



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**GIOVANNA SANTANA QUEIROZ**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE A DISTÂNCIA PARA GESTORES DA**  
**ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA: UMA ANÁLISE DA ESTRATÉGIA**  
**PEDAGÓGICA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA MEDIAÇÃO DA APRENDIZAGEM**  
**DOS TUTORES**

Salvador

2015

**GIOVANNA SANTANA QUEIROZ**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE A DISTÂNCIA PARA GESTORES DA  
ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA: UMA ANÁLISE DA ESTRATÉGIA  
PEDAGÓGICA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA MEDIAÇÃO DA APRENDIZAGEM  
DOS TUTORES**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), do Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária, concentração em Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Ligia Rangel Santos

Salvador

2015

Ficha Catalográfica  
Elaboração: Programação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

Q3e Queiroz, Giovanna Santana.

Educação Permanente a distância para gestores da Atenção Básica na Bahia: uma análise da estratégia pedagógica da problematização na mediação da aprendizagem dos tutores / Giovanna Santana Queiroz. -- Salvador: G.S.Queiroz, 2015.

98f.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ligia Rangel Santos.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Educação a Distancia. 3. Problematização. 4. Processo de Trabalho em Saúde. 5. Atenção Básica. I. Título.

CDU 37:614

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

## **GIOVANNA SANTANA QUEIROZ**

**Educação permanente a distância para gestores da  
Atenção Básica na Bahia: uma análise da  
estratégia pedagógica da problematização na  
mediação da aprendizagem dos tutores.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação,  
apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do  
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 07 de maio de 2015

Banca Examinadora:

*Maria Ligia Rangel Santos*

Profª. Maria Ligia Rangel Santos - Orientadora - ISC/UFBA

*Isabela Cardoso de Matos Pinto*

Profª. Isabela Cardoso de Matos Pinto - ISC/UFBA

*Nicia Cristina Rocha Riccio*

Profª. Nicia Cristina Rocha Riccio - STI/UFBA

**Salvador  
2015**

Aos meus pais (Raimundo e Josely) e a minha vovó Nair por toda a dedicação e carinho.

Ao meu amor André por todo o seu apoio e compreensão.

E a minha linda filha Alice por seu amor incondicional e por sempre perguntar quantas páginas estavam faltando para acabar.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pelas minhas realizações e por todas as pessoas que amo.

A toda a minha família, e em especial aos meus pais (Raimundo e Josely), a minha vovó Nair, a minha tia Helena, ao meu amado marido André e a minha querida filha Alice, agradeço todo o estímulo, apoio e, principalmente, compreensão pela minha ausência nos encontros familiares que ocorreram ao longo deste processo.

A minha amada amiga Jô, por todo o carinho, apoio, entusiasmo e dedicação. Você é e sempre será uma “anja” na minha vida. Obrigada por compartilhar as dificuldades e as vitórias durante esta jornada de aprendizagem.

À minha querida orientadora, professora Lígia Rangel, por toda a sua paciência, dedicação e preciso direcionamento acadêmico que me proporcionaram novas construções e aprendizagens na arte de fazer pesquisa.

A minha querida professora Gisélia Souza por todo o estímulo, carinho e compreensão durante o percurso do mestrado. O seu apoio foi fundamental!

As minhas amigas Claudina Miranda, Fernanda Rodrigues e Izamara Catanheide pelo apoio e estímulo.

Aos meus amigos e amigas, e especialmente aos meus amigos farmacêuticos, por todo o incentivo e carinho.

Aos amigos, colegas e professores do ISC/UFBA por me estimularem e permitirem vivenciar esta experiência.

Aos colegas da Escola Estadual de Saúde Pública e da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da SESAB, e em especial, aos apoiadores institucionais da Diretoria de Atenção Básica, que gentilmente autorizaram a realização desta pesquisa.

Ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/UFBA, e em especial a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por ser um exemplo de instituição que preza pela formação cidadã, por sua qualidade acadêmica, pela excelente infraestrutura, apoio e simpatia dos seus funcionários, professores e pesquisadores.

A todos os profissionais militantes do SUS que almejam e trabalham por processos de ensino-aprendizagem de qualidade e que objetivam a transformação das práticas e do sistema de saúde.

E, por fim, a todos aqueles que apesar de não estarem sendo nominalmente citados contribuíram, direta ou indiretamente, por mais esta conquista.

Muito obrigada!

A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blá-blá-blá e a prática, ativismo.

Freire (2013 p. 24)

QUEIROZ, Giovanna Santana. Educação Permanente a distância para Gestores da Atenção Básica na Bahia: uma análise da estratégia pedagógica da problematização na mediação da aprendizagem de tutores. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

## RESUMO

A educação, como prática social, é um processo complexo, com intencionalidade definida, portanto, não é neutra. O processo de ensino-aprendizado que tem a problematização como base, como é o caso da Educação Permanente em Saúde (EPS), requer a efetivação de ações que estimulem estudantes e professores à reflexão crítica e à ação transformadora da realidade. Neste sentido o presente estudo tem como objetivo geral analisar a estratégia pedagógica da problematização na mediação da aprendizagem dos tutores para induzir mudanças no modelo de atenção à saúde, fortalecendo o trabalho na Atenção Básica, a partir da EPS. Trata-se de um estudo de caso de natureza quantitativa e qualitativa, retrospectivo, que abordou uma ação educativa, o Curso de Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado, desenvolvido pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e direcionado aos gestores da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. Utilizou-se a análise documental do projeto político pedagógico do Curso, o perfil dos tutores e os registros realizados pelos mesmos nas atividades a distância realizadas nos fóruns exclusivos para gestores nos módulos obrigatórios. No que concerne à análise dos dados, foi adotada a técnica de análise do conteúdo, utilizando as categorias dos seguintes temas: perfil, problematização e processo de trabalho do gestor. Os resultados demonstraram que a leitura do objetivo geral do Curso, por não explicitar as mudanças que se desejava realizar, sugere que os problemas a serem trabalhados emergiriam da realidade e seriam trazidos para discussão pelos gestores; os objetivos específicos são incoerentes/inconsistentes com relação ao geral, pois não apontam para alcançá-lo; os tutores apresentam uma expressiva qualificação em Saúde Coletiva/Atenção Básica, conhecimento prévio do grupo de estudantes e da realidade a ser problematizada, entretanto, possuíam frágil formação na área pedagógica; o estímulo à problematização não foi efetivado. Entretanto, os achados demonstraram que a mediação da aprendizagem estimulou essencialmente o levantamento de problemas e/ou proposição de soluções; a “ação/atividade” do processo de trabalho do gestor foi o elemento preferencialmente trabalhado nos fóruns, evidenciando o caráter operacional do Curso; e, por fim, a análise das atividades práticas e da bibliografia reforçou o caráter operacional e normativo do mesmo, ao utilizarem essencialmente os materiais produzidos pelo Ministério da Saúde. Conclui-se que, para efetivação da EPS, torna-se urgente a formação pedagógica dos tutores na metodologia da problematização como prática pedagógica capaz de estimular a transformação da realidade, bem como, ampliar a concepção sobre a natureza da prática dos gestores, para além das determinações do Ministério da Saúde, a fim de estimular a formação de sujeitos críticos e reflexivos capazes de efetivar a reorientação do modelo assistencial a partir do fortalecimento da Atenção Básica.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Educação a Distância. Problematização. Processo de trabalho em saúde. Gestão em saúde. Atenção Básica.

QUEIROZ, Giovanna Santana. Permanent Education the Distance to Managers of Basic Attention in Bahia: an analysis of the pedagogical strategy of questioning in mediating learning of tutors. Dissertation (Master's degree) - Institute of Public Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2015.

## ABSTRACT

Education as social practice is a complex process, with defined intent; therefore, it is not neutral. The teaching-learning process that has the questioning as a base, as it is the case of Permanent Education in Health (EPS), requires the execution of actions that encourage students and teachers to critical reflection and transformative action of reality. In this sense the present study aims to analyze the overall pedagogical strategy of questioning in learning mediation of tutors to induce changes in the health care model, strengthening the work in the basic attention, from the EPS. This is a study case of quantitative and qualitative nature, retrospective, which addressed an educational activity, the Care Management Course Basic emphasis on implementation of care lines, developed by the Secretariat of Health of the State of Bahia (SESAB) and directed the managers of primary care/family health Strategy. It was used the documentary analysis of the political-pedagogical project of the course, the profile of tutors and the records made by the same distance activities carried out in the exclusive forums for managers in the compulsory modules. With regard to data analysis, it was adopted the content analysis technique, using the categories of the following themes: profile, questioning and the manager work process. The results showed that the reading of the overall objective of the Course, for not explaining the desired changes to perform, suggests that the problems to be worked would emerge from reality and would be brought up for discussion by the managers; the specific objectives are inconsistent/inconsistent with respect to general, because it does not point to reach it; the tutors have a significant qualification in public health/primary health care, previous knowledge of the group of students and the reality to be questioned, however, they had fragile pedagogical training; the stimulus to the questioning was not effective. Still, the findings have shown that the mediation of learning stimulated essentially the mapping of problems and/or proposition of solutions; the "action/activity" of the work process of the manager was the element preferably worked in the forums, demonstrating the operational character of the course; and, finally, the analysis of praxic activities and bibliography reinforced the operational and normative character of it, by using mainly the materials produced by the Ministry of Health.

It is concluded that, to execute the EPS, it becomes urgent to the pedagogical training of tutors in the methodology of questioning as pedagogical practice capable of stimulating the transformation of reality, as well as extending the conception of the nature of the practice of managers, to beyond of the determinations of the Ministry of health, in order to stimulate the formation of critical and reflective subjects capable to carrying out the reorientation of the assistance model based on the strengthening of basic attention.

Keywords: Permanent Education in Health, Distance Education, Questioning, Work process in Health, Health Management, Basic Attention

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Faixas de cobertura de Saúde da Família. Bahia, 2009 .....	17
Figura 1	Representação de uma Linha de Cuidado na rede de assistência integral.....	34
Figura 2	Arco de Maguerez .....	42
Quadro 1	Módulos semipresenciais obrigatórios e optativos e cronograma do Curso de Gestão da Atenção Básica com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado.....	56
Figura 3	Organização dos módulos segundo a trajetória do educando .....	57
Quadro 2	Categorias analíticas .....	61
Quadro 3	Tipos de “ação/atividades” identificadas nas Postagens iniciais dos Fóruns de Gestores .....	78

## TABELAS

Tabela 1	Caracterização do perfil (sexo, formação e qualificação) dos tutores do Curso de Especialização em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado .....	70
Tabela 2	Caracterização do perfil (experiência prévia) dos tutores do Curso de Especialização em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado .....	72
Tabela 3	Tipo de bibliografia sugerida nos Módulos 2 – Saúde da Mamãe e Bebê e no Módulo 11 – Ações de Vigilância em Saúde na Atenção Básica.....	82

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AIE	Aparelho ideológico do Estado
APS	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente virtual de aprendizagem
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIES	Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço
DAB	Diretoria de Atenção Básica
EAD	Educação a distância
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
MOODLE	Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment
MP	Metodologia da Problematização
OAC	Orientadores de Aprendizagem de Campo
OAN	Orientadores de Aprendizagem de Núcleo
ODP	Orientadores de desenvolvimento pedagógico
PEGTES	Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
RAG	Relatório Anual de Gestão
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAB	Universidade Aberta do Brasil
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1 O processo de trabalho em saúde e da gestão da Atenção Básica integral.....	26
2.2 A estratégia pedagógica da problematização para indução de mudanças no modelo de atenção à saúde .....	39
2.3 A mediação da aprendizagem nas ações educativas orientadas pela EPS a distância.....	45
3. METODOLOGIA.....	54
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	63
4.1 Identificação dos objetivos do Curso e análise do seu potencial de indução de mudanças do modelo assistencial a partir do fortalecimento do trabalho do gestor da Atenção Básica...63	
4.2 As características dos tutores.....	69
4.3 A estratégia pedagógica da problematização nas mediações da aprendizagem dos tutores no AVA .....	73
4.4. Os elementos do processo de trabalho do gestor nas mediações pedagógica dos tutores no AVA .....	77
4.5 As atividades práticas destinadas aos gestores e sua contribuição na problematização do processo de trabalho .....	81
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	84
REFERÊNCIAS .....	87
APENDICE - Instrumento de coleta de dados nos Fóruns no AVA.....	98

## 1. INTRODUÇÃO

A inexistência de estudos que analisam o potencial da estratégia pedagógica da problematização na mediação da aprendizagem de tutores nas ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) a distância direcionadas aos gestores no intuito de induzir a mudança do modelo de atenção à saúde, através do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, apresenta-se como um desafio para este estudo e requer, inicialmente, entender que a educação é uma prática social expressada por uma doutrina pedagógica que está intimamente ligada à concepção de sociedade (FREITAG, 2005).

Em uma sociedade estruturada em classes, como a capitalista, permeada por conflitos, contradições e desigualdades decorrentes da divisão social do trabalho, os “aparelhos ideológicos do Estado (AIE)”<sup>1</sup>, como a escola, configuram-se como mecanismos de reforço da própria relação capitalista (FREITAG, 2005). Neste sentido, é válido afirmar que a educação, incluindo a profissional, não é um processo neutro, assumindo, portanto, a marca dos interesses dominantes (FRIGOTTO, 1987; LEMOS, 2010).

Na saúde, a educação constitui prática fundamental para manter ou alterar o modelo hegemônico de atenção à saúde. No Brasil, o movimento de consolidação das ações de qualificação dos profissionais envolvidos nos serviços públicos de saúde tem início a partir da década de 60 para garantir o desenvolvimento econômico do país através, entre outras ações, da expansão do modelo médico assistencial privatista, centrado para a medicina curativa, focado na lógica hospitalar, e nos programas de expansão da cobertura a baixos custos, direcionado para a população carente (LEMOS, 2010; LIMA; BRAGA, 2006).

Estas ações educacionais, voltadas para a expansão do complexo médico-industrial da saúde, eram realizadas a partir de cursos e treinamentos em serviços de saúde. Entretanto, a partir das discussões presentes no movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciado na década de 70, emergem as críticas ao sistema de saúde vigente no país, bem como aos modelos hegemônicos de atenção e aos seus processos de qualificação dos profissionais, que

---

<sup>1</sup> Segundo Althusser (1974 p. 43/44) , AIE (escola, igreja, família, sindicatos, etc) são realidades que se apresentam na forma de instituições distintas e especializadas que utilizam predominantemente a ideologia e visam a reprodução e a manutenção da ideologia da classe dominante.

possuíam limitada capacidade de induzirem mudanças na atenção à saúde (LIMA; BRAGA, 2006). São hegemônicos no país, os seguintes modelos: o médico assistencial<sup>2</sup> e o sanitarista<sup>3</sup>.

Destaca-se, portanto, a influência do complexo médico-industrial sob a formação dos recursos humanos no intuito de manter o modelo médico assistencial como hegemônico. Práticas educacionais orientadas pelo modelo flexneriano<sup>4</sup>, que distanciam a teoria da prática, submetidas a imposições do mercado, que estimulam a incorporação tecnológica indiscriminada e com métodos passivos de ensino-aprendizagem que valorizam a transmissão de conhecimentos, configuram-se estratégias valorizadas para a manutenção desse modelo (COSTA; MIRANDA, 2009).

Entretanto, como afirmado por Paim e Almeida Filho (2000 p. 88) apesar desta ação o “processo político em saúde comporta a ação de diversas forças sociais que podem reivindicar e conquistar novos espaços de atuação”.

Diante disso, com uma ação contra hegemônica, o movimento sanitário incorpora nas suas reflexões e proposições, entre outras questões, o conceito ampliado de saúde e as estratégias de reorganização dos serviços a partir da valorização da atenção primária à saúde (APS) integral conforme as orientações da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata no ano de 1978 (LIMA; BRAGA, 2006).

A busca pela reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da instituição de uma APS integral está diretamente relacionada ao estabelecimento do usuário-cidadão como centro do sistema de saúde, reiterando a responsabilidade dos governos sobre a saúde dos seus povos a partir da concepção de que saúde é um direito humano fundamental (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Visando garantir ao Sistema Único de Saúde (SUS) a formação de profissionais alinhados ao novo modelo de atenção proposto pela RSB, insere-se no Artigo 200 da Constituição Federal de 1988 a responsabilidade da ação mais efetiva do SUS na formação dos profissionais, a partir da inserção da educação na saúde como uma das atribuições finalísticas do Sistema (LIMA; BRAGA, 2006).

---

<sup>2</sup> Características: individualismo, a saúde/doença como mercadoria, a ênfase no biologismo, a-historicidade da prática médica, a medicalização dos problemas, o privilégio da medicina curativa, o estímulo ao consumismo médico e a participação passiva e subordinada dos consumidores (MENÉNDEZ, 1992 apud PAIM, 2012 p. 468).

<sup>3</sup> Características: organização vertical para a intervenção tendo como objeto os modos de transmissão e fatores de risco (PAIM, 2012 p. 469).

<sup>4</sup> Modelo de medicina centrado no hospital e nas especialidades médico, caracterizado pela assistência à doença, de forma individual, biológica e com uso intensivo de tecnologias (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O que se observa a partir da Constituição e da instituição do SUS é um “processo de municipalização na saúde” expressivo. No entanto, os municípios apresentavam baixa capacidade técnica, operacional e política para execução das políticas de saúde (MACHADO, 2005).

Constatou-se que o crescimento das atribuições dos municípios não foi acompanhado de um desenvolvimento econômico e social (MACHADO, 2005), muito menos do fortalecimento da Atenção Básica<sup>5</sup>, mantendo a persistência dos modelos hegemônicos centrados nas práticas individuais, curativas e nos atendimentos hospitalares, não contemplando nos seus fundamentos o princípio da integralidade (PAIM, 2012).

A partir das críticas e reflexões do movimento sanitário e na busca pela superação desses modelos, surgem diversas propostas indutoras de mudança dos modelos hegemônicos através da reorganização das práticas de saúde, entre elas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possui na sua concepção a atenção básica integral. Segundo Paim (2012 p. 478), a ESF é caracterizada “como uma estratégia que possibilitaria a integralidade e promoveria a organização das atividades em um território”.

A ESF é considerada pelo Ministério da Saúde como uma “estratégia de mudança do modelo assistencial” tendo como eixo estruturante a ampliação e a qualificação da atenção básica (TEIXEIRA, 2006 p. 61).

[...] a concepção brasileira da Saúde da Família [...] se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementariedade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca pela integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) no âmbito da atenção básica (MS, 1998; 2000 apud TEIXEIRA, 2006 p. 63).

Espera-se que a atenção básica tradicional, relacionada ao modelo médico assistencial, seja substituída pela ESF e que esta possa incorporar nos seus processos de trabalho, o trabalho em equipe num processo de trabalho multiprofissional, a construção de vínculos e a responsabilização entre população e profissionais, o reconhecimento da saúde como direito, a intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, a instituição de ações intersetoriais e a participação social (COSTA; MIRANDA, 2008). Portanto:

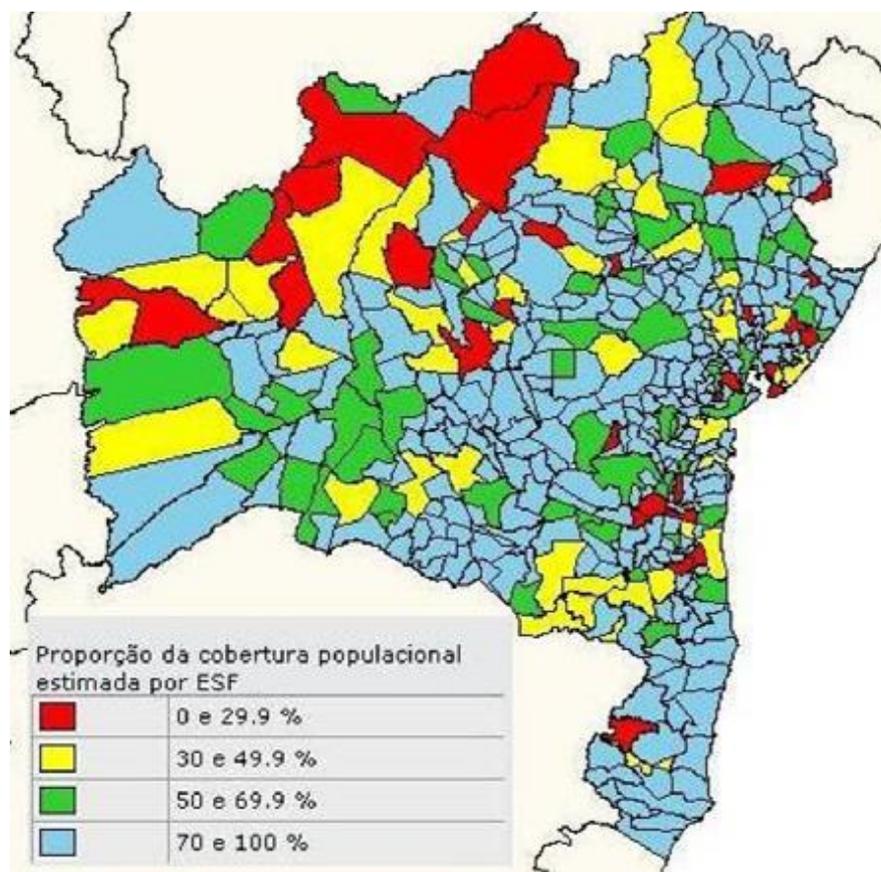
---

<sup>5</sup> Denominação dada à atenção primária à saúde no processo de implementação do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012 p. 493).

