidos facilita ou dificulta o desenvolvimento da EPS:

Sensibilização dos trabalhadores para mudanças; A receptividade da equipe para realização das atividades; Equipe motivada (parte dela); Participação de todos os membros da equipe; Receptividade e interesse da equipe de trabalho e interesse da gestão; e Possibilidade de fechar a UBS para a realização de atividades com a equipe. (extratos das entrevistas)

Outras facilidades e dificuldades apontadas se referem à garantia de infraestrutura para o desenvolvimento de atividades, como espaço, tempo, material e apoio.

Como o propósito deste curso foi produzir a incorporação de mudanças nas práticas profissionais, no cotidiano das equipes de saúde, para que este intuito se alcance de forma dura-

doura, é necessário que as facilidades dependentes de apoio institucional continuem a ser ofertadas pela coordenação da rede de serviços.

Ao lado das dificuldades organizacionais, como falta de tempo e excesso de demanda, também foi mencionada a resistência de alguns membros das equipes de saúde às mudanças.

A resistência à mudança decorre da tendência de as pessoas representarem, frente a uma mudança organizacional, "suas experiências, sentimentos, crenças e interação por meio de dois estados aparentemente inconsistentes, duas realidades opostas e aparentemente inconciliáveis"³⁹ (p. 3). Os autores descrevem como as inovações podem gerar o paradoxo "passado *versus* futuro", citando como exemplo as capacitações em que detentores de técnicas antes valorizadas podem se sentir ameaçados e por esse motivo acabam resistindo à implantação das novidades³⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstram os resultados, os médicos que participaram do Curso de Facilitadores de EPS, desenvolvido em Londrina, apresentam uma compreensão de EPS que se aproxima do conceito de aprendizagem significativa, pois inclui uma reflexão sobre os problemas vivenciados no trabalho, o trabalho em equipe e o desejo de aprender. Consideraram que o curso trouxe importantes contribuições para a sua vida profissional e pessoal. No entanto, houve pouca referência à possibilidade de repercussão sobre a atenção prestada aos usuários dos serviços e à questão da gestão setorial e do controle social.

A principal contribuição referida pelos médicos participantes do curso está relacionada a mudanças no processo de trabalho das equipes, principalmente por meio de melhorias das atitudes dos profissionais na forma de se relacionar com o outro e da ampliação de sua capacidade de análise. Essa contribuição pode ser considerada muito valiosa, especialmente por se tratar de uma categoria profissional que frequentemente apresenta dificuldades no trabalho em equipe.

Embora tenha ficado claro que há diversos fatores facilitadores ou dificultadores para o desenvolvimento de EPS nas equipes de saúde, deve-se considerar que, mesmo não havendo a continuidade do processo, o curso trouxe importantes contribuições para mudanças no processo em saúde. Desta forma, a iniciativa de realizar o Curso para Formação de Facilitadores de EPS, da maneira como foi organizado no município de Londrina, mostrou-se um dispositivo organizacional e institucional que contribuiu para a transformação das práticas desenvolvidas na rede básica.

Pelos resultados apresentados, cabe reconhecer que a EPS constitui um importante dispositivo para contribuir para o

alcançe da finalidade dos processos de trabalho em saúde: a atenção integral. Porém, para que as mudanças na atenção sejam efetivas, devem ocorrer tanto nos espaços relacionais (micro) como organizacionais (macro). Há que ser buscada a coerência entre os projetos políticos institucionais, as propostas educativas para os trabalhadores e os processos de formação dos futuros profissionais de saúde, em que sejam considerados e valorizados a autonomia e o autogoverno dos profissionais, bem como a heteronomia que reina na ordem social e institucional. Caso seja tratada como uma iniciativa isolada, a EPS não será suficiente para instituir as mudanças desejadas na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface Comun Saúde Educ.* 2008;12(24):125-40.
2. Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2005;29(2):136-46.
3. Garcia MAA, Souza PATBC, Odoni APC, Longhi BS, Machado LI, Linek MS, et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(2):147-55.
4. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(1):187-93.
5. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):262-70.
6. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(3): 266-77.
7. Perez EP. A propósito da educação médica. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004;4(1):9-11.
8. Nunes EFPA, Sakai M, Silva VLM. Influenciando Políticas Públicas: um desafio permanente. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M, org. *A Educação dos Profissionais na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.* São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999. p.125-30.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Anexo II Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento

