

ANA SILVIA PAVANI LEMOS

**SABERES, EXPERIÊNCIAS E APRENDIZAGENS:
Análise dos Percursos Formativos de Profissionais de Saúde da Estratégia
Saúde da Família a partir da Ergologia**

Brasília
2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANA SILVIA PAVANI LEMOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

BRASÍLIA
2016

ANA SILVIA PAVANI LEMOS

**SABERES, EXPERIÊNCIAS E APRENDIZAGENS:
Análise dos Percursos Formativos de Profissionais de Saúde da Estratégia
Saúde da Família a partir da Ergologia**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, na linha de Pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.
Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Aprovada em 18/08/2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer
Presidente – Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Elza Maria de Souza
Examinadora - Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Maria da Glória Lima
Examinadora - Universidade de Brasília (UnB)

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor, Diogo, companheiro e amigo de 12 anos, que sempre acreditou no meu potencial, estando sempre ao meu lado nos momentos bons e ruins.

A minha família, pelo apoio incondicional aos meus estudos.

À minha orientadora, Magda Scherer, pelos ensinamentos sobre ergologia e na construção deste trabalho.

Aos colegas e professores do curso, pelas trocas de conhecimentos e experiências.

Às amigas do Laboratório de Educação, Mediações Tecnológicas e Transdisciplinaridade em Saúde (LEMTES), Fernanda, Francini e Karina, pelas empolgantes conversas e reflexões acerca da formação profissional em saúde, e pelo apoio na minha trajetória como pesquisadora e docente.

À coordenadora da Escola Fiocruz de Governo, Fabiana Damásio, pelas oportunidades e por acreditar em meu potencial.

Aos demais colegas da Escola Fiocruz de Governo e da Fiocruz Brasília, para que possamos trabalhar de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe na qualificação dos trabalhadores da saúde do SUS.

Aos profissionais da saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, participantes desta pesquisa, que gentilmente concederam as entrevistas e contribuíram para maior entendimento sobre os percursos formativos na Estratégia Saúde da Família.

Ao *Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho em Saúde* do Núcleo de Estudos sobre Saúde Pública (GEPTS) da Universidade de Brasília, pelas trocas de saberes e experiências sobre o trabalho e a educação na saúde.

Às pesquisadoras Erica Lima Costa de Menezes, Charleni Inês Scherer, Mayara Souza Pires e Lorraine da Silva Gürtler, que participaram da etapa de coleta dos dados na região do Distrito Federal, e demais participantes do estudo multicêntrico.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro para o desenvolvimento desta pesquisa.

A todos que participam e participaram diretamente ou indiretamente do meu percurso formativo, com gestos e palavras de apoio, carinho e motivação.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar”.

(Paulo Freire, Pedagogia da Esperança, p. 79)

RESUMO

Considerando percurso formativo como o conjunto de saberes, experiências e aprendizagens, formais e não formais realizadas pelo trabalhador ao longo de sua trajetória pessoal, formativa e profissional, este estudo analisa os percursos formativos de 19 profissionais da saúde atuantes em Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Federal (DF), a partir do referencial teórico da ergologia. Utilizou-se a metodologia qualitativa, com coleta e análise por triangulação, com os dados coletados por meio de estudo documental, entrevista semiestruturada e observação do trabalho, com posterior análise pela análise de conteúdo temática e utilização do software para análise qualitativa Atlas.Ti (Qualitative Research and Solutions), versão 7.5.15, que auxiliou na sistematização e categorização dos dados. A análise resultou em três categorias empíricas: 1) Perfil e Trajetória profissional; 2) Aprendizagens Formais; e 3) Aprendizagem no Trabalho. A análise dos percursos formativos dos profissionais entrevistados evidenciou que este percurso é singular e este está diretamente relacionado com fatores extrínsecos e intrínsecos do indivíduo. As ofertas de capacitação foram necessárias principalmente para qualificar o trabalho e para suprir lacunas da formação inicial, porém estas não eram constantes e eram diferenciadas para cada categoria profissional. A aprendizagem no trabalho mostrou-se presente no cotidiano das equipes por meio de diálogos, reuniões de equipe e momentos de educação permanente. Como forma de sanar dúvidas durante a atividade de trabalho, os profissionais procuram outros profissionais mais graduados ou experientes, ou recorrem à internet e manuais impressos. A abordagem ergológica nos permite refletir sobre os processos de formação e qualificação dos profissionais da saúde atuantes na ESF, a partir do diálogo entre a atividade de trabalho e os diversos saberes e experiências que os trabalhadores produzem durante seu percurso formativo, considerando suas singularidades, saberes e valores, no “uso de si”, que permeiam o trabalho prescrito e o trabalho real, valorizando o ambiente de trabalho como espaço de produção de saberes, que é atravessado pela história e está em constante construção.

Palavras-chave: Saúde da Família; Formação em Saúde; Trabalho e educação; Ergologia; Percursos Formativos na Saúde.

ABSTRACT

Considering formative pathway as the set of knowledge, experiences and learning (formal and non-formal) held by the worker throughout his personal, training and professional trajectory, this study seeks to analyze the formative pathways of 19 professionals active in Family Health Units (USF) of the Federal District (DF), from the theoretical reference of Ergology. We used qualitative methodology, collection and analysis by triangulation and the data was collected through documentary study, semi-structured interviews and observation of work, with subsequent analysis by thematic content analysis and use of the software Atlas.TI 7.5.15. The analysis resulted in three categories of analysis: 1) Profile and Professional Trajectories; 2) Formal Learning; and 3) Learning at work. The analysis of the training courses of the professionals interviewed revealed that this route is unique and this is directly related to extrinsic and intrinsic factors of the individual. The training offers were needed mainly to qualify the work and to fill gaps in basic training, but these were not constant and were different for each professional category. Learning at work was present in the daily lives of the teams through dialogues, team meetings and moments of continuing education. As a way to answer questions during the work activity, the professionals seek other more graduated or experienced professionals, or turn to the internet and printed manuals. The ergological approach allows us to reflect on the formation and training of health professionals working in the ESF from the dialogue between the work activity and the diverse knowledge and experience that the workers produce during their training considering its singularities, knowledge and values, "use of self" that permeate the prescribed work and real work, valuing the workplace as a knowledge production space, which is crossed by history and is constantly building.

Keywords: Family Health; Professional Formation in Health; Work and Education; Ergology; Formative Pathways in Health.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal	53
QUADRO 02 – Percursos Formativos dos Profissionais Entrevistados.....	84

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Triângulo da Atividade.....	35
FIGURA 02 – Dispositivo Dinâmico de Três Polos	37
FIGURA 03 – Representação do conceito de Percorso Formativo.....	51
FIGURA 04 – Desenvolvimento da análise dos resultados.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião(ã)-Dentista
DAB	Departamento de Atenção Básica
DF	Distrito Federal
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
E	Enfermeira (o)
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MEC	Ministério da Educação
M	Médico (a)
MS	Ministério da Saúde
DD3P	Dispositivo Dinâmico de Três Polos
PET-SAUDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRÓ-SAUDE	Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
OMS	Organização Mundial da saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESDF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico (a) em Saúde Bucal
TE	Técnico (a) de Enfermagem
UnB	Universidade de Brasília
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL	17
2.1 O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
2.1.1 O trabalho a partir da abordagem ergológica	17
2.1.2 A Atenção Básica (AB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)	23
2.1.3 O Trabalho em Saúde e a Estratégia Saúde da Família (ESF)	29
2.2 SABERES, EXPERIÊNCIAS, APRENDIZAGENS: A ABORDAGEM ERGOLÓGICA	32
2.2.1. Os Saberes e a abordagem ergológica	33
2.2.2 Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P)	36
2.2.3 Ergoformação	37
2.2.4 Ingredientes da Competência industriosa	42
2.2.5 SUS, Formação Profissional em Saúde e a Ergologia: Um Diálogo Fértil	47
3. PERCURSO METODOLÓGICO	50
3.1 TIPO DE ESTUDO	50
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	52
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	54
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E REGISTROS.....	55
3.4.1 Pesquisa Documental	55
3.4.2 Observação do trabalho	56
3.4.3 Entrevista semiestruturada	56
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	62
3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	62

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
4.1 PERFIL E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.....	63
4.2 APRENDIZAGENS FORMAIS	69
4.3 APRENDIZAGEM NO TRABALHO	77
4.4 CONSTRUÇÃO DOS PERCURSOS FORMATIVOS.....	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
6 REFERÊNCIAS.....	94
7 APÊNDICES	102
8 ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO

Considerando a formação como um elemento chave para o trabalho, esta pesquisa, intitulada “*SABERES, EXPERIÊNCIAS E APRENDIZAGENS: Análise dos Percursos Formativos de Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família a partir da Ergologia*”, objetivou descrever e analisar os percursos formativos de 19 profissionais da saúde entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, técnicos de saúde bucal e cirurgiões-dentistas, de duas Equipes de Saúde da Família (eSF) do Distrito Federal, relacionando-as com o trabalho e sob a luz do referencial teórico da ergologia.

O interesse pela pesquisa partiu da experiência da própria pesquisadora como profissional da saúde e da educação, a qual transitou pelas áreas de assistência à saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), gestão federal, no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, e que está atualmente inserida como trabalhadora na área de formação profissional em saúde pela Escola Fiocruz de Governo (EFG).

No seu percurso formativo, a pesquisadora se deparou com várias inquietações sobre os processos formativos e a relação destes com a realidade do trabalho na Atenção Básica (AB), e, a partir das reflexões realizadas em seus próprios processos de formação, como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Especialização em serviço em Saúde Coletiva e Educação em Saúde no DAB/SAS/MS e atualmente no mestrado acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), culminou na escolha da temática e da proposta de pesquisa, as quais corroboram com o que Minayo¹ afirma: “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (p.16).

A Estratégia Saúde da Família, campo de análise da pesquisa, é atualmente a estratégia adotada pelo governo brasileiro com vistas a ampliar o acesso à saúde, reestruturar e qualificar a Atenção Básica (AB) no país, para atender aos pressupostos da Constituição Federal de 1988² referentes aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a sua implantação em todo o território nacional, a ESF está em crescente expansão, passando de 5.421 equipes de saúde

da família em 2001, para 40.162 equipes em 2015, estando presente atualmente em 5.463 municípios e com cobertura de 60,95% da população. O número de equipes de saúde bucal foi de 4.261 em 2002 para 24.467 em 2015, e o número de agentes comunitários de saúde foi de 175.462 em 2002 para 266.217 em 2015. A partir de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) passaram a integrar a rede de Atenção Básica, estando atualmente em 3.285³ estabelecimentos.

A criação da ESF seguiu o direcionamento da Conferência Mundial de Saúde, ocorrida em Alma-Ata em 1978⁴, para o fortalecimento da atenção primária*¹ em diversos países como estratégia de organização do sistema de saúde e como otimização dos recursos disponíveis. Além disso, a ESF almejou modificar o modelo de atenção anteriormente vigente no Brasil – que era baseado no modelo biomédico, focado no atendimento individual, curativo, hospitalocêntrico e restrito aos trabalhadores formais – para um sistema nacional com acesso universal e igualitário, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional, com enfoque na atenção básica à saúde, na busca de superar a dicotomia entre assistência e prevenção.^{5,6}

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷ consolida as experiências no campo e reafirma os princípios e diretrizes do SUS. Nela estão dispostas diretrizes e normas que direcionam os gestores e trabalhadores para a organização da atenção básica nos territórios, de forma que esta seja a coordenadora do cuidado e a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como o ponto de atenção mais próximo das pessoas, para garantir de forma universal, integral e resolutiva o acesso, acolhimento e cuidado dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Alguns dos princípios e diretrizes da ESF são: ter um território e população adscritos; realizar o planejamento, monitoramento, avaliação e a atenção à saúde de forma usuário-centrada, por meio de ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação, fortalecendo o vínculo e responsabilização; realizar a atenção domiciliar; realizar ações de educação permanente em saúde; e estimular a participação e controle social dos usuários e comunidade⁷.

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) é organizado a partir de equipes de saúde, sendo a equipe de Saúde da Família (eSF) composta por no

*¹ A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) enfatiza que o termo “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são termos equivalentes. No Brasil, a partir da criação do SUS, adotou-se o termo “Atenção Básica”.

mínimo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo integrar a essa composição cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico de saúde bucal, a depender da opção do gestor. Cada equipe é referência para a população local e é responsável por uma área de abrangência de 3.000 a 4.000 pessoas. A proposta para que as equipes consigam, no dia-a-dia, promover uma atenção de forma qualificada à população, é que o processo de trabalho seja planejado e realizado de forma multiprofissional e interdisciplinar, de forma conjunta com o usuário, o que, para além de qualificar o cuidado, possibilita que a atenção ocorra de forma integral, resolutiva e seguindo os princípios e diretrizes do SUS⁷.

Apesar de algumas experiências e pesquisas na área demonstrarem que as equipes estão trabalhando de forma mais integrada, os reflexos de uma formação flexneriana, ainda hegemônica nas universidades e instituições de ensino, mostram-se presentes, direcionando os profissionais a trabalharem de maneira individual e sob a supremacia do gerenciamento e do saber do profissional médico, o que dificulta o diálogo entre os saberes das diversas categorias profissionais e a construção conjunta de propostas e soluções para as demandas que surgem cotidianamente no trabalho.^{6,8,9}

A grande problemática que se verifica nessa questão é que os processos formativos dos profissionais da saúde, sejam na formação inicial ou em atividades de qualificação profissional (como cursos, capacitações e especializações), pouco consideram a história e o saber da experiência dos trabalhadores (o saber investido)¹⁰ no planejamento e no ato pedagógico. Esse modelo reforça a dicotomia entre a teoria (conceitos e normativas) e a prática (o que acontece efetivamente na atividade de trabalho), o que pode causar “certa esterilidade no processo formativo”¹⁰, ou seja, torna essa aprendizagem pouco significativa para o trabalhador, o que diminui a potencialidade desses processos em serem fomentadores para a qualificação do processo de trabalho na ESF.

Nesse sentido, o referencial ergológico pode contribuir para essa discussão, por considerar e valorizar a experiência de vida dos trabalhadores, analisando-as em conjunto com outros saberes para a construção do conhecimento. Para a ergologia, toda a atividade de trabalho gera uma “dramática do uso de si, por si e pelos outros”, ou seja, para lidar com os imprevistos que surgem, o trabalhador, durante o trabalho, mobiliza um conjunto de saberes, experiências e aprendizagens, e, de acordo com os seus valores, cultura e história de vida, realiza micro-escolhas para lidar com

estes imprevistos e renormalizar o que está prescrito. Esse processo é sempre singular, pois está sob influência do meio, do momento e dos demais protagonistas do trabalho (do coletivo), e, portanto, são impossíveis de serem previstos ou padronizados.^{10,11,12,13}

Portanto, ao estudarmos os processos formativos direcionados aos profissionais da saúde, para o entendimento em profundidade sobre como uma proposta formativa pode colaborar para mudança de práticas, é imprescindível compreendermos como os profissionais, ao longo de sua trajetória profissional, constroem a sua “bagagem”, o seu “percurso formativo”, e como esses elementos são evocados em sua atividade de trabalho. A partir desse entendimento, as propostas formativas podem ser elaboradas e realizadas com base no “processo sócrático de duplo sentido”¹³, ou seja, fazer os saberes conceituais e os saberes da experiência (e a bagagem de cada profissional) dialogarem para uma construção coletiva do conhecimento.

Cabe ressaltar que o conceito de “percurso formativo/de formação” tem sido documentado na literatura principalmente relacionado às trajetórias profissionais e formativas de professores atuantes na educação básica e universitária.^{14,15,16,17} Porém, verificou-se uma lacuna na literatura a respeito do estudo de percursos formativos relacionados aos trabalhadores da saúde, especificamente aos atuantes na Estratégia Saúde da Família. Diante desse fato, para este estudo, optou-se em construir uma definição própria, utilizando-se da expressão “percursos formativos”, a partir da revisão da literatura realizada e das dimensões analíticas relacionadas aos saberes, experiências e aprendizagens advindas do referencial da ergologia.

Assim, no contexto deste estudo, entende-se como percurso formativo o conjunto de saberes, experiências e aprendizagens, formais e não formais, realizadas pelo trabalhador ao longo de sua atuação profissional e na sua atividade de trabalho na ESF. Esse percurso é singular e acontece de maneira indissociável das trajetórias de vida pessoal, educacional e profissional, e está relacionado com o contexto histórico, político, social, econômico e cultural do indivíduo, de acordo com suas escolhas e formas de pensar, decidir e agir. Ressaltamos que o uso da palavra “percurso” é utilizado intencionalmente, no ensejo de representar a formação como algo processual, em constante movimento, abarcando as múltiplas abordagens das experiências e trajetórias do indivíduo, nas interações deste com as influências externas, no uso de si por si e pelos outros.

A partir do exposto, elencamos os seguintes questionamentos: quais são os elementos que constituem os percursos formativos dos profissionais da saúde? Como esses elementos influenciam e direcionam as escolhas formativas dos profissionais? Como os profissionais cooperam e compartilham entre si a sua “bagagem”, conhecimentos e informações que os auxiliem no trabalho cotidiano na ESF?

Para respondermos essas questões, propomos como **objetivo geral** desta pesquisa analisar os percursos formativos dos profissionais atuantes em Unidades de Saúde da Família no Distrito Federal. Como **objetivos específicos**, buscou-se: a) descrever o perfil e a trajetória profissional dos entrevistados; b) identificar as aprendizagens formais e aprendizagens no trabalho dos participantes do estudo; c) identificar os elementos que compõem os percursos formativos dos profissionais, e como estes estão relacionados com as escolhas formativas de cada indivíduo.

Os achados deste estudo contribuem para o entendimento sobre os elementos que atuam direta e indiretamente no direcionamento e na escolha de realização de atividades formativas pelo profissional, sejam estas formais ou realizadas de modo não formal em seu cotidiano de trabalho, e como esse profissional mobiliza os saberes, experiências e aprendizagens adquiridas em seu caminhar formativo para qualificar o seu trabalho na ESF. Essas informações podem contribuir para futuras pesquisas no campo da saúde coletiva e da formação profissional, e para a proposição de futuras atividades formativas, estudos sobre trajetórias profissionais, políticas públicas e normativas direcionadas aos profissionais da saúde visando à qualificação da atenção à saúde nos territórios.

De forma a melhor discorrer sobre o assunto, esta dissertação está estruturada da seguinte maneira:

No **Referencial Teórico e conceitual**, apresentou-se o arcabouço teórico que subsidiou e orientou a realização desta pesquisa, contemplando os seguintes tópicos: 1) No primeiro tópico, denominado “O Trabalho e a Estratégia Saúde da Família”, foram abordados os aspectos conceituais do trabalho sob o referencial da ergologia; a proposta da Estratégia Saúde da Família como reorientadora do modelo de atenção à saúde; e o trabalho em saúde na ESF sob a perspectiva ergológica. 2) No segundo tópico, denominado “Saberes, experiências, aprendizagens e a ESF: A abordagem ergológica”, abordou-se os referenciais ergológicos para a discussão sobre formação profissional, entre eles: saberes constituídos e investidos, aderência

e desaderência, dispositivo dinâmico a três polos (DD3P), ergoformação e ingredientes da competência industrial, em um diálogo com as Políticas de Atenção Básica (PNAB) e da Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para a contribuição na discussão sobre formação dos profissionais de saúde para atuação no SUS e na Estratégia Saúde da Família.

No **Percurso Metodológico**, foram descritas as etapas metodológicas do estudo, incluindo: a descrição de pesquisa qualitativa; a caracterização dos participantes do estudo; a descrição do cenário de estudo; a descrição dos instrumentos de coleta de dados; descrição das etapas de análise de conteúdo temática a partir da estratégia de triangulação; aspectos éticos; e limitações do estudo.

Nos **resultados e discussão** foram descritos os dados de acordo com as categorias empíricas definidas a partir da análise dos dados, buscando o aprofundamento do diálogo entre os dizeres dos entrevistados e o aporte conceitual do referencial da ergologia, literatura científica e normativas vigentes, sob a luz da definição de percursos formativos proposta neste estudo. A sistematização dos achados ocorreu por meio da construção de figuras representando os percursos formativos de cada trabalhador entrevistado.

Nas **Considerações Finais**, resgataram-se os achados da análise com sugestões para estudos futuros envolvendo a temática.

Nos **apêndices**, estão descritos os instrumentos de coleta de dados (entrevistas observação do trabalho) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No **anexo** consta o termo de aprovação no comitê de ética e pesquisa (CEP).

2. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

2.1 O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1.1 O trabalho a partir da abordagem ergológica

O trabalho, como atividade humana, é um ato produtivo, que, de modo dialético, promove mudanças na natureza e nos indivíduos. Ao longo da história, homens e mulheres, que vivem em sociedade e em coletivo, estiveram ligados a atos produtivos, segundo a relação que estes estabelecem com o meio e sua capacidade de agir, que variam, se modificam com o tempo e apresentam um conjunto de normas e de valores. Assim, o entendimento tanto sobre como o trabalho se organiza como sobre sua finalidade mostra-se relevante para compreendermos a sociedade em que vivemos.^{19,20,21}

Schwartz²², ao discorrer sobre a atividade de trabalho, elencou três impasses na noção de trabalho: O primeiro impasse é referente à data de nascimento do trabalho, que é descrito em momentos diferentes: o primeiro é referente à fabricação das primeiras ferramentas, advindas do homo hábilis; outro é referente ao período da “revolução neolítica”, com o surgimento de sociedades de produção, sedentarização e presença do trabalho de agricultura e criação de animais - que evocariam hoje o que se denomina como “trabalho stricto sensu”, ou seja, a prestação remunerada em uma sociedade mercantil e de direito.

O segundo impasse é referente à (impossível) simplificação do trabalho, onde o autor realiza um resgate histórico dessa “tentativa” de simplificação, a partir da filosofia da natureza e das manufaturas, “o ateliê de produção como máquina cujas partes são os homens” e a divisão do trabalho, como forma de crescer sobre a habilidade individual de cada trabalhador, fazendo-o adquirir destreza (operações manuais simples).

Na descrição do terceiro impasse, Schwartz faz uma provocação quanto às formas de interpretação sobre a divisão do trabalho, este intimamente relacionado com os processos sociais (divisão sexual do trabalho, trabalho manual x trabalho intelectual, divisão social do trabalho) e influenciado pelo surgimento do capitalismo

e aumento da especialização para o aumento do lucro. Porém, enfatiza o autor, esta divisão é instável, pois a atividade do trabalho é subjetiva, onde todo sujeito é um “centro de vida”, o que confronta com a teoria de Taylor sobre a simplificação do trabalho, afirmando que há “furos das normas” que são geridos pelos trabalhadores, ou na linguagem ergológica “nó de debates entre normas antecedentes e tentativas de ‘renormalização’ na relação com o meio”²² (p.34).

Após a descrição destes três impasses, Schwartz enfatiza que o conceito do trabalho “sempre comporta uma parte invisível ou uma penumbra, e uma parte enigmática”. Cita alguns exemplos de trabalho invisível, como o trabalho doméstico realizado por mulheres e o trabalho informal, e enfatiza sobre as contribuições da ergologia para o estudo do trabalho. O estudo do trabalho a partir da ergologia, que apresenta como precursor o filósofo francês Yves Schwartz, é o referencial teórico adotado neste estudo.

O contexto na qual a ergologia foi desenvolvida advém de uma crise econômica mundial na década de 70, que desacelerou o crescimento e agravou a inflação e o desemprego, atingindo principalmente as indústrias base da revolução industrial, de organização taylorista-fordista, tais como a siderurgia, metalurgia, automobilística e têxtil. Nestes locais, a organização do trabalho se caracterizava pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e com pouca autonomia por parte dos trabalhadores.²³

O novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais na década de 80 e 90 recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo e amplia a discussão sobre os processos de qualificação profissional. Neste processo, o trabalho foi se transformando, propiciando flexibilização da produção e do trabalho (denominada toyotismo), inserção de recursos tecnológicos, reestruturação das ocupações, multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores. Essas novas formas de organização do trabalho apontavam para a necessidade de uma força de trabalho mais qualificada, com ampliação da formação escolar e técnica, permitindo aos trabalhadores maior mobilidade social.^{23,24,25}

Esse cenário também evidenciou várias problemáticas que circundavam o mundo do trabalho, como o absenteísmo por adoecimento, questionamentos sobre a formação profissional então vigente e a precarização das relações, “o que deixou entrever, paradoxalmente, as formas de resistência, transgressão, reinvenção dos meios laborais e dos *modus operandi* em foco”²⁵ (p.8). Hennington, Cunha e Fisher

ênfatizam ainda que a “consequência direta desse fenômeno foi o impacto nos modos de pensar o trabalho, exigindo abordagens que contemplem a relação sujeito-objeto em uma perspectiva concreta do trabalho realizado ‘aqui e agora’, um trabalho encarnado em um ‘sujeito’ situado histórica e culturalmente”.²⁵ (p. 9)

Ao observarem as mudanças que estavam ocorrendo no mundo do trabalho, e ao constatarem o distanciamento entre a academia e o que acontecia efetivamente no trabalho e com os trabalhadores, um grupo de pesquisadores universitários franceses da Universidade de Provence, França, viu a necessidade de aproximar o ambiente acadêmico do trabalho, a partir da proposição de pesquisas e atividades formativas que estivessem em consonância com as transformações então vigentes. Este grupo, composto pelo filósofo Yves Schwartz, o linguista Daniel Faïta e o sociólogo Bernard Vuillon, a partir dessas inquietações, fundaram o Dispositivo de Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho (APST)²⁵.

A partir desse dispositivo, os pesquisadores buscavam compreender a relação entre o mundo da cultura, da educação e do trabalho, e para tanto necessitavam se aproximar da realidade do trabalho.^{25,26} E assim surgiu a abordagem ergológica, com o intuito de recuperar a reflexão filosófica para análise do trabalho como atividade de (relações) humanas. Segundo Schwartz ²⁷:

Éramos um grupo pequeno de pessoas, e tivemos o sentimento de que era preciso construir um acesso mais profundo e mais rigoroso ao mundo do trabalho, ao que era trabalhar, para avaliar exatamente o que estava mesmo se transformando. Porque ao avaliar a transformação em curso, podia-se concluir coisas graves sobre as competências, a cultura do mundo do trabalho, a obsolescência e o adoecimento. Tudo isso ultrapassava o contexto acadêmico, e nos parecia que a cultura universitária não estava pronta, não era adequada para responder a essa questão. Para avaliar o que está mudando, temos que nos aproximar do trabalho de uma maneira mais simples, diferente da forma como o mundo acadêmico costuma se aproximar.²⁷ (p. 458)

A ergologia - onde o prefixo grego “ergo” significa ação, trabalho, obra - é uma abordagem pluridisciplinar que realiza uma rica articulação entre o conjunto de saberes advindo de diversas áreas do conhecimento, tais como a ergonomia, filosofia, sociologia, saúde, psicologia, e educação, objetivando uma visão realista e completa da situação real do trabalho humano, no intuito de compreender melhor a relação entre o homem e sua atividade de trabalho, e de conhecer e intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las.^{11,13}

Essa abordagem filosófica apresenta o triângulo saberes-atividades-valores que sempre está presente em todas as situações de trabalho²⁵, considera e valoriza a experiência dos trabalhadores, e é capaz de analisá-la junto com outros saberes para a construção do conhecimento.²⁸ Assim, considera o trabalho como uma “experiência viva”, que se inscreve em uma história e que sempre é singular, e como enfatiza Schwartz “[...] que não podemos jamais estandardizar as condições da atividade industriosa, a ‘infidelidade do meio’ humano, logo histórico, se renova sem cessar frente a seres nunca intercambiáveis.”²⁹ (p.28)

Segundo Schwartz²⁷, a ergologia aborda o trabalho por meio do conceito de “atividade industriosa”, advindo da ergonomia. Nesse sentido, qualquer atividade industriosa envolve sempre um “debate de normas”, ou seja, o debate entre as normas antecedentes e as tentativas de renormalização. (p.459) As renormalizações ocorrem porque o ser humano, para existir como singular, vivo, e em função das lacunas das normas deste meio face às inúmeras variabilidades, permanentemente reinterpretará estas normas que lhe são postas³⁰. Neste processo, “está em jogo a história pessoal de quem a realiza, na qual é necessário fazer escolhas que atravessam o intelectual, o cultural e o fisiológico. Por isso, essas escolhas não são nem totalmente conscientes nem inconscientes.”³¹ (p.318)

Segundo o Departamento de Ergologia *apud* Scherer³², a partir da consciência do trabalhador quanto a sua atividade de trabalho, este pode se posicionar melhor para negociar o seu espaço num coletivo, aprender com a experiência, antecipar os problemas a resolver, transmitir aquilo que o confronto com o real ensina e aparecer como uma força de proposição para progredir, o que permite que os trabalhadores reconheçam os outros e a si próprios como produtores de saberes, que está implicado na história e portanto os tornam produtores da história. Assim, uma situação de trabalho é sempre histórica, que está em constante criação e recriação, onde “a vida faz a sua obra”, pois ela não se resume apenas o que foi previsto (material, procedimento, matéria).^{27,30,32} Segundo Schwartz¹⁰:

Se o trabalho é atravessado pela história, se “nós fazemos história” em toda a atividade de trabalho, então, não levar em conta esta verdade nas práticas das esferas educativas e culturais, nos ofícios de pesquisadores, de formadores, nas nossas práticas de gestores, de organização do trabalho, é mutilar a atividade dos homens e das mulheres que, enquanto “fabricantes de história”, re-questionam os saberes, reproduzindo em permanência novas tarefas para o conhecimento. (p.23)

Portanto, o conceito de atividade representa as normas e as renormalizações que o profissional realiza constantemente, ou seja, a vida humana transita em um universo de normas. A “norma” corresponde a uma maneira de fazer, ligada conseqüentemente a um saber³³, e pode ser entendida como o que uma instância avalia como devendo ser, estando relacionada a um ideal, uma regra, um objetivo, etc. Esta instância pode ser exterior a um indivíduo (normas impostas) como pode ser do próprio indivíduo (normas instauradas na atividade), porque cada um procura ser produtor das suas próprias normas, na origem das exigências que o governam³⁰.