ESF é parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjuga com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle, ao tempo em que abra espaços para implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população das áreas cobertas (TEIXEIRA, 2003 apud TEIXEIRA, 2006 p. 148).

Salienta-se que na Bahia, em 2009, a cobertura estimada de Saúde da Família chegou a 55,09% onde, com 2.489 equipes implantadas, cerca de oito milhões de baianos usuários do SUS eram atendidos pela Estratégia (BAHIA, 2009a). Ressalta-se que as proporções de cobertura populacional estimadas foram de 50,69%, para o Brasil, e 70,69% para a região Nordeste (BRASIL, 2015).

**Mapa 1** - Faixas de cobertura de Saúde da Família. Bahia, 2009.



Fonte: Bahia (2009a, p. 223).

Entretanto, observa-se a existência de problemas relacionados à efetivação da ESF como indutora do processo de reorientação dos modelos assistenciais dominantes, sendo a carência de profissionais qualificados, organizados sob a forma de equipe, considerada um desses problemas (COSTA; MIRANDA, 2008).

Neste sentido, torna-se pertinente afirmar que o desenvolvimento de pessoal através da educação permanente, incluindo os gestores, é um fator chave relacionado à capacidade de induzir mudança do modelo assistencial (TEIXEIRA, 2006 p. 51).

Entretanto, esse não é o único desafio a ser enfrentado para a mudança do modelo, visto que ainda são incipientes as condições técnicas e políticas da gestão da Atenção Básica, bem como a qualificação dos seus gestores (SILVEIRA et al, 2010).

Silveira e outros (2010), ao realizarem a avaliação institucional da gestão do trabalho, da educação, da informação e da comunicação da atenção básica utilizando amostras de municípios da região Sul e Nordeste do país, constataram, entre outras questões, que poucos gestores possuem formação em Saúde Pública, pequena experiência prévia em gestão, ação ineficiente de supervisão das unidades, realizada com o caráter informativo das normas e procedimentos burocrático, deficiência na articulação com a rede especializada e no desenvolvimento das ações intersetoriais e intermunicipais, além da limitada articulação com o controle social (SILVEIRA et al, 2010).

Alia-se a estas questões a acintosa influência política local na gestão em detrimento da política de saúde bem como o declínio na qualidade da infraestrutura e oferta dos serviços (SILVEIRA et al, 2010). Segundo Macedo, Albuquerque e Medeiros (2014) o processo de gestão do SUS lida com uma série de nós críticos que apontam a necessidade de qualificação de gestores e profissionais para atuarem no setor desde a graduação. Por nós críticos entende-se: a falta de gestão profissionalizada, o exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução do sistema, a persistência do clientelismo político nos seus cargos e funções de direção, as limitações legais de gestão bem como a dificuldade na articulação intersetorial e controle social (MACÊDO, ALBUQUERQUE e MEDEIROS, 2014).

Neste sentido, considerando que a gestão do sistema de saúde requer profissionais com qualificação técnica e política, capazes de lidarem com diversas ações e atores sociais na execução das políticas públicas que alcancem impacto nas condições de saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012), salienta-se a importância da qualificação dos profissionais gestores, considerados como lideranças técnicas e políticas, como estratégia salutar para a indução da reorientação do modelo de atenção à saúde.

Atualmente, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é a estratégia político-pedagógica assumida como política pública para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o

SUS, incluindo os gestores. Publicada em 2004 (Portaria 196/2004) e revisada em 2007 (Portaria nº 1.996/2007) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) assume a EPS como:

(...) uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Propõe-se a agregação entre o desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2004 p. 9).

Na Bahia, em consonância com a PNEPS, a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia (PEGTES), apesar de não ter sido publicada como lei, decreto ou portaria governamental foi aprovada no parecer da Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço em 2011, e nas resoluções CIB – Comissão Intergestora Bipartite nº 283/2011 e CES – Conselho Estadual de Saúde nº 15/2011 (BAHIA, 2012a).

A PEGTES define o trabalho como princípio educativo e a educação como prática transformadora tendo a educação a distância (EAD) como uma das suas estratégias de consolidação da EPS (BAHIA, 2012a). Entretanto, cabe salientar que, conforme descrito nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), no que diz respeito à qualificação dos gestores da Atenção Básica e ESF, foram realizadas pela SESAB apenas duas ações educativas formais, certificadas com especialização, no período de 2007-2013 (BAHIA, 2007, 2008, 2009a, 2010, 2011, 2012b, 2013a).

A PNEPS e a PEGTES assumem que a EPS é aprendizagem no trabalho, baseada na aprendizagem significativa, embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização, tomando como referência às necessidades de saúde das pessoas e das populações e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009; BAHIA, 2012a).

Para Motta (1998 apud MOTTA; BUSS; NUNES, 2001), o termo permanente teria como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito,

colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001).

Cabe salientar neste momento a diferença conceitual entre os termos educação continuada e educação permanente. Segundo Ricas (1994 apud MOTTA; BUSS; NUNES, 2001), embora estes termos não sejam opostos, confere especificidade ao processo ensino/aprendizagem.

O termo educação continuada possui um enfoque mais técnico, pois, engloba as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais (RICAS, 1994 apud MOTTA; BUSS; NUNES, 2001).

Enquanto que o termo educação permanente possui um enfoque tanto técnico como organizacional e político (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001). Ou seja, proporciona aos discentes tanto um aporte técnico como também estimula a análise crítica e reflexiva objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização (CECCIM; FERLA, 2008).

Para tanto, Campos e Belisário (2001) afirmam que o processo de mudança estimulado pelo SUS requer, para formação de sujeitos eticamente comprometidos com a ESF, ações educativas que incluam a interdisciplinaridade, a efetivação de suas ações em locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, a educação permanente e o compromisso com o trabalho multiprofissional (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001).

Entretanto, considerando que a educação não é um processo neutro (FREITAG, 2005), segundo Lemos (2010), é preciso considerar que a EPS é instituída como política pública no país em um contexto de fragilidade dos processos e de precarização das condições de trabalho e, por ser considerado elemento chave capaz de desencadear nos trabalhadores o compromisso para resolução de problemas do mundo do trabalho, o coloca como único responsável por esta transformação apesar da:

(...) desumanização dos serviços, a individualidade presente nas relações de trabalho em equipe, a alienação dos trabalhadores não estão relacionadas apenas à subjetividade dos trabalhadores, mas também às relações objetivas do sistema de produção capitalista (p. 120).

Assim, a EPS passa a ser um discurso ideológico que apesar da aparente novidade pedagógica e da sedutora possibilidade de transformação, converte-se em uma ideologia que não busca uma transformação substantiva e real, nem uma reflexão crítica radical, pois as problematizações existentes no ambiente de trabalho são superficiais e não buscam atingir a radicalidade das contradições do sistema do capital (LEMOS, 2010).

Além disso, a centralidade do trabalho para a efetivação das práticas educativas que se embasam na EPS pode valorizar excessivamente a resolução de problemas do cotidiano a partir da criatividade dos envolvidos, de forma fragilizada ou totalmente desprovida do confronto teoria/prática, a fim de ampliar a visão dos trabalhadores. Para Lemos (2010) a ideia presente na PNEPS não é de educação permanente, mas de gerenciamento permanente, pois, espera-se manter a estrutura assim como ela está posta e estimular a criatividade dos trabalhadores para buscarem permanentemente estratégias remediadoras para driblar os problemas que persistirão em virtude da natureza incorrigível do capital (LEMOS, 2010).

Entretanto, a EPS, quando efetivada para além do gerenciamento permanente assume a direção contra hegemônica, pois, busca a ruptura com a lógica de realização de procedimentos educacionais que possibilitem a indução de mudanças no modelo hegemônico médico assistencial. Além disso, considerando as características continentais do país, as políticas públicas assumem que a EPS pode ser potencializada com o aporte das tecnologias de educação a distância (EAD), a partir do desenvolvimento de práticas de ensino-aprendizagem a distância que possibilitem a incorporação de estratégias pedagógicas participativas e capazes de mobilizar a capacidade crítica e criativa dos sujeitos (BRASIL, 2009).

A EAD é compreendida como um processo de ensino-aprendizagem no qual professores e alunos não estão fisicamente no mesmo local, mas podem estar conectados por tecnologias (MORAN, 2002). Envolve no planejamento e implementação das suas ações a participação de profissionais de diversas formações bem como a necessidade de recursos políticos e de poder favoráveis (CAVALCANTE; VASCONCELLOS, 2007). Entre estes profissionais, encontra-se o professor-tutor que desenvolve as suas atividades na mediação da aprendizagem (CASTRO; MATTEI, 2008).

O professor-tutor, ou simplesmente tutor, no processo de educação a distância assume papel privilegiado no processo de ensino-aprendizagem por ser ele quem realiza a mediação entre os conhecimentos tácitos dos discentes e os conhecimentos teóricos que se pretendem

compartilhar na construção coletiva e significativa de novos saberes (CASTRO; MATTEI, 2008).

Alguns modelos de cursos favorecem que o tutor assuma um papel de mediador, orientador, incentivador e facilitador de troca de informações e de novas ideias através da construção do conhecimento de forma interativa e colaborativa (CASTRO; MATTEI, 2008).

Para Paim e Almeida Filho (2000), os educadores junto com os educandos são considerados como sujeitos dinamizadores do processo de transformação da formação em saúde comprometida com a emancipação dos sujeitos envolvidos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Quando se trata de EPS, a análise da atuação dos tutores permite observar se o trabalho cotidiano dos discentes é trazido para o grupo como fundamento para a sua reflexão e aprendizagem. Ademais, cabe considerar se a estratégia metodológica problematizadora está sendo aplicada conforme previsto na PNEPS ao propor que as ações educativas dos trabalhadores do SUS sejam realizadas a partir da problematização do processo de trabalho no intuito de transformar as suas práticas e os serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Segundo Davini (2009) os enfoques educativos transformaram-se profundamente nos últimos anos e no campo profissional buscou-se inverter a lógica dos processos de capacitação, centrados na transmissão de conhecimentos e descontextualizados da prática, para uma proposta que contemple “a prática como fonte de conhecimentos e de problemas, problematizando o próprio fazer” (DAVINI, 2009 p. 44).

A abordagem pedagógica que utiliza as metodologias ativas, como a problematizadora, tem permitido a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, por proporcionar o conhecimento e a intervenção mais consistentes sobre a realidade, na busca por transformá-la. Estão alicerçadas no princípio teórico da autonomia, valorizam todos os atores no processo de construção coletiva, utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, e consideram as experiências anteriores de aprendizagem, culturais e de vida (MITRE et al, 2008).

Para Cyrino e Pereira (2004), a metodologia da problematização, por trabalhar com problemas oriundos da observação da realidade concreta, com seus conflitos e contradições, apresenta um forte caráter político por sua postura crítica ampliando a possibilidade de maior percepção e transformação da realidade (CYRINO; PEREIRA, 2004).

Para tanto, como facilitador, cabe ao professor desenvolver novas habilidades, tais como, à vontade e a capacidade de permitir ao discente participar ativamente, a disposição para escutar, respeitar e acreditar na capacidade do discente (MITRE et al, 2008).

Entretanto, apesar da EPS assumir o ensino problematizador como estratégia político-pedagógica observa-se que ações educativas para profissionais de saúde são organizadas teoricamente a partir desta abordagem, porém não conseguem ser colocadas em prática (RICALDONI; SENA, 2006).

Percebe-se que os profissionais docentes da saúde se formaram como bacharéis em cursos da sua área e que, apesar de demonstrarem domínio do conteúdo, não apresentam formação pedagógica necessária para o desempenho da sua ação em sala de aula (BATISTA, 2005; ARAÚJO; VIEIRA, 2013).

Ribeiro e Cunha (2010) ao analisarem as representações de docência e formação pedagógica presentes no Projeto Político Pedagógico de um Curso de Mestrado em Saúde Coletiva puderam constatar, entre outros, que a consolidação das práticas educativas é preterida em relação à pesquisa e ao aprofundamento dos saberes específicos. Essa opção, por compreender que a aprendizagem da docência se estabelece no cotidiano, sem a articulação com a teoria, tende a manter práticas docentes que reproduzem os modelos históricos centrados na transmissão de conhecimentos (RIBEIRO; CUNHA, 2010).

A superação da fragilidade da formação docente na área da saúde, bem como as efetivações de mudanças nas suas práticas pedagógicas constituem desafios a serem enfrentados para o desenvolvimento de profissionais de saúde conhecedores dos problemas sociais e de saúde da população e capazes de intervir nos processos de trabalho instituídos visando à transformação das práticas e a reconstrução do modelo assistencial, com vistas ao fortalecimento da Atenção Básica integral (COSTA; MIRANDA, 2008; ARAÚJO; VIEIRA, 2013).

Entretanto, cabe ressaltar a lacuna na produção do conhecimento sobre este processo. Observou-se em busca exploratória realizada nas bases Scielo e Lilacs a escassez de trabalhos científicos que analisam a atuação dos tutores nas ações de EPS na modalidade a distância. Foram encontrados apenas dezenove trabalhos que relacionam a EPS e a EAD e nenhum deles analisa a participação do tutor no processo de ensino-aprendizagem.

Além disso, no que diz respeito à qualificação de gestores, apesar dos estudos demonstrarem à restrita ou nenhuma experiência na gestão e a fragilidade na formação e

qualificação do gestor municipal na referida área (CECILIO; ANDREAZZA, 2007; SILVA, G., 2009; SILVEIRA et al, 2010) poucos são os estudos que buscaram analisar iniciativas direcionadas a qualificação de gestores municipais, muito menos na formação de gestores da Atenção Básica ou Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da qualificação da Atenção Básica.

Entre os estudos identificados, destaca-se o de Rangel-S e outros (2012) e o de Lessa, Guimarães e Paim (2012) por analisarem Cursos desenvolvidos com o objetivo de qualificarem os gestores municipais do SUS-Bahia.

Rangel-S e outros (2012) ao analisar o Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Concentração em Gestão Municipal de Saúde, realizado na modalidade EAD por uma Instituição de Ensino Superior (IES) em parceria com o SUS, na Bahia, demonstra o potencial da adoção da abordagem pedagógica que estimula a autonomia do estudante com o enfoque nas soluções dos problemas cotidianos a partir da aprendizagem colaborativa no processo de construção dos sistemas de saúde (RANGEL et al, 2012).

Lessa, Guimarães e Paim (2012) ao analisarem a etapa Bahia do Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS, também realizado na modalidade EAD, apresentam indicativos da importância da qualificação do trabalho gestor local a partir da proposta pedagógica que estimule o debate entre os conteúdos estudados e a prática gestora dos estudantes (LESSA; GUIMARÃES; PAIM, 2012).

Frente a isso, este estudo tem o propósito de contribuir com a produção do conhecimento em torno desse relevante problema destacando as seguintes perguntas de investigação: Como se dá a estratégia pedagógica da problematização nas mediações da aprendizagem dos tutores nas ações de educação a distância em cursos de EPS voltados para gestores da AB na Bahia? Qual o potencial da estratégia pedagógica da problematização na mediação da aprendizagem dos tutores para induzir mudanças no modelo de atenção à saúde, fortalecendo o trabalho na AB, a partir da EPS? Até que ponto se pode considerar que a estratégia pedagógica da problematização na mediação da aprendizagem dos tutores se fundamenta em concepções de EPS? Quais são as características dos sujeitos da mediação? Até que ponto os objetivos do projeto político-pedagógico do curso evidenciam o compromisso com a indução da mudança do modelo de atenção, a partir da EPS e da problematização?

Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar a estratégia pedagógica da problematização na mediação da aprendizagem dos tutores para induzir mudanças no modelo de atenção à saúde, fortalecendo o trabalho na AB, a partir da EPS. Para tanto, assume os seguintes compromissos: identificar no projeto político-pedagógico os objetivos do curso e analisar o seu potencial de indução para o fortalecimento do trabalho do gestor da AB; caracterizar o perfil dos tutores (sexo, idade, formação, qualificação, atuação profissional, experiência prévia na gestão da AB, na ESF e EAD); e, por fim, descrever e analisar a estratégia pedagógica da problematização nas mediações da aprendizagem dos tutores no ambiente virtual de aprendizagem, considerando a coerência com o processo de trabalho do gestor da ESF.

Vale considerar que, no que diz respeito aos aspectos éticos, a pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia através do parecer nº 893.638.

Contou com financiamento da pesquisadora e o acesso ao campo foi obtido por meio de autorização dos diretores da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) e da Diretoria de Atenção Básica (DAB) da SESAB ao Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica com ênfase implantação das Linhas de Cuidado, realizado no período de 2009 a 2010, além do consentimento livre e esclarecido dos tutores. Foi garantida a confidencialidade e a privacidade dos tutores bem como respeitados todos os preceitos éticos e legais que regem a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Salienta-se que foi assumido o compromisso de ser comunicado aos tutores e à SESAB, especialmente ao Conselho Estadual de Saúde, o resultado e/ou achados da pesquisa a fim de contribuir com o processo de mediação da aprendizagem na EPS no Estado.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A EPS assume o trabalho como princípio educativo na qualificação de trabalhadores da saúde, com base em práticas pedagógicas que utilizem a problematização e a aprendizagem significativa, por assumir que no trabalho se aprende a partir dos problemas e das experiências vividas na realidade dos serviços (CECCIM; FERLA, 2008).

Entretanto, a concepção de trabalho como princípio educativo não se restringe à dimensão didático-pedagógica. O trabalho, na concepção marxista, é a “expressão da humanidade do ser humano” (CIAVATTA, 2008 p. 409), sendo, portanto, inerente ao mesmo, visto que é através dele que o homem se diferencia dos animais. Portanto, para Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005), apoiados em Lukács (1978 p. 4), “o trabalho não é apenas um emprego, ele é a atividade fundamental pela qual o ser humano se humaniza, se cria, se expande em conhecimento, se aperfeiçoa [...] é a base estruturante de um novo ser”. E em consequência disso é um princípio ético-político, pois, é ao mesmo tempo um dever e um direito<sup>6</sup> (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005 p.2).

Portanto, trabalho como princípio educativo não é apenas uma técnica instrumental, ele se caracteriza por ser inerente ao ser humano, e expressando-se numa ordem ético-política, visto que esta atividade prática “é o ponto de partida do conhecimento, da cultura e da conscientização” (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005 p. 3), sendo inaceitável a exploração e alienação oriunda do modo de produção capitalista. Entretanto, como já mencionado, o sentido que assume a relação do trabalho com a educação está diretamente relacionado aos interesses dominantes, não se configurando, portanto, em uma prática neutra (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005).

### 2.1 O processo de trabalho em saúde e da gestão da Atenção Básica integral

O trabalho é uma “ação transformadora intencionalmente realizada” (NEMES, 1996 p. 49), e o trabalho em saúde é uma ação coletiva, essencialmente especializada com alta

---

<sup>6</sup> Segundo Frigotto (2008 p. 402) o trabalho “é um dever por ser justo que todos colaborem na produção de bens materiais culturais e simbólicos, fundamentais à produção da vida humana. Um direito por ser o ser humano um ser da natureza que necessita estabelecer, por sua ação consciente, um metabolismo com o meio natural transformando em bens para a sua produção e reprodução”.

relevância social, características e elementos próprios, visto que este setor agrega atributos típicos da sua inserção no setor terciário do modo de produção capitalista, denominado setor de serviços<sup>7</sup>, bem como, especificidades inerentes à própria área (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

No que diz respeito às características inerentes ao setor serviço e que possuem impacto direto no processo de trabalho, Braverman (1981 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004) afirma que apesar dos trabalhadores do setor serviço, como os da saúde, disporem de diferenças salariais que possibilitam se distanciarem das piores situações do proletariado industrial:

[...] não possui qualquer independência econômica ou ocupacional; é empregado pelo capital e afiliados; não possui acesso algum ao processo de trabalho ou meios de produção fora do emprego e deve renovar seus trabalhos para o capital incessantemente a fim de subsistir (BRAVERMAN, 1981 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004 p. 439).

Estas características os submetem a condições de trabalho variadas, muitas vezes precárias, com salários baixos e vínculos instáveis, com impacto direto no seu processo de trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A dificuldade de planejamento em relação ao custo/benefício de suas ações, por apresentarem dados menos precisos do que no setor industrial, e a impossibilidade de se parar serviços não rentáveis, são considerados como outras características peculiares do trabalho no setor de serviços, como na saúde, com impactos no seu processo de trabalho (OFFE, 1991 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

De forma complementar, e levando em consideração a especificidades da área, Ribeiro, Pires e Blank (2004) assumem apoiados em Pires (2000), que o trabalho em saúde é de caráter coletivo, em sua maioria, porquanto multiprofissional, e realizado por “diversos grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional” envolvendo “características do trabalho assalariado e da divisão

---

<sup>7</sup> Conjunto de atividades que não estão diretamente envolvidas na produção industrial ou com a o setor primário da economia. São exemplos, deste setor, o conjunto de atividades comerciais, de serviços de educação, de saúde, de segurança pública, etc. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista <sup>8</sup> de organização e gestão do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal” (p. 440).

Schraiber e outros (1999) concebem o trabalho em saúde como um

(...) processo produtivo e como interação, levando-se em conta as articulações entre as ações em saúde, pelo que representam de ações estratégicas para a produção de cuidados e assistência, bem como as relações intersubjetivas, pelo que representam de ações comunicativas e partilhas de decisões (SCHRAIBER et al, 1999 p.221).