- dos trabalhadores para o setor. Brasília. Diário Oficial da União nº 32/2004, secção I.
10. Rovere MR. Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud. In: Haddad J, Roschke MAC, Davini MC. Educacion Permanente de Personal de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR). División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP). Organización Mundial de la Salud; 1994. 46p.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de Formação dos Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2004.
 12. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Proposta: implementação de um Sistema Local de Educação Permanente na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina - 2005/2006. Londrina; 2005.
 13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Editora 70; 2009.
 14. Bernardo WM, Jatene FB, Nobre MRC. Experiência clínica, educação médica continuada e qualidade da atenção em saúde. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(2):61-74.
 15. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto, Portugal: Edições Afrontamento; 1993.
 16. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: desafio para gestão. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):721-5.
 17. Rovere M. Comentarios estimulados por la lectura del artículo "Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário". *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(16):169-71.
 18. Novak JD, Cañas AJ. La Teoría Subyacente a los Mapas Conceptuales y a Cómo Construirlos [online]. Reporte Técnico IHMC CmapTools 2006-01, [acesso em 20 maio 2010]. Disponível em: <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TeoriaSubyacenteMapasConceptuales.pdf>
 19. Gomes AP, Dias-Coelho UC, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Siqueira-Batista R. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. *Rev Bras Educ Med.* 2005;32(1):105-11.
 20. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(2):2133-44.
 21. Batista N, Batista SH, Goldenber P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(2):231-7.
 22. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comun Saúde Educ.* 1998; 2:139-54.
 23. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2005;10(4):975-86.
 24. Feuerwerker L. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(1):3-4.
 25. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005; 9(16):161-77.
 26. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(16):172-74.
 27. Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação permanente como estratégia nareorganização dos serviços de saúde. *Divulg Saúde Debate.* 1996;12:39-44.
 28. Almeida MJ. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. *Olho Mágico.* 1997;5(14):41-7.
 29. Ribeiro ECO. Educação Permanente em Saúde. In: Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, org. Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.285-303.
 30. Mendonça FF. Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Percepções de Tutores e Facilitadores. Londrina; 2008. Mestrado [Dissertação] - Universidade Estadual de Londrina.
 31. Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasília: 2009; 64 p.
 32. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. São Paulo; 2007. Livre-docência [tese] – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
 33. Nogueira RP. O Processo de Serviços de Saúde. *Educación Médica y Salud.* 1991;25(1):15-27.
 34. Pires DE. Divisão social do trabalho. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, org. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006; p.87-92.
 35. Pires D. Divisão Técnica do trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde. 2006; p.92-7.
 36. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saú-

- de: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*.1999; 4(2)221-42.
37. Rocha AAM, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface comun. saúde educ*.2005;9(17)303-16.
38. Capozollo AA. No olho do furacão. Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. Campinas; 2003. Doutorado [Tese]. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.
39. Vasconcelos IFG, Mascarenhas AO, Vasconcelos FC. Gestão do paradoxo “passado versus futuro”: uma visão transformacional da gestão de pessoas. *RAE electron [periódico na internet]*. 2006 [acesso em 17 fev. 2010];5(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v5n1/29561.pdf>.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

As autoras Isabella Funfas Bandeira, Pâmela Fernanda Alves Barbosa e Tânia Sayuri Takao participaram da concepção ini-

cial do estudo, da coleta, tabulação e análise dos dados, da concepção e elaboração da versão inicial do artigo e aprovação da versão encaminhada para a publicação. As autoras Brígida Gimenez Carvalho, Barbara Turini e Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes participaram da concepção inicial do estudo, da análise dos dados, da concepção e elaboração da versão inicial do artigo, de sua revisão e aprovação da versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Brígida Gimenez Carvalho
Rua Chile, 43 — 1º andar
Centro — Londrina
CEP 86010-220 — PR
E-mail: brigidagimenez@gmail.com