Nesse sentido, surge o conceito das normas antecedentes - que corresponde a uma concepção ampliada de trabalho prescrito – e que estão relacionadas a todos os dispositivos que antecipam a atividade e que estão presentes antes mesmo da ação do indivíduo, como os manuais, normativas, procedimentos, prescrições, e também aos saberes científicos e às experiências acumuladas.²²

As prescrições e normas são elaboradas pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo, e representa também a maneira como os trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito³². Portanto, são fundamentais na atividade de trabalho, mas é necessário que elas sejam construídas e propostas em conjunto com os trabalhadores, e que permitam o retrabalho das normas, em função das renormalizações presentes a todo o momento²⁶.

A ergologia se dedica ao estudo do trabalho real, que corresponde ao que efetivamente acontece durante o trabalho vivo em ato ou o que se gostaria de fazer sem conseguir ou à atividade impedida³², ou seja, o “que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os outros”.¹³ (p.96) Schwartz enfatiza que “o trabalho real, na verdade, é o resultado das renormalizações, não estrita aplicação e execução das normas, ou melhor, é a execução das normas através das renormalizações”.²⁷ (p.462)

Entre o prescrito e o real sempre haverá uma distância, pois o trabalho é imprevisível, com imprevistos, e é na gestão dessa distância que se encontra a subjetividade do trabalho e onde “se expressa à personalidade, individualidade, a história sempre singular, tanto individual quanto coletiva daqueles que participam, em tempo real”, e onde se coloca em prática um saber pessoal do trabalhador.²⁷ (p. 96; 98).

Nesse processo, o profissional mobiliza o “corpo si”, ou seja, o indivíduo para além da “pessoa física”, mas também como um ser que incorpora o social, o psíquico, as normas e os valores [do contexto e retrabalhados], a relação às instalações e aos produtos, aos tempos, aos homens, aos níveis de racionalidade, etc. Este corpo-si é o resultado de toda a sua história, sua experiência de vida, suas paixões, seus desejos e patrimônio.^{11,34}

Durante a atividade de trabalho, este “corpo si” evoca o “uso de si”, a singularidade para realizar determinada tarefa, ou seja, convoca o indivíduo no seu ser a recorrer às suas próprias capacidades, seus próprios recursos e fazer suas próprias escolhas para produzir algo, para além das normas, o que coloca em tensão o uso de si requerido pelos outros e o uso de si consentido e comprometido por si mesmo.^{11,30}

O “uso de si” “por si próprio” refere-se ao posicionamento do próprio trabalhador diante das normas e prescrições, “confrontando-as e alterando-as, fazendo escolhas, arriscando-se, fazendo uso dos seus gostos, da sua inteligência, da sua história e da sua sensibilidade, tentando adequá-las à sua realidade”³⁵ (p. 498). Há também o “uso de si pelos outros”, representados pelos colegas de trabalho, pelos gestores e pelos que fazem as normas e prescrições, e que consiste nos condicionantes históricos que são dados e que produzem e simultaneamente são produtores de subjetividade²⁶. Estas questões influenciam diretamente as escolhas do trabalhador, o que faz o trabalho ser sempre singular e que se modifica constantemente. Neste processo sempre haverá a utilização dos saberes, o que culmina em uma constante aprendizagem no trabalho.^{11,35}

Holz & Bianco, ao discorrerem sobre o trabalho e o uso de si, em seu constante debate de normas, escolhas e enfrentamentos singulares de cada trabalhador, enfatizam que “é tudo isso em jogo no ato mesmo de viver e de tentar viver com saúde, ou seja, de tentar viver de acordo consigo mesmo num ambiente em parte imposto, em parte coercitivo, mas em parte modificável, e esse processo será sempre debatido e renormalizado por usos de si no âmbito das entidades coletivas de trabalho”.³⁵ (p.501)

Na atividade do trabalho, no debate de normas e renormalizações, o indivíduo precisa fazer escolhas, o que aparece como uma tensão de negociações de normas e valores, uma “dramática”, “um destino a ser vivido”, ou seja, ocorrem acontecimentos que quebram os ritmos das sequências habituais, antecipáveis da

vida, e é onde o trabalhador precisa reagir, fazer o “uso de si” para lidar com estes acontecimentos, por meio do seu “corpo si”. Esse fato leva a micro-escolhas e produz novos acontecimentos, que transforma a relação com o meio e entre as pessoas.^{27,30}

Os conceitos ergológicos elencados nos auxiliam a repensar sobre a atividade de trabalho como um processo singular e que convoca constantemente saberes dos protagonistas do trabalho, para que estes consigam gerenciar o distanciamento entre o prescrito e o real, antecipar e renormalizar as normas de forma a executar a tarefa. Nesse sentido, o trabalho, como exercício de potência e criação do humano, permite colocar à prova experiências, saberes e prescrições, onde os protagonistas constantemente lidam com a variável e o imprevisível que permeia a vida e que permite a criação e recriação de novas estratégias, saberes e normas.³⁶

2.1.2 A Atenção Básica (AB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988², o Brasil tem reorientado as suas práticas assistenciais de forma a fortalecer a atenção básica à saúde no país, colocando-a como ordenadora da rede de serviços e coordenadora do cuidado. Este direcionamento é convergente com os debates mundiais e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à qualificação da saúde da população por meio da organização de sistemas universais de saúde e fortalecimento da atenção primária. Neste processo, o governo brasileiro adotou o termo “atenção básica” e não “atenção primária” (termo adotado mundialmente), na busca de enfatizar este serviço não somente a uma forma restrita de oferta de serviços básicos, mas sim como um sistema integrado, universal e integral de atenção à saúde.^{7,37}

Em uma perspectiva histórica, a organização dos sistemas de saúde a partir da atenção primária foi realizada de forma pioneira pela Inglaterra e documentada no Relatório Dawson, em 1920. Este documento, segundo Mattos & Morosini³⁷ contrapunha-se ao modelo flexneriano pautado na atenção individual e curativo/biológico, e tornou-se uma referência para o modelo de atenção inglês, que preocupado com a crescente complexidade da atenção médica e aos altos custos,

organizou o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, suplementares e hospitais de ensino. Esta organização tornou-se referência mundial, principalmente pela forma como a APS foi proposta, pois definiu que os serviços de saúde do país seriam organizados de forma regionalizada e pautados na integralidade da atenção.

Em 1977, se estabelecia na Assembleia Mundial de Saúde a meta “Saúde para todos no ano 2000”, consolidada posteriormente pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978. A conferência colocou a Atenção Primária à Saúde como prioritária na reorganização e expansão dos serviços e sistemas de saúde dos países e condição fundamental para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000”⁸. A declaração de Alma-Ata definiu a atenção primária como sendo:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata, item VI)⁸.

O documento também enfatiza que esta organização deve estar pautada em uma perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. Estas atividades previam ações mínimas, tais como: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.^{8,37}

O Brasil, nesse período, vivia o regime da ditadura militar, que privilegiava as políticas de saúde voltadas para a expansão do setor privado, estando esta pautada entre a medicina previdenciária, com ações assistenciais dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais, e ações de saúde pública, desenvolvidas pelo Ministério

da Saúde (MS) e voltadas majoritariamente para a vigilância epidemiológica nacional, fiscalização e controle sanitários e ações preventivas de caráter coletivo.³⁸

Anteriormente a esse período, o Brasil apresentava algumas iniciativas ligadas à atenção básica, como em 1924, onde alguns centros de saúde se organizaram a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária, apesar de manterem a divisão em ações preventivas e curativas. Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESC) na década de 40, iniciou-se uma atuação com foco em ações curativas e preventivas de doenças infecciosas e carenciais, sendo o seu escopo de atuação ampliado para outras regiões do país nas décadas de 50 e 60, porém restrita ao modelo médico-privatista, que nesta época estava em crescente expansão.³⁷

Na década de 1970, firmou-se o acordo entre o governo brasileiro e a OPAS para formação de recursos humanos em saúde, denominado Programa de Cooperação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (PPREPS), que objetivou promover a adequação de formação dos profissionais de nível médio e elementar, visando ampliar e melhorar os serviços de saúde, além de fomentar o estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos nos estados.³⁹

O PPREPS surgiu da necessidade de adequação na formação de recursos humanos que atendessem às ações desenvolvidas pelo Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que objetivava a expansão da rede de atenção primária de saúde e ampliação da cobertura médica em municípios do interior.³⁸ Porém, caracterizou-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população.³⁷

Ao final da década de 70, a mobilização coletiva em torno da redemocratização do país ganhava força, sendo uma das reivindicações a mudança no sistema de saúde então vigente. Essa mobilização em prol da saúde, intitulada de Movimento da Reforma Sanitária, apresentava como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários e os movimentos sindicais. Nesse período, também foram criados o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), e em 1976 tiveram início os primeiros programas de Residência Médica na área (Saúde Comunitária, Medicina Integral e Medicina Comunitária).^{38,40}

O Movimento da Reforma Sanitária estabeleceu como princípios centrais a defesa pelo direito universal à saúde, através de um sistema unificado e universal com ampla participação e controle social, contrapondo-se ao regime de ditadura militar e ao sistema de saúde vigente de separação entre saúde pública e medicina previdenciária. As propostas estavam em consonância com as discussões mundiais acerca do conceito ampliado de saúde e de promoção da saúde, com enfoque na atenção primária à saúde. Estas reivindicações foram amplamente debatidas e aprovadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que subsidiaram as discussões no Congresso Nacional durante a constituinte e culminaram no estabelecimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e posteriormente do Sistema Único de Saúde por meio da Constituição Federal de 1988.³⁸

A partir da criação do SUS, e a sua efetiva institucionalização através das Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90), o sistema de saúde brasileiro passou por intensas modificações na organização das práticas de gestão e atenção à saúde, passando de um sistema baseado no modelo biomédico, focado no atendimento individual, curativo, hospitalocêntrico e restrito aos trabalhadores formais, para um sistema nacional com acesso universal, e igualitário, organizado de forma descentralizada e pautados na regionalização e hierarquização, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional e fortalecimento da Atenção Básica, com vistas a superar a dicotomia entre assistência e prevenção.^{5,6,41}

A Atenção Básica começou a ganhar força na década de 90, com o início da experiência de Agentes comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde no Ceará, Paraná e Mato Grosso do Sul. A partir destas experiências, surgiu em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que objetivou contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna nas regiões norte e nordeste do país. Um ano depois, o programa passou a ser denominado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e foi estendido para as secretarias estaduais de saúde dos locais de atuação, onde passou a ter um enfoque na família como unidade de ação programática de saúde, introduzindo a noção de área de cobertura e aproximando os serviços de saúde da população. Em 1993, o programa já contava com mais de 29 mil agentes de saúde distribuídos em 761 municípios.⁴¹

Para Viana e Dal Poz⁴¹, o PACS auxiliou na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, pois,

No momento em que a adesão do município ao PACS passou a exigir certos requisitos – como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa – este se tornou, sobretudo, um instrumento de (re) organização dos modelos locais de saúde. (p. 19).

Como forma de expandir, qualificar e consolidar a atenção básica no país, em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF configurou-se como uma proposta de referência para incentivar mudanças no modelo assistencial em saúde com vistas a atender ao prescrito na constituição de 1988 e aos princípios do SUS. Atualmente, a ESF está incorporada na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁷ e o seu conteúdo resgata referências internacionais, como o desenvolvimento conceitual dos Cuidados Primários de Saúde e os ideais e experiências de medicina de família acumuladas em países como o Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra.⁶

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁷, a Atenção Básica deve atuar como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à saúde (RAS), atuando em um território adscrito e desenvolvendo ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Por meio do trabalho em equipe, deverá promover o cuidado longitudinal, integral e resolutivo, utilizando-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que auxiliem no manejo das demandas e necessidades de saúde da população.⁷

No ensejo de cumprir esses propósitos, a organização do trabalho na ESF propõe romper com o modelo biomédico hegemônico, pautado na prática vertical, individualizada, fragmentada, médica curativa e hospitalar, para a realização do cuidado à saúde integral e resolutivo, com foco na família e usuário-centrada, através do estabelecimento das relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, com estímulo à participação popular e o controle social. Esse trabalho deverá ser desenvolvido em equipe multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, que atuarão na realização da identificação da realidade epidemiológica e social das famílias, atendimento da demanda programada e espontânea e educação em saúde com ênfase no autocuidado.⁷

O texto da PNAB também enfatiza outras políticas e programas importantes para a consolidação da atenção básica no país: Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório na Rua; Atenção Domiciliar; Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PICS); Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal); Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); e o Programa Telessaúde Brasil Redes. Para além, a PNAB dialoga com outras ações interministeriais, como o Programa Brasil Carinhoso, Programa Bolsa Família e Rede Cegonha.^{7,42}

De acordo com Soratto *et al*⁴³, podemos considerar a ESF como inovação tecnológica, pois configura-se como uma introdução de um novo ou significativamente melhorado serviço (produto) e método (processo) de produzir saúde, bem como a implementação de um modelo organizacional não utilizado anteriormente no modelo tradicional de atenção à saúde. Esta inovação identificada é do tipo *não material* (pertence à esfera de produção imaterial, cujo produto do trabalho é gerado durante a própria realização da assistência à saúde, e não tem um resultado físico como na produção material); e do *tipo incremental* (não rompeu totalmente com as práticas do modelo tradicional de saúde, mas as aperfeiçoou-as, melhorando as ações assistenciais e os determinantes de morbimortalidade).

Identificam-se avanços positivos na consolidação da ESF, principalmente com relação à ampliação do acesso, dos cuidados domiciliares, da atenção à saúde da mulher e da criança, especialmente no pré-natal de baixo risco e puericultura e no cuidado especial com idosos e com as doenças crônicas.^{43,44} Contudo, identifica-se, também, a significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que, apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação ainda são significativas.⁶

2.1.3 O Trabalho em Saúde e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

O trabalho em saúde está inserido no setor de serviços, e é caracterizado pelo cuidado em saúde, por meio de ações terapêuticas e preventivas individuais e coletivas, que envolve diversos atores, tais como gestores, trabalhadores e usuários, e que apresenta como objeto o ser humano.^{19,43}

Para a realização desse trabalho, desenvolvido majoritariamente de forma coletiva, o trabalhador carrega uma “caixa de ferramentas” ou “valises tecnológicas”, onde podem ser utilizados, além de equipamentos e máquinas, os conhecimentos e saberes tecnológicos assistenciais, de cuidado e de organização do trabalho do trabalhador, caracterizando-o como um trabalho reflexivo. O produto deste trabalho é impalpável, pois seria a própria assistência à saúde, realizada em ato.^{19,43,45,46}

Ao falar do trabalhador, Scherer, Pires e Soratto²¹ afirmam que:

O sujeito, ou seja, o trabalhador é o elemento do processo de trabalho que mais sofre mudanças no cotidiano de trabalho. Ele é portador de um corpo e de uma psique, de conhecimentos, valores, experiência prática, aspirações, e tem características próprias da sua geração, gênero e inserção social, que vão gerar a sua identidade social e profissional. Nesse sentido ele faz escolhas e a singularidade se introduz permanentemente no processo de trabalho, o que nos permite visualizar a dificuldade de fazer a gestão de trabalho dos outros. (p.532).

Este trabalhador, ao realizar o cuidado em saúde, opera em um núcleo tecnológico, composto pelo trabalho morto - representado pelos instrumentos, e pelo trabalho vivo em ato, representado pela atividade de trabalho e que determina a produção do cuidado. Para melhor entendimento, Mehry¹⁹ denomina de “modelo tecnoassistencial” e descreve três tipos de tecnologias do cuidado: As *tecnologias duras*, inscritas nos instrumentos, já estruturadas; as *tecnologias leve-duras*, onde se identifica uma parte dura (estruturada) e outra leve (modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado), que correspondem aos conhecimentos estruturados como da clínica e da epidemiologia; e as *tecnologias leves*, que representam o caráter relacional e o agir entre trabalhadores e usuários.¹⁹

Durante a atividade de trabalho, constantemente o trabalhador evoca os seus saberes, experiências e aprendizagens (competências e singulares de cada profissional), e utiliza-se da sua “caixa de ferramentas” (tecnologias materiais e

imateriais) para realizar a produção do cuidado. Nesse sentido, o trabalho em saúde mobiliza a subjetividade do trabalhador para resolver questões imprevisíveis, o que demanda do processo de trabalho na saúde a solidariedade, humanização e capacidade para trabalhar em equipe.⁴⁷

Nos serviços de saúde, verifica-se ainda a hegemonia do trabalho médico-centrado. O processo de trabalho com enfoque nesse modelo é pautado em práticas verticalizadas, individualizadas e fragmentadas, com foco na cura de doenças, onde se utilizam técnicas, materiais e onde aplicam terapêuticas farmacológicas e as tecnologias duras e leve-duras, com pouca mobilização das tecnologias leves, o que dificulta o trabalho humanizado e a produção de vínculos com a população, além de dificultar o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.^{19,48}

Para a mudança do modelo médico hegemônico, mostra-se então necessário o reordenamento do núcleo tecnológico do cuidado de forma a colocar em evidência o trabalho vivo, investindo mais em tecnologias leves e leve-duras de forma a atender às necessidades dos usuários e do território. Para Mehry e Feuerwerker⁴⁹, o que justamente confere vida ao ato de trabalho são as tecnologias leves, pois estas permitem que o trabalhador atue sobre as realidades singulares de cada usuário, reinventando sua autonomia e evocando sentido para o uso das tecnologias duras e leve-duras.^{6,49}

Para auxiliar nesse processo de mudança do modelo de atenção, a proposta da Estratégia Saúde da Família, instrumentalizada pela Política nacional de Atenção Básica (PNAB), contempla uma modificação significativa na organização do trabalho em saúde anteriormente vigente, de modo a convocar os profissionais a atuarem em equipe, em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, e estarem preparados para a complexidade do trabalho nos territórios, apresentando: saberes técnicos e populares para a realização das ações individuais e coletivas de promoção e educação em saúde; conhecimentos em epidemiologia, planejamento, gestão e normativas do SUS para o enfrentamento e resolução de problemas; promover o exercício da cidadania por meio da participação e controle social; e atuarem com famílias em um território adscrito.⁷

As equipes de saúde são responsáveis por no máximo quatro mil pessoas em sua área de abrangência e compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, auxiliar e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo facultativa (mas estimulada) a inserção da equipe de saúde bucal nessa equipe

mínima, que pode ser modalidade I (composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal); ou modalidade II (composta por um cirurgião-dentista + dois profissionais de nível técnico). Esses integrantes, em seu trabalho cotidiano na ESF, deverão atuar no cuidado à população, cada qual contribuindo com sua competência, saberes e experiências, de forma a buscarem coletivamente a integralidade do cuidado.^{7,21} Portanto, o cuidado, para que promova o atendimento integral e resolutivo, exigirá mais do que somente o prescrito, ele sempre exigirá a mobilização e a troca de saberes entre profissional, equipe e usuários.²¹

Na realização dessas atividades, o profissional e a equipe atuará sempre de forma singular, pois cada indivíduo e família são singulares e irão exigir um olhar único para as suas demandas de saúde. Assim, ao construir propostas terapêuticas e de cuidado, é ímpar a participação do usuário nas decisões terapêuticas, não devendo ser somente a decisão do profissional ou da equipe de especialistas.²¹

A partir do exposto, verifica-se que o modelo da ESF traz uma ruptura com a forma de trabalho do modelo de atenção tradicional, e juntamente com o novo modelo de atenção, com todas as particularidades da ESF, mantiveram-se os desafios para a realização desse trabalho. Alguns desafios são: efetiva atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; centralidade das ações no campo biológico; dificuldades na implantação da integralidade; formação inadequada ou insuficiente para o trabalho na Saúde da Família; e Relação assimétrica entre profissionais e usuários.⁶

Especificamente sobre o trabalho em equipe, acadêmicos, trabalhadores e gestores têm discutido a temática no intuito de compreender melhor o processo de trabalho e as relações que se estabelecem no cotidiano dos serviços como potencializador ou dificultador para se alcançar a integralidade da atenção à saúde na ESF e cumprimento dos seus pressupostos. Peduzzi *et al*⁵⁰ enfatizam que estas equipes “são construídas no transcorrer do processo coletivo de trabalho e têm uma plasticidade, podendo variar sua composição, duração e dinâmica de trabalho em função de maior eficácia e efetividade dos cuidados e da qualidade da prestação do serviço” (p.123). Ou seja, durante a atividade de trabalho na ESF, o trabalhador sempre faz o uso do “corpo si” e do “uso de si por si mesmo e pelos outros”, renormalizando as normas (nas dramáticas) e tornando o trabalho individual e em equipe sempre singular.¹⁸

Para Sant'anna e Hennington³⁴, a partir da constante complexificação do trabalho em saúde coletiva e da necessidade de aquisição de competências pelos profissionais a partir das situações de trabalho,

Constitui-se um desafio, portanto, renovar a atividade do trabalho em saúde por meio do investimento de novas propostas e estratégias que direcionem e insiram os trabalhadores da saúde no cotidiano de práticas e ações de saúde, desde o início de sua formação, numa perspectiva menos individualizante e mais contextual e coletiva, considerando que o “trabalho vivo” em saúde deve ter ênfase na promoção da saúde e redução das vulnerabilidades. (p.210)

A partir do excerto, verifica-se que a dificuldade do desenvolvimento do trabalho coletivo está relacionada a outro grande desafio evidenciado na ESF: as deficiências na formação destes profissionais no que concernem as práticas mais humanizadas, reflexivas e críticas, e que não estejam somente pautadas no saber constituído ou em práticas clínicas individuais e hierarquizadas, características do modelo flexneriano/biomédico ainda hegemônico nas práticas de formação e qualificação dos profissionais da saúde. Nesse sentido, a dificuldade de comunicação, cooperação e colaboração entre os profissionais das equipes pode restringir os momentos de reflexão e discussão crítica sobre os problemas e necessidades da equipe e da população e troca de conhecimentos e experiências, o que impacta no cotidiano do trabalho das equipes de saúde.^{8,51}

2.2 SABERES, EXPERIÊNCIAS, APRENDIZAGENS: A ABORDAGEM ERGOLÓGICA

A partir da literatura acerca do trabalho em saúde e na ESF, identificou-se que o trabalho ocorre “em ato” e de maneira singular, onde constantemente o trabalhador é convocado a tomar decisões e evocar seus saberes para que este trabalho seja realizado da melhor maneira possível em um dado contexto. Assim, constata-se que o trabalho e a formação estão intimamente relacionados, pois, o trabalho em saúde é também uma atividade intelectual, e para realizá-lo são necessários tanto os conhecimentos prévios quanto à experiência laboral prévia e a que se passa no “aqui e agora”, e onde há o encontro de saberes acumulados e normas de vida e de trabalho que se inscrevem e reinscrevem na história.^{30,31,33}

A singularidade do trabalho se constrói na individualidade de cada indivíduo, que abarca a personalidade, a identidade pessoal, tomando como referência o mundo no qual ela se constitui, este dividido com outros indivíduos e estruturado pelas relações sociais. Assim, para conhecermos os saberes de um indivíduo, Santos⁵² afirma que temos que considerar “as situações que vive este indivíduo, as relações sociais que estruturam essa situação e os processos intrapsíquicos que operam na construção de um indivíduo como singular”. (p.127). Com relação ao trabalho e ao saber a mesma autora afirma que

Trabalhar é satisfazer uma exigência – produzir – mas, estreitamente ligada ao fato de criar, de aprender, de desenvolver-se, de dominar, de adquirir um saber. Trabalhar é procurar preencher certas lacunas, do saber e, desse modo, as suas próprias. Quer dizer, se desenvolver, se informar, se formar, se transformar, se experimentar e experimentar sua inteligência. [...] evoca ainda, cada sujeito em sua singularidade, ou o coletivo de sujeitos em relação permanente, entre si e com o próprio saber. (p.129).

É a partir da relação entre trabalho e convocação/produção de saberes, e os fatores que influenciam diretamente e indiretamente nesse movimento, que a análise do presente estudo está ancorada. Para tanto, serão aprofundados os conceitos ergológicos relacionados à formação e saberes, o que propiciará uma reflexão crítica, reflexiva e propositiva dos achados desta pesquisa.

2.2.1. Os Saberes e a abordagem ergológica

Na ergologia, a relação entre trabalho, saberes e processos formativos foi vivenciada a partir de estágios de formação contínua na década de 80 entre a universidade e trabalhadores da região de Provence. Segundo Schwartz²⁷:

Porque, ao mesmo tempo, tínhamos a experiência desses estágios de formação, que nos permitia trabalhar as situações de trabalho com os próprios trabalhadores. Isso nos trouxe muitas ideias. Mas é verdade que, para que essa experiência fosse fecunda, tínhamos que levar os elementos teóricos aos trabalhadores. Nessa época, foi sempre um vai-e-vem entre os saberes acadêmicos sobre o trabalho e os saberes ‘engajados’ pelos trabalhadores no mundo do trabalho. (p. 458)

Esse “vai-e-vem” entre os saberes a que Schwartz se refere corresponde ao que a ergologia denomina de “processo socrático de duplo sentido”, referente ao diálogo entre os saberes acadêmicos (denominados saberes constituídos) e os

saberes “engajados pelos trabalhadores no mundo do trabalho” (denominados de saberes investidos). Esses dois saberes se relacionam dialeticamente e são indispensáveis para a compreensão das situações de trabalho.^{12,27}

O saber constituído advém dos saberes formais, acadêmicos, das normas e técnicas, e podem ser definidos e relacionados com outros conceitos independentemente das situações particulares, ou seja, é geral e generalizável. O saber formal é necessário para a atividade de trabalho, ou seja, ele antecipa a experiência e ele explica o trabalho prescrito; porém, reciprocamente, as situações de trabalho evocam constantemente à renormalização, a retrabalhar os conceitos e normas antecedentes de forma a antecipar as situações de trabalho. Portanto, somente o saber constituído não é suficiente para explicar no trabalho tal qual ele é realizado aqui e agora.^{11,12,53}

Essa questão se torna evidente quando verificamos a formação de uma categoria profissional da saúde. No geral, estes profissionais possuem a mesma bagagem de saberes acadêmicos, comuns ao seu núcleo profissional. Porém, cada um tem o seu fazer profissional, pois o percurso formativo é singular, ou seja, cada um carrega consigo seus saberes, experiências e aprendizagens, que são mobilizados constantemente pelo trabalhador em sua atividade de trabalho, e este fato não pode ser totalmente controlado por protocolos institucionais.⁵⁴

O outro saber, denominado de saber investido, é um saber pessoal, este adquirido em todas as atividades ou experiências, tanto profissionais quanto nas experiências de vida pessoal, social, cultural, familiar, etc., que reenvia a nossos valores, nossa educação, ou seja, à nossa personalidade. Esse saber geralmente não está formalizado ou escrito, e faz parte do intelecto/corpo do trabalhador, ou seja, do “corpo si”.¹³

Nas situações de trabalho, o saber investido corresponde à especificidade da competência adquirida na experiência da gestão de toda atividade de trabalho, sempre única e histórica, sendo convocado pelo trabalhador para preencher e gerir a distância entre o trabalho prescrito (normas antecedentes) e o trabalho real, ou seja, gerir as dramáticas do uso de si.⁵³ Segundo Schwartz¹², esta experiência pode ser formadora, desde que o trabalhador reflita sobre ela.