Portanto, para os autores o trabalho em saúde tanto é uma ação instrumental, regido pela racionalidade técnico-científico (processo produtivo), como também, uma ação comunicativa e intersubjetiva (interação social) entre os sujeitos envolvidos (SCHRAIBER et al, 1999).

Para Merhy e Franco (2009) o trabalho em saúde realiza-se por meio do “trabalho vivo em ato”, ou seja, o “trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” e ao interagir constantemente com os seus elementos internos formam o “processo de trabalho em saúde”, entendido como a “prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde” (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008 p. 323).

Desta forma, para a compreensão desta prática foram identificados, por Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008 p. 321), os elementos internos do processo de trabalho em saúde, desenvolvidos a partir da análise da aplicação da teoria marxista do trabalho em saúde como prática social. Estes elementos possibilitam a compreensão e reflexão da prática dos trabalhadores de saúde inseridos nos serviços, além de se constituir uma relevante categoria interpretativa nos estudos sobre recursos humanos em saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

A literatura sobre esse tema, embora enfatizasse originalmente a análise do trabalho médico, tem permitido o destaque dessa relevante categoria interpretativa para o estudo do trabalho de outros sujeitos individuais e coletivos no campo da saúde. Para tanto, os estudos partem, geralmente, da análise dos seguintes elementos do processo de trabalho em saúde: a

---

<sup>8</sup> Características da Teoria da Gerência Científica de Taylor presentes no trabalho em saúde: operações pormenorizadas; perda da noção da totalidade do processo de trabalho pelo trabalhador; tempo empregado na atividade sob exame e controle frequentes (função do gerente); divisão do trabalho entre aqueles que pensam (planejam) e aqueles, em sua maioria, que executam tarefas, geralmente, de cunho manual (BRAVERMAN, 1981 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004 p. 439).

*finalidade*, o *objeto*, os *instrumentos (materiais e não materiais)*, os *produtos* e os seus *agentes* (NEMES, 1996; SALA; NEMES; COHEN, 1996; PEDUZZI; PALMA, 1996; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

A *finalidade* é definida como a intencionalidade do processo de trabalho (direção e a perspectiva), está relacionada à realização das necessidades humanas (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008). Entretanto, identificar as necessidades humanas é uma questão complexa, visto que, como necessidades sociais, elas são:

(...) carecimentos criados e recriados na vida em sociedade, [...] não correspondem, em determinado tempo e espaço, a carecimentos desta ou daquela pessoa, mas podem ser de fato, de muitas delas, e potencialmente, de todas elas [...] podendo resultar em manipulação ideológica e política, isto é, no fato social de que, mesmo que potencialmente não venha a ser de todos, certa pauta de carecimentos pode ser mostrada como tal, convencendo que muitos pertencem a uma situação que será sempre de apenas alguns (SCHRAIBER ; MENDES-GONÇALVES, 1996 p. 31)

Fato este que requer considerar, para a sua identificação como bem comum, “[...] as desigualdades sociais existentes, tanto pela distribuição de benefícios já alcançados por alguns, quanto pelos contextos instauradores de necessidades” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996 p. 31).

Além disso, cabe considerar, que na saúde:

(...) as necessidades não se esgotam na demanda, nas necessidades sentidas<sup>9</sup>, nas necessidades médicas, nas necessidades de serviços de saúde, ou nas doenças, carências, riscos e sofrimentos [...], mas envolvem as condições necessárias para o gozo da saúde, inclusive os determinantes socioambientais (PAIM, 1980 apud PAIM, 2006c p. 104).

Portanto, o conceito ampliado de saúde presente na Constituição Brasileira de 1988 e que orienta o SUS, impõe que seus processos de trabalho tenham como finalidade o atendimento das necessidades de saúde, que vão além daquelas relacionadas à doença, considerando também as que se relacionam com os seus determinantes sociais (PAIM, 2006c).

---

<sup>9</sup> São aquelas já identificadas, na área da saúde, como objeto de intervenção (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Entretanto, Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) afirmam que as necessidades de saúde atendidas nos serviços estão, geralmente, relacionadas à assistência, representadas pela procura e pela oferta de ações de saúde, principalmente aquelas relacionadas às consultas médicas (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996). Este fato é corroborado por Campos e Bataiero (2007), que, a partir de uma revisão bibliográfica, inferiram que a tendência dos serviços de saúde continua sendo a de resolver as necessidades de saúde identificadas como doenças (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Outro elemento do processo de trabalho é o *objeto* que será transformado, ou seja, aquilo sobre o qual incide a ação (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008). Levando em consideração o conceito ampliado de saúde presente na Constituição Federal, o objeto do processo de trabalho da saúde no SUS será o conjunto das necessidades de saúde, tal como descrito anteriormente, para além dos problemas de saúde, agregando os determinantes sociais do processo saúde-doença (PAIM, 2006c). Isso implicaria em um trabalho em equipe multiprofissional, tal como apontou Peduzzi e Palma (1996).

Todavia, Fertomani (2003 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004) ao estudar o trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em um município identificou, entre outros achados, que o trabalho é centrado no médico e no atendimento curativo, sendo o trabalho dos profissionais compartimentalizado, sem planejamento coletivo levando em consideração as necessidades da população da área adscrita. Portanto, a despeito dos esforços dos serviços de saúde, os trabalhadores ainda assumem a doença como o objeto privilegiado das suas práticas (RIBEIRO, PIRES; BLANK, 2004).

No que diz respeito aos *instrumentos* de trabalho, Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008) os classifica como materiais, tais como, equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações etc. e não materiais, como os saberes e os conhecimentos. Entretanto, eles são historicamente construídos pelos sujeitos, visando à ampliação da sua capacidade de intervir sobre o objeto e a crescente incorporação de tecnologias (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Para Merhy e Franco (2009 p. 430 e 431) os instrumentos do trabalho em saúde são as tecnologias, que mediam este trabalho e o caracterizam a depender de como são utilizadas em “processos mais centrados nas relações ou naqueles mais presos à lógica dos instrumentos

duros (como as máquinas)”. Os autores reconhecem nesse processo de trabalho tecnologias duras, leve-duras e leves: “os instrumentos materiais são definidos como tecnologias duras, o saber técnico estruturado como tecnologias leve-duras e as relações entre sujeitos que só tem materialidade em ato, são classificadas como tecnologias leves” (MERHY; FRANCO, 2008 p. 431).

Considera-se como o *produto* do trabalho,

(...) inicialmente, os resultados atribuíveis às ações e apreensíveis nos indivíduos usuários e na população; depois, a interação estabelecida entre serviço e usuário; e por fim, a constituição e reconstituição das demandas em saúde referidas aos usuários e à população (SALA; NEMES; COHEN, 1996 p. 174).

Entretanto, segundo Pires (2000, apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), “o produto do trabalho em saúde é indissociável do processo que o produz: é a própria realização da atividade” (p. 440).

Para Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008), os *agentes* são os sujeitos da ação. Entretanto, considerando que nenhum agente isolado seria capaz de resolver as necessidades de saúde que expressam múltiplas dimensões, como a social, psicológica, biológica e cultural, e não teriam conhecimentos ou fariam intervenções suficientes para dar conta, individualmente, do complexo processo saúde-doença, o processo de trabalho em saúde, requer, indubitavelmente, que o trabalho seja realizado por equipes que, conforme definido por Peduzzi (1998 apud SCHRAIBER et al, 1999), sejam do tipo integração<sup>10</sup> (SCHRAIBER et al, 1999; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Para tanto, cabe entender as tensões que ocorrem no interior deste processo, sejam pelas características inerentes ao setor de serviço sejam aquelas da própria área da saúde. Portanto, é preciso perceber que não basta lotar os diversos profissionais em um mesmo local de trabalho para a efetivação de ações que vão além da somatória de atos especializados, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias que possibilitem uma modalidade de trabalho que conecte as diferentes ações e os distintos profissionais (SCHRAIBER et al, 1999; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Assim, considera-se a formação desse trabalhador coletivo um grande desafio institucional, visto que ele representa uma importante inovação por constituir a atenção integral à saúde (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

---

<sup>10</sup> Segundo Peduzzi (1998 apud SCHRAIBER et al, 1999) existem dois tipos de equipes: a equipe agrupamento e a equipe integração. A equipe integração se caracteriza pela articulação das ações e pela interação dos agentes (p. 233).

Diante disso, considerando a importância atribuída à Atenção Básica, e em especial, ao trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na reorientação do modelo assistencial, cabe refletir sobre o processo de trabalho do gestor, no âmbito desse nível de atenção, com vistas à integralidade. Salienta-se que a Declaração de Alma-Ata (1978) assumiu a Atenção Básica integral como “estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012 p. 495).

A ESF se constitui como a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS (AQUINO et al, 2014; BRASIL, 2006; GIOVANELLA et al, 2009; TEIXEIRA, 2006). Para tanto, pressupõe o trabalho em equipe multiprofissional responsável pelas famílias de uma população de um território definido, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Aquino e outros (2014) identificaram os seguintes elementos que caracterizam a ESF como e com potencial indutor da reorganização das práticas:

caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde (centrada no atendimento individual), complementariedade e hierarquização; adscrição de população e territorialização; programação e planejamento descentralizado; integralidade da assistência, a partir de um deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos para um processo centrado no usuário; estímulo à participação e ao controle social; educação permanente (EP) dos profissionais das equipes de saúde da família, baseada na aprendizagem significativa, embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde; adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (AQUINO et al, 2014 p. 358).

Para Mattos (2009) a integralidade em saúde não possui uma conceituação teórica precisa, apesar de ser um princípio e diretriz do SUS previstos no artigo 198, parágrafo II da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) e no artigo 7º, parágrafo II da Lei Orgânica de Saúde de 1990 (BRASIL, 1990). Segundo Paim (2006c) suas origens se vinculam à proposta da Medicina Integral das escolas médicas americanas<sup>11</sup>, onde se concebia a necessidade de articular as ações de prevenção em todos os níveis do processo saúde-doença, e ao movimento da Medicina Preventiva<sup>12</sup> (PAIM, 2006a).

---

<sup>11</sup> Proposta que buscava “articular os níveis de prevenção (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação) sobre o processo saúde-doença” (PAIM, 2006a p. 14)

<sup>12</sup> Proposta de reforma em saúde que “fundamentava uma política que separava a promoção e proteção da saúde para as agências estatais públicas e as demais ações para a medicina privada” (PAIM, 2006a p.14).

O movimento sanitário brasileiro criticou a Medicina Preventiva e, entre outros aspectos, a sua concepção de integralidade e como consequência contemplou a integralidade a partir de quatro perspectivas:

como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudança (Reforma Urbana, Reforma Agrária, etc) que incidissem sobre as condições de vida, os determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento (PAIM, 2006a p. 15).

Atualmente, existe um esforço de reflexão teórica sobre os diversos sentidos atribuídos e as noções emanadas destes sobre a integralidade. Entretanto, neste trabalho, considerando o fortalecimento da Atenção Básica integral como estratégia de reorganização do modelo assistência, busca-se aproximar da noção de integralidade que está diretamente relacionada à organização dos serviços e das práticas de saúde. Nesta concepção a integralidade:

emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional [...] com a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desse serviço” (MATTOS, 2009 p. 61).

Para Giovanella e outros (2002 apud Paim, 2006a) organizar sistemas de saúde na perspectiva da integralidade requer que as suas práticas adotem as seguintes premissas: “primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência; articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias” (p. 16).

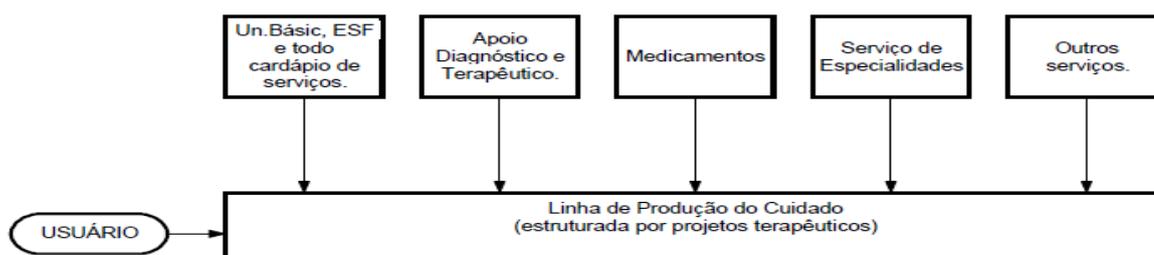
Segundo Franco e Magalhães Júnior (2004 p. 2) para “garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção às urgências e todos os outros níveis assistenciais”. Estas mudanças, para os autores, estão relacionadas à ênfase de um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leves-duras, bem como, na organização de um fluxo assistencial centrado no usuário e que sejam “capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência” (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004 p. 6). Estes fluxos assistenciais são denominados de Linhas de Cuidado.

Assim, na busca pela efetivação da integralidade na organização dos sistemas de saúde, as Linhas de Cuidado são adotadas como estratégia para potencializar a ação indutora de reorientar o modelo assistencial, fortalecendo a Atenção Básica. São entendidas como:

(...) conjunto de saberes, tecnologias e recursos acionados para enfrentar riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, configurando um modelo de atenção alternativo a partir da demanda (SANTOS e ANDRADE, 2011 apud Paim, 2012 p. 480), na perspectiva da regionalização da assistência à saúde e da articulação interfederativa (BRASIL, 2009 apud Paim, 2012 p. 480).

A Figura 1, ilustrada por Franco e Magalhães Júnior (2004), representa a organização de uma Linha de Cuidado na rede de assistência integral:

**Figura 1:** Representação de uma Linha de Cuidado na rede de assistência integral



Fonte: Retirado de Franco e Magalhães Júnior, 2004 p. 7.

Segundo, Gondim e outros (2011)

(...) a concepção de Linhas de Cuidado deve representar, necessariamente, um continuum assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e pressupõe um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde voltadas para:

- a) segmentos populacionais – indígenas, quilombolas, entre outros;
- b) ciclos de vida – criança, adolescente, idoso, entre outros;
- c) gênero – saúde da mulher, saúde do homem, entre outros;
- d) agravos – tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outros; ou
- e) eventos – gestação, entre outros (p. 99).

Para Paim (2012) configura-se como principais características de um modelo assistencial baseado nas Linhas de Cuidado a:

(...) estruturação dos projetos terapêuticos; combinação “tecnologias leves”, “leve-duras” e “duras”; ações de continuidade e na integralidade da atenção

prestada; vínculo com o usuário na rede básica; articulação com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, oferta de medicamentos, serviços de especialidades e outros; regulação pública, fluxos assistenciais centrados no usuário, referência e contrarreferência e responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico; absorção das propostas do acolhimento e da oferta organizada (p. 483).

Salienta-se que esta estratégia de organização dos serviços de saúde requer o fortalecimento da Atenção Básica, visto que, a mesma, especialmente as equipes da ESF, é definida como responsável por acompanhar o usuário em todo o fluxo assistencial, garantindo o acesso às tecnologias necessárias ao seu cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Portanto, considerando o gestor da saúde como liderança instituída no território para a execução das políticas públicas e organização do sistema (LOBATO; GIOVANELLA, 2012 p. 112), pode-se afirmar que, para a implantação das Linhas de Cuidado, existe a necessidade da ação efetiva desses sujeitos, pois envolve a capacidade de negociação, interlocução, aproximação estreita entre a técnica e a política e a implicação dos atores envolvidos a fim de garantir a disponibilidade dos recursos, os fluxos assistenciais centrados nos usuários, os instrumentos que garantam a referência e a contrarreferência de forma segura, ação da ESF como coordenadora e ordenadora do cuidado, gestão colegiada e a busca pela intersetorialidade (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Entretanto, cabe neste momento ressaltar que, no que diz respeito ao processo de trabalho da gestão, a Norma Operacional Básica (NOB/SUS), de 1996, fez uma distinção entre gestão e gerência. A gestão foi considerada como atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde e os seus gestores em cada esfera de governo (ministro e secretários estaduais e municipais de saúde) como aqueles responsáveis por esta condução exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Enquanto que a gerência é conceituada como a administração de uma unidade ou órgão da saúde sendo os seus gerentes responsáveis pela condução de uma unidade prestadora de serviço, tais como, um hospital, ambulatório, fundação, etc. Entretanto, atualmente, essa distinção de atribuições entre gestor e gerente não possui consenso na literatura e na prática as suas ações se equivalem (BRASIL, 1996; XIMENES NETO et al, 2012).

Para Dussault (1992), a:

(...) gestão não é uma ciência, embora use o conhecimento das disciplinas que estudam os processos de administração das organizações; não é uma técnica, embora use um conjunto de métodos e instrumentos formais; não é uma arte, que só pode ser praticada pelos indivíduos com vocação inata. Necessita, porém, de intuição, empatia, visão, imaginação. Na verdade, gerir tem dimensões científicas, técnicas, artísticas (p. 17)

Este conceito é ampliado por Junquilha (2001), ao assumir que gestão é uma prática social; e complementado por Barreto e Guimarães (2010 p. 1208) ao definirem que “gestão é um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados”, sendo os gestores os sujeitos responsáveis por conduzir pessoas e recursos a fim de alcançar resultados (JUNQUILHO, 2001; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Para Paim (2006b), baseado nas concepções da OPS (1992), a gestão, em especial da Atenção Básica, por seu caráter estratégico para a reorientação do modelo assistencial, deve ser entendida como:

(...) uma forma de relacionar os problemas e necessidades em saúde dos conjuntos sociais que vivem em espaços geográficos delimitados com os conhecimentos e recursos, institucionais e comunitários, de tal modo que seja possível definir prioridades, considerar alternativas reais de ação, alocar recursos e conduzir o processo até a resolução ou controle do problema (PAIM, 2006b p. 52).

Entretanto, além da compreensão sobre o que significa gestão, é preciso entender que o processo de trabalho do gestor “é um trabalho que se realiza sobre outros trabalhos” (SOUZA; VIANA, 2014) e em um contexto da organização de saúde, considerada como uma organização profissional e, como tal, com especificidades que impactam na sua gestão (DUSSAULT, 1992).

As organizações profissionais são, segundo Mintzberg (1989 apud DUSSAULT, 1992),

(...) organizações que dependem, para funcionar bem, de seus operadores. O trabalho de produção exige qualificações de alto nível e não se presta bem à formalização. O mecanismo dominante de coordenação é a padronização das qualificações: o saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais (p. 11).

Assim, levando em consideração as características das organizações de saúde, o papel do gestor na tomada de decisões pode ser limitado, entre outros fatores, pela dependência que existe em relação ao trabalho do especialista e os problemas enfrentados na coordenação entre grupos de profissionais (DUSSAULT, 1992).

Neste sentido, reconhecendo a Atenção Básica “como um espaço tático operacional de reorientação de sistemas de saúde” (PAIM, 2006b p. 50), este trabalho, ao analisar a estratégia pedagógica da problematização utilizada para a qualificação dos seus gestores, especialmente os da Estratégia de Saúde da Família, assumirá as considerações teóricas elaboradas a partir de Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008), a fim de identificar os elementos das práticas desses sujeitos que foram enfatizados pelo Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado, para a problematização do seu processo de trabalho, com vistas à reorientação do modelo assistencial a partir do fortalecimento da Atenção Básica, com a implantação das Linhas de Cuidado. Portanto, considera-se:

a) A *finalidade*, como aquela equivalente à finalidade institucional da ESF com vistas à integralidade a partir da implantação das Linhas de Cuidado, devido a impossibilidade de se identificar as finalidades individuais dos gestores. Portanto, assume-se a seguinte finalidade da prática dos gestores da ESF: reorientar o modelo de atenção à saúde a partir do fortalecimento da atenção básica integral, além de se constituir como a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS (AQUINO et al, 2014; BRASIL, 2006; GIOVANELLA et al, 2009; TEIXEIRA, 2006).

b) O *objeto* como o “trabalho de outras pessoas que se encontram sob a sua supervisão ou comando” (SOUZA; VIANA, 2014 p. 261). Para o gestor da ESF, as outras pessoas se constituem nas equipes multiprofissionais, que, como equipe, tem o seu trabalho caracterizado como o:

(...) trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamento e de tomadas de decisões quanto à assistência ou os cuidados a se prestar (Shraiber et al, 1999 p. 233).

Portanto, o objeto do processo de trabalho do gestor da ESF será o trabalho das equipes multiprofissionais da ESF.

c) Os *instrumentos* como “as atitudes, os conhecimentos e as técnicas que utiliza para definir o processo de trabalho dos outros e controlar suas ações” (SOUZA; VIANA, 2014 p. 261). Considerando a importância da articulação para a implantação e organização das Linhas de Cuidado, a partir da Atenção Básica, podem ser definidos os seguintes instrumentos do processo de trabalho do gestor: a atitude de liderança, a capacidade de negociação e articulação desenvolvidas com o aporte do planejamento. Salienta-se que o planejamento é um dos principais instrumentos utilizados pelo gestor, apesar de não ser o único, podendo ser assumido para além da doutrina e das técnicas que lhes conformam (PAIM, 1999), pois, como definido por Schraiber e outros (1999) o planejamento e a gestão podem ser definidos como produção de um trabalho: “o de organização e de realização de outros trabalhos, com vistas à racionalidade produtiva dos serviços em seus diversos fins” (SHRAIBER et al, 1999 p. 221).

d) Os *agentes* são os próprios gestores. Entretanto, levando em consideração que “os sujeitos expressam-se no e através do trabalho” (Schraiber *et al*, 1999 p. 229), optou-se por conhecê-los a partir do seu modo de conduzir, ou seja, da sua forma de se relacionar com a equipe multiprofissional que compõe a ESF. Esta opção metodológica está apoiada na afirmação de Schraiber et al (1999) de que a gerência,

(...) é o lugar do desempenho das redes interativas – interação do gestor com outras relações interativas, em uma ação sobre a ação de outros (de profissionais e usuários), ressaltando os problemas dos sujeitos e seus valores, das culturas e seus comportamentos práticos, como parte da flexibilização das normas (SHRAIBER et al, 1999 p. 225 ).

Portanto, analisar a mediação da aprendizagem nesta perspectiva possibilita conhecer como os agentes da prática de gestão experimentam a formação problematizadora que subsidiarão as suas práticas como lideranças da Atenção Básica.

Agrega-se, na análise, a categoria ação/atividade descrita como o trabalho propriamente dito. Esta, para análise do processo de trabalho do gestor, segundo Souza e Viana (2014):

(...) consiste na direção e no controle do trabalho dos subalternos (quando se adota a perspectiva da escola clássica da Administração) ou no comando e na supervisão do desenvolvimento das operações táticas, caso se adote a perspectiva do Planejamento Estratégico Situacional (p. 261/262).

Por fim, é preciso considerar que o trabalho do gestor apresenta-se como uma prática complexa que se defronta diariamente com desafios para,

(...) por um lado, garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos, tal como convém ao representante dessa esfera pública que se plasmou nas leis e normas da reforma; e por outro, que encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas (SCHRAIBER et al, 1999 p. 224/225).

## **2.2 A estratégia pedagógica da problematização para indução de mudanças no modelo de atenção à saúde**

Objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização, a EPS assume o trabalho como princípio educativo e se baseia na necessidade de saúde das pessoas e da comunidade. Para tanto adota, entre suas abordagens pedagógicas, a problematização (CECCIM; FERLA, 2008).

Neste processo de formação para a mudança estabelece-se uma relação dialógica que se contrapõe à educação bancária, requerendo o estabelecimento de uma mediação da aprendizagem que valorize o conhecimento prévio dos participantes e que a partir da análise crítica e reflexiva da realidade, se produzam transformações, frutos do desconforto entre os conhecimentos tácitos e os teóricos (CECCIM, 2005).

A educação bancária, concebida por Freire (1987), é caracterizada pela transmissão de valores e conhecimentos de forma vertical e antidialógica do educador para o educando, implicando no recebimento, repetição, memorização mecânica, guarda e arquivamento dos conteúdos (FREIRE, 1987). Na prática docente, orientada pela educação bancária, aniquila-se a possibilidade de formação crítica e reflexiva, pois restringe o docente a um mero transmissor de conteúdos e os discentes a apenas receptores que reproduzem passivamente o conhecimento transmitido (MITRE et al, 2008).

Na saúde, este processo de ensino-aprendizagem centrado na transmissão-recepção, configura-se no modelo hegemônico utilizado para a manutenção do modelo médico assistencial cujas práticas pedagógicas centram-se nos conteúdos e na organização fragmentada do processo de ensino-aprendizagem (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Na busca por provocar mudanças no modelo de atenção, as práticas docentes orientadas para a formação crítica e reflexiva dos discentes podem ser consideradas como uma das indutoras deste processo (MITRE et al, 2008).

Cabe considerar que a reflexão crítica sobre a prática docente representa uma exigência para a compreensão da opção política e ideológica que assume o ato de ensinar para além da transferência de conhecimentos. Nesta opção, denominada por Freire (2013) como “prática educativo-crítica”, ou, “progressista”, é possibilitado aos sujeitos do processo, educadores e educandos, participarem como sujeitos da produção e da reconstrução do saber (FREIRE, 2013).

Nesta direção, as concepções e práticas pedagógicas que se fazem revelar na EPS enaltecem a efetivação de estratégias de ensino-aprendizagem que, de forma intencional, favoreçam a capacidade crítica e reflexiva da equipe em relação aos processos de trabalho instituídos e à realidade social, buscando a construção de intervenções compartilhadas, privilegiando o conhecimento prático dos participantes (BRASIL, 2009). Além disso, a formação pretendida pela EPS está implicada com o papel social e político do trabalho em saúde, indo além da atualização dos conhecimentos técnicos dos participantes (CARVALHO; CECCIM, 2006).

A adoção de metodologias de ensino-aprendizagem problematizadoras que buscam instigar a participação crítica do discente, a construção da implicação e a capacidade de assumir a sua responsabilidade no processo de formação apresentam-se como estratégias relevantes para a formação em saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Neste momento cabe considerar o que vem a ser a problematização, visto que para Zanotto e De Rose (2003) este não é um método novo, sendo possível identificá-lo, por exemplo, no Método de Problemas de Dewey, elaborado em 1910; no método proposto por Freire (1987) na alfabetização de adultos, entre outros. Entretanto, com diferenças significativas no “papel que atribuem ao sujeito que realiza a ação” (ZANOTTO; DE ROSE, 2003 p. 47).

Para Zanotto (2002 apud ZANOTTO; DE ROSE, 2003), problematizar, enquanto metodologia,

(...) é a ação de relacionar de forma coerente e seqüenciada, três momentos, a saber: a identificação de um problema relevante, específico e objetivo; a busca de fatores explicativos do problema de forma suficiente e pertinente e a proposição de solução (ou soluções) factíveis e adequadas (p. 47).

Portanto, problematizar vai além da formulação de perguntas, pois, ainda segundo as autoras, “nem toda pergunta contém um problema” (ZANOTT; DE ROSE, 2003 p. 47).

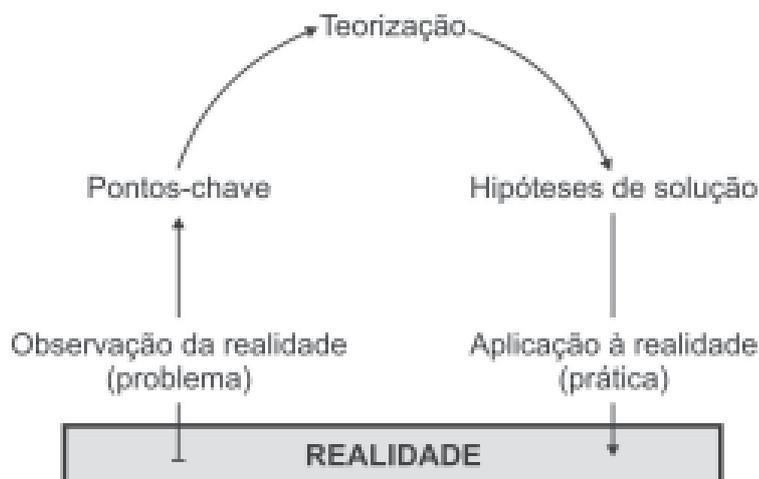
Cabe considerar que atualmente, incluindo na área de saúde, são utilizadas como metodologias problematizadoras, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Metodologia da Problematização ou problematização (MP). Partindo de bases teóricas diferentes, ambas pressupõem que os alunos sabem alguma coisa, entretanto, a primeira está relacionada à proposta de reestruturação curricular na formação médica, objetivando o aprendizado cognitivo e a integração de disciplinas com vistas à prática, a partir de problemas, essencialmente clínicos, formulados por professores especialistas. E a segunda, se fundamenta nos estudos de Freire (1987), presentes no seu método de Alfabetização de Jovens e Adultos, propondo a problematização a partir da realidade concreta dos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (CYRINO; PEREIRA, 2004; SILVA; DELIZOICOV, 2008).

Portanto, segundo Cyrino e Pereira (2004), essas metodologias apresentam objetivos distintos, visto que a problematização busca a transformação social, explicitando a intencionalidade política da educação, enquanto que na ABP espera-se preparar cognitivamente os estudantes para resolverem problemas relacionados à sua área de atuação clínica (CYRINO; PEREIRA, 2004).

Torna-se oportuno aprofundar o conhecimento sobre o método da problematização, considerando a sua relevância para a formação em saúde, especialmente em ações educativas que envolvem o trabalho nos serviços de saúde que visem dos estudantes além do conhecimento, a tomada de consciência e o comprometimento para a resolução de problemas (FARAH ; PIERANTONI, 2003).

Neste sentido, parece pertinente apresentar a Metodologia da Problematização, apresentada no Brasil por Bordenave e Pereira (1982 apud BERBEL, 1995), que tem como referência o Método do Arco de Charles Maguerez (Figura 1) e desenvolve-se nas seguintes etapas: *observação da realidade e definição do problema de estudo, definição dos pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução, e aplicação à realidade* (BERBEL, 1995).

**Figura 2** – Arco de Maguerez



Fonte: BERBEL, 1995 p. 11.

Na etapa de *observação da realidade e definição do problema*, considerada a primeira etapa do Método, os alunos são orientados a se apropriarem das informações da realidade que estão inseridos e a partir dela, com a ajuda do professor, selecionarem uma situação a ser problematizada (COLOMBO; BERBEL, 2007). Para Berbel (2005) esta etapa constitui-se no maior desafio do Método, devido à insegurança na identificação e na caracterização quanto à relevância do problema (BERBEL, 2005).

Sugere-se que a dificuldade de identificação do problema está atrelada à ausência de tradição dos estudantes em formular problemas e ao fato de que problematizar a realidade seja uma ação muito mais complexa do que quando se dá no campo abstrato. É preciso compreender que um problema compreende uma situação inquietante, instigante e inadequada. Além disso, uma situação só pode ser considerada um problema quando não exista uma resposta pronta na literatura ou em outros meios. O problema, nesta metodologia, parte de algo sentido pelos sujeitos que estão intimamente imbricados na realidade, precisa ser bem localizado e circunscrito para a formulação de soluções, sendo apresentado por meio de uma pergunta, afirmações ou negação (BERBEL, 1995, 2005).

A segunda etapa requer a definição de *pontos-chaves* a partir das reflexões sobre os fatores e determinantes que incidem ou se relacionam com o problema possibilitando a identificação de pontos a serem estudados. Podem ser expressos, entre outros, como questões que se apresentam para estudo, tópicos a serem investigados ou princípios a serem considerados para estudo (BERBEL, 1995; COLOMBO; BERBEL, 2007).

A próxima etapa é a *teorização* considerada como o momento em que se constroem respostas mais elaboradas sobre o problema a partir da literatura ou das informações disponíveis na própria realidade, identificadas através de entrevistas, questionários, etc. Os dados obtidos são analisados e discutidos na busca de um sentido, tendo em vista o problema (BERBEL, 1995; COLOMBO; BERBEL, 2007).

Na etapa da identificação de *hipóteses de solução* estimula-se a criatividade e a originalidade dos alunos a fim de buscar alternativas para a resolução do problema, visto que os procedimentos até então adotados não foram capazes de resolvê-lo (BERBEL, 1995; COLOMBO; BERBEL, 2007).

A quinta e última etapa é a *aplicação à realidade* que ao possibilitar ao estudante intervir na realidade social à qual está inserido permite, além do exercício, o estímulo ao comprometimento relacionado à sua transformação (BERBEL, 1995; COLOMBO; BERBEL, 2007).

Assim, segundo Berbel (1995) a Problematização, pelo forte caráter político do trabalho pedagógico realizado a partir da realidade concreta, assume-se como uma educação libertadora representando uma resposta político-pedagógica à incapacidade da educação bancária de proporcionar ao sujeito, inserido no processo ensino-aprendizagem, transformar a sua realidade e a si mesmo (BERBEL, 1995).

Neste sentido, considerando a EPS como uma estratégia de transformação, espera-se que a problematização alicerce as práticas educativas, enquanto proposta político-pedagógica para emancipação do sujeito, permitindo a formação de um pensamento crítico e reflexivo sobre a sua realidade repleta de contradições (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Cyrino e Pereira (2004), ao analisarem a utilização da ABP e a problematização no ensino médico, afirmaram que as experiências pedagógicas que surgem da problematização da realidade e que se voltam para mudanças de processos, relações e conteúdos, podem ser consideradas inovadoras por romperem com a forma bancária de ensinar e aprender (CYRINO; PEREIRA, 2004).

De forma complementar, Schaurich, Cabral e Almeida (2007), ao refletirem sobre a experiência da problematização no ensino técnico em Enfermagem, além de ratificarem os achados de Cyrino e Pereira (2004), identificaram que a metodologia expõe a fragilidade do modelo biologicista presente na área de saúde bem como a separação que existe entre o ensino

e a prática e o exercício do poder que permeia as relações no trabalho em saúde (SCHAURICH; CABRAL; ALMEIDA, 2007).

Para Silva e Peduzzi (2011), tomando como referência a concepção de trabalho em saúde como ação instrumental e comunicativa (SCHRAIBER et al, 1999), existe primazia da lógica instrumental do processo de trabalho em saúde em detrimento da sua ação comunicativa e intersubjetiva, reduzindo a abordagem aos problemas técnicos de profissionais especializados, geralmente, relacionados com as doenças. Este fato tem impacto significativo sobre as ações educativas desenvolvidas, mantendo-se a lógica da educação continuada, voltada para a atualização técnica, em detrimento da EPS. Para as autoras a EPS, por problematizar a realidade, pode representar uma possibilidade de resgate da ação comunicativa do trabalho em saúde por ampliar as possibilidades de respostas para além da racionalidade técnico-científica (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Além disso, Farah e Pierantoni (2003), ao descreverem e analisarem a utilização desta metodologia no Curso Introdutório para a Saúde da Família, afirmaram ser possível a sua utilização na qualificação das equipes, visando à reorientação do modelo assistencial hegemônico a partir da construção e reconstrução das suas práticas oriundas do processo crítico reflexivo que o método possibilita (FARAH; PIERANTONI, 2003).

Entretanto, apesar da sua relevância, considerando que, no projeto político pedagógico, não foi explicitado o método a ser utilizado no Curso Especialização em Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado, e apoiado na constatação de Zanotto e De Rose (2003) de que todas as metodologias que enfatizam a resolução de problemas estão calcadas no trinômio problema-explicação-solução, optou-se por analisar a problematização a partir da existência e da habilidade de relacionar de forma coerente e seqüencial dos seguintes momentos: identificação do problema, busca de explicação e proposição de soluções (ZANOTTO; DE ROSE, 2003).

Zanotto e De Rose (2003), de forma complementar, apresentam os critérios que definem a qualidade do ato de problematizar:

[...] Podemos identificar um problema com relevância, objetividade e especificidade (qualidades favoráveis, a serem buscadas) ou podemos identificar um problema com irrelevância, subjetividade e generalidade (qualidades desfavoráveis, a serem evitadas). Igualmente, a busca de fatores explicativos pode ser conduzida com pertinência e suficiência (qualidades favoráveis) ou com não pertinência e insuficiência (qualidades

desfavoráveis). A proposição de soluções pode ter factibilidade e adequabilidade (qualidades favoráveis) ou inadequabilidade e impraticabilidade (qualidades desfavoráveis). Além dessas qualidades específicas para cada momento, podem ser atribuídas duas outras qualidades favoráveis referentes ao conjunto: coerência e seqüencialidade [...] (p. 51)

### 2.3 A mediação da aprendizagem nas ações educativas orientadas pela EPS a distância

Etimologicamente, a palavra “mediação” é oriunda do radical grego *mésos*, que significa “está no meio” e do latim *mediatio*, que significa intercessão ou intermédio. Sendo, portanto, considerado o que está entre duas partes e que estabelece relação entre elas (MAHEU, 2005 p. 4). Entretanto, no campo educacional a sua compreensão não se restringe a estas definições, sendo necessário recorrer àqueles que estrearam o referido termo na psicologia educacional ao estudarem os mecanismos do desenvolvimento do psiquismo humano para a formação da consciência: a Teoria Histórico-Cultural que teve o trabalho do psicólogo russo Vygotsky<sup>13</sup> como seu precursor (CAVALCANTI, 2005; CASTRO, 2014).

O homem, diferente dos animais, tem no trabalho a sua possibilidade de criar os produtos (materiais ou não materiais) capazes de suprir as suas necessidades e com eles todo o conhecimento (produção cultural) sobre a sua criação, ou seja, são capazes de desenvolverem também os “saberes sobre o mundo circulante” (SFORNI, 2008 p. 2). Esses conhecimentos, proveniente da atividade humana, são históricos, culturalmente produzidos e sistematizados em vários campos do saber, codificados como palavras, fórmulas, equações, etc e, denominados por Vygotsky como ferramentas ou instrumentos psicológicos (SFORNI, 2008).

Ferramentas psicológicas são formações artificiais. Por sua natureza elas são sociais, não orgânicas ou individuais. Elas são dirigidas para o domínio ou controle dos processos comportamentais – dos outros e de si próprio - como os meios técnicos são dirigidos para o controle dos processos da natureza. Podem servir como exemplo de ferramentas psicológicas e seus complexos sistemas: linguagem; vários sistemas de contagem; técnicas mnemônicas; sistemas de símbolos algébricos; obras de arte; escrita, esquemas, diagramas, mapas, e desenhos mecânicos; todo tipo de sinais convencionais; etc. (VYGOTSKY, 1981, p. 137 apud SFORNI, 2008 p. 3).

---

<sup>13</sup> Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934) foi um psicólogo russo, com formação, entre outras, em direito e medicina, cujo trabalho tem base epistemológica no materialismo histórico marxista. Precursor da corrente de pensamento denominada de teoria histórico-cultural cujo trabalho centrava-se na compreensão dos processos mentais humanos como um resultado do processo sócio-histórico, enfatizando o papel da linguagem e da aprendizagem no seu desenvolvimento (CAVALCANTI, 2005).

Para Vygotsky o homem, ao transformar a natureza, não se relaciona diretamente com o mundo, sua relação é mediada pelo conhecimento gerado por seus antecessores, pelos instrumentos físicos ou simbólicos que se interpõem entre o homem, os objetos e os fenômenos. Para tanto, o homem nos seus processos mentais, necessários para a formação da consciência, vale-se do processo de internalização, mediante o uso de signos ou também denominados instrumentos internos de mediação (SFORNI, 2008).

A internalização é uma operação fundamental para o processo de desenvolvimento de funções psicológicas superiores<sup>14</sup> e consiste em um processo de reconstrução interna de uma operação externa com objetos que o homem entra em interação, ou seja, é uma operação que começa como uma atividade externa (entre as pessoas) se reconstrói e começa a acontecer internamente (dentro de cada pessoa), envolvendo a transformação de fenômenos sociais em fenômenos psicológicos através dos signos (CAVALCANTI, 2005; SFORNI, 2008).

Para tanto, foram determinados por Vygotsky (1988 apud PINTO, 2013) dois níveis ou zonas do desenvolvimento cognitivo: o nível de desenvolvimento real (primeiro nível) e o nível de desenvolvimento potencial. O primeiro caracteriza-se como o desenvolvimento de funções mentais que são realizadas de forma independente, ou seja, sem o auxílio de alguém capacitado. E o segundo pela necessidade de orientação ou colaboração de outro indivíduo para solução de problemas. O autor definiu, levando em consideração o processo de aprendizagem da criança, a diferença existente entre o que já se sabe e o que pode fazer com o auxílio de um adulto, como a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) sendo esta, para o autor, o local indicado de atuação da atividade pedagógica, por seu potencial de desenvolvimento cognitivo (PINTO, 2013).

O trabalho docente voltado para a “exploração” da ZDP e para a construção de conhecimentos nela possibilitada deve estar atento para a complexidade desse processo de construção pelo aluno, para a complexidade do contexto, que envolve as múltiplas influências sociais presentes nas relações do aluno na escola, enfim, para a complexidade da própria mediação escolar e das relações com o outro. (CAVALCANTI, 2005, p.195)

Para Vygotsky (1978 apud FINO, 2001) o desenvolvimento consiste num processo de aprendizagem no uso das ferramentas intelectuais, através da interação social com outros indivíduos que já as experimentaram anteriormente. Para o autor a interação mais efetiva se

---

<sup>14</sup> Consiste na percepção, memória e pensamento, e segundo Vygotsky desenvolvem-se na sua relação com o meio sociocultural. São processos únicos nos seres humanos (CAVALCANTI, 2005).

dá a partir da resolução de problemas em conjunto, sob a orientação de um indivíduo mais apto (FINO, 2001).

Neste sentido, o processo de aprendizagem se estabelece de forma dialógica a partir da convivência do indivíduo com os outros homens sendo essencial a papel desempenhado pela mediação pedagógica a fim de se estabelecer a ponte entre o que o estudante já sabe e o conhecimento científico (CAVALCANTI, 2005; SFORNI, 2008).

As aquisições do desenvolvimento histórico das aptidões humanas não são simplesmente 'dadas' aos homens nos fenômenos objetivos da cultura material e espiritual que os encarnam, mas são aí apenas impostas'. Para se apropriar destes resultados, para fazer deles as suas aptidões, 'os órgãos da sua individualidade', a criança, o ser humano, deve entrar em relação com os fenômenos do mundo circundante através doutros homens, isto é, num processo de comunicação com eles. Assim, a criança 'aprende' a atividade adequada. Pela sua função, este processo é, portanto, um processo de 'educação' (LEONTIEV, 1978, p. 272 apud SFORNI, 2008 p. 5).