Ao falar sobre a experiência e o saber de experiência, Larrosa Bondiá⁵⁵ enfatiza que a experiência se refere ao que nos acontece, o que inclui uma mobilização do sujeito atingido pelo que viveu, pelo que o afeta, deixa marcas¹⁷.

Assim, a experiência significa o devir, o movimento do percurso formativo interpelado pelas experiências das histórias de vida dos sujeitos, em suas infinitudes e atualizações constantes, com ênfase nas possibilidades formativas das experiências na construção dos saberes dos profissionais da saúde, dispostas nos percursos de vida de cada um. O saber da experiência, portanto, advém da práxis do sujeito, que se dá na mediação entre o sujeito e a vida humana.¹⁷

A partir dos saberes constituídos e investidos, o trabalhador tenta antecipar o que poderia acontecer durante a atividade de trabalho, na tentativa de diminuir o inesperado. Esse processo a ergologia denomina de “primeira antecipação”. Segundo Schwartz²⁹, essa primeira antecipação, para ser eficaz, deve mobilizar saberes, técnicas e métodos na tentativa de controlar as ocorrências prováveis. A partir desta antecipação, o profissional pode novamente retrabalhar seus saberes, de seus procedimentos, de seus referenciais teóricos, pensando em estratégias para realizar o que está prescrito, o que é denominado de “segunda antecipação”.

A dialética entre essas duas antecipações transforma o olhar sobre o campo de atividade social, sendo representada por Schwartz²⁹ por meio do triângulo da atividade. Segundo o autor, ocorre uma dialética entre o agir industrial (atividade de trabalho do aqui e agora), entre as normas antecedentes e os saberes constituídos e investidos, que coabitam e são retrabalhados na primeira e segunda antecipação. Nessas dialéticas ou dramáticas o trabalhador faz uso do “corpo si” para orientar seu agir dentro deste triângulo, por meio de um mundo de valores. Essa proposta é trabalhada no dispositivo dinâmico de Três Polos (DD3P). (Figura 1).

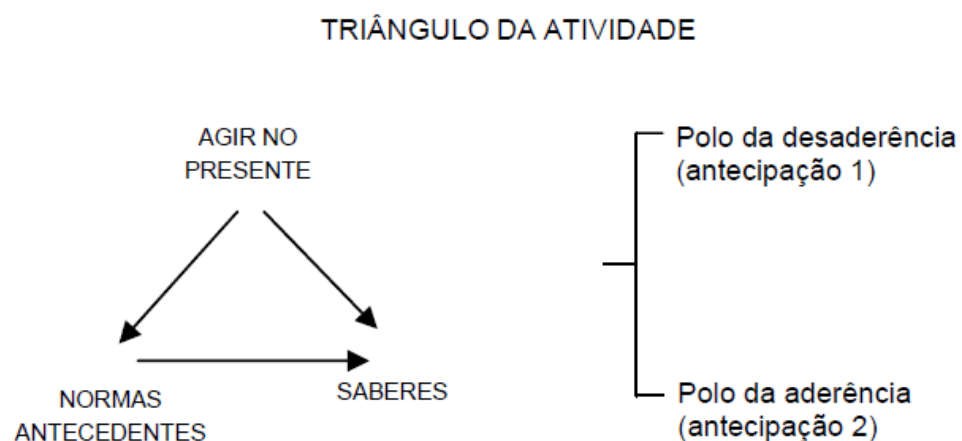


Figura 1: Triângulo da Atividade. Schwartz²⁹, 2013.

2.2.2 Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P)

O Dispositivo Dinâmico de Três Polos é um método utilizado pelos ergoformadores para fazer emergir e utilizar o saber investido dos trabalhadores em atividades formativas, de pesquisa, etc., de forma a fomentar o diálogo entre os saberes investidos e os saberes constituídos, ou como descreve Schwartz¹² “considerar, fazer falar esses saberes de experiência investidos e, a partir daí, retrabalhar, recortar os conceitos mais formais” (p.45). A palavra “dinâmico” faz referência ao que pode ser gerado desses matizes, tais como a visibilidade das renormalizações; o exercício formador; e a renovação dos saberes disciplinares.³⁰

Como “polo”, Trinquet¹³ descreve como sendo “um lugar virtual onde se agregam, sintetizam-se e exprimem-se objetivos, competências, saberes e conhecimentos, interesses, ideias, etc., mais ou menos comuns, da realidade coletiva” (p. 103). Ainda, segundo o autor, cada polo apresenta um “grupo de pressão” que busca conhecer e reconhecer interesses, concepções e pontos de vista que, apesar de serem diferentes, não são dicotômicos, mas sim complementares, onde os participantes podem transitar entre os polos. Neste processo, Durrive³⁰ enfatiza que “é impossível de fato haver o encontro entre os dois primeiros polos sem que haja uma espera mínima de cooperação, um tipo de desconforto que incite a ir para o outro polo” (p.56).

O primeiro polo é representado pelos saberes exteriores e anteriores à situação de trabalho estudada (ou seja, em desaderência) e que permitem a elaboração do trabalho prescrito, ou seja, aos saberes constituídos, referente a todos os conceitos, competências e conhecimentos disciplinares acadêmicos e profissionais. No segundo polo estão os saberes investidos na atividade, ou seja, a experiência prática, e que estão em aderência com a atividade de trabalho. O terceiro polo representa as exigências éticas e epistemológicas para que o diálogo entre os dois primeiros polos ocorra da melhor forma possível. Esse diálogo entre os polos 01 e 02 é denominado de “processo socrático com duplo sentido”¹³.

O terceiro polo é o “mundo em comum a construir”²⁹ e corresponde à interfecundação entre os dois primeiros polos, sendo responsável por renovar os saberes formais e disciplinares rumo à transformação dos meios de vida, em uma postura ética e reflexiva, ou seja, esse polo suscita uma situação de “desconforto

intelectual” e é fundamental para que o diálogo entre os dois polos anteriores seja eficaz e construtivo, permitindo a reflexão e ideias e proposições.^{12,13,26,29,56} Segundo Schwartz²⁹, esse polo nos convoca a “esquematizar os futuros, mais ou menos locais, mais ou menos planetários, a partir de reservas de alternativas inscritas nos triângulos da atividade em face dos quais somos todos iguais nas dúvidas e vontades de construir bens comuns”. (p.31)

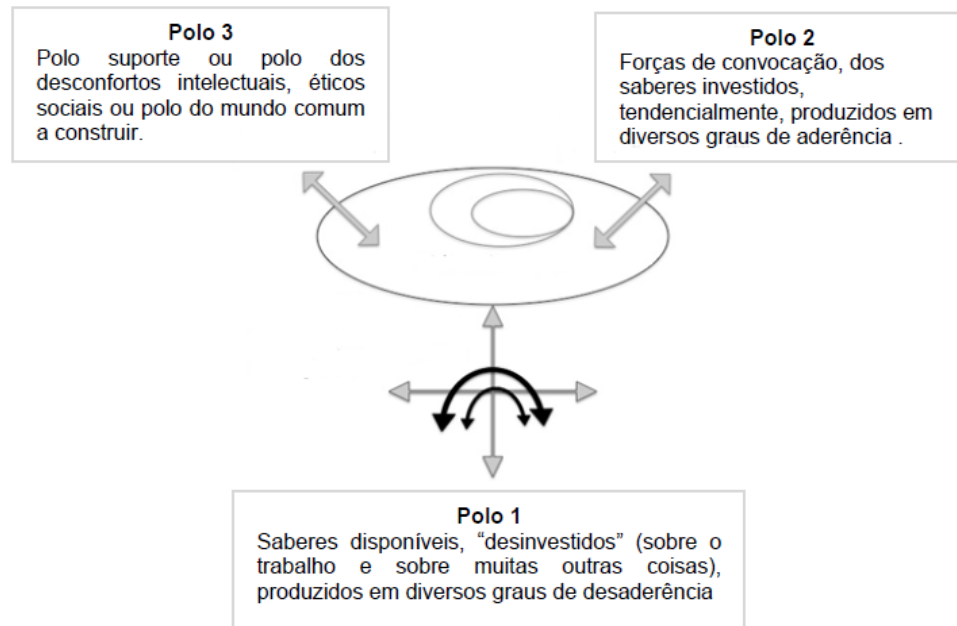


Figura 2. Representação do Dispositivo dinâmico de Três Polos. Schwartz, 2013 ²⁹.

2.2.3 Ergoformação

A ergoformação é a aplicação do Dispositivo Dinâmico de Três Polos em processos formativos, ou seja, o encontro entre formadores com os protagonistas do trabalho. Na proposta da ergoformação, cada um dos atores traz uma parte dos conhecimentos e experiências necessários para a reflexão de um problema (o objeto da formação), ligada a uma preocupação sentida no mundo do trabalho, que “convoca a pluridisciplinaridade dos olhares e as abordagens plurais”.⁵⁷

Para Durrive¹¹, esta abordagem é original porque ela considera o trabalho no seu âmago, e é associando estreitamente aquele que trabalha que construímos um saber sobre a vivência no trabalho, pois, segundo o autor, “a energia que ele (o

trabalhador) investe para realizar as tarefas em um contexto que muda sem cessar leva-o a ser criativo, produtivo, a ter coisas novas a dizer sobre o trabalho em questão”. (p.298)

Outra singularidade desta proposta consiste na ida do formador que vai ao local de trabalho para realizar a formação, organizando-a e a realizando de maneira singular a partir do contexto, da realidade do local de trabalho e dos objetivos estabelecidos, o que convoca o formador a adaptar a sua teoria à realidade de trabalho e não o contrário, despertando assim o “desconforto intelectual” e construindo coletivamente o conhecimento a partir do diálogo entre os saberes constituídos e investidos por meio das questões cotidianas do trabalho. Esse processo, além de considerar a “bagagem” de cada trabalhador, viabiliza a troca de saberes e experiências tornando o processo rico e significativo.⁵⁷

Para viabilizar essa proposta formativa, Trinquet¹³ nos alerta que não há um “cardápio com receitas prontas” que possam ser aplicadas em qualquer situação, mas sim de alguns conhecimentos gerais ancorados nos conceitos e princípios da ergologia e que podem ser aplicados a cada situação particular. Para melhor entendimento da proposta e direcionamento para se realizar a ergoformação, o autor cita três pontos importantes quando propomos uma formação a partir da ergoformação.

O **primeiro ponto** refere-se à necessidade de colocar como central a atividade de trabalho; O **segundo ponto** refere-se à construção de métodos que permitam viabilizar esta formação que sejam singulares para cada proposta. Nesse ponto o autor nos alerta que não se trata de grupos de discussão, mas de produção de saberes e ações, no intuito de facilitar a possibilidade de aquisição de um saber novo sobre a atividade e conhecimentos para agir com segurança na atividade de trabalho, a partir do “desconforto intelectual” e gerando “processos socráticos de duplo sentido”; E o **terceiro e último ponto** está relacionado ao formador ir aos locais onde ocorre o trabalho e conhecer a atividade de trabalho dos alunos.¹³

Esses três princípios, em especial o terceiro, coloca em uma posição crítica às práticas realizadas atualmente no campo da formação na saúde, onde predomina a oferta de cursos de formação inicial e continuada influenciados pelo modelo flexneriano (com enfoque na prática hospitalar e clínica curativa, especializada, fragmentada e individual) e que geralmente estão desarticuladas da atividade real do trabalho real e focadas na transmissão de saberes (constituídos), dificultando a

aquisição de competências necessárias para a atuação no SUS. Nesse sentido, Almeida-Filho⁵⁸ enfatiza que:

O perfil predominante do egresso desses cursos atuais de graduação em saúde revela seu pouco comprometimento com o SUS e com os aspectos da gestão da saúde, pouca compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional (com integração de conhecimentos interdisciplinares), fraca formação humanística (psicológica, sociológica e filosófica), resultando muitas vezes em profissionais despreparados e imaturos para cuidar das patologias mais prevalentes no país. (p.7)

Esse perfil hegemônico corresponde à “educação bancária” descrita por Paulo Freire, onde os indivíduos seriam espectadores em vez de serem recriadores do mundo⁵⁹, com processos de aprendizagem que priorizam a memorização de conteúdo, acrescida a pouca articulação do processo educacional ao cotidiano dos serviços de saúde do SUS. Esse tipo de educação dificulta o profissional a relacionar os preceitos teóricos com a sua atividade prática, que, ao tentar executar estritamente o que está prescrito, pouco consegue mobilizar todo seu potencial de saberes e o seu potencial criativo para o enfrentamento das problemáticas nos territórios de atuação da ESF. Portanto, verifica-se ainda como um desafio para a formação para o SUS a oferta de ferramentas reflexivas que propiciem os educandos a intervir no contexto sociocultural e político em que as unidades de saúde estão imersas, atuando como transformadores sociais.⁶⁰

Nesse ponto, o educador brasileiro Demerval Saviani⁶¹, ao discorrer sobre a relação entre trabalho e educação, afirma que historicamente o homem “aprendeu a trabalhar trabalhando”, em sua relação com a natureza e com os outros, educando a si e às próximas gerações, relacionando assim a educação com a vida. Portanto, a validação de conteúdos para a produção laboral é estabelecida pela experiência, “o que configura um verdadeiro processo de aprendizagem”. (p.154)

Portanto, verifica-se a necessidade de qualificar a formação dos profissionais de saúde, de forma a transcender a fragmentação, descontinuidade e dissociação entre os saberes constituídos e investidos, não restringindo as ofertas educacionais a treinamentos pontuais ou aperfeiçoamento técnico.⁶² Nesse sentido, Souza²⁸ reforça que as propostas formativas direcionadas aos trabalhadores, para que gerem transformações no trabalho, deve considerar inquietações e desconfortos frente à variabilidade das situações do mundo do trabalho:

As mudanças no trabalho requerem dos processos formativos uma competente articulação entre a análise crítica sobre a realidade dos

problemas e as várias formas de ação e atores possíveis. Não são somente possíveis respostas externas dadas por técnicos ou pesquisadores a partir de um processo formativo também externo. É necessário o reconhecimento e a ênfase aos saberes, aos valores e competências advindos da experiência no trabalho amparados pelo diálogo e pela formalização. É necessário colocar a experiência em palavras. (p.77)

Neves e Lima⁶³ reforçam que essa incorporação do saber dos trabalhadores no processo formativo, resultante da experiência com o cotidiano no trabalho, permite processos legítimos de aprendizagem coletiva com intercâmbios de informações, expectativas e perspectivas. Nesse ponto, Schwartz¹⁰ nos alerta que “conceber a formação profissional, sem se interrogar sobre o que os trabalhadores já construíram como saber no seu trabalho e como esse trabalho insere-se em seus projetos de vida, implica certa esterilidade no ato educativo”. (p.29)

Segundo Durrive¹¹, a pessoa, no seu trabalho, fica presa em suas tarefas e reflete pouco. O ergoformador seria a pessoa que, a partir da atividade de trabalho, auxiliaria este profissional a “dar luz aos seus saberes”, onde a atividade, a partir de problemas presentes em uma situação de trabalho, é colocada no centro do debate onde formador e trabalhador aprende a analisá-las juntos, sem ter como bloqueio um julgamento de valor.

O resultado desse processo é a aquisição de um saber, um tipo de reflexo que consiste em argumentar sobre qualquer situação de trabalho e dele retirar o conteúdo transferível, culminando, em nível de conceitualização, o trabalhador a saber como agir e se apropriar do saber que lhe permitirá tratar do seu problema. Nesse sentido, a ergoformação torna-se preciosa no processo de formação ao longo da vida do trabalhador, contribuindo em seu percurso formativo.^{11,30}

O trabalho não é automaticamente formador. É necessário se retirar do trabalho e retornar em seguida (ou seja, refletir sobre sua prática), sem cessar, para torná-lo formador. Para tanto, deve-se olhar para o trabalho por dois ângulos: o ângulo tradicional, ou seja, como o emprego de um procedimento; e o ângulo para a atenção ao inesperado, ao momento de vida que está no menor dos atos do trabalho, a “história em se fazendo”, ou como enfatiza Durrive (p.302), “é a infiltração da vida que vem sempre solapar nossas previsões e nos obriga a reorganizar nossas maneiras de proceder, justamente para alcançar, apesar de tudo, o resultado”. Esses dois olhares não devem ser simplesmente justapostos, pois um torna o outro vivo, dá sentido ao outro, orienta-o, coloca-o em movimento. Assim,

formar é permitir a uma pessoa adquirir os meios de gerir uma situação que muda sem cessar.¹¹

Para melhor entendimento sobre a análise da aprendizagem que se dá durante o exercício da atividade profissional, Pierre Pastré propõe uma abordagem denominada de “didática profissional”. Esta abordagem parte da identificação de uma situação-problema e mobiliza os trabalhadores para a sua resolução, construindo então ações de formação que são transmitidas de maneira didática, com o intuito de desenvolver e reestruturar suas competências dadas às resoluções de problemas perante determinada situação profissional.³⁰

De acordo com Nóvoa¹⁵, estar em formação implica um investimento pessoal, um trabalho livre e criativo sobre os percursos e os projetos próprios, com vista à construção de uma identidade profissional. Assim, a formação não se constrói somente por acumulação (cursos, conhecimentos ou técnicas), mas sim por meio de um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re) construção permanente de uma identidade pessoal. Por isso é tão importante investir na pessoa e dar um estatuto ao saber da experiência. Dominicé *apud* Nóvoa¹⁵ afirma que:

Devolver à experiência o lugar que merece na aprendizagem dos conhecimentos necessários à existência (pessoal, social e profissional) passa pela constatação de que o sujeito constrói o seu saber ativamente ao longo do seu percurso de vida. Ninguém se contenta em receber o saber, como se ele fosse trazido do exterior pelos que detêm os seus segredos formais. A noção de experiência mobiliza uma pedagogia interativa e dialógica. (p. 149-150).

Nesse sentido, Jobert⁶⁴ ressalta a necessidade de se criar um espaço onde esses saberes possam se encontrar e se confrontar, falando do trabalho e dos saberes do trabalho, aproximando os formadores advindos da academia com a realidade dos serviços de saúde, de maneira a estimulá-los a terem outro olhar e assim serem capazes de construir outro objeto, diferente do teórico e daquele do prático.

Apesar do DD3P e da Ergoformação não serem o foco direto de abordagem investigativa do presente estudo, enfatiza-se que a reflexão acerca dessas metodologias auxilia na reflexão de novas estruturas pedagógicas e formativas direcionadas aos profissionais da saúde que sejam mais significativas aos trabalhadores, usuários e territórios, de forma que: 1) os profissionais tenham maior autonomia e participação em suas escolhas formativas e processos de aprendizagem, sendo mais proativos na construção de seus percursos formativos; 2)

para que gestores/gerentes de saúde consigam propor ações mais direcionadas e necessárias para cada indivíduo, equipe, unidade de saúde e territórios, considerando as singularidades e particularidades de cada local; 3) para que os usuários participem mais ativamente das atividades de educação permanente e educação em saúde propostas pelas equipes de saúde, com valorização dos saberes socioculturais dos indivíduos e territórios; 4) para que os docentes atuantes na formação profissional em saúde, tanto em nível superior quanto em nível técnico, realizem atividades formativas mais horizontais e colaborativas, aproximando a academia e o trabalho e facilitando o diálogo dos diversos saberes para que o processo de aprendizagem ocorra de forma crítica, reflexiva e significativa.

2.2.4 Ingredientes da Competência Industrial

A questão das competências no debate sobre a formação e qualificação profissional têm mobilizado diversas pesquisas e debates no campo da formação profissional em saúde, principalmente a partir do relatório Delors, em 1996⁶⁵, documento que influenciou as diretrizes da educação profissional em âmbito mundial a partir do conceito de competências, incluindo as Diretrizes Curriculares Nacionais no Brasil. As competências, conhecida pelo trinômio Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA), consolidou-se na construção dos currículos de formação, bem como um parâmetro para a análise do desempenho dos trabalhadores nos processos de trabalho.⁶⁶

Porém, para Silva *et al*⁶⁶, esse modelo pode reproduzir a lógica taylorista, a partir do momento em que avalia os trabalhadores a partir de perfis e modelos pré-determinados, pautados na eficiência e produtividade, em uma abordagem individualizada, o que poderia facilitar a dissolução dos coletivos e culpabilizar o trabalhador pelos fracassos no trabalho. Essa separação entre concepção e execução advinda do modelo taylorista-fordista reconduz também o fazer industrial a uma aplicação mecânica de saberes teóricos.³⁰

A partir do referencial ergológico, Schwartz coloca o debate sobre as competências como um exercício necessário, porém uma questão “insolúvel”, pois, apesar de reconhecer a necessidade de se pensar sobre o que é requerido e desenvolvido no trabalho, o autor salienta a dificuldade das competências serem

circunscritas, pois o “agir com competência” envolve, para além do domínio da aplicação científica das técnicas, a sua reinvenção na atividade de trabalho, ou seja, envolve também a renormalização a partir do gerenciamento entre o trabalho prescrito e o real.^{11,67}

Assim, as competências são necessárias para mobilizar o “corpo si” em uma situação de trabalho, porém são de difícil operacionalização, pois as atividades de trabalho são imprecisas, jamais descritíveis e padronizáveis³⁴. Segundo Schwartz⁶⁷:

A competência é uma realidade vaga que recebe um conteúdo em tendência no campo das atividades sociais; sendo assim, buscar definir suas "condições nos limites" equivaleria à busca absurda do que poderiam ser as "competências necessárias para viver". Pela mediação do "corpo-si", da linguagem, dos valores, entre o uso industrioso de si e os outros momentos da vida biológica, psíquica, política, cultural, múltiplas circulações em todos os sentidos cristalizam um núcleo comum e vago de "competências para viver" e das polaridades específicas, segundo as características concretas em que cada indivíduo há de pô-lo em prática. (p.3)

Para Schwartz e Durrive¹¹, existem três elementos presentes na noção de competência, são elas: a apropriação de certo número de normas antecedentes, ou seja, conceitos que foram transmitidos e codificados para situações e trabalho; a presença de algo inteiramente diferente e inédito em relação às normas antecedentes da situação de trabalho e, por fim, a exposição ao inédito, quando as pessoas devem se remeter a si próprias para gerir algo novo, articulando uma série de experiências heterogêneas, fazendo escolhas para “agir em competência”.

A partir dessa constatação, Schwartz⁶⁷ considera o agir (aqui e agora) em competência como um composto formado por seis ingredientes que estariam presentes em cada situação e em graus variados de intensidade, que se atravessam e são indissociáveis e interdependentes entre si, e reflete a experiência de vida, formação e de experiências profissionais prévias, sendo “mobilizados na relação dialética entre o grau de apropriação dos saberes conceitualizáveis, o grau de apreensão das situações históricas da situação e o debate de valores, realizado pelo indivíduo para fazer escolhas num determinado contexto político”. Assim, não se trata de “ingredientes para uma receita”, mas sim o fato de reconhecer que este agir em competência supõe a combinação de vários elementos que, se conjugados na renormalização e nas dramáticas do uso de si a partir do corpo si realizada pelos trabalhadores, permitirão o sucesso do trabalho e o desenvolvimento das potencialidades de cada um.⁶⁶

O **primeiro ingrediente** está relacionado com o saber formal (ou saber constituído, ligado ao primeiro polo do DD3P e a primeira antecipação), estando no campo das normas antecedentes. Esse ingrediente está relacionado ao epistêmico e ao domínio do indivíduo em relação às normativas do trabalho, relacionados à tarefa prescrita e ao protocolo experimental, sendo fundamental para a qualificação e eficácia das ações de trabalho na Estratégia Saúde da Família.^{30,67,68}

O **segundo ingrediente** corresponde às experiências advindas da vida e do trabalho (ou saber investido, ligado ao segundo polo do DD3P), caracterizada pela dimensão singular e histórica da atividade de trabalho, e que dificilmente são verbalizadas, registradas ou transmitidas. Este ingrediente evoca o “corpo si” e suscita as “dramáticas do uso de si” na gestão das situações de trabalho e nas renormalizações nas normas antecedentes a partir do primeiro ingrediente⁶⁷. A verbalização e o compartilhamento dessas experiências entre os profissionais de uma equipe, segundo Scherer *et al*⁶⁸, potencializam a cooperação e a confiança, o que auxilia na qualificação do trabalho coletivo.

Schwartz⁶⁷ pontua alguns problemas relacionados a esse ingrediente: o primeiro problema está relacionado com a duração, ou seja, trabalhos com períodos curtos dificultariam a cristalização dessa experiência; em segundo, está a questão da formação, pois este é um ingrediente que só se forma por meio da própria realização da atividade, e essa formação só poderá ser desenvolvida por meio da cooperação com os protagonistas. O último ponto destacado pelo autor refere-se à variabilidade desse ingrediente em função das pessoas, assim é difícil avaliá-lo.

O **terceiro ingrediente** corresponde à dialética entre os dois primeiros, que seria a articulação dos conhecimentos armazenados com a experiência prévia para enfrentar a singularidade de cada situação. Nesse sentido, o profissional, ao incorporar no processo formativo as normas e conceitos, correspondentes à primeira antecipação, ao retornar ao ambiente e a prática de trabalho, esse profissional evocará esses saberes no momento do agir (o que corresponde a segunda antecipação), renormalizando as normas, e que poderá configurar um novo modo de fazer.^{67,68}

Para a análise da dimensão antropológica do agir, Schwartz descreve mais três ingredientes, que não se justapõem aos três ingredientes anteriores, mas sim retornam a eles permanentemente.³⁰

O **quarto ingrediente** estabelece uma relação entre as dramáticas de uso de si, os ingredientes um, e dois e três, e os valores que estão presentes nas relações do sujeito com um meio.⁶⁹ Portanto, refere-se à reflexão sobre o próprio trabalho feita pelo trabalhador, segundo normas e valores, ou seja, está relacionado ao “sentido que o trabalhador atribui ao seu próprio trabalho e naquilo que ele mobiliza em si, por si e pelos outros, para cumprir determinada tarefa”, seja para realizar escolhas, criar vínculos ou gerenciar um modo de trabalhar individual e coletivamente.⁷⁰ (p.50)

Durrive³⁰ coloca que o quadro relacional pode apagar, ou, pelo contrário, fazer desabrochar competências. Assim, Schwartz⁶⁷ enfatiza que, “dependendo do que seu "meio" assim recortado, redefinido, oferecer em termos de espaço de renormalizações, de ressingularização, de recentramentos parciais, ínfimos ou visíveis, o trabalho do uso de si, a instauração de uma dialética (o ingrediente três) assumem dimensões completamente variáveis”. Para elucidar esse ingrediente, podemos elencar alguns exemplos, como o fator chefia/gestor, ambiente de trabalho colaborativo e solidário, que podem motivar modificar ou reprimir o trabalho e o desenvolvimento de competências pelo indivíduo. A esse respeito, Schwartz¹⁰ (p. 218) coloca que “a partir do momento em que um meio tem valor para você, todos os ingredientes da competência podem ser potencializados e desenvolvidos”.