Portanto, é possível apreender a partir da teoria histórico-cultural, que o desenvolvimento cognitivo tem caráter histórico e social, ou seja, desenvolvem-se na sua relação com o meio sociocultural sendo esta relação mediada por signo (por exemplo, a linguagem), não é um processo linear, se inicia através de internalização e é mediatizada por outros sujeitos que se apropriaram anteriormente dos conhecimentos (SFORNI, 2008).

Esta mediação, nos processos educacionais, possui intencionalidade, não se restringe a relação interpessoal do professor com o aluno ou entre alunos, não se trata de ajuda aleatória e fundamentalmente se estabelece na ação sobre objetos específicos, como por exemplo, o conteúdo a ser estudado, na relação entre sujeito-conhecimento-sujeito (SFORNI, 2008). Deste modo, torna-se imprescindível compreender o papel do professor nesta mediação visto que “se, do ponto de vista científico, negamos que o professor tenha a capacidade mística de ‘modelar a alma alheia’, é precisamente porque reconhecemos que sua importância é incomensuravelmente maior” (VYGOTSKY, 2003, p.76 apud PINTO, 2013 p. 47).

A mediação pedagógica, considerando a ZDP, considera a relação de partilha que acontece na interação entre o professor e aluno. Nesta concepção, cabe ao professor disponibilizar recursos e apoio ao aluno para que o mesmo possa alcançar um nível maior de conhecimentos, sendo inicialmente responsável por guiar o aprendiz na sua tomada de consciência a partir de confrontos com as tarefas reconhecidamente apropriadas, além de compreender que, em um grupo de alunos, pode existir diferentes ZDPs e que o aprendizado

não acontece apenas na relação professor-aluno sendo também potencializado na relação entre alunos (FINO, 2001).

Ressalta-se, entretanto, a ineficácia de aprendizagens voltadas apenas para a instrução e orientadas para o nível de desenvolvimento que já foram atingidos pelos estudantes, porque não possibilitam avançar para um novo estágio do processo de desenvolvimento cognitivo (FINO, 2001).

Portanto, o papel do professor na mediação pedagógica não se restringe a ser um mero elo intermediário entre o conhecimento e o aluno. O trabalho do professor, voltado para a exploração da ZDP e para a construção de conhecimentos que ela possibilita, precisa estar atento para a complexidade do processo de aprendizagem para o aluno além do próprio contexto que envolve múltiplas influências sociais na relação do aluno com a escola (CAVALCANTI, 2005).

Ao assumir o papel de mediador pedagógico, o professor torna-se provocador, contraditor, facilitador, orientador. [...] primeiro o professor faz a leitura do conteúdo, apropriando-se dele. Em seguida, coloca-o à disposição dos alunos que, por sua vez, o refazem, o reconstróem para si, tornando-o seu, dando-lhe um novo sentido (GASPARIN, 2007, p.113-114 apud PINTO, 2013 p. 45).

Cabe salientar que é fundamental para a construção do conhecimento a interação social, e a responsabilidade de não se perder de vista a referência do outro, pois, é a partir desta prerrogativa que se torna possível perceber os diferentes significados dados aos objetos de conhecimento (CAVALVANTI, 2005).

Para Fino (2001), apoiado em Morrison (1993), o conceito de interação social, presente na obra de Vygotsky, por considerar que o desenvolvimento cognitivo é um processo social e o conhecimento é algo socialmente construído, não pode ser definido:

(...) apenas pela comunicação entre o professor e o aluno, mas também pelo ambiente em que a comunicação ocorre, de modo que o aprendiz interage também com os problemas, os assuntos, as estratégias, a informação e os valores de um sistema que o inclui (FINO, 2001 p. 7).

Assim, na busca por uma ação pedagógica consistente cabe ao professor propor indagações, questionamentos e desafios por meio de uma prática contextualizada almejando a aprendizagem significativa, tendo como finalidade a formação de sujeitos capazes de

provocar mudanças em sua realidade e, através da interação com outros indivíduos, ser capaz de refletir e transformar seu cotidiano (PINTO, 2013).

[...] o aluno é o sujeito ativo de seu processo de formação e de desenvolvimento intelectual, afetivo e social; o professor tem o papel de mediador do processo de formação do aluno; a mediação própria do trabalho do professor é a de favorecer/propiciar a inter-relação (encontro/confronto) entre sujeito (aluno) e o objeto de seu conhecimento (conteúdo escolar); nessa mediação, o saber do aluno é uma dimensão importante do seu processo de conhecimento (CAVALCANTI, 2005 p. 198/199).

Neste sentido, considerando as contribuições de Vygotsky para a compreensão do processo de ensino-aprendizagem, torna-se relevante discutir o processo de mediar no contexto da educação a distância (EAD), compreendida como um processo de ensino-aprendizagem onde professores e alunos não estão fisicamente no mesmo local, mas podem estar conectados por tecnologias, tais como, o correio, a televisão, o vídeo e a Internet, podendo ou não apresentar momentos presenciais (MORAN, 2002).

No Brasil as bases legais para a educação a distância são inseridas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/1996 e regulamentada através do Decreto nº 5.622/2005. Este último caracteriza a educação a distância como:

(...) modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos (BRASIL, 2005 p. 1)

Esta modalidade tem sido cada vez mais requisitada por ampliar o número de participantes nos processos educativos como também por reduzir as distâncias físicas favorecendo o acesso ao ensino nas regiões mais longínquas (RANGEL-S et al 2012). A criação da Universidade Aberta do Brasil (UAB), em 2005, configura um exemplo de incorporação da educação a distância, como ação estatal integrada entre União, Estados e Municípios, ao contexto educacional brasileiro (ALVES, 2011).

Cabe salientar que o desenvolvimento das tecnologias, principalmente a partir da utilização da Internet, possibilitou a utilização de novos recursos para o processo de ensino-aprendizagem na educação a distância (ALVES, 2011; FREITAS, 2005; MORAN, 2002; SANTOS, 2009). Enquanto que os cursos mediados por mídias de massa, como por exemplo,

por correspondência, televisão ou rádio, são caracterizados pela educação bancária, as ações educativas que utilizem recursos da Internet podem, com uma intenção pedagógica e com a apropriação destas interfaces de forma adequada, potencializar um processo de ensino-aprendizagem que possibilite a interatividade e a produção de conhecimentos de forma colaborativa (SANTOS, 2009).

Portanto, a mediação pedagógica na EAD via *web* deve possibilitar ao estudante buscar informações, relacioná-las, organizá-las, discuti-las e, sobretudo debatê-las com o professor e com os outros colegas participantes em um processo que possibilite a aprendizagem significativa (CASTRO, 2014).

[...] a ação, o comportamento do professor que deve se colocar como um facilitador, incentivador ou motivador da aprendizagem, formando neste contexto, uma ponte entre o aprendiz e sua aprendizagem (MORAN et al 2000 apud CASTRO, 2014 p. 58)

O processo de ensino-aprendizagem requerido neste contexto deve, assim, valorizar a interação, a partilha e a colaboração dos diversos sujeitos envolvidos nas ações pedagógicas em ambientes virtuais de aprendizagem<sup>15</sup> (MIRANDA et al, 2001).

A aprendizagem colaborativa “é baseada num modelo centrado no aluno, promovendo a sua participação dinâmica nas atividades e na definição dos objetivos comuns do grupo” (DIAS, 2001 p. 2). Nesta estratégia educacional, o processo de aprendizagem é ativo visto que se encoraja a participação dos estudantes a fim de que os mesmos possam construir coletivamente o conhecimento por meio de uma troca constante de informações, de pontos de vista, de questionamentos, de resoluções de questões e de avaliações (TORRES; ALCANTARA; IRALA, 2004).

Miranda, Morais e Dias (2007) afirmam que nos processos pedagógicos *online* a aprendizagem colaborativa representa uma das formas de responder aos objetivos da aprendizagem, de fomentar a interação e de proporcionar a construção e a utilização do conhecimento, devendo ser fomentada nos contextos educativos a partir da formação de comunidades de aprendizagem (MIRANDA; MORAIS; DIAS, 2007).

---

<sup>15</sup> São “espaços pedagógicos e sociais de comunicação, suportados por redes de computadores, nos quais professores e alunos podem aprender individual ou colaborativamente, a partir de uma cultura que valorize o trabalho conjunto, a promoção da discussão e da reflexão, no sentido das pessoas que utilizam o mesmo ambiente se apoiarem uma às outras, utilizando recursos tecnológicos na construção do conhecimento” (MIRANDA; MORAIS; DIAS, 2007 p. 577).

As comunidades de aprendizagem podem ser consideradas como grupo de pessoas que partilham e refletem em conjunto, no sentido de atingirem objetivos e metas comuns. Assim, no contexto educativo, as principais pessoas envolvidas numa comunidade de aprendizagem são os alunos, os professores, os investigadores e outros elementos da sociedade que possam estar interessados ou desejem contribuir para a resolução de problemas específicos do contexto educativo. Nas comunidades de aprendizagem online os intervenientes no processo educativo podem discutir as suas ideias ou trocar experiências tendo em vista a construção de conhecimento e a promoção de competências (MIRANDA; MORAIS; DIAS, 2007 p. 578).

Além disso, a aprendizagem colaborativa, além de favorecer a aprendizagem de conteúdos, possui:

(...) o potencial de desenvolver o pensamento crítico através de discussões, esclarecimentos de ideias, e a avaliação da ideia dos outros [...] o que contribui para a construção coletiva do conhecimento e com o desenvolvimento dos membros do grupo como cidadãos, aprimorando as suas habilidades pessoais trazendo benefícios sociais e profissionais (Gokhale, 1995 apud Torres et al, 2013 p. 6)

Entretanto, para Pallof e Pratt (2005 apud MIRANDA; MORAIS; DIAS, 2007) o sucesso da atividade colaborativa requer planeamento e acompanhamento. Não basta ter o recurso tecnológico para garantir a colaboração, pois ela não surge de forma espontânea sendo preciso por parte do professor estimular a criação do sentido de comunidade e estimular a participação dos alunos na resolução de tarefas curriculares de aprendizagem (MIRANDA, MORAIS; DIAS, 2007).

Para Dias (2001) a organização e funcionamento das comunidades de aprendizagem reforçam a importância da co-responsabilização e co-autoria na realização das atividades em grupo e requerem que:

(...) o professor ou tutor, além de ser um membro do grupo, desenvolva um papel de dinamizador dos processos organizacionais da comunidade e de encorajamento na participação e envolvimento na criação conjunta da rede de ideias, modelos e teorias necessários para a análise, avaliação e síntese criativa do novo conhecimento no âmbito da comunidade (p. 7).

Destaca-se que o vínculo organizador destas comunidades estabelece-se a partir da comunicação coletiva e fortemente interativa (DIAS, 2001). Segundo Lévy (1999 apud RANGEL-S et al 2012), a interatividade pode ser compreendida como:

(...) a possibilidade de os sujeitos participarem ativamente, interferindo no processo com ações, reações, intervindo, tornando-se receptor e emissor de

mensagens que ganham plasticidade, permitindo sua transformação imediata (RANGEL-S et al 2012 p. 546).

Para Silva, M. (2001) a interatividade, concebida como um princípio do mundo digital e da cibercultura<sup>16</sup>, é um modo de comunicação que permite a reorientação do modelo educacional, centrado na lógica da transmissão de conhecimentos, para aquele em que a aprendizagem se estabelece com a participação genuína dos alunos em um processo que possibilita a co-criação.

Considera-se como característica da comunicação interativa “a possibilidade da mensagem ser emitida ou modificada tanto pelo professor como pelos aprendentes em um processo interativo e de produção colaborativa” (SILVA, M., 2006 p. 70).

A interatividade requer que o professor proponha o conhecimento aos estudantes e estes efetivem a sua participação a partir da criação, modificação e construção, ou seja, por meio da co-criação, permitindo a evolução do conhecimento com coerência e continuidade. A promoção de uma “sala de aula interativa” requer do professor as seguintes habilidades (SILVA, M., 2001):

1. Pressupor a participação-intervenção dos alunos, sabendo que participar é muito mais que responder “sim” ou “não”, é muito mais que escolher uma opção dada; participar é atuar na construção do conhecimento e da comunicação;
2. Garantir a bidirecionalidade da emissão e recepção, sabendo que a comunicação e a aprendizagem são produção conjunta do professor e dos alunos;
3. Disponibilizar múltiplas redes articulatórias, sabendo que não se propõe uma mensagem fechada, ao contrário, se oferece informações em redes de conexões permitindo ao receptor ampla liberdade de associações, de significações;
4. Engendrar a cooperação, sabendo que a comunicação e o conhecimento se constroem entre alunos e professor como co-criação e não no trabalho solitário;
5. Suscitar a expressão e a confrontação das subjetividades, sabendo que a fala livre e plural supõe lidar com as diferenças na construção da tolerância e da democracia (p. 11).

Ressalta-se que este processo se estabelece, na EAD mediada por tecnologias como a Internet, no ambiente virtual de aprendizagem (AVA), considerado como o espaço de desenvolvimento desta comunicação e se constituem ambientes flexíveis que possibilitam a

---

<sup>16</sup> Para Santos (2005) “é o movimento sociotécnico-cultural que gesta suas práticas a partir da convergência tecnológica da informática com as telecomunicações que faz emergir uma pluralidade de interfaces síncronas e assíncronas de comunicação e uma multiplicidade de novas mídias e linguagens que vêm potencializando novas formas de sociabilidade e, com isso, novos processos educacionais, formativos e de aprendizagens baseados nos conceitos de interatividade e hipertextualidade” (p. 8).

professores e alunos interajam de forma síncrona ou assíncrona (MIRANDA; MORAIS; DIAS, 2007).

O AVA possibilita que esta interação seja realizada na modalidade um para todos ou, principalmente, todos para todos, como ocorre no uso de fóruns de discussão, considerado como uma ferramenta assíncrona favorável à participação (RANGEL-S et al 2012).

Os fóruns de discussão na web podem assumir o papel de uma infraestrutura de base na qual são discutidos de uma forma ampla e participada os assuntos relevantes para os alunos e para a comunidade específica da sociedade, pois, qualquer utilizador pode intervir nos assuntos que são objeto de estudo e responder a questões propostas, tornando deste modo a sala de aula um espaço com fronteiras ilimitadas e aberto à participação da sociedade. A comunicação em fóruns de discussão permite aos participantes refletir nas contribuições dos outros e construir uma colaboração pensada e bem preparada antes de colocar no fórum de discussão a reflexão pessoal sobre o assunto em causa (MIRANDA et al, 2001 p. 588)

A mediação pedagógica nas discussões *online* representa uma oportunidade dos professores orientarem experiências de aprendizagem e dos alunos partilharem suas perspectivas e experiências para a construção do conhecimento (MIRANDA; MORAIS; DIAS, 2007).

Assim, considerando que a Educação Permanente em Saúde tem como base a problematização do processo de trabalho e a aprendizagem significativa, a atuação dos tutores nos fóruns de discussões no ambiente virtual de aprendizagem requer a efetivação de estratégias pedagógicas participativas, que estimulem a partilha de conhecimentos, e que sejam capazes de mobilizar a capacidade crítica e criativa dos sujeitos (BRASIL, 2009).

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de natureza quantitativa e qualitativa, retrospectivo, que abordou uma ação educativa direcionada aos gestores da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. Segundo Yin (2005 p. 20), a opção pelo estudo de caso está relacionada ao “desejo de se conhecer um fenômeno social complexo”, como é o caso de um processo de ensino-aprendizagem.

Salienta-se que o desenho inicial do estudo previa a análise das duas únicas ações educativas, com certificação como especialização *latu sensu*, direcionadas para os gestores da Estratégia de Saúde da Família, desenvolvida e executada pela SESAB no período de 2007 a 2013: O Curso de Especialização em Saúde da Família com ênfase no gerenciamento e coordenação do processo de trabalho (2007-2008) e o Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das linhas de cuidado (2009-2010). Entretanto, como a base do ambiente virtual de aprendizagem (AVA) do primeiro Curso foi excluída do servidor no qual estava armazenada, foi realizada a análise apenas da segunda ação.

O Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado foi desenvolvido pela Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto (EESP) em parceria com a Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) com a consultoria do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e está intimamente relacionado ao Projeto de Implantação das Linhas de Cuidado e a operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no SUS/Bahia que tem em vista o trabalho, tomam o trabalhador como centro do processo de aprendizagem e objetiva a transformação dos sujeitos e das instituições (BAHIA, 2009b).

O Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso se referiu ao projeto de implantação das Linhas de Cuidado:

(...) como uma proposta pensada a partir da necessidade de ofertar modos de desenvolver e qualificar o cuidado prestado às pessoas e populações e a gestão necessária para apoiar, desenvolver e acompanhar mudança em direção à qualificação das práticas na Atenção Básica. Permitindo intervir sobre os problemas mais prevalentes nas comunidades com agilidade, resolubilidade e eficácia e, ao mesmo tempo, construir uma estratégia estruturante da organização do processo de trabalho” (BAHIA, 2009b p. 4).

Segundo Blauth (2011 p.8) o referido projeto visou a formação e estruturação de Redes de Atenção à Saúde, além do apoio na construção de Sistemas Regionais de Saúde e o fomento à qualificação das práticas e modelos organizacionais de gestão municipal e regional, a partir da Atenção Básica.

Para tanto, o curso contou com 129 gestores entre os quais se encontravam os gestores coordenadores dos Núcleos Microrregionais de Implantação das Linhas de Cuidado da Atenção Básica e Educação Permanente, os gestores da Atenção Básica das Secretarias Municipais de Saúde, gestores das Diretorias Regionais de Saúde, e gestores da Atenção Básica ou de Linhas de Cuidado do nível central da SESAB (BAHIA, 2009b p. 7/8).

O curso foi certificado pela EESP e realizado no período entre maio de 2009 a dezembro de 2010 com carga horária total de 760 horas, distribuídas em 19 meses com atividades presenciais (608 horas) e a distância (152 horas). As atividades presenciais aconteciam de forma descentralizada nos polos das 28 regiões de saúde do Estado da Bahia<sup>17</sup> e as atividades a distância utilizavam a plataforma Moodle<sup>18</sup> como AVA (BAHIA, 2009b p. 9).

Ainda segundo o PPP, previa a utilização de metodologias ativas embasadas na aprendizagem significativa e na problematização a partir da articulação entre teoria e prática no processo educativo visando a formação de sujeitos críticos e reflexivos frente ao desafio colocados no cotidiano da ESF. Para tanto, contou com o seguinte cronograma e matriz curricular (BAHIA, 2009b p. 10):

---

<sup>17</sup> De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Bahia os seguintes municípios são considerados como polos das 28 regiões de saúde: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista (Bahia, 2015).

<sup>18</sup> Acrônimo de “Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment”.

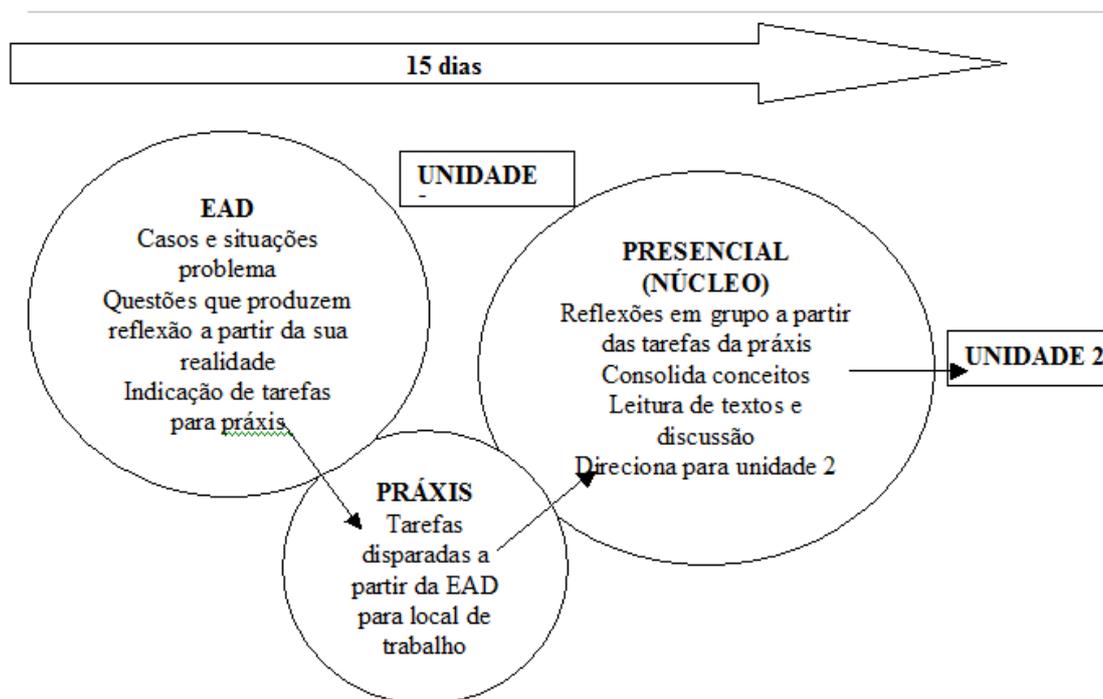
**Quadro 1** - Módulos semipresenciais obrigatórios e optativos e cronograma do Curso de Gestão da Atenção Básica com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado.

<b>Cronograma</b>	<b>Módulos obrigatórios</b>
Maio a junho/2009	Acolhimento do Educando
Julho a agosto/2009	Saúde da Mamãe e Bebê
Setembro/2009	Saúde da Criança
Outubro/2009	Saúde da Mulher
Novembro a dezembro/2009	Módulo Pedagógico
Janeiro a fevereiro/2010	Saúde do Adulto
Março/2010	Acolhimento às Urgências na Atenção Básica
Abril/2010	Saúde Bucal Cirurgias Ambulatoriais, cuidado às feridas e estomas
Maio/2010	Saúde Mental
Junho/2010	Saúde do Idoso e do Homem
Julho/2010	Vigilância à Saúde e doenças infectocontagiosas
<b>Cronograma</b>	<b>Módulos optativos</b>
Setembro/2009 a dezembro/2010	Dengue População negra População indígena População do campo População presidiária População remanescente de quilombos Saúde e cultura de paz Práticas Integrativas e Complementares Uso racional de medicamentos Saúde do Trabalhador

Fonte: Bahia, 2009b p. 10.

Os módulos tiveram duração de 1 ou 2 meses e foram organizados em blocos temáticos com duração de aproximadamente 15 dias com atividades a distância e presenciais nos núcleos microrregionais, nas unidades de saúde e espaços de gestão. Sendo que a avaliação acontecia em todos os momentos de desenvolvimento dos estudantes durante o curso. Os estudantes optavam por realizar 3 ou mais módulos optativos paralelamente aos obrigatórios (BAHIA, 2009b).

**Figura 3** - Organização dos módulos segundo a trajetória do educando.



Fonte: Bahia, 2009b p.17.

Para o desenvolvimento destas atividades o curso contou com a participação, como docentes, dos profissionais da DAB e do Grupo Hospitalar Conceição cujas denominações e atribuições foram descritas como:

Orientadores de Aprendizagem de Núcleo (OAN): docentes do Grupo Hospitalar Conceição, que realizaram atividades de tutoria a distância para esclarecimento de dúvidas, orientação de tarefas, mediação nos fóruns de discussão dos trabalhadores (dentistas, enfermeiros e médicos), avaliação processual do desenvolvimento a distância dos educandos (BAHIA, 2009b p. 18).

Orientadores de Aprendizagem de Campo (OAC): apoiadores institucionais da DAB, que realizaram atividades de tutoria a distância para esclarecimento de dúvidas, orientação de tarefas, mediação nos fóruns de discussão dos gestores e trabalhadores organizados nas microrregiões, avaliação processual do desenvolvimento a distância dos educandos e atividades presenciais durante visitas aos núcleos microrregionais com promoção de discussões em grupo, visitas aos serviços de saúde, avaliação das mudanças desencadeadas pelo curso (BAHIA, 2009b p. 18).

Orientadores de desenvolvimento pedagógico (ODP): que realizaram atividades de tutoria a distância para apoiar pedagogicamente os orientadores de aprendizagem de campo, promover discussões sobre o andamento dos grupos, apoiar a avaliação das mudanças desencadeadas pelo curso (BAHIA, 2009b p. 18).

Ressalta-se que todos os OAC eram apoiadores institucionais da DAB e que, segundo a Política Estadual de Atenção Básica, instituída pelo Decreto Estadual nº 14.457 de 03 de maio de 2013, o apoio institucional compreende:

(...) prática de gestão que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Tem, como diretriz operante, a Democracia Institucional e a Autonomia dos Sujeitos, ou seja, se conforma como um modo de agir que busca enfrentar os modelos de gestão verticalizados e autoritários, não produtores de autonomia dos sujeitos e coletivos. Baseia-se na relação horizontal e no princípio da afetação e Educação Permanente, promovidos nos encontros entre pessoas e coletivos. Objetiva transformar as relações de supervisão em relações que produzam a democratização e publicização dos processos de gestão e de decisão, fazendo com que estas últimas sejam tomadas a partir da análise e discussão coletiva, promovendo a autonomia de sujeitos e coletivos. Reconhece as especificidades locorregionais e as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e coletividades. Possibilita a promoção de vínculo, interlocução entre diferentes atores sociais, corresponsabilização e um processo contínuo de pactuação e Educação Permanente nos processos de trabalho na saúde (BAHIA, 2013 p. 5).

O referido curso foi realizado de forma articulada com o Curso de Especialização em Saúde da Família que envolveu 125 enfermeiros, 104 odontólogos e 84 médicos da ESF, como estratégia de apoio ao referido Projeto de implantação das Linhas de Cuidado no Estado (BAHIA, 2009a p.231). Segundo Blauth (2011 p. 24), os cursos contaram com três eixos estruturantes, dos quais foram provenientes de cada curso (Eixo 1 e 3) e um terceiro (Eixo 2) originado da união dos dois Cursos e que aconteceram de forma transversal em cada módulo:

Eixo 1 - Trabalhador: eixo de formação com ênfase nas competências específicas de cada profissão (enfermeiro, dentista e médico) com concentração nas questões clínicas. O processo educativo se viabilizou no AVA e foi acompanhado por OAN. As unidades de aprendizagem tiveram temas relacionados a determinadas Linhas de Cuidado que correspondiam a um módulo do curso. Os trabalhadores acompanharam os conteúdos oferecidos no AVA, discutiam virtualmente a partir de casos clínicos de sua prática clínica ou propostos pelo OAN. Os fóruns de discussão, destinados exclusivamente para trabalhadores, foram organizados segundo a profissão e microrregião a que pertenciam os educandos-trabalhadores (BAHIA, 2009c p. 16).

Eixo 2 - Trabalhador e gestor: eixo de formação com ênfase na dimensão de competências relacionadas ao campo de conhecimento relacionado ao processo de trabalho da Saúde da Família, da gestão do cuidado e da organização do serviço. O processo educativo se viabilizou durante atividades presenciais no Núcleo Microrregional de Educação Permanente

(NMR) e na Unidade de Saúde; fóruns e tarefas no AVA, acompanhadas pelos OAC. As “Tarefas Práticas” - atividades que extrapolaram o curso e suas funções pedagógicas - foram um componente fundamental para a reflexão sobre a realidade local e para a própria implantação de Linhas de Cuidado em alguns municípios, se inscrevendo numa rede de pactuações entre gestores, usuários e trabalhadores. Os fóruns de discussão referentes a esse eixo reuniram trabalhadores e gestores e foram organizados segundo a microrregião a que pertenciam os educandos (BAHIA, 2009b p. 16; 2009c p.16).

Eixo 3 - Gestor: eixo de formação com ênfase na gestão da atenção básica e do processo de Implantação das Linhas de Cuidado em âmbito Microrregional. Teve por objetivo ofertar ferramentas de gestão e promover a discussão sobre a práxis, a partir dos pactos estabelecidos entre gestores, profissionais e usuários sobre as diferentes linhas de cuidado priorizadas. O processo educativo teve como matéria prima as demandas das equipes e os desafios colocados à gestão no processo de acompanhamento das equipes. Esse eixo foi desenvolvido durante as atividades presenciais nos Núcleos Microrregionais, nas equipes de saúde da família e nos espaços de gestão das Secretarias Municipais de Saúde e nos fóruns e tarefas no AVA. Esse eixo ampliou a capacidade do gestor de coordenar, planejar, apoiar e avaliar o desenvolvimento e resultados das atividades e processos disparados a partir dos eixos 1 e 2, bem como de todo o processo relacionado à qualificação da Atenção Básica (BAHIA, 2009b p. 16).

Para este estudo foi realizada a análise documental utilizando o projeto político pedagógico, o perfil e os registros realizados pelos tutores, denominados pelo Curso como Orientadores de Aprendizagem de Campo (OAC) e Orientadores de Desenvolvimento Pedagógico (ODP), nas atividades a distância realizadas nos fóruns exclusivos para gestores nos módulos obrigatórios no Eixo 3 – Gestor.

Assume-se a análise de conteúdo como a técnica utilizada para decifrar as mensagens presentes no PPP do Curso bem como naquelas emitidas pelos tutores na mediação da aprendizagem. Para Bardin (2011) a análise de conteúdo consiste em:

(...) um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência (p. 15).

Neste sentido, o PPP do curso possibilitou a análise de sua intencionalidade quanto à mudança do modelo assistencial a partir do fortalecimento do trabalho na Atenção Básica integral. Considerando os registros realizados pelos tutores (OAC e ODP) em todas as

postagens iniciais e em 20% (5) Fórum destinado exclusivamente, para gestores, foi possível analisar a efetivação desta intencionalidade a partir da atuação dos tutores na mediação da aprendizagem quanto à focalização de aspectos do processo de trabalho de gestão em saúde e a utilização da problematização.

Ressalta-se que estes espaços exclusivos estiveram presentes em 10 (90,9%) módulos obrigatórios, totalizando 25 ambientes de discussão. Apenas o Módulo Pedagógico não contou com essa estratégia.

Optou-se por analisar a problematização e os elementos do processo de trabalho que foram tomados para discussão nestes espaços, pois as postagens que iniciaram os fóruns foram padronizadas para todos os tutores e refletiram a intencionalidade da SESAB quanto à forma e aos aspectos a serem discutidos pelos grupos.

Além disso, considerando a complexidade da efetivação da mediação pedagógica, pois que não se esgota na primeira postagem, foram realizadas, de forma complementar, as análises das postagens dos tutores e dos estudantes em 20% (5) dos Fóruns de gestores.

Uma vez que as discussões nestes Fóruns consideravam as atividades propostas pelo Curso, adicionalmente foram analisadas as atividades práticas e a bibliografia sugerida dos dois módulos cujos Fóruns foram estudados em sua totalidade.

No que diz respeito às características dos sujeitos da mediação, os dados que possibilitaram traçar um perfil dos tutores que atuaram no Curso foram coletados a partir da descrição do perfil, realizada pelos mesmos, no Ambiente Virtual de Aprendizagem e, complementados, pelos dados disponíveis no currículo público disponível na Plataforma Lattes tais como: sexo, formação, atuação profissional, qualificação para a função e a experiência prévia na gestão da Atenção Básica, na ESF e EAD. Salienta-se que os dados coletados no AVA foram exclusivamente dos tutores que autorizaram a pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os demais foram utilizados, exclusivamente, os dados que estavam disponíveis na Plataforma Lattes.

Além disso, considerando a existência de diversas metodologias que enfatizam a problematização e que o PPP do Curso não explicitou o método a ser utilizado, optou-se por analisar a estratégia pedagógica utilizada pelos tutores na mediação da aprendizagem no AVA, a partir do trinômio base definido por Zanotto e De Rose (2003): identificação do problema, explicação e proposição de soluções.

Assim, foi realizada a análise de conteúdo, utilizando as categorias de análise dos seguintes temas: Perfil dos Tutores, Problematização (ZANOTTO; DE ROSE, 2003) e Processo de Trabalho do Gestor (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; SOUZA; VIANA, 2014).

**Quadro 2:** Categorias analíticas.

(continua)

<b>Tema</b>	<b>Categorias Analíticas</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Palavras-Chave</b>	
Perfil dos Tutores	Sexo		Pessoa	
	Formação		Profissão	
	Qualificação	Saúde Coletiva/Saúde Pública		Residência/Especialização Mestrado Doutorado
		Educação/Educação a distância		
	Atuação Profissional		Vínculo empregatício	
	Experiência prévia	Gestão da Atenção Básica		Assessoria Coordenação Direção
		Unidade de Saúde da Família		Profissional da Estratégia de Saúde da Família
Educação a distância			EAD Tutoria	
Problematização	Como se dá o estímulo à identificação de problema?		Desafios Problemas Dificuldades Entraves Necessidade (s)	
	Como se dá o estímulo à explicação do problema?		Fator (es) Determinante (s) Causa (s) Consequência(s) Explicação (ões) Análise (s)	
	Como se dá o estímulo à proposição de soluções para o problema?		Solução (ões) Resposta (s) Estratégia (s) Alternativa (s) Possibilidade (s) Proposta (s)	

**Quadro 2:** Categorias analíticas.

(conclusão)

Processo de trabalho do Gestor	Existe estímulo à discussão sobre a finalidade?		Fortalecimento da Atenção Básica Reorientação do Modelo de Atenção
	Existe estímulo à discussão sobre o objeto?		Equipe multiprofissional Equipe ESF
	Existe estímulo à discussão sobre a ação/atividade?		Organização Apoio Rede de Atenção Planejamento Referência e contrarreferência Regulação Supervisão EPS Educação continuada Indicador (es) Avaliação Monitoramento
	Existe estímulo à discussão sobre os instrumentos?		Equipamento Medicamento Instalações Material de consumo
			Saberes/Conhecimento
Existe estímulo à discussão sobre os agentes?		Gestor	

Fonte: Elaboração própria

Ressalta-se que, apesar da EPS ser considerada uma política pública no país desde 2004, não foi possível identificar na literatura estudos que analisassem a atuação do professor/tutor na aplicação da estratégia pedagógica problematizadora na sua mediação da aprendizagem. Neste sentido, foi necessário que este estudo elaborasse um instrumento de coleta dos dados (APENDICE).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Identificação dos objetivos do Curso e análise do seu potencial de indução de mudanças do modelo assistencial a partir do fortalecimento do trabalho do gestor da Atenção Básica

A análise dos objetivos do Curso indica que a SESAB visava promover mudanças no modelo assistencial a partir do fortalecimento da atenção básica integral, com a efetivação do Projeto de Implantação das Linhas de Cuidado no Estado (BAHIA, 2009b). Segundo o projeto político pedagógico do Curso, este Projeto consiste em:

(...) uma proposta pensada a partir da necessidade de ofertar modos de desenvolver e qualificar o cuidado prestado às pessoas e populações e a gestão necessária para apoiar, desenvolver e acompanhar mudanças das práticas na Atenção Básica. Permite intervir sobre os problemas mais imediatos e, ao mesmo tempo, construir uma estratégia estruturante da organização do processo de trabalho (BAHIA, 2009b p. 4).

A sua operacionalização, ainda segundo o PPP do Curso, é descrita em duas fases:

(...) num primeiro momento, as equipes de saúde da família serão apoiadas pela gestão e envolvidas num processo de educação permanente que buscará compartilhar e desenvolver competências tanto para a produção do cuidado, quanto para a organização do mesmo e do serviço, passando pela própria competência de desenvolver processos pedagógicos na condição de educando e de educador. [...] num segundo momento, essas equipes serão convidadas a estimular, envolver e apoiar outras equipes além de desenvolverem processos de educação permanente com as mesmas. Valorizadas e reconhecidas, serão equipes de referência para outras equipes, pela experiência produzida e pelo modo como as equipes trabalharão e conseguirão produzir com esse trabalho (BAHIA, 2009b p. 4).

Para tanto, o Curso em estudo é definido como uma das estratégias fundamentais para a efetivação do Projeto (BAHIA, 2009b). Neste sentido, buscou-se identificar o propósito da SESAB a partir da análise dos compromissos assumidos descritos no PPP do Curso.

Salienta-se que no PPP a educação permanente em saúde (EPS) é definida como a estratégia pedagógica central para a qualificação dos gestores da ESF, em consonância com a PNEPS e a PEGTES no SUS-BA, destacando o trabalho como princípio educativo, reconhecendo os participantes, estudantes e docentes, como sujeitos reflexivos da prática e

construtores do conhecimento, o que representa as condições para que o curso contribua para a transformação das práticas individuais e da organização (BAHIA, 2012a; BRASIL, 2009; CECCIM; FERLA, 2008).

Portanto, a reflexão sobre o processo de trabalho do gestor da Saúde da Família representa a estratégia a ser adotada pelo Curso a partir da crítica da realidade e da construção coletiva do conhecimento. Entretanto, o PPP não menciona as práticas vigentes e nem aquelas que se deseja modificar no âmbito da gestão da Atenção Básica, assumindo, apenas, que as Linhas de Cuidado propõem:

(...) modos de praticar, organizar e gerir os processos de trabalho e os serviços de saúde buscando garantir o cuidado integral do usuário, de modo responsável, coordenado e de acordo com suas necessidades, ao longo de todo o itinerário que esse usuário faz nos serviços de saúde (BAHIA, 2009b p. 4).

Apenas a identificação da situação ideal e a omissão de quais práticas dos gestores que se deseja modificar para a implantação das Linhas de Cuidado, no PPP, apesar de não desabonar o Curso, representa uma fragilidade para a indução de mudanças do modelo assistencial. Contudo, é possível que o Curso esteja colocando em questão os problemas percebidos pelos estudantes, pois, a EPS, através da problematização, estimula a busca e a reflexão de problemas presentes na realidade e a construção coletiva das possíveis soluções, a partir de uma fundamentação teórica capaz de ampliar a visão e possibilitar a melhor compreensão do trabalho (CECCIM; FERLA, 2008; LEMOS, 2010).

Entretanto, a ênfase na identificação de problemas cotidianos pelos participantes ao longo do Curso, desprovido de um diagnóstico situacional capaz de identificar as reais fragilidades das práticas dos gestores para a efetivação da integralidade, poderá estimular a construção de propostas que resolvam apenas questões locais, transitórias, ou talvez superficiais, e não permitam a resolução real do problema. Mas, essa fragilidade poderia ter sido superada caso os problemas estruturais, inerentes às práticas dos gestores pudessem ser identificadas e problematizadas ao longo do Curso.

Ressalta-se que, como mencionado por Paim (2006a p. 58) são desafios da gestão da Atenção Básica a “complexidade do perfil epidemiológico, recursos humanos (relações de trabalho, qualificação, compromisso, remuneração, etc), gestão participativa, financiamento, intersetorialidade, equidade, eficiência, entre outros”. Assim, considerando que estes desafios são estruturais da gestão torna-se imprescindível a sua problematização ao longo do Curso.

No que diz respeito, ao objetivo geral, o PPP define que a ação educativa visa:

(...) consolidar mudanças na organização e no processo de trabalho dos gestores da atenção básica, buscando qualificar sua ação de gestão compreendendo aí a formulação, o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação das políticas, serviços e equipes de saúde relacionadas à atenção básica, fomentando e desenvolvendo nos educandos gestores a capacidade de refletir criticamente sobre o seu fazer, sobre o funcionamento e organização dos serviços e sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família, de desenvolver o apoio institucional e a coordenação e gestão do cuidado, de planejar, coordenar e avaliar a implantação das linhas de cuidado na Atenção Básica (BAHIA, 2009b p. 6).

Ao afirmar que o Curso busca “consolidar mudanças na organização e no processo de trabalho dos gestores da atenção básica” (BAHIA, 2009b p. 6) o PPP não explicita o que precisa ser consolidado, porém, sugere que algumas mudanças aconteceram na organização e no processo de trabalho do seu gestor.

Cabe considerar que o Relatório Anual de Gestão (RAG) da SESAB, em 2007, apresentou o diagnóstico situacional da Atenção Básica no Estado, demonstrando como pontos críticos à baixa cobertura, a organização dos serviços pautados no modelo médico assistencial, a baixa resolutividade e a inadequação às necessidades da população (BAHIA, 2007 p. 25). Frente a isso, os RAG posteriores afirmam que diversas ações foram realizadas, no período de 2007 a 2009, para o fortalecimento da Atenção Básica, tendo a Saúde da Família (SF) como estratégia de reorientação do modelo de assistencial.

A garantia do apoio institucional e financeiro aos municípios para a expansão e qualificação da Saúde da Família, através, entre outras, das ações de qualificação direcionadas à melhoria da coordenação e do gerenciamento do processo de trabalho; a melhoria da infraestrutura física das Unidades e a desprecarização dos vínculos trabalhistas, são descritos como exemplos. Como consequência deste processo, identifica-se a expansão do número de equipes e da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Estado como ações indutoras de mudança do modelo assistencial, compreendendo a implantação das Linhas de Cuidado na Atenção Básica como um dos subprojetos a ser adotado para a qualificação deste âmbito de atenção (BAHIA, 2009a).

No que diz respeito ao processo de trabalho o enunciado descreve dois dos seus elementos o que favorece a possibilidade do Curso definir as práticas dos gestores como foco de reflexão. Considerando as características definidas por Mendes-Gonçalves (1979, 1992,

1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008) pode-se afirmar que são elementos do processo de trabalho do gestor: a ação/atividade, considerada como “a formulação, o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação”, e o seu objeto, definido como “as políticas, serviços e equipes de saúdes relacionadas à atenção básica” (BAHIA, 2009b p. 6).

Em relação à ação/atividade descrita no PPP a mesma está em consonância com aquela definida por Souza e Viana (2014) ao afirmarem que no processo de trabalho do gestor, ela “consiste no comando e na supervisão do desenvolvimento das operações táticas” (p. 261/262). Além disso, constata-se que o Curso, entre outros, toma o trabalho das equipes de saúde como objeto do processo de trabalho do gestor, o que também corrobora a afirmação de Souza e Viana (2014 p. 261).

Assim, nota-se que o objetivo do Curso ao descrever a ação/atividade e o objeto do processo de trabalho do gestor, em consonância com a literatura, sugere uma coerência para a reflexão crítica sobre os problemas inerentes aos mesmos para a adequação às mudanças das práticas e, conseqüente fortalecimento da Atenção Básica.

Para tanto, neste processo de qualificação, define como habilidades a serem desenvolvidas nos gestores através da ação educativa:

(...) a capacidade de refletir criticamente sobre o seu fazer, sobre o funcionamento e organização dos serviços e sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família, de desenvolver o apoio institucional e a coordenação e gestão do cuidado, de planejar, coordenar e avaliar a implantação das linhas de cuidado na Atenção Básica (BAHIA, 2009b p. 6).