O **quinto ingrediente** manifesta-se conjuntamente com a mobilização do quarto ingrediente em relação aos ingredientes um e dois, e refere-se principalmente à motivação para a aprendizagem, o desejo pela qualidade e pela aquisição de saberes (relacionados ao ingrediente um) e à construção de um patrimônio de experiências pertinentes a sua atividade e a sua vida (ingrediente dois).^{30,32,68}

O **sexto e último ingrediente** está relacionado à coesão/articulação entre o individual e o coletivo de trabalho, ou seja, à capacidade de trabalhar em equipe e imprimir qualidades nessas relações para que se tornem sinérgicas, (ou como Schwartz denomina “Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes”), o que nos remete também ao ingrediente quatro. O que dificulta na identificação desse ingrediente é que os coletivos não são estáveis e bem definidos.^{67,68}

Este último ingrediente é muito importante quando se analisa a atividade de trabalho das equipes de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), pois, para além de ser uma normativa preconizada na política Nacional de Atenção Básica

(PNAB)⁷, o trabalho em equipe, quando realizado de forma colaborativa e valorizando uma abordagem interdisciplinar, pode qualificar o cuidado em saúde. No processo de trabalho em equipe, o profissional constantemente é convocado a fazer escolhas a partir do gerenciamento de suas “dramáticas”, evocando o “corpo si” e fazendo uso de si por si e pelos outros, mobilizando assim os demais ingredientes, a partir de um meio que é ao mesmo tempo singular e histórico.⁶⁹

Ribeiro *et al*⁷¹ salientam que “a competência profissional na ESF permite considerar o profissional como capaz de conhecer a utilidade e os impactos das ações que realiza, de compreender a diversidade dos grupos sociais, de conhecer as necessidades e modos de levar a vida, ressaltando a importância do processo de interação da equipe com os indivíduos e coletividade com os quais atua” (p.143). Portanto, “ser competente” não se restringe ao domínio da técnica ou à realização de cursos formais. A competência é “sempre de alguém, e resultado de um conjunto de ingredientes que se articulam dialeticamente no confronto com o meio, que exige respostas no aqui e agora”.⁶⁸

Scherer *et al*⁶⁸, ao refletirem sobre as competências de profissionais egressos de um curso de especialização em saúde coletiva, constataram que a formação teve potência para mobilizar um conjunto de ingredientes necessários para gerar a competência profissional, na medida em que promovem aquisição de conhecimentos e impulsionou novos modos de agir, mesmo em contexto adverso. Para as autoras,

A competência, como ação eficaz, não se transmite. Ela é produzida pelo indivíduo e pelo coletivo, a partir do momento em que são colocados em situação favorável. Nos casos em que as pessoas são qualificadas e diplomadas, mas a competência não se expressa, é importante olhar as condições de trabalho e agir não apenas sobre os indivíduos, mas criando condições favoráveis para possibilitar a expressão dessa competência. O processo de mudança na prática dos profissionais não depende apenas dos sujeitos em serviço e dos processos formativos. Além disto, o conhecimento não pode ser tratado como algo que se transfere, mas como fruto de reflexão sobre as práticas em um contexto de construção coletiva. (p.699).

Nesse sentido, é ímpar reconhecer que a atividade de trabalho constantemente convoca à aprendizagem (formal ou informal), pois o trabalho em ato impõe desafios na atuação clínica e resolução de problemas do cotidiano de trabalho em saúde. É também durante esta atividade que o profissional mobiliza e articula sua bagagem de experiências profissionais, formativas e pessoais, utiliza a criatividade e faz o uso de si para gerenciar as situações que lhe são apresentadas, tanto individual quanto coletivamente. Porém, estas competências podem se

expressar mais ativamente ou não, a depender da situação e do meio em que este trabalhador está inserido, ou seja: se o meio é pouco favorável, o trabalhador pode não conseguir expressar as suas competências de forma efetiva; em contrapartida, em um ambiente favorável, o trabalhador poderá desenvolver e potencializar as suas competências.

2.2.5 SUS, Formação Profissional em Saúde e a Ergologia: Um Diálogo Fértil

No Brasil, a Constituição Cidadã² coloca como atribuição do SUS o ordenamento e a formação de recursos humanos para a saúde. Assim, o Ministério da Saúde, ao verificar que o perfil dos egressos e trabalhadores da saúde não contemplavam os pressupostos da reorganização do modelo de atenção para atuação na ESF, propôs várias estratégias, no ensejo de qualificar os trabalhadores para atuação nos territórios.

Essas propostas estavam inicialmente ligadas à oferta de cursos de capacitação e cursos introdutórios contendo conteúdos mínimos estipulados em portaria específica⁷². Porém, constatou-se que essas práticas não estavam sendo suficientes para suprir as lacunas de formação, pois ocorriam de forma vertical, pontual, não padronizada e desarticuladas do contexto de trabalho dos trabalhadores.⁴⁹ Foi então que, a partir da reflexão da proposta de educação permanente em saúde pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) na década de 80 e estudos de autores brasileiros, que, a partir da Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS), instituiu-se, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a organização de processos educativos dirigidos aos trabalhadores da saúde.^{49,73,74}

Dentre os seus pressupostos, a PNEPS - que representa o “quadrilátero da formação” (ligação entre ensino, trabalho, gestão e cidadania)^{75,76}, aproxima-se da abordagem ergológica no que concerne aos processos formativos direcionados aos trabalhadores do SUS, reconhecendo os saberes investidos como fundamentais para a construção do conhecimento de forma significativa a partir do diálogo entre as políticas públicas e as singularidades dos lugares e pessoas⁷⁴. A Educação

Permanente em Saúde, desse modo, seria uma das estratégias para concretizar essa aposta no trabalho vivo e na construção de pactos ético-políticos que colocassem os usuários e suas necessidades como foco da organização do trabalho em saúde.⁴⁷

A proposta da Educação Permanente em Saúde busca a aproximação com a própria realidade dos trabalhadores no território, a partir do incentivo às trocas de experiências e saberes entre os trabalhadores em seu próprio ambiente de trabalho para o gerenciamento dos problemas que surgem durante o trabalho em ato.⁷⁴ Esse processo exige dos trabalhadores um “agir com competência”, o que implica uma relação dialética dos diversos ingredientes, integrando o “saber agir” (ter domínio das normas antecedentes), o querer agir (estar motivado para aderir a um projeto coletivo) e o poder agir (ter capacidade de enfrentar os constrangimentos do meio).⁶⁸

Seguindo esse direcionamento, outras propostas foram firmadas, de forma a preparar o futuro profissional para a atuação no SUS e nos territórios de Saúde, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e estágios de vivência no SUS, e reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área de Saúde (DCN), no nível superior; e Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), Programa de Formação Profissional na Área de Saúde (PROFAPS) e Escolas Técnicas de Saúde (RETS) para formação técnica em saúde.⁷⁷

Para os profissionais já inseridos no serviço, estimulou-se a oferta de atividades formativas formais que estivessem mais próximas do trabalho, como o Programa de Residências Multiprofissionais em Saúde e proposição de metodologias ativas nas atividades pedagógicas, além do estímulo a realização de atividades de educação permanente em saúde no próprio local de trabalho. Outras iniciativas ligadas à educação virtual (uso de tecnologias midiáticas) também foram propostas, como a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Telessaúde Brasil Redes e Comunidade de Práticas.⁷⁷

A PNAB⁷ também enfatiza a Educação Permanente em Saúde como dispositivo pedagógico e de gestão para a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular e consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica e reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil. O documento atribui como sendo de responsabilidade comum a todos os entes federados de “Desenvolver

mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes...” (p. 27), e como atribuições dos profissionais de saúde de contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente com a equipe⁷.

Porém, o que se observa atualmente em relação às práticas de formação para os profissionais da saúde é a ênfase em ofertas formais de capacitação, predominantemente pautadas pelas demandas de programas prioritários do governo e em grande parte verticalizadas da gestão para os trabalhadores e descontextualizadas do cenário local e real necessidade dos trabalhadores e das equipes de saúde. Esse fator está relacionado ao “trabalho em desaderência”⁵⁶ descrito na abordagem ergológica, pois quando os processos formativos não partem de consciência da ação e nem de transformação, ou seja, ocorrem em desaderência do trabalho, somente com foco em certificados e transmissão vertical dos saberes, o trabalhador não consegue olhar para seu próprio processo de trabalho, analisá-lo criticamente e refletir, a partir do aporte teórico ensinado na atividade formativa, em possíveis estratégias e mudanças de prática para qualificação do seu trabalho.

Em contrapartida, quando esse processo ocorre em “aderência”⁵⁶, o saber do trabalhador é levado em consideração e essa construção passa a contemplar os nós críticos eminentes do local de trabalho e os saberes conceituais passam a ter mais significado para o trabalhador e equipe. Ressalta-se que para essa educação permanente ser potencialmente relevante, não basta a simples troca de experiências, mas sim um processo mais profundo de reflexão crítica.

A partir do exposto, encontra-se na abordagem ergológica elementos que auxiliam na reflexão da PNAB e PNEPS, e na compreensão da atividade de trabalho e do trabalhador como indivíduo singular, que carrega os seus valores, costumes e experiências. Ao entendermos o trabalho de tal forma, e considerando o “percurso formativo” de cada trabalhador nas atividades de aprendizagem, conseguimos identificar na formação profissional em saúde um “instrumento” fundamental para que esse indivíduo, singular, desenvolva as suas potencialidades, a agir (saber, querer, poder) com competência e que consiga lidar da melhor maneira possível com os imprevistos do cotidiano, convocando e reconvocando os seus saberes constituídos e investidos nas renormalizações necessárias para a realização do trabalho em saúde.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido nos anos de 2015 e 2016, que busca aprofundar os estudos sobre a relação trabalho e formação, especificamente sobre a trajetória formativa/profissional e processos de aprendizagem vivenciados pelos profissionais da saúde atuantes na ESF. O estudo é derivado da pesquisa multicêntrica “Estratégia Saúde da Família: Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica”, coordenado pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho em Saúde do Núcleo de Estudos sobre Saúde Pública, da Universidade de Brasília (UnB) e realizada em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo financiada pela chamada MCTI/CNPQ/MS- SCTIE- DECIT Nº. 10/2012.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo⁷⁸, responde às realidades que não podem ou não deveriam ser quantificáveis. Para a autora, esse tipo de pesquisa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (p.21), sendo estes elementos integrantes da realidade social e que permeiam o mundo das relações, representações e intencionalidade. Nessa perspectiva, esta pesquisa buscou analisar como os trabalhadores atuantes na Estratégia saúde da Família constroem o seu percurso formativo durante a sua trajetória profissional e de que forma essas aprendizagens direcionam e influenciam sua atuação profissional.

Minayo⁷⁸ divide o processo de trabalho da pesquisa qualitativa em três etapas: a primeira etapa, denominada *fase exploratória*, contempla a elaboração do projeto de pesquisa e procedimentos exploratórios para a escolha do espaço e amostra; a segunda etapa seria o *trabalho de campo*, que pode trazer os elementos de observação, entrevistas, levantamento documental, etc.; e a etapa de *análise e tratamento do material empírico e documental*, que contempla a interpretação dos dados e a sua articulação com o referencial teórico adotado. Esses elementos serão trabalhados no decorrer deste capítulo.

Neste estudo entende-se como percurso formativo o conjunto de saberes, experiências e aprendizagens, formais e não formais, realizadas pelo trabalhador ao longo de sua atuação profissional e na sua atividade de trabalho na ESF. Esse percurso é singular e acontece de maneira indissociável das trajetórias de vida pessoal, educacional e profissional, e está relacionado com o contexto histórico, político, social, econômico e cultural do indivíduo, de acordo com suas escolhas e formas de pensar, decidir e agir. (Figura 3)

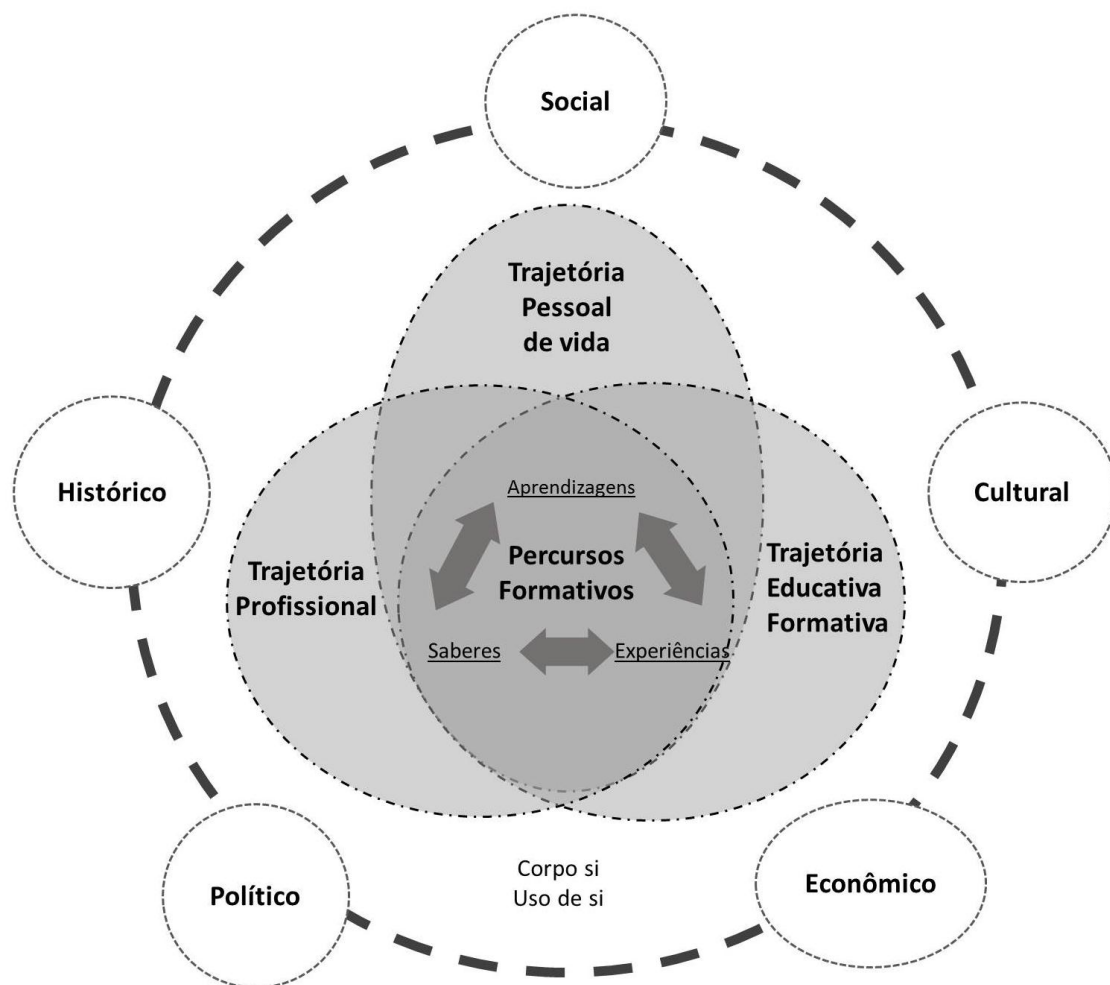


Figura 3 – Representação do conceito de percurso formativo. Brasília, 2016.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O Distrito Federal é um território diferenciado, pois assume concomitantemente responsabilidades de gestão que competem aos estados e aos municípios. Seu território abriga a sede do governo federal – com seus poderes executivo, legislativo e judiciário – e a capital federal, Brasília. O Distrito Federal não apresenta municípios, mas sim 31 regiões administrativas, onde vivem 2.789.761 habitantes, que integram a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e DF – RIDE/DF, composta pelo DF mais 22 municípios pertencentes ao estado de Goiás (GO) e Minas Gerais (MG).^{79,80}

Sua economia baseia-se principalmente na prestação de serviços, administração pública, comércio e construção civil, com um PIB anual de R\$149.906.000 bilhões, e PIB per capita de R\$ 63.020,02, considerado o maior do país. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é considerado o mais alto do país, estando em 0,824, porém apresenta alta taxa de desigualdade na distribuição de renda entre os indivíduos, com um índice de Gini em torno de 0,63.^{81,82}

Na área da saúde, o Distrito Federal vem apresentando constante queda no índice de mortalidade infantil, que passou de 20,7 por mil nascidos vivos, em 2000, para 14,0 por mil nascidos vivos, em 2010. A esperança de vida ao nascer cresceu 3,5 anos na última década, passando de 73,9 anos, em 2000, para 77,4 anos, em 2010⁸². Com relação à mortalidade no município, segundo dados de 2013, a principal causa de morte está relacionada a doenças relacionadas ao aparelho circulatório, que representaram (27,24%) dos óbitos, seguido de neoplasias (20,06%) e causas externas, que representou (16,52%) dos óbitos registrados.⁸³

O sistema de saúde no DF caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES DF), que estão distribuídos em sete regiões de saúde (Centro-Sul, Centro-Norte, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul). Em 2014, a rede apresentava 312 estabelecimentos públicos de saúde, entre eles: 16 CAPS; 66 Centros de Saúde; 9 Clínicas da Família; 1 COMPP; 1 Hemocentro; 16 Hospitais; 1 Instituto de Saúde Mental; 1 LACEN (Laboratório Central); 3 Policlínicas; 1 Unidade Mista; 172 Unidades Básicas de Saúde (UBS); e 6 Unidades de Pronto Atendimento de Saúde (UPAS). Alguns estabelecimentos públicos estão em território estadual

pertencem à União, como o Hospital Universitário de Brasília, Hospital das Forças Armadas e Hospital Naval de Brasília.⁸³

A Saúde da Família no DF teve início pelo Programa Saúde em Casa (1997-98), com a implantação de 300 equipes de saúde. Entre 1999 e 2003, o Programa Saúde em Casa passou a ser denominado como Programa Saúde da Família, e, nesse período, mais 134 equipes foram implantadas. Entre 2004 e 2006, o programa mudou novamente de nome, na busca de reorientar a atenção primária no DF, passando a ser chamado de Programa Família Saudável, e implantando mais 59 equipes. Em 2006, o contrato entre a Secretaria de Saúde e a Fundação Zerbini (fundação sem fim lucrativo responsável por fazer a gestão do programa e o contrato dos profissionais) foi finalizado. Para reiniciar a composição e implantação de novas equipes de saúde, a SES realizou novas contratações através de concurso público, agora nos moldes das diretrizes nacionais, passando a ser denominada Estratégia Saúde da Família.⁸⁴

Quadro 1 – Dados dos serviços de atenção básica do Distrito Federal, anos de 2013, 2014 e 2015.

ATENÇÃO BÁSICA – Distrito Federal	2013	2014	2015
Número de Equipes de Saúde da Família	154	242	246
Brasil Sorridente - Número de Equipes de Saúde Bucal	51	80	85
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	6	6	4

Fonte: SAGE, Ministério da Saúde, 2016.

O presente estudo foi realizado em duas Unidades de Saúde da Família (USF) de duas regiões administrativas do DF. A primeira USF estudada é referência para uma população de 3.000 pessoas e apresenta três Equipes de Saúde da Família, sendo que apenas uma (a contemplada neste estudo) contém equipe de saúde bucal (quatro ACS, uma cirurgiã-dentista, uma técnica em saúde bucal, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e uma médica). A segunda USF estudada é referência para uma população de 2.400 pessoas, e a equipe do estudo é composta por três ACS, uma cirurgiã-dentista, uma técnica em saúde bucal, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e um médico.

Quanto às ações de gestão da educação direcionadas aos profissionais da saúde da SESDF, o Plano Distrital de Saúde do DF 2012-2015⁸³ destaca como principal objetivo na área de gestão da educação o de “promover o desenvolvimento contínuo dos servidores da SES/DF com base na gestão democrática e por competências e alinhado à concretização da missão, visão e planejamento estratégico, com base nas diretrizes nacionais do SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde”, destacando o fortalecimento da oferta de diversas modalidades educacionais e da integração ensino-serviço por meio da implantação de uma matriz de trabalho entre educação e serviço da saúde pela gestão matricial por resultados.

O documento também coloca a implementação da Política de Educação Permanente dos Profissionais da SES/DF como uma das diretrizes para a Inovação das práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde. Como ações o relatório destaca a capacitação e qualificação dos médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde e agentes comunitários que trabalham com a atenção primária em saúde (p.54; 81).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo são 19 profissionais atuantes nas Equipes de Saúde da Família/Equipes de Saúde Bucal do Distrito Federal, sendo dois médicos, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, dois cirurgiões-dentistas e duas técnicas de saúde bucal. As seleções dos participantes do estudo foram feitas por amostragem intencional.

A inclusão dos participantes deu-se pelos seguintes critérios: a) USF com equipes completas, incluindo equipe de saúde bucal; b) equipes consideradas de boa qualidade pelos gestores distritais, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal; c) preferencialmente equipes que tinham Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) como referência; d) equipes que fizeram adesão ao PMAQ (1º ciclo).

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E REGISTROS

Para a coleta de dados, utilizou-se a estratégia de triangulação, que consiste na articulação de três ou mais técnicas de coleta de dados, visando ampliar o universo informacional em torno do objeto de pesquisa.⁸⁵ Para esta pesquisa, foram utilizados três instrumentos: pesquisa documental; observação do trabalho; e entrevistas semiestruturadas. Previamente a coleta de dados, solicitou-se a autorização das Secretarias Municipais/Distrital de Saúde de cada unidade selecionada. Além disso, para o trabalho de campo, foram realizadas capacitações com todos os pesquisadores; realização de entrevista piloto para adequação e validação do instrumento; e sensibilização das equipes de saúde para participar da pesquisa.

3.4.1 Pesquisa Documental

A pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.⁸⁶ Para Gil⁸⁷, é a utilização de materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias, tais como documentos governamentais, leis, normativas (registros cursivos), reportagens de jornal, cartas, filmes e fotografias (registros episódicos e privados).

Segundo o autor⁸⁷, esse tipo de fonte pode fornecer ao pesquisador dados em quantidade e qualidade, podendo ser de caráter único ou complementar às entrevistas, além de subsidiar uma investigação social documental prévia sobre o tema a ser pesquisado. Corroborando com o autor, no presente estudo buscou-se utilizar as mais diversas fontes de documentos, a fim de apreender em profundidade o objeto e o contexto do estudo.

Assim, no presente estudo foram selecionados os seguintes documentos para pesquisa e descrição contextual: 1) Política Nacional da Atenção Básica e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e 2) Instrumentos de gestão - Plano Plurianual em Saúde 2012-2015 do Distrito Federal.

3.4.2 Observação do trabalho

A observação é considerada um método de investigação e um instrumento importante em todos os momentos da pesquisa. Caracteriza-se por observação direta no campo de estudo, o que possibilita perceber os fatos diretamente, reduzindo as subjetividades. Entre os fatores dificultantes, que devem ser considerados no processo investigativo, há o fato de que a técnica pode inibir ou até mesmo modificar/ocultar comportamentos da população pesquisada, o que interfere diretamente na qualidade da informação coletada.⁸⁷ Com o propósito de se obter melhor detalhamento sobre a realidade estudada, no presente estudo utilizou-se a observação do trabalho.

Guiado por um roteiro semiestruturado (apêndice A), realizou-se a observação do cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família nas regiões estudadas, com posterior registro em diário de campo em documento *word*, totalizando 12 observações com média de 3h cada. As categorias de registro incluídas foram relacionadas com aspectos do processo de trabalho das equipes de saúde, partindo da observação com as equipes de saúde bucal.

3.4.3 Entrevista semiestruturada

A entrevista, considerada por Minayo⁸⁸, como “*conversa com finalidade*”, pode ocorrer a dois ou entre vários interlocutores, e tem como objetivo construir informações pertinentes para um projeto de pesquisa. Nessa técnica de investigação, o pesquisador formula perguntas ao entrevistado no ensejo de obter informações qualificadas e de forma aprofundada do objeto de estudo⁸⁷. Para Richardson⁸⁹, a entrevista refere-se ao “*ato de perceber realizado entre duas pessoas*”, sendo utilizada quando os pesquisadores identificam a necessidade de obter dados que somente podem ser fornecidos por determinada(s) pessoa(s). Estes dados, por sua vez, não são encontrados em outras fontes de pesquisa e tornam-se fundamentais para a compreensão integral do objeto em estudo, pois contemplam

informações para além da descrição de ações, como atitudes, sentimentos e valores, o que enriquecerá a análise e interpretação dos resultados.⁹⁰

As entrevistas podem ser mais estruturadas ou menos, e são classificadas de diferentes formas, segundo cada autor. Minayo⁸⁸ classifica as entrevistas em: a) *sondagem de opinião* (questionário estruturado); b) *semiestruturada* (combina perguntas fechadas e abertas, onde entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada); c) *aberta ou em profundidade* (o informante é convidado a falar livremente sobre um tema); d) *focalizada* (se destina a esclarecer apenas um determinado problema); e) *projetiva* (utilização de dispositivos visuais). Outras formas de entrevista seriam as *histórias de vida* e *grupo focal* (entrevista em grupo). Neste estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada.

A entrevista semiestruturada, segundo Manzini⁹¹ caracteriza-se por um roteiro com perguntas principais sobre um determinado assunto, que podem ser complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista, e que serve como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante. Segundo o autor, esse tipo de entrevista possibilita trazer à tona informações de forma mais livre, não condicionando as respostas a uma padronização de alternativas. Boni & Quaresma⁹² salientam que esse tipo de entrevista é utilizado quando se deseja delimitar o volume de informações para obter maior direcionamento para o tema de estudo.

Junior & Junior⁹⁰ elencam como vantagens das entrevistas semiestruturadas a grande riqueza de informações, a interação e possibilidade de esclarecimentos com o entrevistado, o papel estratégico na previsão de erros, a flexibilidade na aplicação, a aplicação a pessoas não aptas à leitura, a obtenção de maior número de respostas, captar a expressão corporal do entrevistado (a), etc. Ainda que apresente várias vantagens, os autores enfatizam que a utilização da entrevista não garante a obtenção de dados totalmente fidedignos. Outras desvantagens apontadas por Gil⁸⁷ incluem: falta de motivação pelo entrevistado (a); inadequada compreensão das perguntas; e influências pessoais do entrevistador (a) frente ao entrevistado (a) e as respostas oferecidas por ele (a).

Como pontos importantes para a realização de uma entrevista, Junior & Junior⁹⁰ citam o grau de complexidade da atividade, pois há a influência de diversos fatores locais, sociais, históricos e culturais do contexto em questão. Assim,

recomendam uma análise inicial do contexto externo em que se insere tanto o entrevistado (a) quanto o tema em estudo, além de colocarem a importância dos aspectos éticos e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No presente estudo, foram realizadas 19 entrevistas semiestruturadas com trabalhadores das equipes de saúde da família atuantes no Distrito Federal. Além de questões sobre o perfil e trajetória profissional, o roteiro de entrevista contemplou vários aspectos do trabalho na Estratégia Saúde da Família, incluindo perguntas direcionadas às questões norteadoras deste estudo (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas e o seu áudio posteriormente transcrito em documento *word*. Os documentos em *word* contendo as transcrições das entrevistas e a observação do trabalho foram inseridos no software para análise qualitativa Atlas.Ti, que auxiliou na organização e na análise dos dados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A coleta e análise dos dados ocorreram pela estratégia de triangulação dos dados, utilizando-se as três fontes de coleta já citadas: entrevista semiestruturada, observação do trabalho e pesquisa documental. A utilização da triangulação de métodos possibilita a análise de várias informações sobre um mesmo fenômeno, o que qualifica o aprofundamento do objeto de estudo. Segundo Minayo⁸⁵:

Pode ser compreendida como uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações, assim como, a visão que os diferentes atores constroem sobre o projeto como um todo, no que tange seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e suas técnicas.

Segundo Marcondes & Brisola⁹³, a utilização da triangulação para análise das informações coletadas ocorre em dois momentos que se articulam dialeticamente, de modo a se ter uma percepção da totalidade do objeto: a preparação dos dados empíricos coletados e a análise propriamente dita, onde a reflexão sobre a percepção dos sujeitos pela entrevista, literatura científica sobre a temática e a análise de conjuntura se fazem presentes.

As entrevistas e as observações foram submetidas à análise de conteúdo temática proposta pela pesquisadora Laurence Bardin⁹⁴. A autora define a análise de conteúdo como sendo

O conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção-recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p. 48).

A mesma autora descreve quatro tipos de análise do conteúdo dos materiais de entrevistas: a) análise de avaliação ou análise representacional; b) análise de expressão; c) análise de enunciação; e d) análise temática. No presente estudo, optou-se pela análise de conteúdo temática. Essa análise de conteúdo temática realizada foi qualitativa, ou seja, as entrevistas e observações não foram analisadas somente pela frequência de aparição de determinados elementos da mensagem, mas sim como um “instrumento de diagnóstico, de modo a que se possam levar a cabo inferências específicas ou interpretações causais sobre um dado aspecto da orientação comportamental do locutor”⁹⁴. (p.144).

Com base na proposta de Bardin, as entrevistas e observações foram analisadas por meio das seguintes etapas: 1) pré-análise, que objetivou organizar e sistematizar as ideias iniciais; 2) exploração do material, etapa onde ocorreu a aplicação sistemática das decisões tomadas; e 3) tratamento dos resultados-inferência-interpretação, última etapa onde houve o tratamento dos resultados de modo a significá-lo.

Como forma de guiar a leitura do material, utilizaram-se as seguintes perguntas norteadoras: a) qual o perfil dos profissionais? b) quais são as trajetórias profissionais, da formação inicial à atuação na ESF? c) quais fatores intrínsecos e extrínsecos influenciaram nas escolhas formativas e de atuação profissional? d) quais são as experiências formativas formais e não formais dos entrevistados? e) como os profissionais cooperam e compartilham entre si conhecimentos e informações que os auxiliem no trabalho cotidiano na ESF?

Na etapa de **pré-análise**, os documentos de pesquisa (observações e entrevistas) foram inseridos no software para análise qualitativa Atlas.ti (*Qualitative Research and Solutions*), versão 7.5.15, que auxiliou na sistematização e categorização dos dados, subsidiando assim a análise qualitativa. Nesse momento, criou-se uma *unidade hermenêutica*, linguagem do software correspondente ao banco de dados da pesquisa. De forma a garantir o anonimato, ao inserir os documentos no software, os mesmos foram renomeados por siglas: para as entrevistas, nomeou-se segundo a USF de atuação do entrevistado, sua área de

formação (ACS: agente comunitário de saúde, CD: cirurgião-dentista, E: enfermeiro, M: médico, TE: técnico de enfermagem, TSB: técnico de saúde bucal), seguido de um número arábico para designá-lo (a) (exemplo: USF1E1). As notas de observação foram registradas com a sigla da USF seguida pela sigla OT e ordem da observação (exemplo: USF1OT1).

A partir da organização dos documentos, foi realizada uma leitura flutuante de todas as entrevistas, como forma de conhecer o conteúdo e de identificar as impressões sobre o objeto. Após a primeira leitura, com base no objetivo geral e nos objetivos da pesquisa, foram realizadas mais três leituras de todo o material, com vistas a aprofundar no conteúdo e busca de detalhes, para então iniciar uma pré-categorização.

Na etapa de **exploração do material**, utilizou-se o software para a criação de códigos, chamados de *codes*. Os *codes* representam as unidades de registro (palavra, tema ou “núcleos de sentido” para representação de um conteúdo), que facilitam o encontro dos trechos das falas (*quotations*) dos entrevistados, relacionadas a determinado tema.

A partir dos *codes* foram definidas as categorias empíricas, considerando-se na análise os dados documentais, bem como os objetivos e o referencial teórico adotado por esta pesquisa. A partir dessas etapas chegaram-se as seguintes categorias empíricas: 1) Perfil e Trajetórias profissionais; 2) Aprendizagens formais; e 3) Aprendizagem no trabalho.

A etapa de **tratamento dos resultados** constituiu-se de interpretação das falas, com posterior discussão dos achados, relacionando-os com a pesquisa documental realizada, as informações provenientes dos relatórios de observação do trabalho e com o referencial teórico adotado.

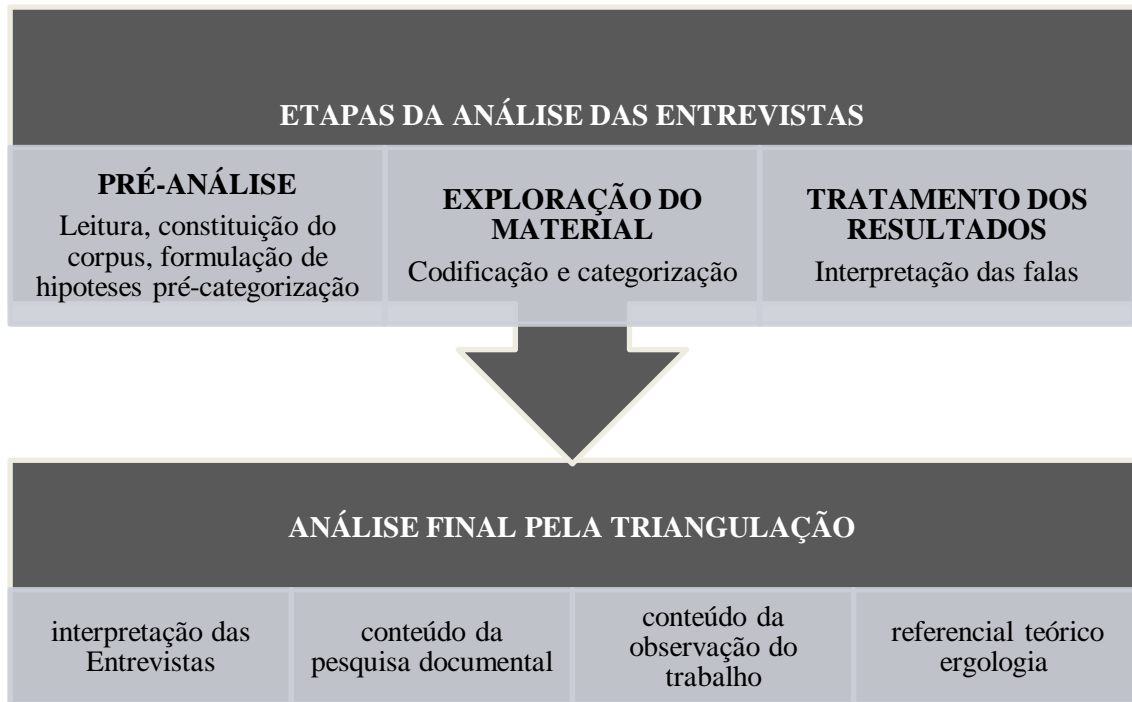


Figura 4 – Desenvolvimento da análise dos resultados. Brasília, 2016.

Ao final da análise dos dados, como uma forma de sistematizar o percurso formativo de cada trabalhador, e sob a luz da definição de percurso formativo estabelecida neste estudo e das informações trazidas pelos participantes por meio das entrevistas, elaborou-se um quadro (QUADRO 02) contendo figuras com os principais elementos relacionados aos percursos formativos de cada trabalhador, numa sequência cronológica.

Como forma de facilitar o entendimento dos percursos construídos, padronizou-se a inserção das informações da seguinte maneira: 1) formações formais principais (ligados à formação inicial e a cursos de pós-graduação de longa duração): foram identificados pelo formato de círculo na cor cinza; 2) experiência profissional (locais de trabalho): está representado por retângulo na cor branca; 3) qualificações e aprendizagens realizadas no trabalho: estão representadas por retângulos com bordas pontilhadas, na cor cinza. Os demais elementos permeando as informações anteriores estão relacionados com aspectos pessoais, financeiros, sociais, políticos e culturais singulares de cada sujeito.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (Parecer nº 491.461) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS (Parecer nº 459.739), e seguiu as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os voluntários que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). As entrevistas e assinatura do Termo de Consentimento foram realizadas individualmente e em local que de privacidade. Foi fornecida aos participantes uma cópia do Termo de Consentimento contendo informações sobre como entrar em contato com Pesquisador Principal e Comitê de Ética em Pesquisa responsável, em caso de eventuais dúvidas ou obter maiores esclarecimentos sobre o trabalho.

3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considera-se como principal fator limitante a carência de documentos primários relacionados diretamente com a temática da formação profissional no Distrito Federal. Esse fato dificultou a análise do cenário institucional relacionado às ações formativas ofertadas pela gestão aos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no período da pesquisa.

Quanto à entrevista semiestruturada, pontua-se que as perguntas referentes aos cursos de capacitação foram direcionadas para cursos relacionados com a promoção da saúde, sendo este um possível viés para poucas citações relacionadas às formações de caráter clínico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade de trabalho “é um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente (corpo/espírito; individual/coletivo; fazer/valores)”³⁰ (p.23). Nesse sentido, na atividade de trabalho, o profissional mobiliza o “corpo si”, ou seja, o indivíduo para além da “pessoa física”, mas também como um ser que incorpora o social, o psíquico, as normas e os valores [do contexto e retrabalhados], a relação às instalações e aos produtos, aos tempos, aos homens, aos níveis de racionalidade, etc. Durante a atividade de trabalho, este “corpo si” evoca o “uso de si”, a singularidade para realizar determinada tarefa, para além das normas, o que coloca em tensão o uso de si requerido pelos outros e o uso de si consentido e comprometido por si mesmo.^{18,30}

A partir do uso de si por si e pelos outros, os trabalhadores, ao longo de sua trajetória pessoal, formativa e profissional, mobilizam constantemente os saberes instituídos e os saberes constituídos em suas práticas profissionais. Estas trajetórias estão sujeitas às influências do meio, afetando mais ou menos a pessoa, motivando-a mais ou menos, e possibilitando para mais ou para menos esta pessoa de seguir os seus desejos profissionais ou modificá-los para se adaptar a uma situação específica. Sob a luz do referencial da ergologia, os dados foram analisados conforme as categorias empíricas descritas a seguir.

4.1 PERFIL E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Predominaram profissionais do sexo feminino, com idade entre 27 e 40 anos e com tempo médio de trabalho na USF de seis anos, sendo a maior média para os ACS, com período mínimo de 10 anos, e a menor média a do profissional técnico em saúde bucal. Quanto ao vínculo, muitos profissionais relataram o início da carreira na SES através de seleção pública para o Programa Saúde em Casa (programa que antecedeu à Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, com duração até 2006), mas atualmente todos os entrevistados são concursados. Dos profissionais de nível superior, apenas um cirurgião-dentista e uma enfermeira informaram serem

especialistas em saúde coletiva, uma médica relatou apresentar especialização em medicina do trabalho e os demais profissionais relataram apresentar apenas a graduação. Entre os ACS, quatro dos sete profissionais entrevistados possuem formação técnica ou superior.

Quanto à escolha da profissão, observou-se uma diferenciação quanto à categoria profissional. Em um aspecto geral, a escolha dos profissionais de nível superior esteve relacionada com a influência de familiares e pela afinidade pela área da saúde.

“Mas assim, medicina, assim, eu tenho um pai médico. Então acaba tendo um exemplo em casa. Eu gosto. Gosto pra caramba. Tem coisas que a gente se identifica. Sempre me identifiquei com área de biologia, com essa área. Nunca me identifiquei com português, história, geografia. Era por afinidade mesmo”. (M1)

Para os Agentes Comunitários de Saúde, essa escolha foi predominantemente uma oportunidade de emprego próximo ao local da residência:

“Entre na área de agente de saúde por acaso. Uma mulher falou para o meu pai que haveria a inscrição de agente de saúde [...] Fiz a inscrição, 10 reais na época, e fiz o concurso. Então eu sou agente de saúde por acaso, não foi por escolha.” (ACS2).

Já para os profissionais técnicos de enfermagem e saúde bucal, observou-se que para muitos entrevistados esta escolha serviu como etapa intermediária para uma futura graduação:

“Eu já tinha vontade de fazer odontologia. Devido às peripécias da vida não teve como eu fazer, mesmo porque na minha cidade as faculdades não tem odontologia. Eu teria que sair para fora para fazer [odontologia] mas eu tinha uma filha pequena. Ai surgiu a oportunidade de fazer o curso técnico. Não era bem o que eu queria, mas estava relacionado. Eu fiz e gostei muito, não me arrependo não.” (TSB1)

A partir dos relatos, entende-se que esse sujeito, como um “sujeito social”, baliza suas escolhas pelo que o meio o impõe, como o “estar na saúde” por uma oportunidade de emprego, mostrando assim a influência econômica e social; ou à “escolha da profissão” influenciada por familiares ou por identificação ao cuidar, o que demonstra à influência dos elementos pessoais, culturais e sociais.

Quanto às experiências profissionais prévias, observou-se que para a maioria dos profissionais de nível superior a primeira experiência de trabalho ocorre somente após a graduação, enquanto a dos profissionais técnicos e ACS apresentam trajetória profissional prévia em outra área que não necessariamente na saúde:

“Me formei na [universidade], no segundo semestre de 2004. Meu primeiro emprego foi no [pronto socorro], e atendia de tudo, desde emergências à coleta de preventivo. Depois fui para o [pronto socorro], trabalhei lá até agosto de 2006 quando eu fui nomeada aqui pela secretaria de saúde. Quando eu cheguei na secretaria de saúde, eu pedi para ir para o [hospital], e foi feita a proposta da gente assumir uma equipe de saúde da família e me interessei e vim trabalhar aqui. Trabalho tanto na atenção primária, quanto na atenção terciária, tenho dois vínculos com a atenção da saúde”.(E1)

“Não eu nunca tinha trabalhado eu fiz o curso e não havia trabalhado. Eu trabalhava com venda de carro. Trabalhava no comércio. Ai depois que eu passei que eu vim trabalhar aqui.” (TE1)

“Não, não tive nenhum contato com a área da saúde. Vim aqui no posto duas vezes quando era aberto para consulta de CD (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil). Não sabia o que era atenção primária nem o que era o Programa Saúde da Família. Eu trabalhei 5 anos na área de advocacia então era outra área completamente diferente” (ACS5)

As falas indicam que, para os profissionais de nível superior, essa inserção ocorreu predominantemente após a graduação. Entre os ACS e técnicos, a inserção no mercado de trabalho antecedeu à formação profissional (geralmente por necessidade financeira, em vários setores da economia), o que concorda com os achados de Chinelli *et al*⁹⁵, que, em estudo sobre a relação entre trabalho, qualificação e construção das trajetórias ocupacionais dos trabalhadores técnicos da saúde, identificaram que estes profissionais apresentavam percursos de formação e qualificação em períodos descontínuos, com trajetórias não lineares e com dificuldade de construir um projeto profissional, interrompendo ou combinando os estudos com o exercício de atividades remuneradas, geralmente por questões financeiras.

No geral, evidenciou-se que a escolha pela atuação na ESF pelos entrevistados não estava relacionada a um desejo profissional, mas sim como uma opção ofertada no momento da posse no concurso, que em alguns casos foi influenciada por uma experiência prévia na atenção básica por meio de trabalho ou estágios curriculares, ou como uma opção temporária para futuras trajetórias profissionais:

“Na verdade, Saúde da Família é uma área que não é tão valorizada. E não é todo mundo que tem perfil para isso. Eu acho que eu não tenho. Foi mais uma questão de oportunidade. [...] perfil que eu digo assim, a pessoa se identifica e ela vem motivada. Eu faço o que eu tenho que fazer, [...] Tô recebendo por aquilo. Quando eu fiz o concurso eu sabia o que era a Saúde da Família e eu me predispus a isso, mas não que me realize profissionalmente. Eu tô aqui temporariamente. Eu vou me realizar na endocrinologia [...]”. (M1)

“Me formei técnica de enfermagem em 1995 e atuei 2 anos no Primeiro Saúde em Casa, numa invasão, e eu gostei muito de trabalhar da assistência básica. Ai depois que acabou o programa, como eu não tinha experiência em hospital, eu não fui trabalhar em hospital porque eu trabalhava na assistência básica e na época todo mundo queria quem tivesse experiência na área hospitalar e eu não tinha. Então depois trabalhei em outros lugares de vendedora, e depois trabalhei numa clínica de estética durante oito anos, comecei como técnica de enfermagem e acabei depois trabalhando como faturista, eu fiquei coordenação financeira. Depois eu fiquei grávida e resolvi parar de trabalhar pra cuidar do meu filho. Eu já tinha feito o concurso pra técnico e depois eles me chamaram e eu fui lotada aqui.” (TE4)

As falas acima revelam a presença dos ingredientes *um* (correspondente aos saberes formais) e *dois* (ligado às experiências de vida no trabalho) descritos por Schwartz⁶⁷ atuando diretamente nas trajetórias profissionais dos trabalhadores entrevistados. A motivação para a aprendizagem descrita como o ingrediente *cinco* da competência por Schwartz⁶⁷ esteve presente na fala da M1, ao enfatizar que “*irá se realizar na endocrinologia*”, motivando-a a cursar especialização em endocrinologia.

Com relação aos profissionais técnicos e ACS, essa escolha ocorre principalmente por uma oportunidade de inserção no mercado de trabalho, o que vai ao encontro aos achados de Chinelli *et al*⁹⁵ e Rocha *et al*⁹⁶. Mesmo após a inserção na ESF, quatro dos sete ACS entrevistados realizaram formação técnica ou superior, o que sugere que estes profissionais buscam oportunidades de atuação em outra área profissional, estando ou não na área da saúde. Apesar da qualificação profissional, estes profissionais destacam a dificuldade de inserção em uma nova carreira, que foram relacionados a questões pessoais; dificuldades em encontrar outro emprego; e falta de experiência na nova profissão.

“Eu estudei aqui mesmo no [bairro] os dois últimos anos do ensino médio, formei no segundo grau, depois arrumei um namorado e engravidei. Só depois de 10 anos que fui me formar no ensino superior, apareceu uma oportunidade e eu me formei em [área humanas] faz 2 anos[...]Só trabalho como agente comunitário de saúde. Na área de [humanas] não, já tentei arrumar, mas como é à noite [...] então é meio complicado. Já tentei, mas ainda não consegui. Porque também é muito puxado, você tem família e trabalha 40 horas aqui para depois se dispor mais 20 horas à noite, então eu praticamente desisti de procurar, se aparecer não vou negar, mas não vou correr atrás como eu fiz por um ano.” (ACS5)

A escolha da atuação profissional na ESF mostrou-se influenciada por situações de vida, como gestação e filhos, e está presente nos percursos das profissionais mulheres. A chegada de um filho influencia tanto na disponibilidade de

tempo, como estabelece limites financeiros e para assumir determinados projetos profissionais:

“Eu entrei pro PSF porque eu engravidei no final da minha graduação e aí eu não queria fazer residência grávida e nem iria dar plantão grávida. Então eu vi a oportunidade, pra me adequar, seria não dar plantão e ir pro PSF ou medicina do trabalho, que também não era realização profissional. Ai depois que eu entrei, ganha bem, então daria para eu pagar minhas contas e me virar [...]” (M1).

Esses achados corroboram com o foi expresso por Altheit & Dausien⁹⁷, onde afirmam que, para as mulheres, os processos de formação ao longo da vida não são neutros em seu plano de carreira, mas se inscrevem em um projeto de vida que associa estreitamente a vida profissional às possibilidades e às perspectivas da vida familiar. Assim, identificam-se os elementos externos presentes nos percursos formativos, onde podemos elencar a influência dos fatores econômicos, familiares, sociais e culturais atuando nas escolhas por seguir determinada formação ou atividade laboral.

Os discursos evidenciam que o projeto profissional, incluindo a escolha da ESF como campo de atuação profissional, é uma construção individual, mas que sofre influência de vários fatores, que no presente estudo foram elencados como intrínsecos (próprios do indivíduo, motivadores, modo de ser, agir, decidir) e extrínsecos (socioeconômicos, políticos, culturais e históricos) e extrínsecos (elementos externos/ambiente/valores sociais, relacionados aos fatores políticos, econômicos, sociais, culturais e históricos). Estas informações corroboram com o estudo de Manoel et al⁹⁸, que ao analisar os determinantes para a escolha da ESF como campo de atuação profissional por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas constataram que essa escolha não ocorreu de forma reflexiva e crítica, apresentando como principal motivo o surgimento de uma oportunidade de trabalho, seguida de influência da formação profissional.

Apesar de muitos profissionais relatarem a entrada na ESF sem conhecimento prévio da função, o que explicita uma carência no ingrediente *um* descrito por Schwartz⁶⁷ relacionado ao saber constituído necessário às atividades desenvolvidas na ESF, as falas apresentaram um retorno positivo do trabalho realizado, com descobertas de afinidade pela saúde pública e motivação para a realização das atividades e o enfrentamento das adversidades diárias. Isso se reflete na criação de laços entre a equipe, potencializados pelo emprego estável, mesmo nos casos de não representar a realização profissional desejada. O meio favorável,

nesse caso, pode favorecer o “desabrochar”³⁰ de competências, conforme pontuando no ingrediente *quatro* da competência industriosa.^{67,69,70}

Um profissional ACS relatou a oportunidade de continuidade dos estudos para uma carreira técnica de enfermagem, motivado por oportunidades ofertadas pelo governo para qualificação de profissionais já inseridos no serviço:

“Eu fui contemplado com o programa do governo para profissionalizar as pessoas que já eram da área de saúde e que tinham uma função meio vaga, vamos dizer assim (...) como era um programa do governo tinha a possibilidade de outras pessoas participarem. Nessa época eu já tinha o tempo de serviço mínimo, que se não me engano eram 3 anos, a gente estudava o dia inteiro, todo final de semana durante dois anos e meio e até cuidei de alguns pacientes, mas sempre focado aqui” (ACS1)

Um dos fatores desmotivadores apontado pelo ACS5 está relacionado às questões políticas de gestão, pois possíveis mudanças políticas de condução do programa podem interferir no processo de trabalho das equipes. Esse fator indica a dificuldade de lidar com as prescrições e normativas que não são reconhecidas como legítimas:

“Porque apesar do programa Saúde da Família ser um programa Federal, do Ministério da Saúde, tanto aqui como em outros estados ele tem um caráter político, é tipo uma imposição do Ministério. É bom ter porque vem dinheiro para isso, mas não é investido tanto quanto deveria. Então por ser um programa político, com chefias políticas, tudo muda. As diretrizes não são feitas somente pelo SUS e o PNAB, também são feitas por quem está na chefia naquele momento, por isso parece mais um programa político que de 4 em 4 anos a gente precisa se virar para entender. Por esse motivo que é frustrante, porque a gente tem que agir de acordo com o pensamento da pessoa e nos últimos três anos foi complicado de lidar com isso.” (ACS5)

A partir do exposto, evidenciam-se as subjetividades e a complexidade das trajetórias de cada profissional, ou como enfatiza Durrive¹¹ (p.302), “é a infiltração da vida que vem sempre solapar nossas previsões e nos obriga a reorganizar nossas maneiras de proceder, justamente para alcançar, apesar de tudo, o resultado [o desejo pessoal e profissional]”. Também está ligado ao conceito ergológico das “dramáticas do uso de si”, que se refere aos “acontecimentos, que quebram os ritmos das sequências habituais, antecipáveis, da vida” (p.23), convocando o profissional a fazer o uso de si, nas micro-escolhas. Esse fato gera uma tensão, uma “dramática”, que leva a novos acontecimentos, transformando assim a relação com o meio e entre as pessoas (uso de si pelos outros)³⁰. Assim, podemos refletir a forma como essas questões, incluindo o acúmulo de saberes e experiências de

formas diversas, são incorporadas no corpo-si, influenciam e estão disponíveis nessas “dramáticas”¹⁸.

4.2 APRENDIZAGENS FORMAIS

A formação inicial, cursos de capacitação e pós-graduação são as aprendizagens formais ou estruturadas provenientes dos saberes constituídos e das normas antecedentes, ou seja, dos conceitos, das normas, presente nos manuais e nas rotinas de trabalho, que visam antecipar a atividade e qualificar o profissional para o trabalho, e que corresponde ao primeiro ingrediente da competência industriosa descrita por Schwartz⁶⁷.

Como já descrito anteriormente, o novo modelo de atenção da ESF propôs uma mudança de práticas no modo de fazer saúde, o que exigiu dos profissionais a aquisição de novas competências que propiciasse maior integração dos processos de trabalho e uma aproximação mais efetiva com o território e usuários.

Em estudo sobre a proposição de se construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) a partir de preceptores e trabalhadores da ESF, Nascimento & Oliveira⁹⁹ sistematizaram as competências elencadas pelos entrevistados para a ESF, entre algumas: Ter postura profissional resiliente, humanista, responsável; Saber ouvir com empatia, respeito e valorização do interlocutor; Trabalhar em equipe, discutir casos e o plano de cuidados; Ter conhecimento sobre gestão e gerenciamento de recursos; Conhecer o território (área de abrangência e influência) e envolver-se com a comunidade; Promover a autonomia, a participação e o respeito próprio dos usuários, favorecendo o desenvolvimento da cidadania; Ter habilidade para enfrentar e conduzir desafios e/ou problemas cotidianos; Ter visão de saúde integral, humanista e ampliada do processo saúde-doença (do social, familiar, da economia, política e educação); Reconhecer o trabalho como lócus de produção de saber.

Como saberes constituídos, elencou-se, entre outros, a necessidade do trabalhador da ESF conhecer as legislações, políticas, protocolos e diretrizes referentes ao SUS e a ESF; apresentar conhecimento técnico do processo saúde-

doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação de sua área de atuação; ter conhecimentos de epidemiologia, gestão, planejamento, monitoramento e avaliação em saúde para realização das atividades nos territórios; conhecer e saber fazer prevenção, promoção e educação em saúde.⁹⁹

Apesar do incentivo à mudança curricular na saúde proposta pelas DCNs e de algumas experiências curriculares inovadoras*² que propõem currículos interdisciplinares e com maior integração com a rede de saúde, o que ainda se observa é a predominância de uma formação em saúde pautada predominantemente na clínica e na atuação individual, com pouca ênfase no SUS e a sua efetiva articulação com o território (não somente em estágios pontuais). Para suprir essas lacunas de conhecimento da formação inicial, os profissionais entrevistados, seja por iniciativa pessoal ou por demanda institucional, recorrem às atividades de qualificação profissional e a aprendizagem no próprio ambiente de trabalho:

“Minha formação foi muito curativa. Não tinha muita prevenção. E Na saúde coletiva a carga horária era pouca. Então fui aprendendo mais agora e mais na prática. Assim aliado um pouco com a teoria, mas usando mais a prática. Muda, improvisa. Algumas coisas na verdade são improvisadas [...]” (CD2).

A fala do profissional CD2 demonstra uma distância entre as prescrições apreendidas na formação e o que a realidade do serviço exige efetivamente. Para suprir essa lacuna, o profissional recorre ao saber constituído (ingrediente *um*) e valoriza o saber da prática (ingrediente *dois*), procurando estabelecer a dialética entre esses dois ingredientes (ingrediente *três*) para realização de determinada tarefa, revelando também o ingrediente *quatro* da competência industriosa⁶⁷.

Há necessidade, segundo eles, de qualificação em temáticas relacionadas à Atenção Básica:

“[o que você teve na graduação, é suficiente para o seu cotidiano de trabalho?] Não, algumas áreas ficaram deficientes. A parte de saúde da mulher era totalmente voltada para gravidez e parto. Planejamento familiar ficou de fora, coleta de preventivo ficou de fora. Teve coisas que ajudaram a parte de psicologia por exemplo. Tive professores muito bons, que me ensinaram que a gente primeiro tem que aprender a ouvir. A faculdade em si deixou um pouco a desejar nessa parte. Por exemplo, hipertensão a gente não viu o programa de hipertenso e diabético, a gente viu a doença, e não como o programa funciona. Então eu tive que sentar pegar os cadernos de atenção básica e saber como que eu ia conduzir aquilo. Tive que correr atrás e estudar porque infelizmente não vi isso na graduação e nem em nenhum lugar, nem na teoria, nem na prática. Ambas tem que melhorar

*² Destacamos as experiências da Universidade Federal do Sul da Bahia e Universidade Federal de São Paulo.

muito na [universidade]. Eles não conseguem passar pros estudantes de enfermagem qual é o real potencial do enfermeiro dentro de uma equipe de saúde da família” (E1).

Para os profissionais de nível técnico, evidenciou-se na formação inicial a pouca abordagem da formação inicial em relação aos aspectos mais integrais do usuário e sobre o SUS e ESF, restringindo-se a transmissão de protocolos clínicos:

Lá na verdade é só o básico. Pois na verdade PSF em curso a gente não estuda. Um pouquinho só no estágio se não me engano, que são umas 20 horas/50 horas. Então é pouca coisa que a gente vê. Não temos noção de quase nada” (TE1)

“A gente viu um pouco de anatomia, clínica, a parte instrumental, a parte de ergonomia, tem outras coisas que eu não me lembro. [Essas possibilidades de atuação, por exemplo, no saúde da família, você viu ou não?] Não. Só a parte voltada pra clínica.” (TSB1)

A questão da hierarquização de conhecimentos também esteve presente nas falas, indicando que a formação técnica em saúde seria somente para apreensão de técnicas e não para a compreensão da saúde geral do paciente, estando essa questão restrita aos trabalhadores de nível superior, sendo estes inclusive responsáveis pela supervisão dos profissionais técnicos:

“Pra mim a formação técnica ela é igual carteira de motorista: você aprende o básico do básico, o restante você vai aprender na prática. Já a graduação vai te dar um aprofundamento maior. Na área de curativo, eu falo que procuro muito a [enfermeira] porque na faculdade você vê muito curativo. Se você me perguntar como técnico, não. Não tem base nenhuma, sua base é cobertura de curativo. Agora enfermeiro é diferente, ele está fazendo o curativo e está querendo saber como está a alimentação, se é diabético. Agora o curso técnico não te dá preparo nenhum. Te dá preparo para você cobrir só curativo bem coberto. A coisa mais interessante é que todo lugar que tem um técnico de enfermagem tem que ter um enfermeiro pra supervisionar a atividade, então se ele tem alguma dúvida ele vai lá pergunta, os dois discutem e conseguem resolver.” (TE2)

Quando confrontados com a complexidade do trabalho na ESF, e diante da busca de suprir as deficiências da formação, os profissionais buscam conhecimentos que os auxiliem a desenvolver certa atividade, seja por aprendizagens informais, seja por ofertas mais estruturadas:

“Na graduação, a saúde da família é suficiente. Não tem nada tão difícil na saúde da família não. Mas quando você aprofunda um pouquinho mais você precisa procurar outros conhecimentos, por isso que eu fiz a pós-graduação. [...] Olha na verdade no saúde da família eu me sinto MacGyver. Sabe que eu fui até pra um congresso onde o nome da oficina era oficina MacGyver? É justamente isso. Eles ensinavam a gente, com poucas coisas, tentar arrumar soluções [...]” (M1).