Neste sentido, a análise do objetivo geral do Curso aponta para a possibilidade de contribuir para a indução da reorientação do modelo assistencial, por visar consolidar mudanças do contexto atual da organização dos serviços de saúde na Atenção Básica com a expansão e qualificação da ESF a partir da problematização da realidade, prevista na EPS, que possibilita o conhecimento dos seus problemas, daqueles inerentes ao processo de trabalho do gestor e a identificação de soluções devido à necessidade de adequação às mudanças ocorridas.

Entretanto, é preciso salientar que este objetivo é amplo e assume um compromisso que a educação por si não consegue proporcionar, pois a consolidação das mudanças na organização e no processo de trabalho do gestor requer a realização de ações além daquela relacionada à própria ação educativa, para a reorientação do modelo assistencial. Estas ações

estão diretamente relacionadas ao enfrentamento dos problemas estruturais descritos por Paim (2006a p. 58), tais como, investimentos relacionados à estruturação da rede, a melhoria de remuneração e qualificação de recursos humanos, a efetivação do controle social e da intersetorialidade, entre outros.

Assim, conforme Lemos (2010), definir que a ação educativa, por si só, será capaz de consolidar mudanças na organização e no processo de trabalho dos gestores despreza os limites da EPS inserida no modo de produção capitalista. Essa autora aponta:

(...) a impossibilidade de a educação alterar os limites estruturais do capital, por outro, consideramos que a educação seja crucial para a construção de uma nova ordem que busque mudar a realidade de alienação humana, pois a formação de sujeitos/trabalhadores com autonomia intelectual, ética e estética, com bagagem que permita um olhar para além do imediato é relevante para superar o capital (LEMOS, 2010 p. 141).

Além disso, como o PPP não menciona as práticas vigentes e nem aquelas que se deseja modificar no âmbito da gestão da Atenção Básica a partir do confronto teoria/prática a fim de reorientar o modelo de atenção à saúde poderá caber, exclusivamente, aos participantes a sua identificação e problematização.

Para Lemos (2010), a ênfase na aprendizagem em serviço poderá desmerecer a formação acadêmica necessária para a identificação de problemas, reflexão e proposição de soluções por parte dos trabalhadores, pois, sem o aporte teórico que lhe permita ampliar a visão e possibilitar a melhor compreensão do trabalho e de suas contradições, a EPS é reduzida a uma prática denominada, pela autora, como gerenciamento permanente.

Assim, para o alcance deste objetivo, ainda segundo o PPP, são explicitados os seguintes objetivos específicos:

a) desenvolver gestores no âmbito pedagógico para a implantação das Linhas de Cuidado, nos espaços de cuidado, gestão e controle social; b) promover a Educação Permanente como estratégia importante para o fomento de uma cultura cotidiana de reflexão analítica crítica das práticas de cuidado, gestão e controle social, buscando a mudança dos modelos de gestão e cuidado até hoje vigentes na Atenção Básica/ESF; c) qualificar a gestão da Atenção Básica para desenvolver políticas, processos e práticas de Educação Permanente; d) fomentar um rico espaço pedagógico que possibilite a experimentação para a mudança das práticas de cuidado e gestão, qualificando assim, as gestões municipais e regionais e o controle social; e) avançar para a constituição de uma rede microrregional de Educação Permanente que possibilite mudanças nos processos de trabalho integrando

trabalhadores, gestores e controle social; f) ampliar a capacidade dos diversos atores – educandos de constituir um Sistema Regional de Saúde caminhando para o fortalecimento do processo de regionalização e Gestão microrregional do SUS-BA (BAHIA, 2009b p. 6).

Os enunciados supracitados, de forma geral, evidenciam a intencionalidade da SESAB em fornecer à EPS a responsabilidade de ser estratégia impulsionadora da consolidação das mudanças na organização e no processo de trabalho. Guardam coerência com as etapas definidas para o Projeto de Implantação das Linhas de Cuidado, porém, não conseguem cumprir com o objetivo geral explícito do Curso, pois, a educação, apesar de contribuir, não garante a consolidação das mudanças na organização e nos processos de trabalho dos gestores.

Ao afirmar que visa “desenvolver gestores no âmbito pedagógico para a implantação das Linhas de Cuidado”, demonstra a intencionalidade assumida no desenvolvimento da capacidade pedagógica do gestor para, embasadas na EPS, possibilitar a aproximação, credibilidade e confiança diante do trabalho com as equipes de saúde e o controle social, evidenciando uma possível contribuição para o fortalecimento do trabalho do gestor.

Além disso, ao objetivar “promover a Educação Permanente como estratégia importante para o fomento de uma cultura cotidiana de reflexão analítica crítica das práticas □...□, buscando a mudança dos modelos de gestão e cuidado □...□”, busca contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica, a partir do fomento da permanente problematização da realidade, com busca de soluções dos problemas do cotidiano, possibilitando a centralidade do trabalho e dos sujeitos.

Com o propósito de “qualificar a gestão da Atenção Básica para desenvolver políticas, processos e práticas de Educação Permanente” e “fomentar um rico espaço pedagógico que possibilite a experimentação para a mudança das práticas de cuidado e gestão □...□” busca responsabilizar o gestor para a melhor realização dos processos de EPS a partir do maior conhecimento, habilidades e atitudes para o seu desenvolvimento.

E por fim, por objetivar “avançar para a constituição de uma rede microrregional de Educação Permanente que possibilite mudanças nos processos de trabalho □...□” e desejar “ampliar a capacidade dos diversos atores de constituir um Sistema Regional de Saúde □...□” (BAHIA, 2009b p. 6), evidenciam a possibilidade de fortalecimento da Atenção Básica a partir da adequação as mudanças ocorridas para o nível regional que possibilite garantir a integralidade da atenção.

A partir dos enunciados dos objetivos específicos é possível identificar que se espera qualificar gestores capazes de desenvolverem a EPS no seu território, porém, apesar do objetivo geral identificar a ação/atividade e o objeto do processo de trabalho, não existe nos objetivos do Curso nenhuma ênfase na sua problematização a fim de qualificar a própria gestão com vistas à integralidade.

Ressalta-se que apesar do Curso ser denominado de Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado, não há por parte dos objetivos ou em todo o seu PPP indícios que demonstrem a possibilidade de compreensão da complexidade da gestão das organizações de saúde, consideradas como uma organização profissional, com especificidades que impactam decididamente na sua gestão (DUSSAULT, 1992).

Além disso, apesar do destaque dado a ação/atividade e ao objeto do processo de trabalho do gestor no objetivo geral, não existe menção, nos objetivos específicos, sobre estes elementos, tais como o comando e/ou supervisão das operações que possibilitem a efetivação de práticas que adotem as premissas que enfatizem a integralidade na organização dos serviços, conforme descrito por Giovanela e outros (2002 apud PAIM, 2006a).

Portanto, é possível afirmar, mediante a leitura dos objetivos do Curso, que a intencionalidade de indução de mudanças do modelo assistencial a partir do fortalecimento da Atenção Básica com a implantação das Linhas de Cuidado é fragilizada por assumir apenas a educação como responsável por este processo, enfatizando a qualificação dos gestores exclusivamente na perspectiva da formação pedagógica para a implantação das Linhas de Cuidado.

Além disso, observando-se os módulos que compõem o curso, a partir do que se pode inferir os objetivos implícitos, nota-se a intencionalidade da SESAB em discutir a implantação das Linhas de Cuidado, com vistas à integralidade, a partir da organização dos fluxos assistenciais, essencialmente, por ciclo de vida e gênero e que possibilitem a articulação da rede básica com os demais serviços de saúde.

## **4.2 As características dos tutores**

A mediação pedagógica, que considera a existência da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), requer que o professor, apesar de não ser considerado o único capacitado inserido no processo de ensino-aprendizagem, seja mais apto do que os estudantes para o processo de orientação ou colaboração requerida para a solução de problemas (PINTO, 2013).

Além disso, a tutoria na educação a distância, requer que o professor seja capaz de valorizar a interação, a partilha e a colaboração dos diversos sujeitos envolvidos nas ações pedagógicas (MIRANDA et al, 2001).

Neste sentido, cabe caracterizar os tutores que atuaram no Curso de Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado, a fim de identificar as possíveis potencialidades e fragilidades do processo de tutoria.

O Curso contou com 31 tutores (100%), sendo 22 Orientadores de Aprendizagem de Campo (OAC) e 9 Orientadores de Desenvolvimento Pedagógico (ODP), que atuaram simultaneamente como mediadores de aprendizagem nos Fóruns dos dois Cursos (Curso de Gestão da Atenção Básica e o Curso de Especialização em Saúde da Família, ambos, com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado).

Considerando que a fonte de coleta dos dados foi o perfil informado pelo tutor no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e/ou o currículo público disponível na Plataforma *Lattes* foi possível analisar as características pessoais e profissionais de 26 tutores (83,9 %).

Conforme evidenciado na Tabela 1, a maioria dos tutores (76,9%) era do gênero feminino, seguidas de (23,1%) masculino, todos com formação na área de saúde (100%), em sua maioria, em enfermagem (34,6%) e medicina (23,1%).

Trata-se de um grupo qualificado na grande maioria com pós-graduação, do tipo especialização, na área de Saúde Coletiva e/ou Atenção Básica/Saúde da Família (92,3%), sendo que destes 12,5% (03) também possuíam o título de mestrado, até o período de finalização do Curso.

**Tabela 1:** Caracterização do perfil (sexo, formação e qualificação) dos tutores do Curso de Especialização em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado.

	(continua)	
Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	20	76,9
Masculino	6	23,1
Total	26	
<b>Formação (Graduação)</b>		
Enfermagem	9	34,6
Medicina	6	23,1
Psicologia	4	15,4
Nutrição	3	11,5
Fisioterapia	2	7,7
Odontologia	2	7,7
Total	26	

**Tabela 1:** Caracterização do perfil (sexo, formação e qualificação) dos tutores do Curso de Especialização em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado.

Variável	n	(conclusão)
		%
<b>Qualificação</b>		
Especialização em Saúde Coletiva e/ou Atenção Básica/Saúde da Família	24	92,3
Não identificado	2	7,7
Total	26	

Fonte: Elaboração própria.

Entretanto, apesar da especialização na área de saúde coletiva e/ou atenção básica/saúde da família, salienta-se que 50% (3) dos Orientadores de Desenvolvimento Pedagógico (ODP), bem como, nenhum dos Orientadores de Aprendizagem de Campo (OAC) possuía qualificação em educação e/ou educação a distância.

Estes resultados se coadunam com achados da literatura que afirmam que os profissionais docentes da saúde demonstram domínio do conteúdo, porém, não possuem a formação pedagógica necessária para desempenho em sala de aula (BATISTA, 2005; ARAÚJO; VIEIRA, 2013).

No que diz respeito à atuação/experiência profissional, o projeto político pedagógico do Curso salientava que todos os OAC também desempenhavam, à época, suas funções laborativas como apoiadores institucionais da Diretoria de Atenção Básica/SESAB. Este achado encontra-se em consonância com as políticas públicas estabelecidas, PNEPS e a PEGTES, por incorporar o processo de ensino-aprendizagem ao cotidiano das organizações e das suas práticas (BAHIA, 2012a; BRASIL, 2009).

Além disso, considera-se como outro ponto positivo o fato dos tutores (OAC) já trabalharem como apoiadores institucionais da região de saúde que formará o seu grupo de tutoria. Este fato sugere que os mesmos estão inseridos na realidade a ser transformada, além da existência de vínculos já estabelecidos, entre tutores e estudantes, o que facilitaria a problematização que, se efetivada, possibilitaria a construção do conhecimento voltado para a transformação das práticas.

Entretanto, cabe refletir sobre o seu perfil para a efetivação das atribuições necessárias ao alcance dos objetivos do curso, pois, além da ausência de formação pedagógica dos OAC, destaca-se que, em relação à experiência prévia dos OAC e ODP, apenas 19,2% (5) possuíam

experiência em gestão da Atenção Básica/Saúde da Família, 50 % (13) na área assistencial da Estratégia de Saúde da Família e 19,2% (5) como tutor na mediação da aprendizagem na Educação a distância.

**Tabela 2:** Caracterização do perfil dos tutores (experiência prévia) do Curso de Especialização em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado.

Variável	n	%
<b>Experiência prévia na gestão da Atenção Básica/Saúde da Família</b>		
Sim	5	19,2
Não	19	73,1
Não identificado	2	7,7
Total	26	
<b>Experiência prévia na área assistencial da Estratégia de Saúde da Família</b>		
Sim	13	50
Não	11	42,3
Não identificado	2	7,7
Total	26	
<b>Experiência prévia em Educação a distância</b>		
Sim	5	19,2
Não	19	73,1
Não identificado	2	7,7
Total	26	

Fonte: Elaboração própria.

Estes achados sinalizam uma possível dificuldade para a efetivação da mediação da aprendizagem nos Fóruns Avaliativos do Eixo 3 – gestor, pois a maioria dos tutores, apesar de especialista em saúde coletiva e/ou atenção básica/saúde da família, não possuía vivência prévia na prática em gestão, na saúde da família ou, até mesmo, na educação a distância.

No campo pedagógico, estas dificuldades dos tutores estariam relacionadas à insuficiência ou ausência de conhecimentos e habilidades para a mediação pedagógica no AVA, bem como, a efetivação da metodologia da Problematização.

Além disso, a ausência de vivência na gestão ou na área assistencial da Saúde da Família, apesar de não inviabilizar a sua atuação como tutor, poderá limitar a sua percepção sobre a realidade, seus problemas e os fatores envolvidos, por desconhecimento dos fatos concretos que influenciam as práticas diárias do gestor.

Assim, constata-se, entre outros, que os tutores responsáveis pela mediação da aprendizagem no Curso em estudo, apresentam qualificação técnica em Saúde Coletiva/Saúde Pública adequada para o desenvolvimento da atividade, entretanto, no que diz respeito à formação pedagógica e a experiência em gestão da Atenção Básica ou na área assistencial da

Saúde da Família apresentam fragilidades que impactam na efetivação da metodologia educacional adotada.

#### **4.3 A estratégia pedagógica da problematização nas mediações da aprendizagem dos tutores no AVA**

Em 76% (19) dos Fóruns exclusivos para gestores, nos módulos 1 a 8, houve a subdivisão em 9 (nove) grupos sob a responsabilidade de mediação do Orientador de Aprendizagem de Campo (OAC) em parceria com o Orientador de Desenvolvimento Pedagógico (ODP) e participação dos gestores dos municípios da mesma macrorregião de saúde. Para os demais (6), foi formado um grupo unificado reunindo todos os gestores matriculados no Curso sob a responsabilidade de um OAC.

A análise das postagens que iniciaram todos estes fóruns demonstrou a ausência do estímulo à problematização, pois os mesmos não induziram à reflexão a partir dos três momentos desta prática pedagógica (problema-explicação-solução), conforme definido por Zanotto e De Rose (2003). Assim, a partir do referencial teórico é possível afirmar que não houve o estímulo à problematização nas postagens iniciais dos fóruns exclusivos para gestores.

Entretanto, foi possível identificar em 24 postagens (96%), pelo menos um dos momentos da problematização, além do explícito estímulo à reflexão a partir do reconhecimento e da análise da realidade na qual o sujeito está inserido, conforme demonstrado na postagem do Tutor 02:

[...] É necessário agora que aprofundemos a análise sobre a regulação. Para isso, a proposta deste fórum é discutir a elaboração do fluxograma analisador proposto na tarefa prática: caminho de usuário com quadro agudo, na rede de atenção às urgências (referência e contra-referência) municipal, microrregional e macrorregional.

Para isso, é proposto:

- 1) IDENTIFICAÇÃO DE NÓS CRÍTICOS: Identificar os nós críticos da rede para cuidado desse usuário apontando as principais dificuldades enfrentadas para implantação da Linha de Cuidado e,
- 2) CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS: Diante desta identificação, iniciar a construção de uma proposta de regulação para os municípios [...] Tutor T02.

Ressalta-se que a ênfase na percepção da realidade representa uma estratégia condizente com as diretrizes da EPS que tem no trabalho no SUS o seu foco de atuação (BAHIA, 2012a; BRASIL, 2009; CECCIM; FERLA, 2008). Além disso, segundo Farah e Pierantoni (2003), é a partir da compreensão da sua prática que a pessoa, envolvida no processo de ensino-aprendizagem, “vai criando os seus próprios conhecimentos, através de reflexões, associações lógicas e teorizações” (p. 12).

Ademais, a análise também demonstrou que destas postagens, 45,8% (11) possuía o estímulo à identificação de problemas e à proposição de soluções concomitantemente; 41,7% (10) possuíam apenas o estímulo à identificação de problemas; 8,3% (2) possuíam apenas o estímulo à proposição de soluções; e, 4% (1) faziam referência à identificação e a explicação de problemas. Assim, é possível identificar a ênfase no estímulo ao levantamento de problemas, pois este momento esteve presente em 22 postagens (91,7%), seguido de 13 (54,2%) postagens com estímulo à proposição de soluções.

Assim, levando em consideração que as postagens que iniciam os fóruns são padronizadas para todos os tutores e refletem diretamente a intencionalidade da SESAB no que diz respeito à forma e aos aspectos a serem discutidos percebe-se, a partir da análise dos dados, a ênfase na identificação das fragilidades e, posteriormente, das possíveis respostas para a efetivação do Projeto de Implantação das Linhas de Cuidado.

[...] convidamos novamente para refletirmos como nossa rede macrorregional está organizada para cuidar da gestante, da puérpera e do neonato. Além dos já listados nos outros fóruns, quais os desafios e entraves para a implantação da Linha de Cuidado da Saúde Mamãe e Bebê na nossa Macro? É importante colocarmos na discussão propostas de como poderemos iniciar este processo.

Nesta perspectiva, tendo em vista os altos índices de mortalidade materno-infantil, vamos tentar construir um plano de ação para fortalecermos a rede macrorregional e, assim, implantarmos esta Linha de Cuidado em nossa região? [...] Tutor T07

Entretanto, ressalta-se que uma mediação da aprendizagem que destaca o levantamento de problemas e/ou a proposição de soluções, sem estimular a fase de reflexão sobre a identificação dos fatores e determinantes que possibilitem explicar o problema de forma suficiente e pertinente, pode possibilitar a formulação de propostas de soluções superficiais e que não resolvem o problema.

Segundo Zanotto e De Rose (2003 p. 51), o momento da explicação é aquele que permite a “busca de fatores explicativos do problema de forma suficiente e pertinente” capaz de apoiar a proposição de soluções factíveis e adequadas para a transformação da realidade.

Entretanto, entendendo que a mediação da aprendizagem no AVA não se esgota com a postagem inicial do tutor no fórum, optou-se por realizar a observação da efetivação da problematização em todas as postagens de 20% (5) destes espaços. No intuito de conhecer o desenvolvimento da utilização da metodologia optou-se por analisar os fóruns do primeiro e do último módulo temático. Estes fóruns tiveram 470 (100%) postagens, sendo, 86 (18,3%) realizadas pelos tutores e 384 (81,7%) pelos estudantes.

O primeiro módulo temático foi o da Saúde da Mãe e Bebê. Neste, foram realizados três fóruns para gestores, subdivididos em 9 (nove) grupos cada. Nos 27 (100%) tópicos abertos, os tutores realizaram 20,1% (83) intervenção, entretanto, foi identificado que em 25,9% (7) destes tópicos, a postagem inicial representou a única intervenção do tutor na discussão.

Foram realizados dois fóruns, destinados exclusivamente para gestores, no último módulo obrigatório do Curso, denominado como “Ações de Vigilância em Saúde na Atenção Básica”. Entretanto, não existiu a organização por macrorregião<sup>19</sup> e todos os gestores matriculados no Curso participaram das discussões em um grupo denominado “Fórum Unificado de Gestores”. Salienta-se que também nestes fóruns a postagem inicial representou a única intervenção dos tutores no estímulo à problematização, visto que a única postagem complementar realizada foi de elogio e motivação.

A ausência ou escassa participação do tutor compromete o processo de ensino-aprendizagem visto que, segundo Farah e Pierantoni (2003), na problematização, o professor, deve interagir com o educando a partir da troca de conhecimentos e de experiências. Além disso, cabe ao professor, na mediação pedagógica, proporcionar recursos e apoio ao aluno, a fim de que o mesmo possa alcançar um nível maior de conhecimentos (FINO, 2001).

Da mesma maneira do constatado nas mensagens iniciais, nestes fóruns não foi possível identificar o estímulo à problematização, pois nenhuma intervenção relacionou, concomitantemente, o trinômio problema-explicação-solução. Entretanto, assim como nas postagens iniciais, todas as postagens complementares, 57 (66,3%), apresentavam o estímulo

---

<sup>19</sup> Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) existem 9 (nove) macrorregiões de saúde no Estado da Bahia, são elas: Centro-Norte, Centro-Leste, Extremo-Sul, Leste, Nordeste, Norte, Sudoeste, Sul e Nordeste (Bahia, 2015).