Alguns profissionais relataram que as atividades desenvolvidas em cursos de especialização auxiliam no desenvolvimento de competências individuais e coletivas, auxiliando no processo de trabalho na ESF:

“Fiz [especialização] em medicina do trabalho, que atualmente tem a ver com saúde da família, porque agora a gente incluiu saúde do trabalhador no PSF. Estou fazendo atualmente endocrinologia, até acompanho melhor os pacientes diabéticos e pacientes que tenham alterações endócrinas no geral” [...] é um dos pontos que o PMAQ estimula a gente. Estou fazendo tratamento de obesidade, pacientes insulino-dependentes, que no caso dos diabéticos, alteração da tireoide, vou começar também a fazer algumas reposições hormonais e aí é que chama mais pacientes porque eles descobrem” (M1)

Nesse sentido, o estudo de Scherer et al⁶⁸, ao analisar a percepção de egressos de um curso de especialização em saúde da família e comunidade quanto às mudanças ocorridas no trabalho, constataram que a formação potencializou o desenvolvimento de competências profissionais, sedimentando conceitos que, somados aos conhecimentos prévios e a experiência vivida, promoveu a qualificação do processo de trabalho na ESF, a partir de mudanças no modo de fazer no cotidiano de trabalho.

O Ministério da Saúde⁷² recomenda a oferta de curso introdutório para os profissionais que ingressam na ESF. As entrevistas evidenciaram que, à exceção dos ACS, os cursos introdutórios não são padronizados e são categorizados como atividade de “acolhimento” dos novos servidores.

“A gente teve mesmo o curso de acolhimento, eles explicaram algumas coisas pra gente, como funcionava... só que isso no geral. O curso de acolhimento foi só pra nós. Eu digo que foi no geral porque muitas foram pra hospitais, pra outros lugares, então foi meio que geral. Foram quatro dias de acolhimento lá na secretaria de saúde”. (TSB1)

Os profissionais que participaram desses cursos relataram que os conhecimentos transmitidos, aliados ao material didático fornecido, foram importantes para uma visão geral sobre a ESF, mas que o aprendizado foi solidificado por meio da experiência cotidiana no trabalho:

“Quando eu comecei, eu tinha 21 anos, então eu tinha pouco conhecimento na área da saúde [...] o introdutório durou 80 horas, foi onde nós tivemos a primeira noção do que era o agente comunitário de saúde, atribuições e como proceder em visitas domiciliares. [...] o curso que me deu uma noção básica, aprendi mesmo no dia-a-dia, cada pessoa, cada família é diferente, não tem curso introdutório que te passe essa experiência, que te prepare para todas as situações que você pode encontrar [...]” (ACS3).

“Recebemos duas apostilas na época, falando exatamente sobre isso, as noções de primeiros socorros, como agir, como fazer uma ficha de notificação compulsória, como identificar diarreia ou pneumonia nas crianças para poder você vê se tinha realmente necessidade daquela criança tá no posto de saúde ou não, né? Como você deveria iniciar o acompanhamento daquela criança, então isso a gente aprendeu também lá, nessas apostilas tem tudo isso e as fichas que são a ficha A, ficha D dos ACS, a ficha de Hiperdia, diabético, gestante” (ACS7)

A SES/DF estabeleceu em seu Plano Distrital de Saúde 2012-2015⁸³ a tarefa de “promover o desenvolvimento contínuo dos servidores da SES/DF com base na gestão democrática e por competências [...]”, destacando o fortalecimento da oferta de diversas modalidades educacionais e da integração ensino-serviço por meio da implantação de uma matriz de trabalho entre educação e serviço da saúde pela gestão matricial por resultados. O documento também coloca a implementação da Política de Educação Permanente dos Profissionais da SES/DF como uma das diretrizes para a Inovação das práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde e destaca a capacitação e qualificação dos médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde e agentes comunitários que trabalham com a atenção primária em saúde⁸³ (p.54; 81).

Os profissionais relataram que as ofertas de capacitação ocorrem de forma periódica pela gestão, mas que geralmente são direcionadas a uma categoria profissional específica (com maior frequência para enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde), e com predominância de temáticas referentes aos programas de saúde (tais como saúde da criança, dengue, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, vacinação, entre outros):

“Eu participei agora do da dengue, pra fazer o teste da dengue. Participei do aleitamento materno, o amamentação alimenta.” (E3).

“Então, participei. É eu tenho várias capacitações... agora mesmo eu tô fazendo caminho dos cuidados né, eu tenho amamentação pra gestante... é de hipertensos, diabéticos, eu tenho... ai é tanto curso (risos), na verdade todos os cursos que eu tenho que a [enfermeira] que me inscreve, eu nunca faltou” (ACS6)

Alguns cursos foram ofertados pela SESDF em parceria com o Ministério da Saúde e Fiocruz. Um curso de destaque relatado pelos ACS foi o curso “Caminhos do Cuidado”, direcionado à capacitação de profissionais técnicos na temática de álcool e outras drogas, e “Educação Popular em Saúde”:

“Nós fizemos primeiro Caminhos dos Cuidados e na quinta-feira que vem terminamos Educação Popular em Saúde [...] A carga horária completa eu não vou saber te falar. Do curso Caminhos dos Cuidados foram 5 encontros presenciais com duração de 8 horas e o curso de Educação Popular em Saúde foram 4 encontros presenciais mais as horas em conexão virtual, na plataforma que eles falam. Tínhamos que apresentar os trabalhos, participar dos fóruns, tudo online com um tempo determinado de 2 horas ou 3 horas por semana para concluirmos o curso.” (ACS5)

Para os profissionais das equipes de saúde bucal, os profissionais entrevistados relataram que as ofertas ocorrem com menor frequência e pouco integradas com os demais profissionais da equipe. Porém, observou-se também que os próprios profissionais da saúde bucal valorizam mais as ofertas relacionadas à sua área específica e à clínica odontológica. Esse fator indica uma fragilidade das ofertas formativas ofertadas que potencializem o trabalho em equipe e qualificação do cuidado de forma integral e não fragmentada:

“[...] teve um curso, [...] acho que era saúde da mulher, e eu não ia poder estar [...] e a enfermeira também não ia [...] e a gente falou que ia mandar a dentista. E responderam pra gente “não dentista, tudo bem que venha, mas eu preciso de uma enfermeira e um médico”. Acho que ela não é muito valorizada nesse aspecto. Tem gente que fala assim, “ah, mas dentista cuida de dente”. É um absurdo isso”. (M1)

“Médicos, enfermeiras e as técnicas de enfermagem [recebem oferta de cursos]. A odontologia quase não vai. Esse ano mesmo não fomos em nenhuma voltada para odontologia. Teve a rede cegonha que eu fui. Mas a maioria é voltada para médico e enfermeiro, poucos para odontologia.” (TSB2)

“Da odontologia demora muito para ter. Mas teve um curso de farmacologia que foi muito legal. Fizeram um congresso de odontopediatria em outubro do ano passado, foi muito bom. Foi tudo com apoio da secretaria. (CD1)

Como potencialidades, alguns participantes relatam que as atividades formativas ofertadas auxiliam nas ações de promoção da saúde com a comunidade nos territórios, pois qualificam a prestação do cuidado e transmissão de informações corretas e atualizadas à população.

“Todas as que a gente faz ajuda bastante. Sempre tem essas palestras que sempre ajudam”. (TE1)

“Consigno, com certeza [lembrar do curso de capacitação]. Não só no curativo, mas diversas outras coisas como nós vimos no curso de prevenção, que às vezes conversando com o paciente você se atenta, então é preciso saber investigar. Estamos sempre lembrando da capacitação na hora de orientar o paciente” (E2)

“Veio o pessoal aqui também passar pra gente, como capacitação, sobre alimentação de 0 a 2 anos de idade. Acho que era a doutora do [hospital] junto com a equipe dela veio também para estar capacitando a gente. E eu

achei muito importante tanto o da alimentação das crianças, quanto o da amamentação. Inclusive tive como colocar na prática. Teve uma mãe que teve bebe no hospital e não estava conseguindo amamentar. Aí ela estava dando de mama só em um peito, disse que o outro não estava dando leite e já queria dar mamadeira para o bebê. Eu orientei, as [enfermeiras] também. Então ajudamos a colocar o bebê pra mamar, tive a oportunidade de colocar em prática o que eu aprendi no curso, a posição que tem que ficar o neném, a mãe. Foi muito bom. [...] [E você consegue compartilhar com as demais pessoas da equipe esses conhecimentos?] Sim. Toda a capacitação que a gente tem, a gente chega e passa pros demais.” (TE3)

“O curso de caminhos do cuidado é... foi bem interessante porque até então a gente tinha uma visão diferente né? Com relação aos usuários de drogas e álcool né? Então assim, para mim, foi bem bacana, bem enriquecedor o conhecimento porque a troca de experiências com outros ACS de outras áreas[...]. Achava, achava importante porque...hoje não, porque a gente tem internet que a gente vai lá estuda e faz muita coisa por si só. Mas antes era bem mais difícil, né? [...]. Então, aprendendo a olhar como agora o caminho do cuidado, aprendendo a ver as coisas de outra forma, então para mim foi muito enriquecedor, né? Você saber de olhar: não, esse é um drogado, um qualquer...e o lado dele, né? Então eu achei bem interessante, então tem muitas coisas que é muito importante, eu acho que é bacana passar esse conhecimento para gente” (ACS7)

Os profissionais também relatam que os cursos são ofertados pela secretaria de saúde, por meio da chefia ou do e-mail dos trabalhadores. Apesar da oferta periódica, geralmente ela ocorre de forma vertical e descontextualizada das necessidades reais de cada trabalhador:

“Por e-mail. Ou pela [coordenadora da unidade] que sempre nos pergunta quem quer participar.” (TE1)

“A gente tem que ter um período de dois meses pra pedir dispensa de dois meses do serviço pra frequentar os cursos, geralmente a gente não consegue, porque o curso ou chega via malote, ou chega por e-mail. Mas você não consegue a dispensa e não pode participar do curso, mesmo sendo um curso oferecido pela secretaria de saúde” (E1)

Outras dificuldades quanto às atividades formativas relatadas incluíram a falta de períodos na agenda para dedicação aos cursos e atividades de educação permanente, e pouca diversificação de ofertas pela gestão.

“Por e-mail e em cima da hora. Isso é ruim, porque nem sempre dá pra desmarcar minha agenda. Eu precisaria de pelo menos três meses antes. Porque a minha agenda não é marcada semanalmente como algumas unidades são. A minha agenda é marcada de segunda a sexta, horário de manhã e à tarde até fechar a unidade. Aqui não tem um dia certo pra marcar a consulta, então a minha agenda fica bem longa. Por isso que fica ruim.” (M1)

“Não, assim de estratégia saúde da família [cursos de capacitação], teve um agora de processos de trabalho que a gente foi. Todo ano, mas falta diversificar, porque todo ano é a mesma pessoa que dá a palestra, o mesmo assunto. Então a gente acaba não indo também, desmotiva. Se surgir a oportunidade de fazer especialização em saúde da família pela

[universidade] né? Só que não liberavam do trabalho pra fazer. Tinha que ser no tempo. A gente queria né, por causa da distância, pelo menos meio período pra acompanhar, estudar e fazer. Fez matrícula eu, a enfermeira e a médica, nenhum fez. Então, dá e tira.” (CD2).

“Eu sinto falta da secretaria apresentar novos cursos, mais atualizações. Mas nós estamos aqui sempre aprendendo, discutindo casos.” (TSB2)

As atividades de capacitação, de acordo com a PNAB⁷ e PNEPS⁷⁴, devem partir da necessidade dos trabalhadores e do território. Porém, de acordo com os trabalhadores, predominam ofertas formativas com ênfase na abordagem de conteúdos e protocolos clínicos que, apesar de serem importantes no processo de qualificação do cuidado, não necessariamente corresponde às reais necessidades dos trabalhadores, o que pode gerar certa frustração na atividade formativa:

“Teve agora uma de osteoporose, teve rede cegonha, teve... eles falam da doença, do tratamento e como a gente aborda. É uma atualização, né. Eles também fizeram capacitação sobre a importância da amamentação. São coisas que a gente já sabe” (M1).

Nessa questão, retomamos os conceitos ergológicos do Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P)^{13,29,30} e da Ergoformação^{11,13,57}, que enfatizam a necessidade de se “ouvir” este trabalhador e repensar nas atividades formativas de forma a torná-las mais significativas e horizontais, rompendo a barreira do “científico” e “empírico” e levando em conta a bagagem desse trabalhador e da equipe de saúde no planejamento das atividades formativas.

Um ponto interessante elencado por um dos entrevistados foi à questão das diversas possibilidades de campos de atuação profissional, que não somente restritas à clínica, como fator para a satisfação profissional e como fator para potencializar as competências individuais no processo de trabalho. Esse fator enfatiza que constantemente o trabalhador está frente à necessidade de fazer escolhas, nas dramáticas do uso de si^{27,30}:

“Tem gente que fala assim “ah não vou fazer curso nessa área porque eu não consigo mexer com sangue, não consigo ver gente passando mal” então eu falo “gente, a secretaria não obriga ninguém a fazer o que você não tem aptidão”. Ela pode até mandar, mas você não vai conseguir produzir. Se você não conseguir produzir ele vai te tirar dali, a sua chefia vai te tirar. Ou você mesmo pode pedir. [...] “Ah tô fazendo odontologia mais eu não quero mexer naquelas caries”, mas tem a parte educativa, tem outros campos. Tem tantos campos, né!” (TE3)

A partir do exposto, identifica-se um distanciamento entre gestores e trabalhadores quanto à necessidade e construção das atividades formativas formais, que, apesar da grande oferta, ocorrem de forma pontual, compartimentada nas categorias profissionais, e pautadas em abordagens e protocolos clínicos, o que indica uma formação não correspondente aos pressupostos da PNEPS⁷⁴. Formações pautadas somente nos saberes constituídos não consideram as singularidades e complexidades da atividade de trabalho e do processo de trabalho, o que pode dificultar o diálogo do que foi conceitualmente abordado com as constantes renormalizações realizadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Como já identificado na descrição da PNAB⁷ e da PNEPS⁷⁴, o profissional que atua no território precisa apresentar uma série de competências para que realmente ocorra uma transformação de práticas nos serviços de saúde. Os relatos evidenciam que os cursos ofertados têm um efeito positivo na aquisição de competências para condução dos processos de trabalho clínicos. Porém, para que realmente ocorra mudança de práticas e que seja resolutiva para os problemas de saúde dos territórios com todas as suas complexidades, necessita-se ir além de ofertas pré-formatadas que enfoquem somente os saberes constituídos, mas que estas atividades ocorram mais em “aderência” com a realidade local e dos trabalhadores, em um “processo socrático de duplo sentido”^{13,57}.

4.3 APRENDIZAGEM NO TRABALHO

A construção coletiva do saber a partir da reflexão sobre as questões decorrentes do cotidiano de trabalho, por meio de diálogos, reuniões e discussões de casos, corresponde às aprendizagens não formais, e que está relacionada aos saberes investidos, ou seja, à própria experiência do trabalhador, e no seu diálogo com os saberes constituídos, corresponde ao segundo e terceiro ingrediente da competência industriosa descrita por Schwartz⁶⁷.

Cada trabalhador da saúde, ao iniciar as suas atividades na ESF, traz consigo suas subjetividades, valores e sua bagagem de saberes, experiências e aprendizagens¹⁰⁰ adquiridas no decorrer de seu percurso formativo. Normalmente, essa bagagem, de forma “inconsciente”, é constantemente (re) convocada durante a atividade de trabalho. Porém, devido à dificuldade dos profissionais terem momentos

de escuta e compartilhamento em equipe, esta bagagem torna-se “invisível” e raramente é reconhecida e tampouco compartilhada nos espaços de trabalho, gestão e de formação.

Considerando os princípios e diretrizes da PNEPS⁷⁴ e corroborando com Schwartz¹⁰ de que “a possibilidade de criação de saberes produz e modifica o trabalho”, recomenda-se estimular a construção de espaços para a socialização de ideias, saberes e experiências, que favoreça a “visibilidade” desta bagagem e construção coletiva e colaborativa do conhecimento, qualificando os saberes e práticas individuais e coletivas e fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, Villa & Aranha¹⁰¹ enfatizam que nesse processo de trocas de saberes cada trabalhador contribuirá com as suas competências específicas, o que culminará nas diferentes maneiras do cuidar e na (re) construção de saberes e rearticulação do processo de trabalho a partir das suas possibilidades e das oferecidas pelo meio.

A ACS7 expõe em seu relato o diálogo entre os saberes constituídos e instituídos e importância do compartilhamento coletivo em momentos em equipe para qualificar o processo de trabalho:

“[...] [educação permanente] a gente tinha isso durante as reuniões semanais, mas também acabou, não tem mais. Porque assim, era dado pelos próprios membros da equipe, então um dia as meninas falavam sobre vacina, outro dia o dentista falava sobre saúde bucal, orientando como a gente identificar as queixas mais fáceis de identificar...a classificação que a gente tinha que colocar na nossa ficha, a um a dois e a três, o porquê, então isso era bem interessante. A enfermeira vinha e falava sobre a saúde da mulher, aí a médica vinha na outra semana e falava sobre a questão da abordagem com o paciente, o que a gente devia sair falando daqui, o que a gente não poderia sair falando daqui, então isso era bem bacana” (ACS7)

Outra atividade citada nas entrevistas foi o matriciamento, encontro realizado entre os médicos da ESF e médicos especialistas para a discussão de casos clínicos e trocas de saberes e experiências, o que propicia a aquisição/qualificação de competências individuais e coletivas, refletindo positivamente no processo de trabalho individual e da equipe:

“Esse matriciamento funciona com especialista. A gente tem uma discussão de caso com um especialista. A gente seleciona uns 2, 3 caso que a gente tem dúvida leva, aí no dia da reunião lá sempre é esse médico especialista de determinada área, com mais 2, 3 médicos participantes. Aí cada um de nós três leva 2, 3 casos e fica uma conversa de discussão de caso mesmo, de dúvida. Tira dúvida aí esse especialista assim, quando não tem dúvida, aprofunda em determinada área, funciona mais ou menos assim. Esses casos são de paciente aqui mesmo, que a gente assim tem dúvida. Ou mesmo que a gente não tenha dúvida, a gente queira levar pra expor a nossa conduta. Aí a gente discute com o especialista se foi correta, mais ou menos assim.” (M2)

Nesse direcionamento, os momentos de planejamento de atividades coletivas ou discussão de casos em equipe durante a reunião semanal, para além do acompanhamento de pacientes e famílias, também são momentos propícios para reconhecimento e troca de “bagagens” entre os profissionais da equipe e busca de soluções conjuntas para os problemas cotidianos do trabalho, o que revela a capacidade de trabalhar em equipe, correspondente ao ingrediente *seis* da competência descrita por Schwartz⁶⁷:

“Com a equipe interagimos bem, tiramos dúvidas, as meninas vêm aqui e me perguntam como devem passar para o paciente, de como agilizar o atendimento. Então sempre estamos conhecendo o trabalho um do outro. Criamos o posso ajudar, que decidimos por reunião. Todo mundo conhece o trabalho de todo mundo. Daí já resolvemos” (TSB2)

Contudo, as falas e as observações do trabalho sugerem que estes momentos não são suficientes para a realização de atividades formativas mais estruturadas, que possibilitem o diálogo com o saber constituído para uma reflexão crítica mais aprofundada dos problemas expostos e proposição de soluções. Prioriza-se a discussão da equipe (em caráter opinativo) de ideias para o cumprimento de metas/normativas impostas pela gestão/gerência de saúde:

“Por fim, tivemos a oportunidade de acompanhar uma reunião informal da equipe no período da tarde. Houve uma discussão sobre como se adaptar às exigências e metas da Secretaria de Saúde do DF, como serão feitas as visitas domiciliares neste ano, etc. A sugestão foi que as visitas acontecessem às segundas e quintas-feiras em ambos os turnos e os ACS visitariam a rua inteira, em sequência e marcariam o ponto de parada para dar seguimento no próximo dia de visitas. Outros tópicos relevantes da reunião foram: Estratégias para captar hipertensos e diabéticos (está abaixo da média regional); Ações a serem desenvolvidas ou não durante a Carreta da Mulher, que acontecerá nas próximas duas semanas. Essas ações serão aprofundadas durante a reunião da equipe que acontece às sextas-feiras. A equipe sugere aferir a pressão arterial da população feminina na faixa etária acima de 40 anos, que normalmente vai à carreta para realizar exame de mamografia. Como englobar a população masculina também será avaliado e discutido na reunião; Captação de gestantes; Estratégias para lidar com os pacientes faltosos (alto índice de absenteísmo); O que fazer com os grupos das [quadras], que não possuem ACS” (OT3)

A observação do trabalho também identificou que o refeitório da USF é um local rico para a troca de saberes e experiências. Porém verificou-se que também é um momento de culpabilização do usuário, falas desmotivadoras e exposição de problemas, sem a reflexão e o pensar coletivo sobre a problemática para elaboração de possíveis estratégias:

“O ponto de encontro dos profissionais da equipe e de outras equipes é o refeitório. Lá há uma mesa utilizada para fazer as refeições (almoço e lanche) e também é um espaço para trocas, dúvidas, fofocas, desabafos, decisões e descontração. A médica e enfermeira que mais contam casos, situações vivenciadas nas consultas e que aquele momento propicia a troca que não é observada durante o funcionamento da USF. O intervalo e o espaço do refeitório é um momento rico, de compartilhamento entre os profissionais. A dentista com a qualidade da escuta, atenta e todas as histórias comentadas pela enfermeira e a médica [...]” (OT2).

As aprendizagens e trocas de experiências entre os profissionais em busca de resolução de problemas de forma compartilhada foram expressivas nas falas dos entrevistados, principalmente entre os trabalhadores recém-chegados, que relataram recorrer aos trabalhadores mais experientes ou com um nível de formação maior para tirar dúvidas e solicitar auxílio com alguma atividade. Nessa questão, os entrevistados enfatizam que o saber da prática (saber investido) é extremamente importante para qualificação das atividades de trabalho, e por isso na maioria das situações de dúvidas recorrem ao profissional mais experiente, da mesma categoria profissional ou com nível de escolaridade superior ao seu:

“O que eu não sabia aqui eu ia buscar de alguém que pudesse me ajudar, e encontrei pessoas muito boas que se dispuseram a me ensinar a trabalhar dentro da atenção primária, e fomos construindo os vínculos que a gente tem, hoje com [outras unidades] [...] Eu era praticamente recém formada, eu tinha um ano e meio de formação quando vim pra cá e muitas das coisas do trabalho eu acabei trazendo da formação acadêmica, e muita eu tive que pegar nos centros de saúde daqui, que apesar de não trabalharem com estratégia da saúde da família, eles trabalham com outro foco da atenção primária e eu pesquisava muitos artigos relacionados à estratégia da saúde da família porque tem muitas equipes que publicam experiências da unidade, e eu ia lendo achando interessante e vinha trazendo isso pra cá.” (E1)

“Toda vez que eu tenho uma dúvida eu procuro a [dentista]. Ela que sabe o fluxograma. Eu não sei. Se eu tenho alguma dúvida em relação a parte odontológica eu chego e falo [dentista], vem aqui e me explica aqui rapidinho, e ela me explica direitinho” (M1)

“O curativo eu acho que não vale, primeiro que enfermeiro gosta de curativo e segundo porque agora a gente tem uma especialista em curativo, então agora se surgir qualquer dúvida peço ajuda a [enfermeira]. Médico mesmo a gente só procura quando vê que tem infecção ou precisa de antibiótico” (TE2)

“Vendo os ACS, como os dentistas trabalhavam antes e trocando experiências com os colegas que já trabalhavam. E estudando. Quando cheguei aqui já tinha mais ou menos esse cronograma. Tal dia é atendimento de gestante, então vou atender gestante. Tal dia é visita, então vamos fazer as visitas. E tem o caderno do Ministério da Saúde também que eu já li. Aí segue aquele padrão [...] Teve um câncer bucal que a médica viu e me chamou: “olha isso aqui”. Aí que eu liguei para o especialista do [hospital] e juntos encaminhamos. E sempre qualquer dúvida comunica um

com o outro. Não tem esse orgulho não. E acho que é o que dá mais certo aqui nessa equipe é esse atendimento aí” (CD2)

Atividades de Educação Permanente em Saúde também foram relatadas, e foram citadas como uma alternativa às ofertas de capacitação não condizentes com as reais necessidades dos trabalhadores.

“Então a capacitação está muito atrasada ainda. Quando eles passam para gente, já tem alguma coisa nova na frente. A gente passa até anos sem ter alguma capacitação em alguma coisa. Quem tenta capacitar a gente é a [enfermeira]. Ela tira também algumas sextas feiras, semana passada foi o [técnico de enfermagem], passou tudo para gente sobre vacinas. Ele atualizou a gente. Então a capacitação é mais realizada aqui dentro mesmo pelos profissionais, tentando capacitar a gente para passar um pouco mais para comunidade” (ACS2)

Outras formas relatadas na busca de informações necessárias no cotidiano de trabalho foram o uso de tecnologias midiáticas, tais como: telefonemas a outros colegas de profissão, uso da internet (relatos de experiência, Youtube) e Telessaúde:

“Hoje a internet ajuda muito até na hora do atendimento, mas quem a gente procura é a [enfermeira], que é uma pessoa muito dedicada e também gosta muito desse trabalho” (ACS1)

“Eu me atualizo pela internet, é a forma que eu acho de tirar dúvida. Muitas vezes se eu tiver vindo para cá eu pergunto pra [enfermeira], pergunto para doutora e tiro a dúvida, senão eu procuro na internet” (ACS2)

“Acontecem imprevistos, aí eu ligo para colegas e pergunto “como é que você trabalha isso?” Igual o programa Saúde na Escola. Aí a gente troca experiência e informação. “O que eu você vai fazer?” Porque é novo para todo mundo [...] às vezes a internet né, vai fazer alguma palestra e vai procurar no Youtube. Igual, a gente fez aquele teatro. O Telessaúde para tirar dúvidas. Tem outros colegas de outras regionais. Quando surge uma lesão que eu não sei o que é, eu ligo para eles e falo “oh tem um paciente tal e tal, com isso, posso te encaminhar?” Aí encaminha, manda tudo por escrito, ele me manda tudo por escrito...” [utiliza o Telessaúde] De vez em quando. Uma vez por mês. [...]. No começo, eu usava muito. Depois não [reduziu] porque os casos foram diminuindo. Tipo cândida na criança. No começo quando não tinha muito caso, não sabia o que fazer. “Aí fui procurando o que fazer, e quando vieram outros casos, já sabia como fazer” (CD2).

O uso de tecnologias de informação e comunicação, especialmente a internet, incluindo o uso de redes e comunidades sociais virtuais, têm se mostrado um instrumento potente para comunicação e acesso às informações sobre saúde, incluindo ferramentas que contribuam com Educação Permanente de profissionais da saúde.¹⁰²

Almeida-Filho¹⁰³ salienta que o uso de alguns dispositivos da internet, tais como buscadores (ex. Google), redes sociais (como Twitter e Facebook), repositórios de texto (como o Scribd e Slideshare) e disseminadores de imagens e vídeos (como o Youtube), podem fomentar a produção e compartilhamento de informação e conhecimento em escala massiva. Na presente pesquisa, o Youtube foi citado como um local para busca de ideias para realização de atividades de educação em saúde com a comunidade, o que demonstra o potencial destes dispositivos como auxílio no planejamento e organização de atividades educativas na ESF. O autor também enfatiza a emergência de dispositivos digitais de aprendizagem em ambientes virtuais, além de programas curriculares abertos, tais como o MOOC e Coursera, que também podem ser potentes ferramentas para a educação permanente de profissionais da saúde.

Entre essas ferramentas encontra-se o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, também citado pelos trabalhadores entrevistados, referente a uma ação do Ministério da Saúde que visa disponibilizar aos trabalhadores de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família um apoio permanente ao exercício profissional, por meio de ferramentas síncronas e assíncronas, tais como: informação bibliográfica; indicação das bibliotecas virtuais de acesso pela internet; segunda opinião formativa; teleconsulta, Teleconsultoria e telediagnóstico; teleducação; videoligações para interconsulta com a presença do usuário e webconferências (reuniões, palestras, treinamentos para participações individuais ou em grupo via internet).¹⁰⁴

O uso de publicações oficiais do Ministério da Saúde, tais como os Cadernos de Atenção Básica, manuais e cadernetas, também foi enfatizado pelos trabalhadores em seus relatos. Esses materiais são produzidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) e estão disponíveis em uma biblioteca virtual no site institucional⁴²:

“Acabamos conhecendo todos [os cadernos, políticas e manuais] pelo PMAQ, porque ele sempre cobra visando todas essas políticas. E já tivemos vários encontros do PMAQ para discutir manuais, responder questionários, então acabamos não conhecendo os manuais em si, mas sempre trabalhando próximo do que eles preconizam” (ACS3)

Em seu relato, a ACS enfatiza que o processo de avaliação do PMAQ-AB tem efeitos positivos na equipe no que concerne à discussão e organização do processo de trabalho, além do acesso às informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio de materiais técnicos e diretrizes para realização do cuidado em

saúde. O PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que objetiva incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, por meio de repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. Para tanto, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.¹⁰⁵

As políticas públicas de formação em saúde e as novas diretrizes curriculares nacionais enfatizam a integração ensino-serviço-comunidade. Os entrevistados relataram que em suas ESF recebem os estudantes, porém observou-se que essa inserção ocorreu de forma pontual e pouco integrada com a equipe de saúde:

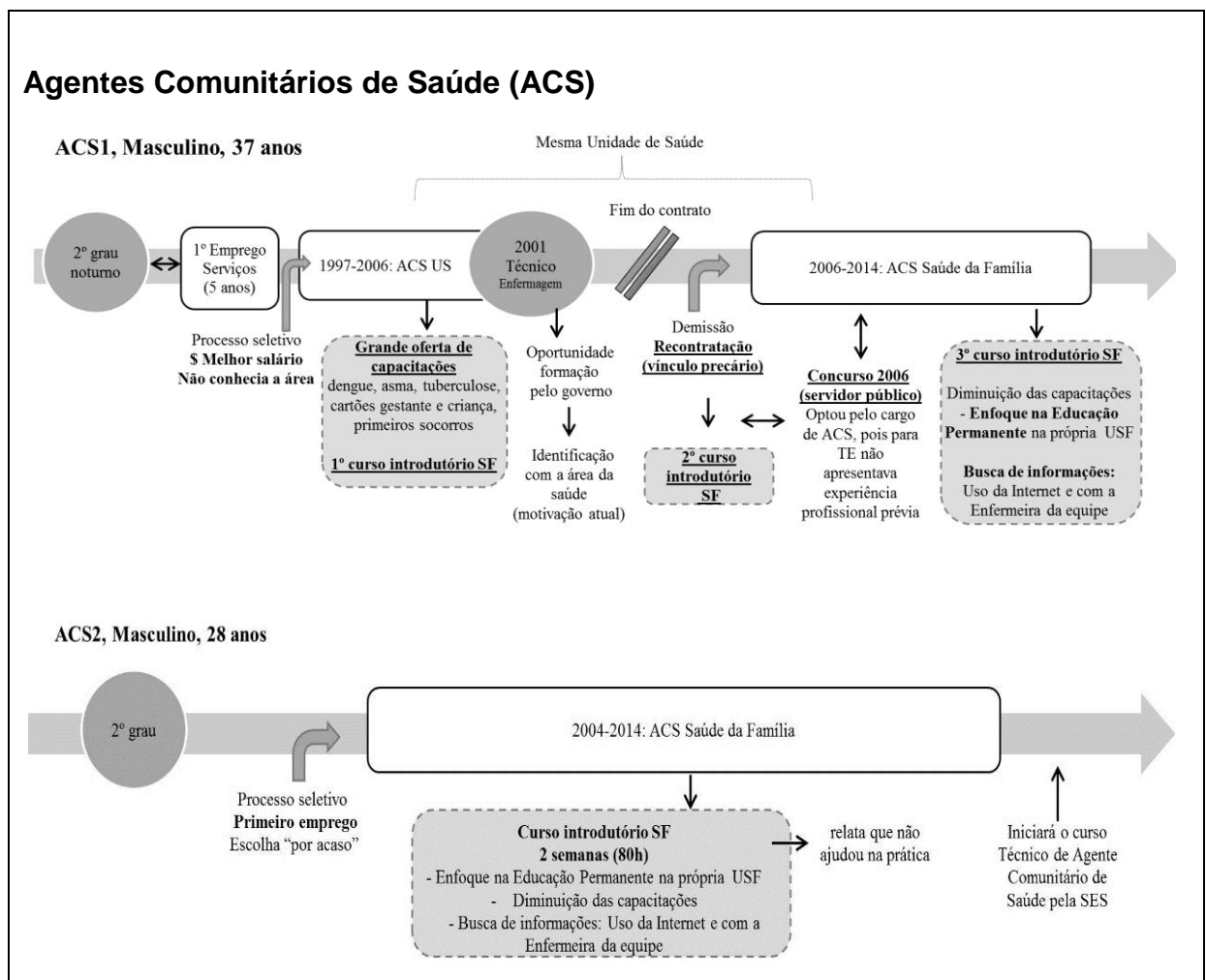
“Tem o [Doutor] que chegava com os alunos dele e falava que eles iam passar uma temporada com a gente. Aí hoje em dia parou. [...] Aqui já apareceu muito aquele pessoal da [universidade], a gente levava os estudantes nas casas das pessoas, os deixávamos à vontade para fazer os estudos deles” (ACS4)

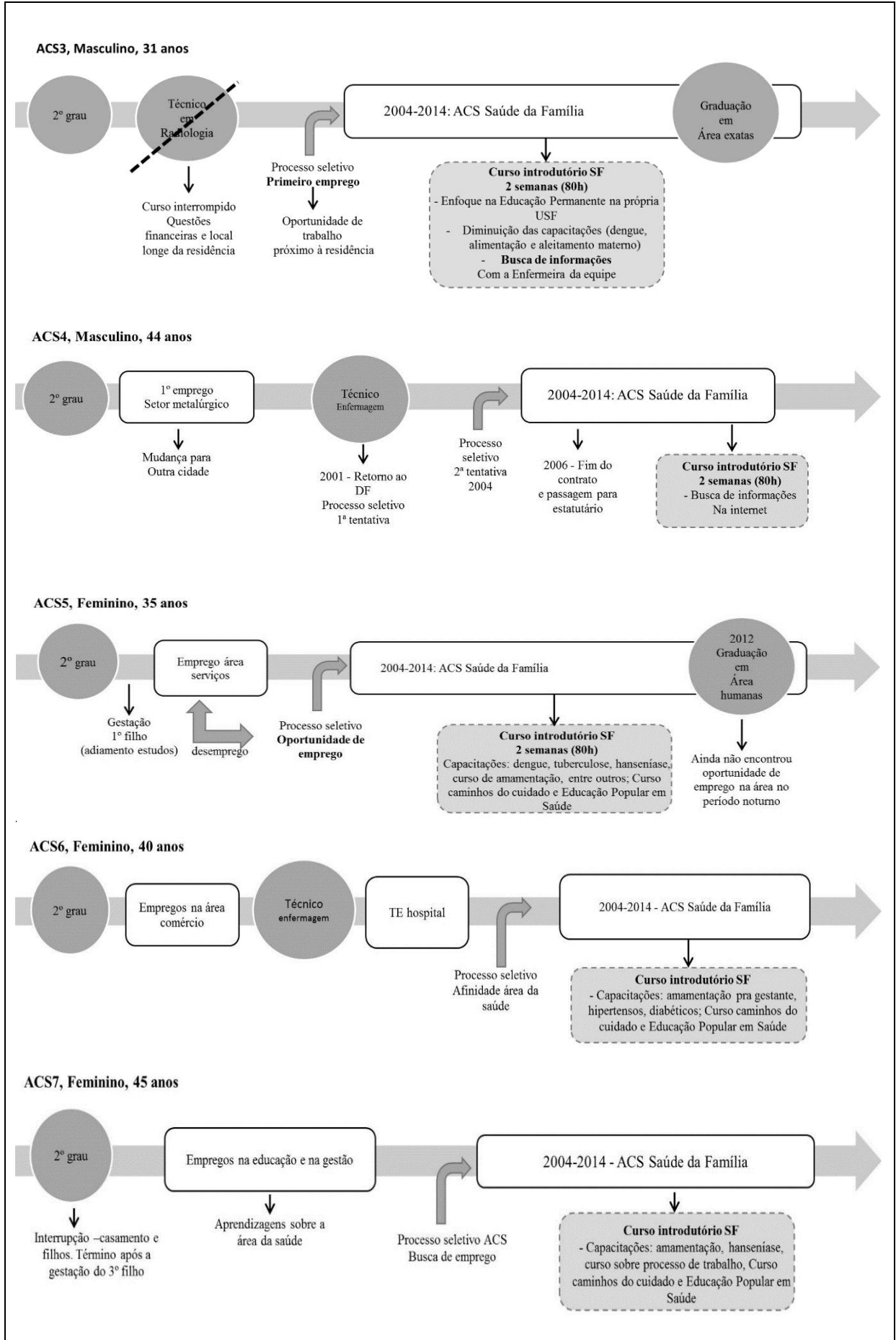
A ergologia propõe a incorporação dos saberes investidos para construção de conhecimento de forma colaborativa e significativa, refletindo, construindo e ressignificando este saber³¹. Nesse sentido, Trinquet¹⁰⁶ alerta que a transferência do modelo escolar para a qualificação de trabalhadores não contempla a incorporação dos saberes investidos, o “saber vivo” desse trabalhador no processo formativo, e ressalta que, por ambos serem importantes, torna-se fundamental que esses saberes dialoguem. Schwartz¹⁰ complementa esse argumento afirmando que não considerar na proposta formativa dos trabalhadores como estes construíram o saber em seu trabalho e como essas competências inscrevem-se em seus projetos de vida, seria causar certa esterilidade do ato educativo.

4.4 CONSTRUÇÃO DOS PERCURSOS FORMATIVOS

A construção dos percursos formativos de Médicos (M), Enfermeiros (E), Técnicos de Enfermagem (TE), Cirurgiões-Dentistas (CD), Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) participantes do estudo foi realizada a partir da análise das categorias empíricas descritas acima, com o objetivo de sistematizar os achados e auxiliar na visualização dos elementos integrantes dos percursos formativos.

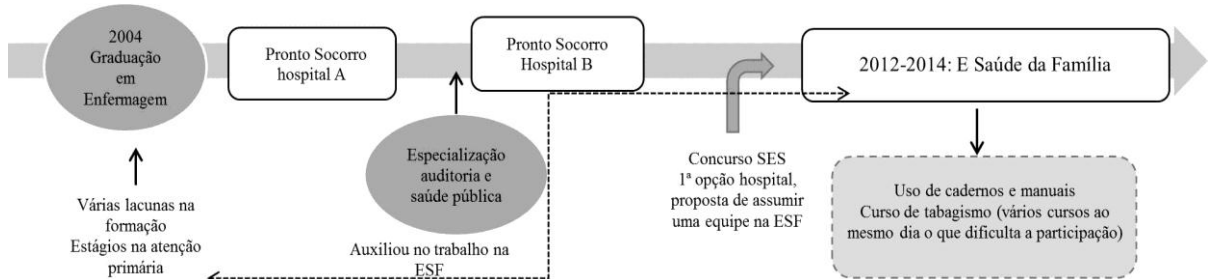
Quadro 2 – Percursos formativos dos profissionais entrevistados. Brasília, 2016.



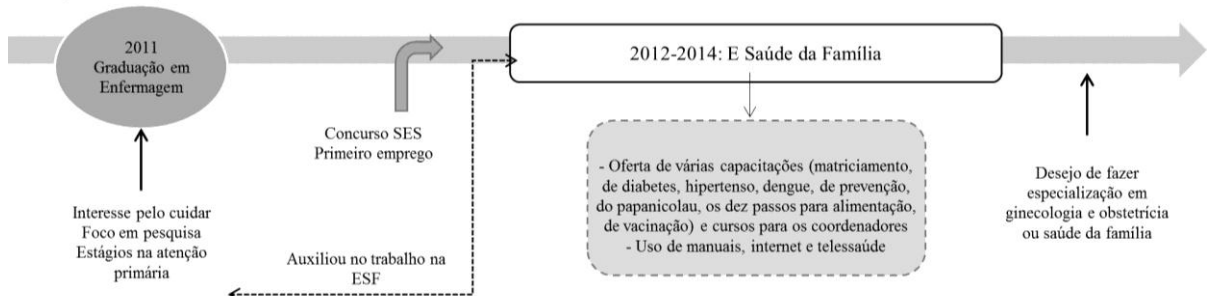


Enfermeiros (E)

E1, Feminino, 31 anos

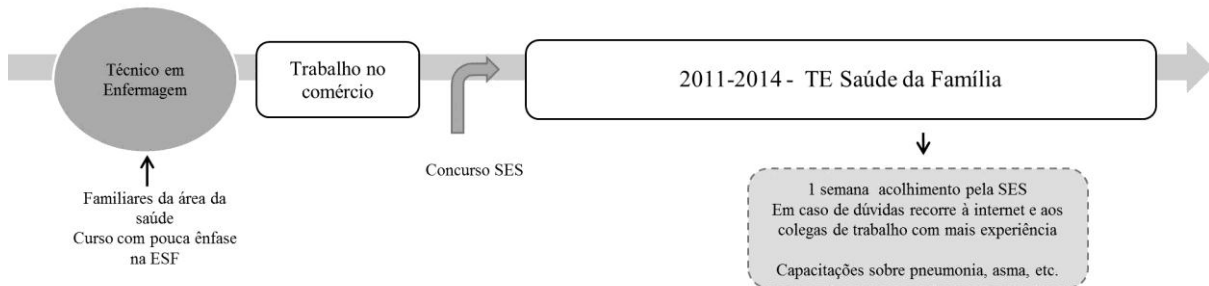


E2, Feminino, 27 anos

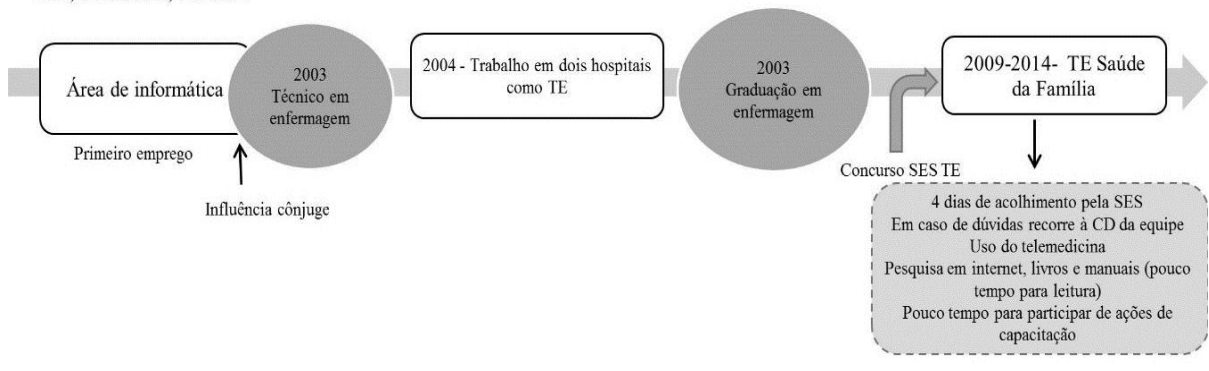


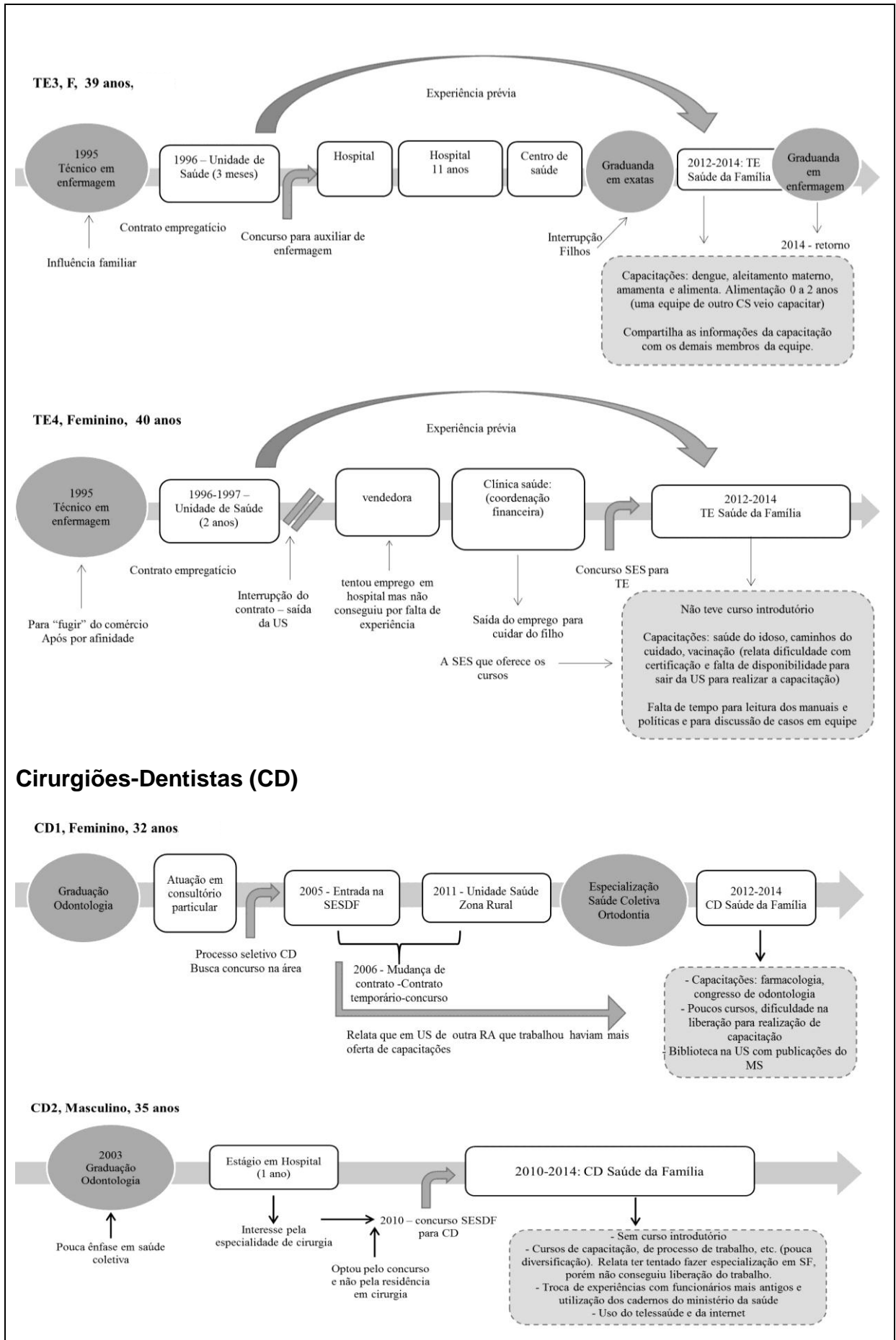
Técnicos de Enfermagem (TE)

TE1, Masculino, 35 anos



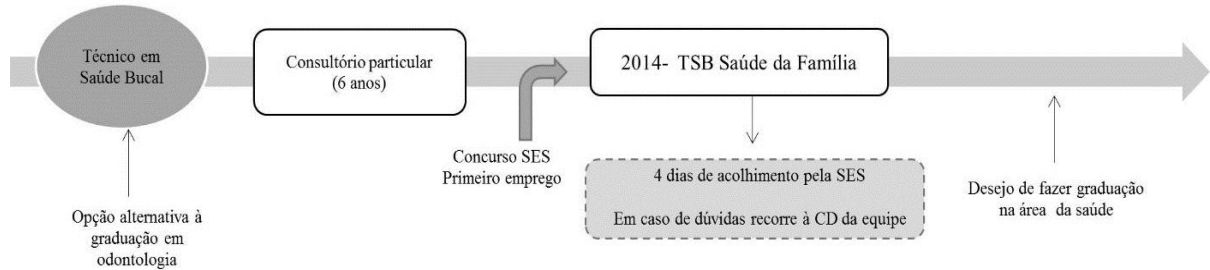
TE2, Masculino, 32 anos



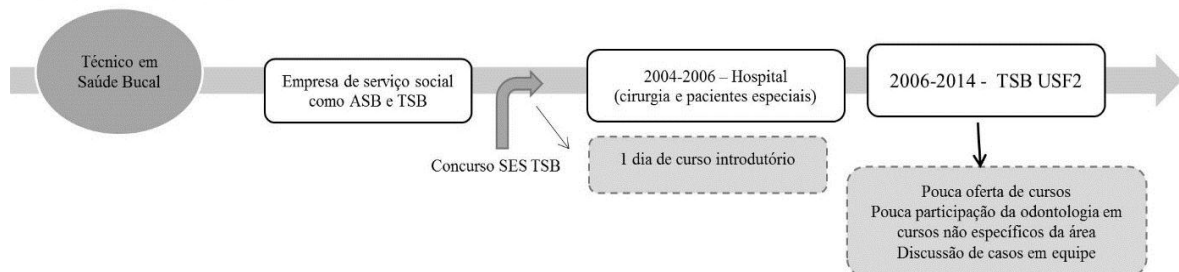


Técnicos em Saúde Bucal (TSB)

TSB1, Feminino, 34 anos

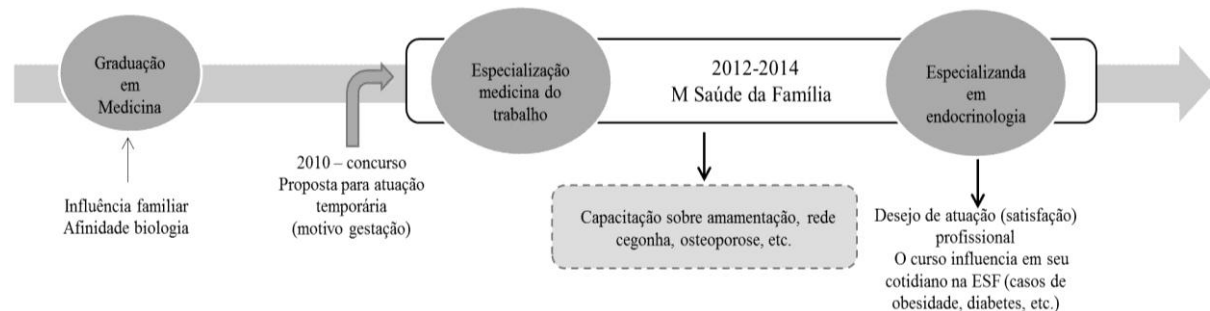


TSB2, Feminino, 40 anos

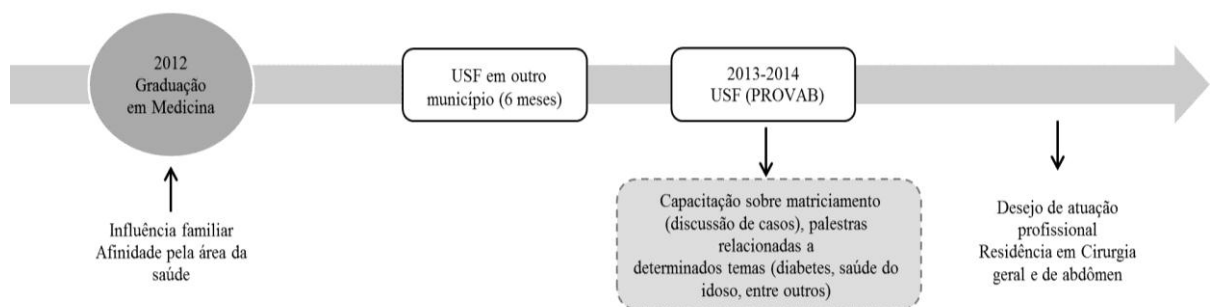


Médicos (M)

M1, Feminino, 33 anos



M2, Masculino, 31 anos



Fonte – Dados da autora. Brasília, 2016.

* Ano referência: 2014.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da construção e da análise dos percursos formativos dos profissionais entrevistados, identificou-se que esses percursos são singulares e estão diretamente relacionados com fatores extrínsecos e intrínsecos do indivíduo em sociedade e em ambiente de trabalho.

Com relação ao **primeiro objetivo específico** “descrever o perfil e a trajetória profissional dos entrevistados”, da qual derivou a primeira categoria de análise da pesquisa, observou-se que as trajetórias profissionais e as escolhas que os profissionais realizam estão diretamente influenciadas pelos elementos extrínsecos dos percursos formativos, tais como os fatores econômicos, pessoais, sociais, políticos e históricos. A partir da análise destacam-se os seguintes achados:

a) os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os profissionais que apresentam maior tempo de serviço na Unidade de saúde de estudo, e, portanto, apresentam uma sólida inserção no serviço e no território. Por serem moradores dos mesmos, acompanharam toda a história da construção da estratégia Saúde da Família e das suas nuances políticas no decorrer desse período (mudança do programa “saúde em casa”, da sua finalização e do seu ressurgimento por meio do Programa Saúde da Família). Também destacam como essas mudanças influenciaram diretamente em seus vínculos profissionais e nos rearranjos da equipe nestas mudanças políticas.

b) A escolha pela carreira profissional mostrou-se distinta para cada categoria profissional, estando de forma geral ligada às influências familiares e aos desejos de atuação profissional para as profissões de nível superior; e ligadas a uma necessidade financeira e de inserção profissional para as carreiras de nível técnico e médio. Esses achados demonstram as relações históricas entre o trabalho e a educação no que concerne à divisão de classes e divisão do trabalho intelectual (direcionado à formação superior) e manual (direcionado à formação técnica), conforme descrito por Saviani⁶¹.

c) A escolha pela atuação na ESF não ocorreu de forma planejada ou desejada, mas sim por uma oportunidade ofertada pela secretaria de saúde no momento da alocação profissional pelo concurso público. Ainda sobre esse aspecto, predominaram trajetórias profissionais não lineares e com dificuldade de construir um projeto profissional. Alguns profissionais, como o caso das enfermeiras, optaram

pela ESF pela influência de experiências prévias de estágios curriculares da graduação. Esse fato demonstra que a reorientação do modelo de formação promovido pelas instituições de ensino, a partir da aproximação destas com os serviços de saúde, está estimulando o interesse dos futuros profissionais com a possível atuação no SUS e na atenção básica.

d) Evidenciou-se a forte relação de gênero na atuação direta das escolhas profissionais e formativas das profissionais mulheres. Na maioria das entrevistas destas profissionais o elemento “família” e “filhos” direcionou a opção por determinado emprego ou formação, enquanto em nenhuma entrevista dos profissionais homens esses elementos foram citados. Assim, sugere-se para estudos futuros na área uma possibilidade de análise nesse aspecto.

Do **segundo objetivo específico** “identificar as aprendizagens formais e aprendizagens no trabalho dos participantes do estudo”, dos quais emergiram as categorias “aprendizagens formais” e “aprendizagem no trabalho”, destacamos os seguintes pontos:

a) As aprendizagens formais de qualificação profissional estão relacionadas a três aspectos: o primeiro é a busca por suprir lacunas de conhecimento advindas da formação inicial ou da necessidade sentida de qualificar a sua atuação como trabalhador na ESF em algum campo específico. O segundo aspecto está ligado à busca por uma nova inserção profissional e/ou melhorias financeiras, esta estando mais relacionada aos profissionais técnicos. O terceiro aspecto é a realização das atividades formativas sem um direcionamento específico, realizadas por uma oportunidade pontual ofertada pela gestão em seu leque de ofertas de capacitação.

b) O curso introdutório foi realizado de forma mais estruturada somente para os agentes comunitários de saúde, que, pelo fato de não serem inicialmente profissionais da saúde, relatam que essa atividade foi importante para conhecer a profissão e os aspectos gerais de saúde e o SUS. Porém, enfatizam que o curso não prepara totalmente para o cotidiano de trabalho, e que isso vem somente com a “experiência diária” durante a atividade de trabalho. Para os demais profissionais, esta atividade configurou-se mais como um “acolhimento”. Muitos profissionais relatam que, diante da pouca preparação e conhecimento sobre o trabalho na ESF, ao se inserirem no serviço procuram trabalhadores mais experientes e mais antigos na USF ou em outros locais da rede para os auxiliarem quanto às dúvidas

relacionadas ao trabalho, ressaltando assim a relevância do saber investido para a qualificação das práticas na atividade de trabalho.

c) Apesar da grande oferta de cursos de capacitação aos trabalhadores, identificou-se que estas estavam mais ligadas ao objetivo de suprir necessidades dos programas de saúde da gestão (por meio da implantação de protocolos ou prescrições). Apesar da importância dessas formações para qualificação do cuidado em saúde, se ofertadas de forma paralela com às reais necessidades dos trabalhadores (aquisição/qualificação de competências) e do território, tanto individuais quanto da equipe, podem não corresponder com o objetivo esperado. Também se observou a predominância de ofertas direcionadas a uma categoria profissional específica, fato que não propicia a reflexão das problemáticas em equipe. Ademais, percebeu-se o esforço dos profissionais em aplicar os conhecimentos adquiridos nas formações formais e advindas de suas próprias “bagagens” em sua prática cotidiana de trabalho, e do esforço em compartilhá-lo com a equipe, apesar de intensa carga de trabalho diária. Nesse ponto, a observação do trabalho indicou que esses momentos de troca são mais informativos e pouco reflexivos, o que culmina na pouca proposição de mudanças de práticas e de valorização da experiência como formadora, como enfatiza Schwartz^{10,11,12}.

O **terceiro objetivo** “identificar os elementos que compõem os percursos formativos dos profissionais, e como estes estão relacionados com as escolhas formativas dos profissionais” foi contemplado por meio da construção esquemática de cada percurso formativo a partir das entrevistas semiestruturadas. A partir dessa construção, foi possível observar que o caminhar desse profissional a partir da conclusão do 2º grau e /ou formação universitária, bem como todos os elementos intrínsecos (modo de ser, agir, decidir, ambiente familiar) e extrínsecos (socioeconômicos, políticos, culturais e históricos), foram influenciando as escolhas profissionais e de formação. Nesse ponto, identificamos uma limitação do estudo quanto à busca de informações, seja pelo próprio instrumento de coleta dos dados (entrevista), que tende a evidenciar pouco a atividade de trabalho e mais as normas antecedentes, seja pela própria condução das entrevistas, que, por estarem direcionadas ao processo de trabalho, não contemplaram o aprofundamento das questões pessoais e formativas.

A partir do exposto, verifica-se o potencial para a aplicação da modelagem de percursos formativos aqui proposta de duas maneiras:

- **Como contribuição à construção de atividades formativas direcionadas aos profissionais da saúde:** As informações advindas dos percursos formativos de cada trabalhador poderão auxiliar o formador ou facilitador a fazer uso dessas informações na construção pedagógica das atividades, a partir da realidade desses sujeitos, e assim trazer à cena vozes, histórias, culturas, fatos de pessoas-profissionais que possuem práticas, saberes, desejos, indignações, mas que pouco são ouvidas e consideradas no planejamento e implementação de processos formativos¹⁰⁷. Essa abordagem dialoga diretamente com a proposta da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), Política Nacional da Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e com o referencial ergológico elencado neste estudo.
- **Como contribuição aos estudos e análises sobre trajetórias profissionais de profissionais da saúde do SUS:** A análise a partir do percurso formativo, aplicada de forma singular para cada trabalhador, pode auxiliar na construção de sua trajetória profissional, em um processo de “análise de si”, a qual, a partir de um desejo e um objetivo profissional, o auxiliaria a identificar as suas potencialidades e as aprendizagens necessárias para o aprimoramento e objetivos profissionais. Em âmbito coletivo e institucional, a elaboração do percurso formativo poderia auxiliar na proposição de atividades de educação permanente das equipes e nas construções conjuntas de metas coletivas de projetos e atividades no trabalho, de forma colaborativa, inter-relacionando os diversos percursos e unindo as expertises de cada um.

Com a construção e análise dos percursos formativos, percebeu-se o potencial de uso dessa proposta para sua aplicação com os profissionais da saúde, tanto individual quanto coletivamente. Estudos futuros podem fomentar análise aprofundada de uma área específica ou de elementos específicos dos percursos, e de que forma estas informações podem auxiliar no planejamento de atividades pedagógicas e estímulo à troca de experiências e saberes no próprio ambiente de

trabalho da Estratégia Saúde da Família, de forma a considerar os saberes e valores de cada indivíduo em uma construção coletiva do conhecimento, de forma democrática. Essas práticas seriam ímpares para a almejada mudança de práticas nos serviços de saúde de atenção básica para que correspondam mais às necessidades de saúde da população brasileira.

6 REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS (organizadora), Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 30 ed. Petrópolis. Editora Vozes, 2011.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE). 2015. Acesso em: 01 Mai 2016. Disponível em <http://www.saude.gov.br/sage>.
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde. Alma-Ata, 1978. Acesso em: 15 Fev 2016. Disponível em: www.opas.org.br.
5. Costa RKS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: Oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. Trab. Educ. Saúde 2009; 6 (3): 503-517.
6. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a Atenção Básica brasileira. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(6):1869-1878.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
8. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais, Interface (Botucatu). set.2004/fev.2005; 9 (16): 25-38.
9. Costa GD *et al.* Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev. Bras. Enf. 2009; 62(1): 113-8.
10. Schwartz Y. Trabalho e Saber. (Trad. Daisy Moreira Cunha; Francisco Lima e Eloisa Helena Santos). Trab. Educ. 2003; 12(1): 21-34.
11. Schwartz Y, Durrive L (organizadores). Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 1ª ed. Niterói: EdUFF; 2007.
12. Schwartz Y. A experiência é formadora. Educ. Real. 2010; (1): 35-48.
13. Trinquet P. Trabalho e Educação: O método ergológico. Rev. HISTEDBR On-Line 2010; n. especial: 93-113.
14. Nóvoa A (Org.). Vidas de professores. Lisboa: Porto Editora, 2000.
15. Nóvoa A. Os professores e a sua formação. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

16. Clates DM, Günthe MCC. O PIBID e o percurso formativo de Professores de educação física. *Motrivivência* 2015; 27(46): 53-68.
17. Almeida VDA. *Experiência em Experiência: Saberes docentes e a formação de professores em exercício*. 1a ed. Jundiaí: Paco Editorial; 2012.
18. Schwartz Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. *Letras de Hoje* 2014; 49 (3): 259-274.
19. Mehry EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima*. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
20. Silva MDSL. *Formação e trabalho em saúde: os desafios na convergência entre o saber e o fazer no processo de ensino-aprendizagem no SUS/ Brasília, 2013*. Dissertação [mestrado] - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde.
21. Scherer MDA, Pires DEP, Soratto J. O trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: Souza, Maria de Fatima de; Franco, Marcos da Silveira; Mendonça, Ana Valeria Machado. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas, Saberes, 2014. p.521-571.
22. Schwartz Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trab. Educ. Saúde*, 2011. 9 (supl.1):19-45.
23. Nunes TCM, Martins MICM, Sório RER. Proposições e estratégias de transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado. *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2000, p. 313-331*.
24. Ramos MN. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. *Educ. Soc.* 2002. 23(80): 401-422.
25. Hennington ÉA, Cunha DM, Fisher MCB. Trabalho, educação, saúde e outros possíveis: diálogos na perspectiva ergológica. *Trab. Educ. Saúde* 2011; 9 (supl. 1): 5-18.
26. Neves TP. A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. *Rev. APS, Juiz de Fora* 2010; 13(2): 217-223.
27. Schwartz Y. Entrevista - por Luciana Gomes, Ana Lúcia Abrahão e Mônica Vieira. *Trab. Educ. Saúde*. 2006; 4(2):457-66.
28. Souza KR. *A aventura da mudança: sobre a diversidade de formas de intervir no trabalho para se promover saúde*. [Tese de doutorado]. Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, (Rio de Janeiro), 2009.
29. Schwartz Y. Concepções da formação profissional e dupla antecipação. *Trabalho & Educação* 2013; 22 (3): 17-33.

30. Durrive L, Schwartz Y. Glossário da Ergologia. Laboreal 2008; 4(1): 23-28.
31. Oliveira MCR, Franzoi NL. Educação profissional, trabalho e produção de saberes. Rev. Refl. Ação 2015; 23 (3): 315-337.
32. Scherer MDA. O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade [tese de doutorado]. Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.
33. Durrive L. A atividade Humana, simultaneamente intelectual e vital: Esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. Trab. Educ. Saúde 2011; 9 (supl. 1): 47-67.
34. Sant'Anna SR, Hennington EA. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades. Interface v.14, n.32, p.207-15, jan/mar. 2010.
35. Holz EB, Bianco MF. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. Cad. EBAPE.BR 2014; 12 (Edição Especial, artigo 6).
36. Heckert ALC, Neves CEAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
37. Matta GC, Morosini MVG. Atenção primária à saúde In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
38. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos, 2014; 21(1): 15-35.
39. PAIM JS. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
40. Oliveira VG, Queiroz FN, Araújo BP, Silva CMM, Silva FD. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. Rev. Bras. Med. Fam. Com. 2014; 9(30):85-8.
41. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Physis Rev. Saúde Coletiva 1998; 8(2): 11-48.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB) [site oficial]. Acesso em: 10 Mar 2016. Disponível em: www.dab.saude.gov.br
43. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica. Texto Contexto Enfermagem 2015; 24(2): 584-92.
44. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet (Saúde no Brasil) 2011; Maio: 11-31.

45. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2ª ed. São Paulo (SP): Anna Blume; 2008.
46. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 1018-1032.
47. Chinelli F, Vieira M, Deluiz N. O Conceito de Qualificação e a Formação para o Trabalho em Saúde. In: MOROSINI MVGC. *et al.* (org). *Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.
48. Silva JAM. Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.
49. Mehry EE, Feuerwerker LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. Acesso em: 20 Jun2016. Disponível em: https://static.atencaobasica.org.br/II_Mostra_EP/EPSEducacao_saude_gestao_e_producao_do_cuidado_Merhy_e_Laura.pdf.
50. Peduzzi M. *et al.* Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and in service healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(30): 121-34.
51. Motta LCS, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Revista brasileira de educação médica* 2015; 39 (2): 196-207.
52. Santos EH. Ciência e cultura: outra relação entre saber e trabalho. *Trabalho & Educação* 2000; 7: 119-130.
53. Trinquet P. Entrevista: Pierre Trinquet e o ponto de vista da atividade em formação profissional e segurança no trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2010b; 13(1): 149-157.
54. Viegas MF, Borré L, Graesel, VF. Produção de saberes no trabalho de cuidado na enfermagem de um hospital do vale do Rio Pardo, RS. *Nucleus* 2016; 13 (1): 293-301.
55. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação* 2002; 19: 20-28.
56. Schwartz Y. Produzir saberes entre aderência e desaderência. *Educação Unisinos* 2009; 13(3): 264-273.
57. Trinquet P. A formação profissional e continua (FPC) na França: um olhar cruzado. *Trab. Educ.* 2008; 17 (1): 143-151.
58. Almeida-Filho N. Ensino Superior e os Serviços de Saúde no Brasil. *Lancet (Saúde no Brasil)* 2011; Maio: 6-7.
59. Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 43ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1999.

60. Moretti-Pires RO. Ensino no SUS e Pensamento Freireano. *Revista brasileira de educação médica* 2012; 36 (2): 255-263.
61. Saviani D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. *Revista Brasileira de Educação* 2007; 12 (34): 152-166.
62. Silva LAA, Franco GP, Leite MT; Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(2): 340-8.
63. Neves TP, Lima ROJF. Biossegurança à luz da ergologia: possibilidades para a saúde do trabalhador. *Rev. Baiana Saude Publica* 2010; 34 (2): 215-226.
64. Jobert G. O formador de adultos: um agente de desenvolvimento. *Cad. Psicol. Soc. Trab.* 2014; 17(1): 21-32.
65. UNESCO. Educação: Um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Jacques Delors, 1996.
66. Silva EF *et al.* Os ingredientes da competência de gerentes de hotéis. *Laboreal*, 2015; 11 (1): 84-98.
67. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ. Soc.* 1998; 19: 101-39.
68. Scherer MDA, Oliveira CI, Carvalho WMES, Costa MP. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? *Interface* 2016; 20 (58): 691-702.
69. Joazeiro E, Scherer MDA. Trabalho coletivo e transmissão de saberes na saúde: desafios da assistência e da formação. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.*
70. Nogueira LCB. (Des) envolver pessoas no trabalho: reflexões sobre estratégias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sob o ponto de vista da atividade nas ações em “gestão de pessoas” no serviço público federal. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2012.
71. Ribeiro AF, Rezende PM, Santos SMR, Costa DMN. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: Discurso dos profissionais. *Rev. APS* 2008; 11(2): 136-144.
72. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.527 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Brasília, 2006.
73. Ceccin RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* 2004/2005; 9(16): 161-177.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema

Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Fev 2004

75. Ceccin RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004; 14 (1): 41-65.

76. Ceccin RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

77. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde (SGTES). Site oficial. Acesso em: 20 jun2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sgtes>

78. Minayo C. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2014.

79. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015. Acesso em: 11 mar 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa>.

80. Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde (SES DF). Site oficial. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 10/03/2016.

81. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PIB e PIB per capita. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2012>. Acesso em: 11/03/2016.

82. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 11/03/2016.

83. Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Plurianual 2011-2015. Distrito Federal, 2014. Acesso em: 10 Mar 2016. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/>.

84. Arce VAR. A integralidade do cuidado no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal: um estudo de caso. [Dissertação mestrado]. Pós-Graduação em ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), 2012.

85. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

86. Sá-Silva JR *et al.* Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 2009; 1(1): 1-15.

87. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 1999.

88. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec ed. 14. São Paulo, 2014.

89. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 327p.
90. Brito Júnior AF, Feres Júnior N. A Utilização da Técnica da Entrevista em Trabalhos Científicos. *Evidência*, 2011; 7(7): 237-250.
91. Manzini EJ. A entrevista na pesquisa social. *Didática*, 1990; 26/27: 149-158.
92. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2005; 1(3): 68-80.
93. Marcondes NAV, Brisola EMA. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. *Revista Univap* 2014; 20(35).
94. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: edições 70, 2011, 279p.
95. Chinelli F, Vieira M, Menezes C. Qualificação Profissional e Trajetórias Ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde. *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas* 2014; 283-2912.
96. Rocha AA, Pereira APS, Oliveira CL, Siqueira GS, Sousa MD, Paulino VV et al. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS*. 2013; 16(3): 269-277.
97. Altheit, Dalsien. Processo de formação e aprendizagens ao longo da vida. *Educação e Pesquisa* 2006; 32 (1): 177-197.
98. Manoel RA, Combinato DS, Gomes FMA, Silva KF. O papel do trabalho e da formação acadêmica no projeto profissional do trabalhador da saúde. *Trab. Educ. Saúde* 2014; 12(3): 595-614.
99. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2010; 19 (4): 814-827.
100. Martins SAC, Krawulski E. Trabalho em integração com a vida: trajetórias de trabalhadores da atenção básica à saúde e a construção de sua identidade profissional. *Cad. Psicol. Soc. Trab.* 2012; 15 (1): 115-134.
101. Villa EA, Aranha AVS. A Formação dos Profissionais da Saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18(4): 680-7.
102. Garcia RM, Baptista R. Educação a Distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2007; 31(Supl.1): 70-78.
103. Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(6):1677-1682.

104. Pinto et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulgação em Saúde para Debate* 2014; 51:145-160.
105. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
106. Trinquet P. A formação profissional e continua (FPC) na França: um olhar cruzado. *Trab. Educ.* 2008; 17 (1): 143-151.
107. Santos MO. Formação continuada de professores: sentidos de percursos formativos. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, 2007.

7 APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DO TRABALHO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DO TRABALHO

Acompanhar a rotina geral das equipes de Saúde Bucal e anotar em um diário de campo.

Lembretes

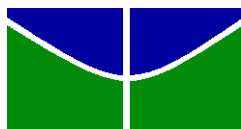
- ❖ Partir da observação com a ESB
- ❖ Relatar toda a observação ao final do dia em documento Word para após inserir no Atlas Ti;
- ❖ Correlacionar o que a PNAB e PNSB traz e o que está na Lei do exercício profissional;
- ❖ Anotar a ação realizada (tipo e descrição), quem da equipe participa e o que cada um faz.

A observação das atividades de rotina deve ser feita com foco:

- Na composição da equipe;
- No processo de trabalho (a atividade em si e as atividades voltadas para a promoção da saúde; os instrumentos de trabalho utilizados; como o trabalho é realizado; como o trabalho é dividido na equipe de saúde e dentro de cada profissão; tomada de decisão, entre outros);
- No fluxo da assistência (livre demanda, demanda organizada, de que forma UBS é acessada) e serviços ofertados pela unidade e pela Rede de Atenção à Saúde (CEO, NASF, entre outros);
- Na organização da UBS (horário de funcionamento, horário de chegada e saída dos profissionais, agenda de marcação de consultas da saúde bucal - como é feita, se articula com outras agendas, onde fica -, como é o prontuário

- é eletrônico; UBS é informatizada -, Existe acolhimento, Visita domiciliar, Interconsulta/consulta compartilhada, entre outros);
- Na existência de reuniões da equipe, da UBS; de espaços para planejamento das ações;
- Nas relações interpessoais (profissionais x profissionais; profissionais x usuários; profissionais x gestores); Como é a relação da coordenação da UBS com a equipe; Elementos de cooperação entre os profissionais; relações de poder e conflito;
- Nas atividades diárias de cada um dos profissionais da ESF (como o profissional lida no cotidiano com o inusitado);
- Nas manifestações (verbais e não verbais que revelam satisfação e insatisfação);
- Na Infraestrutura (da UBS e equipamentos).

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (a ser aplicada aos profissionais de saúde das Equipes)

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

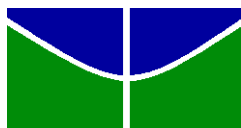
1. **Identificação/codínome:**
2. **Idade:**
3. **Sexo:**
4. **Fale da sua trajetória profissional** (onde estudou, sua formação/escolaridade, profissão e qualificação profissional, escolhas, motivações e justificativas).
6. **Fale sobre o seu tempo de experiência profissional** (na profissão, na Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e na ESB).

Parte II – ENTREVISTA

Pense sobre o seu trabalho cotidiano, sobre o que acontece habitualmente em um dia de trabalho para responder as questões abaixo.

1. **Motivação para trabalhar na Atenção Primária à Saúde** (Por que você está trabalhando na Saúde da Família?).
2. **Como é para você trabalhar na Saúde da Família?**
3. **Como é o seu dia de trabalho?** (Me dê exemplos, me explique. Todo dia é igual, o que acontece de novo, como lida com o imprevisto).
4. **Como é seu trabalho com a equipe de saúde bucal?**
5. **Quais ações de saúde bucal você realiza?**
6. **Como se organiza a atenção à saúde bucal na UBS?** (Quem, como, quando, como é feita a marcação).
7. **Quais ações de promoção da saúde você desenvolve?**
 - 7.1 Você desenvolve estas ações com quem?
 - 7.2 Em quais espaços?
8. **Existem ações específicas de promoção de saúde bucal? Você desenvolve estas ações com quem? Em quais espaços?**
 8. 1 Como se dá a articulação com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)?
 8. 2 Como se dá a articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?
 8. 3 Que ações são realizadas em parceria com outras organizações públicas e privadas (como por exemplo: igreja, escola, universidade, empresas, Organizações Não Governamentais - ONGs.)?
9. **Como essas ações são planejadas?** (Quem planeja, quando, como, para quem, buscar, como são tomadas as decisões, quem participa da execução).
10. **Como se dá a participação da comunidade nas ações desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde (UBS)?**
11. **De que ações de capacitação voltadas para a Promoção da Saúde você participou?**
12. **Quais as principais facilidades e dificuldades para a realização de ações de promoção de saúde?**

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA
DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

O Sr.(a) está sendo convidado (a) para participar da **pesquisa** intitulada "**Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico**", desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília que está pesquisando as formas de organização do processo de trabalho e as ações de promoção da saúde bucal das equipes da Estratégia Saúde da Família, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que o Sr. (a) irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre a organização do processo de trabalho da sua equipe/UBS e a sua atuação profissional e é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. Caso, o Sr. (a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar, podendo, inclusive, solicitar interrupção da gravação sem nenhum prejuízo da relação com o pesquisador.

Todo o material de pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será mantido e arquivado no prazo recomendado pelo comitê de Ética em Pesquisa.

Assinatura pesquisadora

Declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "**Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico**", desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e aceito dela participar.

_____, ____/____/2013.

Sujeito da Pesquisa

8 ANEXOS

ANEXO A – CÓPIA DO TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



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

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - INOVAÇÃO TECNOLÓGICA PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO, DA QUALIDADE E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20539213.6.1001.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 491.461

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

Esta é a segunda relatoria do presente projeto de pesquisa. A primeira relatoria ocorreu em 27/11/2013.

O presente projeto de pesquisa se refere a um estudo multicêntrico, a ser desenvolvido nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sul do Brasil, com profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família. O projeto pretende fazer uma análise transversal a partir de dados obtidos em cenários políticos-institucionais nos quais atuam profissionais de gestão e assistência à Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde. A inclusão dos locais e sujeitos será efetuada por amostragem intencional, não probabilística, que seleciona um subgrupo que seja considerado representativo da população de estudo. A amostra contará com, no mínimo, duas equipes em um município de cada região participante. Os dados serão analisados concomitantemente à coleta e a amostra será ampliada ou considerada suficiente pelo critério de saturação de dados. A inclusão dos participantes se dará pelos seguintes critérios: (a) Unidades de saúde da família com equipes completas, incluindo equipe de saúde bucal, independente da modalidade; (b) Equipes de saúde da família consideradas de boa qualidade pelos gestores municipais e/ou distritais,

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



Continuação do Parecer: 491.461

tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal; (c) Preferencialmente, equipes que tenham Centro de Especialidade Odontológica e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família como referência; (d) Equipes que fizeram adesão ao PMAQ; e (e) Equipes que concordem em participar da pesquisa. Serão realizados quatro encontros entre o grupo de pesquisadores das três regiões envolvidas no estudo. O

primeiro com objetivo de realizar balizamento teórico-metodológico e construção dos instrumentos de pesquisa entre os pesquisadores; o segundo e terceiro com objetivo de analisar e reorientar, se necessário a atividade de campo; e o quarto para avaliação do processo. O projeto inclui as seguintes metodologias: (a) Análise Documental de arquivos disponibilizados na rede, pesquisas e artigos publicados, além de documentos oficiais do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e da Coordenação de Saúde bucal. Também serão coletadas informações sobre a estrutura e organização das unidades e serviços de saúde bucal, além do trabalho das equipes, tais como normas, rotinas, composição da equipe, modo de inserção da equipe de saúde bucal no serviço; relatórios de reuniões e de atividades das equipes; (b) Observação Participante da rotina de trabalho das equipes de saúde, guiada por roteiro semiestruturado, durante período a ser definido pela equipe da pesquisa; (c) Grupos Focais com trabalhadores e gestores da estratégia saúde da família; e (d) Grupos de Encontros sobre o Trabalho (GRT), utilizando espaços coletivos para buscar soluções às necessidades de grupos e instituições. A delimitação do tempo de coleta de dados será orientada pelo critério de saturação dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar de que maneira o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família se efetiva como inovação tecnológica na promoção da saúde bucal.

Objetivos Específicos:

- (a) Caracterizar as ações de saúde bucal desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família, contextualizando-as ao cenário institucional e histórico-social das regiões onde se desenvolvem;
- (b) Descrever como os coletivos de trabalho na Estratégia Saúde da Família se conformam e se articulam para implementar as ações e quais estratégias desenvolvem para promover a saúde bucal na atenção básica;
- (c) Identificar os aspectos inovadores das práticas, na composição das equipes, nas relações, na organização e gestão do trabalho da ESF e em que sentido estes tem contribuído para melhorar e

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



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



Continuação do Parecer: 491.461

qualificar a promoção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família;

(d) Identificar os aspectos das práticas, da composição das equipes, das relações, da organização e gestão do trabalho e em que sentido tem contribuído para ampliar o trabalho interdisciplinar e intersetorial na estratégia de Saúde da Família no campo da promoção saúde bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pode ocorrer risco mínimo de comprometimento psicológico, por meio de forte relacionamento entre pesquisadores e participantes.

A pesquisadora esclarece que a parte da coleta de dados, que envolve contato direto com os participantes da pesquisa, será efetuada por uma equipe grande, o que significa que não haverá apenas um pesquisador permanentemente no campo. Ter vários pesquisadores, e bem qualificados, com supervisão da coordenadora da pesquisa, fazendo a coleta, além de contribuir na minimização de riscos, é uma medida para evitar vieses na coleta e, posteriormente, na análise dos dados. Haverá relacionamento entre os participantes e pesquisadores, mas o relacionamento habitual que ocorre nesse tipo de pesquisa, sendo mínimo o risco.

Benefícios:

Dar visibilidade às estratégias e inovações que estejam sendo produzidas no cotidiano dos serviços que possam ser difundidas como exemplos de boas práticas na promoção da saúde bucal.

Propostas de qualificação da relação entre Atenção Básica, NASFs e CEOs.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto pretende caracterizar as ações de saúde bucal desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família que fizeram adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, contextualizando-as no cenário institucional e histórico-social das regiões onde se desenvolvem. Espera-se que os dados descrevam como os coletivos de trabalho, na Estratégia Saúde da Família, se conformam e se articulam para implementar as ações e quais estratégias desenvolvem para promover a saúde bucal no contexto da atenção básica à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram anexados ao processo: (a) projeto de pesquisa, com cronograma

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



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



Continuação do Parecer: 491.461

de atividades e planilha de orçamento; (b) carta de encaminhamento da pesquisadora responsável ao CEP-FS/UnB; (c) Termo de Concordância assinado pela Diretora da Regional de Atenção à Saúde Primária do Gama-DF; (d) Termo de Concordância assinado pelo Diretor da Regional de Atenção à Saúde Primária de Sobradinho-DF; (e) Folha de Rosto, assinada pela Diretora da FS/UnB; (f) TCLE para profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, para gestores, para grupos focais e GRT dos gestores e profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família; (g) Lattes dos pesquisadores envolvidos; (h) Termo de Compromisso e Responsabilidade, assinado pela pesquisadora responsável.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora anexou o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de Pesquisa, a ser utilizado para execução dos registros videográficos de reuniões, observações e grupo focal.

Solicitou-se os TCLEs informassem que o projeto foi submetido e aprovado pelo CEP-FS/UnB, bem como que incluísse o telefone e o e-mail do CEP-FS/UnB. A pesquisadora atendeu às solicitações.

Solicitou-se maior detalhamento metodológico sobre a condução dos Grupos Focais e Grupos de Encontro sobre o Trabalho. O que será avaliado? Quais os indicadores de medida? Quais os procedimentos adotados para execução desses grupos? O número de reuniões de GF será definido com os participantes. Os Grupos de Encontro sobre o Trabalho acontecerão somente se os participantes decidirem avançar além do GF, identificando um tema de consenso que seja aprofundado e oriente possíveis mudanças nos processos de trabalho dos profissionais. O número de reuniões, local e data também deverão ser definidos pelos participantes. Nos grupos, serão avaliados os resultados obtidos segundo os objetivos geral e específicos que constam no projeto. Quanto a indicadores de medidas, será utilizada abordagem interpretativa e compreensiva dos conteúdos referidos.

Situação do Parecer:

Aprovado

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



Continuação do Parecer: 491.461

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 12 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)

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