à percepção da realidade e, em 52,6% (30) destas, havia um ou mais momentos da problematização, como exemplificado no enunciado abaixo:

[...] visando contribuir com este debate, quero fazer algumas colocações pra ver se esquentamos as turbinas. Neste ponto, penso que podemos concentrar o olhar sobre a rede e levantar as principais dificuldades que encontramos na gestão para garantir uma atenção a saúde da gestante de baixo risco integral e resolutiva. Tais como:  
 1-como garantir todo o rol de exames laboratoriais necessários a uma gestação de baixo risco? Oferto no meu município?  
 2-Se não ofertado, é possível, do ponto de vista sistêmico, que eu venha ofertar?  
 3- Se não ofertado e ou não posso vir a ofertar, como resolvo isso? Qual o município mais próximo que pode ofertar?  
 4- como faço para calcular qual a quantidade necessária de exames laboratoriais para gestantes de baixo risco que precisarei pactuar com outro município?  
 5- O rateio proposto na PPI responde a minha necessidade? Como qualifico a minha solicitação de revisão da PPI? [...] Tutor T07

Ressalta-se que nenhuma postagem contou com o estímulo ao momento da explicação, entretanto, a identificação de problemas esteve presente em 53,3% (16) e a proposição de soluções em 80% (20). Além disso, constatou-se que o binômio problema-proposição de soluções esteve presente em 36,7% (11), demonstrando, mais uma vez, a intencionalidade da SESAB em estimular a formulação de propostas, pelos próprios estudantes, para resolução das dificuldades apresentadas na gestão da Atenção Básica para a implantação do Projeto de Implantação das Linhas de Cuidado.

[...] acho que estamos avançando na discussão e concordo com a preocupação em procurar estratégias para diminuir a mortalidade infantil e materna, entendo que é analisando situações como as descritas por “Fulana” e “Beltrana” que podemos buscar alternativas para melhorar a nossa resposta as necessidades de saúde das pessoas e comunidades. Com certeza precisamos também como alternativa espaços de pactuação regionais que busquem a efetivação de Redes de Saúde que possam garantir a integralidade do cuidado [...] Tutor T08

De forma complementar, analisou-se a participação dos estudantes nas discussões nos fóruns, com vistas a identificar a efetivação da problematização. Nestes espaços, foi possível identificar que 79,4% (305) envolveram-se com algum momento da problematização.

Em consonância com o estímulo dos tutores, a identificação de problemas e a proposição de soluções foram os momentos que mais apareceram nas suas mensagens, representando 68,8% (264) e 50% (192) das postagens, respectivamente. Aquelas que relacionaram estes dois momentos, simultaneamente, representaram 38,5% (148) das postagens. Entretanto, apenas, 0,8% (3) apresentaram os três momentos concomitantes e assim, foram considerados como postagens que efetivaram a problematização.

Assim, nestes fóruns, a metodologia da problematização não foi efetivada. Além disso, o estímulo a identificar problemas e propor soluções em uma realidade complexa como a gestão da Atenção Básica/ESF, na ausência de uma reflexão capaz de identificar os fatores explicativos do problema, não favorece à transformação da realidade pela possibilidade de apresentar propostas de soluções para problemas descontextualizadas e, por isso, não factíveis, efêmeras e/ou não adequadas.

#### **4.4. Os elementos do processo de trabalho do gestor nas mediações pedagógica dos tutores no AVA**

Neste estudo, identificaram-se os elementos da prática do gestor que foram estimulados as discussões, a partir das categorias analíticas propostas por Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008) e complementadas por Souza e Viana (2014). São elas: a finalidade, o objeto, a ação/atividade, os instrumentos (materiais ou não materiais) e os agentes.

Assim, constata-se que 96% (24) das postagens de abertura dos Fóruns continham algum destes elementos. Entre os elementos identificados, percebe-se a ênfase na discussão sobre a “ação/atividade”, visto que 21 postagens (87,5%) abordavam este elemento, seguido de 8,3% (2) que discutiam sobre a finalidade e 4,2% (1) que abordou os instrumentos materiais da gestão. Não foram identificadas postagens que estimularam a discussão sobre o objeto, os instrumentos não materiais ou os agentes do processo de trabalho do gestor. Os enunciados abaixo exemplificam esta questão:

Exemplo: Finalidade

[...] Esta discussão inicia-se a partir da construção do quadro proposto na tarefa prática dos gestores (lição da Unidade 1), discuta com seus colegas gestores os limites, desafios e avanços da Implementação dos Princípios da Atenção Básica identificados em sua realidade. [...] Tutor T02

Exemplo: Ação/atividade:

[...] Estamos iniciando uma nova fase de discussões a partir de cada linha de cuidado. Após as atividades propostas na unidade 1 do módulo Saúde da Mamãe e Bebê, vamos aprofundar nossas reflexões sobre os desafios e potencialidades para construção da rede de saúde para a atendimento de gestantes de baixo risco, utilizando os parâmetros da PPI como referência. Vamos refletir também sobre como podemos construir planos de saúde, em conjunto com os conselhos municipais de saúde, e pactuações com outros gestores da macrorregião que contemplem as ações necessárias para tornar este cuidado efetivo [...] Tutor T07

Exemplo: Instrumentos materiais:

[...] Esta unidade, então, tem como objetivo discutir sobre a incorporação tecnológica na Atenção Básica e o custo-efetividade de produtos e serviço. Para fomentar a discussão, vamos considerar duas questões: Considerando que a atenção básica resolve 80% dos problemas de saúde da população, há uma melhoria na eficiência dos gastos em saúde? Porquê? A incorporação tecnológica na Atenção Básica pode reduzir os custos em saúde? [...] Tutor T01

Cabe salientar que a ênfase nas discussões sobre o trabalho propriamente dito do gestor, a “ação/atividade”, sugere a coerência com os objetivos do Curso que previam a efetivação do Projeto de Implantação das Linhas de Cuidado. Entretanto, apesar desta ênfase não desabonar o Curso, demonstra o seu caráter operacional para efetivação de uma política pública e não o seu aspecto de estímulo dos estudantes à reflexão crítica sobre a realidade tendo como objetivo a transformação das práticas e das organizações. O Quadro 5 relaciona o tipo de “ações/atividades” que foram estimuladas à discussão.

**Quadro 3:** Tipos de “ação/atividades” identificadas nas Postagens iniciais dos Fóruns de Gestores.

<b>Tipo de “ação/atividade”</b>
Construção e/ou implementação da rede assistencial no município e/ou região de saúde
Apoio institucional no município e/ou região de saúde
Planejamento, avaliação e/ou monitoramento das ações e serviços do município
Formulação e implementação de políticas públicas
Organização da referência e contrarreferência no município e na região
Implantação de novas ações e serviços
Avaliação e monitoramento dos prestadores de serviço
Estruturação administrativa das ações e serviços da Secretaria Municipal de Saúde

Fonte: Elaboração própria.

Ressalta-se que as discussões sobre a “organização para construção e/ou implementação da rede assistencial no município e/ou região” representou 38,1% (8), seguido daquelas que

buscavam refletir sobre a “implantação e/ou implementação do apoio institucional no município e/ou região de saúde”, o “planejamento, avaliação e monitoramento das ações e serviços do município” e a “formulação e implementação de políticas públicas” que foram identificadas em 14,3% (3) postagens, cada uma. Os demais tipos foram identificados em 4,8% (1), postagem cada um. Os enunciados abaixo exemplificam essa questão:

Exemplo: Organização para construção e/ou implementação da rede assistencial no município e/ou região

[...] convidamos novamente para refletirmos como nossa rede macrorregional está organizada para cuidar da gestante, da puérpera e do neonato. Além dos já listados nos outros fóruns, quais os desafios e entraves para a implantação da Linha de Cuidado Saúde Mamãe e Bebê na nossa Macro? É importante colocarmos na discussão propostas de como poderemos iniciar este processo. Nesta perspectiva, tendo em vista os altos índices de mortalidade materno-infantil, vamos tentar construir um plano de ação para fortalecermos a rede macrorregional e, assim, implantarmos esta Linha de Cuidado em nossa região? [...] Tutor T02

Exemplo: Implantação e/ou implementação do apoio institucional no município e/ou região de saúde

[...] Lembrem da atividade prática que propomos no primeiro módulo "Acolhimento do Educando" sobre o Apoio Institucional como estratégia de gestão? A proposta agora é: Discutamos as possibilidades e dificuldades para o desenvolvimento do Apoio Institucional nos municípios e na região, podendo ser utilizado como base o esboço que apresentamos na unidade 1 [...] Tutor T07

Exemplo: Planejamento, avaliação e/ou monitoramento das ações e serviços do município

[...] nesse fórum iremos discutir sobre as ações e estratégias da gestão para redução da taxa de internação por complicações da HAS e DM e aumento da proporção de usuários cadastrados no HIPERDIA, além de discutir a agenda e preparação para o Pacto biênio 2010-2011 [...] Tutor T07

Exemplo: Formulação e/ou implementação de políticas públicas

[...] Discutiremos sobre como as concepções de saúde podem interferir na elaboração de políticas e da linha de cuidado à Saúde do Homem no município [...] Tutor T06

### Exemplo: Organização da referência e contrarreferência no município e na região

[...] É necessário agora que aprofundemos a análise sobre a regulação. Para isso, a proposta deste fórum é discutir a elaboração do fluxograma analisador proposto na tarefa prática: caminho de usuário com quadro agudo, na rede de atenção às urgências (referência e contrarreferência) municipal, microrregional e macrorregional. Para isso, é proposto: 1) IDENTIFICAÇÃO DE NÓS CRÍTICOS: Identificar os nós críticos da rede para cuidado desse usuário apontando as principais dificuldades enfrentadas para implantação da Linha de Cuidado; e, 2) CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS: Diante desta identificação, iniciar a construção de uma proposta de regulação para os municípios [...] Tutor T02

### Exemplo: Implantação de novas ações e serviços

[...] Este Fórum tem como objetivo principal a discussão sobre a implantação do NASF e a relação do mesmo com as equipes de saúde da família com ênfase na Saúde do Adulto. Bem, em nossa macrorregião alguns municípios já possuem NASF há algum tempo, outros são recentes e outros em fase de implantação. Dessa forma, este fórum tem muito a contribuir com a troca de experiências. Vamos relatar as ações que estão dando certo, como exemplo de atuação para outros e também as dificuldades. Afinal, fazemos parte deste movimento de implantação de um novo modelo de atenção à saúde, com os NASFs e podemos contribuir muito com essa construção. Sugiro, pro debate, alguns analisadores: apoio matricial, cuidado compartilhado e clínica ampliada, para analisarmos de que forma as ações do NASF podem contribuir para o cuidado deste grupo [...] Tutor T03

### Exemplo: Avaliação e monitoramento dos prestadores de serviço

[...] De modo geral, quem inspeciona as Instituições de Longa Permanência para Idosos é a Vigilância Sanitária municipal, as quais podem elaborar roteiros com base na legislação pertinente ou utilizando modelos de outros municípios/estados. Observando o instrumento de avaliação para funcionamento das instituições de longa permanência para idosos – ANVISA e baseados nas histórias e textos apresentados durante a unidade, vamos debater sobre o sobre as instituições de longa permanência para idosos e o papel da gestão da saúde na fiscalização e acompanhamento dessas mesmas no município, a partir de algumas perguntas: Qual a relação da instituição com a Secretaria Municipal de Saúde? Existe acompanhamento dessa(s) instituições por parte da SMS? Quem demanda o acompanhamento? A SMS? Ou a instituição? Porque? Que tipo de acompanhamento é feito? Que ações são fiscalizadas? [...] Tutor T06

### Exemplo: Estruturação administrativa das ações e serviços da Secretaria Municipal de Saúde

[...] Nesse fórum, discutiremos sobre como estão estruturadas as Vigilâncias nos municípios. Para nos ajudá-los no debate, sigam algumas perguntas

norteadoras, ok?! Como as vigilâncias se encontram no organograma da saúde do município? Existe integração das ações entre as vigilâncias? Existe integração das ações das vigilâncias e da Atenção Básica? Existem espaços conjuntos de programação, avaliação e planejamento? Tutor T06

A análise completa dos fóruns dos módulos selecionados, Saúde da Mamãe e Bebê e Ações de Vigilância em Saúde na Atenção Básica, constatou que a “ação/atividade” do processo de trabalho do gestor continuou sendo o elemento com maior destaque, estando presente em 100% (30) das mensagens.

Pois é Z e W... justamente está acontecendo nas regiões as rodadas da PPI... em alguns locais esta mais adiantado do que em outras. Mas temos aí um papel fundamental da Dires, como a figura regional-local e os municípios sede de micro, que possuem potencial central nessa articulação.

Nossa tarefa enquanto gestão, além de apoiar os trabalhadores nesse processo de qualificação, é a gente pensar a articulação da rede de serviços. Afinal, não adianta uma consulta de pré-natal bem feita sem rede para realização de exames complementares, maternidade ou referência para alto risco, não é? E aí como avaliam a rede de serviços para a saúde da mamãe e do bebê em suas regiões? [...] Tutor T10

Quanto às postagens dos alunos, foi possível identificar que, de forma coerente com o estímulo dos tutores, elas também enfatizaram a “ação/atividade” do gestor, estando presente em 100% (384) das postagens.

Assim, a análise das mensagens de tutores e alunos permite afirmar que nos fóruns exclusivos para gestores a discussão esteve concentrada nas “ações/atividades” dos gestores objetivando a efetivação do Projeto de Implantação das Linhas de Cuidado. Entretanto, esta opção, por seu forte caráter operacional, quando enfatizada na ausência dos demais elementos que influenciam a prática dos gestores, fragiliza o possível potencial transformador da educação permanente em saúde.

#### **4.5 As atividades práticas destinadas aos gestores e sua contribuição na problematização do processo de trabalho**

Considerando que as discussões nos Fóruns foram complementares ao desenvolvimento das tarefas práticas, optou-se em analisar estas atividades curriculares e a sua bibliografia

sugerida no intuito de identificar os momentos da problematização e os elementos do processo de trabalho levados a análise pelos estudantes.

Em relação à bibliografia sugerida, nos dois Módulos estudados, contatou-se que 38,5% (50) das publicações eram compostas de publicações de instituições gestoras, tais como, os manuais, normas e textos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, seguidos de 25,4% (33) de artigos publicados em revistas nacionais.

**Tabela 3:** Tipo de bibliografia sugerida nos Módulos 2 – Saúde da Mamãe e Bebê e no Módulo 11 – Ações de Vigilância em Saúde na Atenção Básica

<b>Tipo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Publicações (manuais, normas e textos) de instituições gestoras (MS, CONASS, SES ou SMS)	50	38,5%
Artigos	33	25,4%
Outros (apresentações, planilhas, fichas, boletins, etc)	23	17,7%
Textos de apoio	15	11,5%
Legislação	8	6,2%
Capítulo de Livro	1	0,8%
Total	130	

Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito às 5 (100%) atividades práticas propostas nos dois módulos, foi possível identificar que todas estimularam o conhecimento da realidade e 20% (1) estimularam a problematização por conter os três momentos descritos por Zanotto e De Rose (2010):

Exemplo de atividade Prática que contém os três momentos da problematização:

Identificação das principais causas de mortalidade materno-infantil na microrregião; Análise das informações sobre óbito materno e infantil e identificação, no plano de saúde do município, das estratégias existentes para a melhoria da assistência para puérperas e neonatos; Formulação de uma proposta de rede para a assistência à gestante, ao parto, puerpério imediato e neonato.

Nas demais atividades, 20% (1) não apresentou nenhum momento da problematização, 40% (2) estimularam a identificação de problemas e 20% (1) a proposição de soluções. As

“ações/atividades” da prática do gestor foram as mais estimuladas, estando presente em 80% (4) destas atividades.

Identificar todos os equipamentos de saúde existentes no município e região para assistência à gestante, ao parto, puerpério imediato e neonato baseando-se nos dados da pactuação e plano de saúde municipal; Identificar os aspectos positivos e as dificuldades do município na organização da rede de atenção à gestante de baixo e alto risco.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa demonstram que o que se deseja transformar é a realidade no âmbito da Atenção Básica a fim de reorientar o modelo assistencial, através do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, com a implantação das Linhas de Cuidado. Entretanto, os objetivos do Curso em estudo, não explicitam as mudanças a serem realizadas, sugerindo que estes problemas emergiriam da prática dos gestores. Esta opção, segundo Lemos (2010), é denominada “gerenciamento permanente” e representa uma fragilidade para o potencial transformador da ação educativa, pois a ênfase na identificação de problemas cotidianos pelos participantes não é suficiente para o desenvolvimento de ações capazes de superar as fragilidades das práticas dos gestores para a efetivação da integralidade.

Além disso, os objetivos específicos do Curso, apesar de guardarem coerência com as fases do Projeto de Implantação de Linhas de Cuidado, não representam etapas a serem alcançadas para efetivar o objetivo geral de “consolidar mudanças na organização e no processo de trabalho dos gestores da atenção básica, buscando qualificar sua ação de gestão [...]” (BAHIA, 2009b p. 6), pois, a educação, apesar do seu potencial transformador, quando sozinha não garante a efetivação das mudanças desejadas. Neste caso, a reorientação do modelo assistencial, a partir do fortalecimento da gestão da Atenção Básica, requer investimentos, tanto na área educacional como naquelas direcionadas à resolução dos problemas estruturais, como por exemplo, o financiamento do SUS.

Os tutores, enquanto sujeitos responsáveis pela mediação ocupam lugar privilegiado neste tipo de aprendizagem. Neste Curso optou-se por adotar os apoiadores institucionais da Diretoria de Atenção Básica/SESAB como responsáveis pela mediação pedagógica, o que representa uma potencialidade para a mediação vista a expressiva qualificação desses sujeitos na área da Saúde Coletiva/Atenção Básica e a sua relação prévia com o grupo de estudantes, o que favorece a problematização, pois sugere a existência de vínculos e o conhecimento da realidade.

Entretanto, em consonância com a literatura, nota-se nesses tutores a frágil formação na área pedagógica. Este achado sugere o comprometimento da efetivação dos objetivos do Curso, pela insuficiência ou ausência de conhecimentos e habilidades para a efetivação da metodologia da problematização ao longo da mediação no AVA. De fato, esse pode ser um aspecto explicativo dos resultados encontrados.

Ressalta-se que a educação a distância, com a utilização do AVA, é uma prática recente nas instituições públicas na área da saúde, e especialmente na SESAB, de modo que a qualificação pedagógica dos tutores para a atuação nesta modalidade educacional ainda não é uma realidade.

Além disso, constatou-se que os tutores possuíam limitada experiência na gestão ou na área assistencial da Saúde da Família. Este achado, mesmo não inviabilizando o trabalho ao longo do Curso, sugere que a sua percepção da realidade poderia ser limitada por desconhecimento dos fatos reais.

Assim, em relação ao estímulo à problematização pode-se constatar, a partir da análise dos fóruns exclusivos para gestores do Curso, que a mesma, como estratégia pedagógica, não se efetivou. Tendo como referência o trinômio problema-explicação-solução, proposto por Zanotto e De Rose (2010), foi possível perceber que nenhuma das postagens dos tutores estimulou a análise conjunta e sequencial destes três aspectos. Apesar disso, nota-se, nas postagens dos tutores o estímulo à participação do estudante, a partir da percepção da realidade.

Os achados demonstram que a mediação da aprendizagem dos tutores estimulou essencialmente o levantamento de problemas e/ou a proposição de soluções, sem desenvolver a necessária fase de reflexão, mediante a identificação dos fatores e determinantes que possibilitaria explicar o problema de forma suficiente e pertinente. Essa restrição fragiliza o potencial transformador do Curso, pois pode possibilitar a formulação de propostas de soluções superficiais e que não resolvem os problemas identificados.

No que diz respeito ao elemento do processo de trabalho, a “ação/atividade” foi o elemento preferencialmente trabalhado nos fóruns estudados. Esta opção, apesar de apresentar coerência com o Projeto de Implantação das Linhas de Cuidado, estabelece um caráter operacional ao Curso pela ausência dos demais elementos que possibilitariam a análise crítica e reflexiva do processo de trabalho do gestor.

Por fim, a análise das tarefas práticas e da bibliografia sugerida reforçam a evidência sobre o caráter operacional e normativo do Curso, ao utilizar essencialmente documentos produzidos pelo Ministério da Saúde.

Neste sentido, a partir dos achados desta pesquisa, é possível evidenciar que a mediação pedagógica do Curso, na modalidade a distância, apresentou um limitado potencial de transformação das práticas individuais e da organização para a reorientação do modelo

assistencial, por não efetivar a problematização e por seu caráter exclusivamente operacional e normativo da realização das práticas.

Assim, recomenda-se, para efetivação da Educação Permanente em Saúde, a priorização na formação pedagógica dos tutores, a fim de efetivar a problematização como metodologia, estimulando a formação de sujeitos críticos frente à realidade de saúde e não apenas capazes de operacionalizar as políticas de saúde dentro dos limites estruturais que a realidade oferece. Além disso, é necessário ampliar a concepção sobre a natureza das práticas dos gestores, para além da discussão sobre as suas “ações/atividades” relacionadas à aplicação na sua realidade das recomendações definidas pelo Ministério da Saúde. Entretanto, sugere-se novas pesquisas e estudos que possam contribuir para o aprofundamento desta temática, especialmente focando em cursos dessa natureza e uso de abordagens metodológicas, capazes de contribuir com o desenvolvimento dos pressupostos da EPS.

## REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. Os aparelhos ideológicos de Estado. In: \_\_\_\_\_ **Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado**. Tradução de Joaquim José de Moura Ramos. Lisboa: Editorial Presença. Brasil: Martins Fontes, 1974, p. 41-52.

ALVES, L. Educação a Distância: conceitos e história no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância**, São Paulo, v. 10, 2011. Disponível em: <[http://www.abed.org.br/revistacientifica/Revista\\_PDF\\_Doc/2011/Artigo\\_07.pdf](http://www.abed.org.br/revistacientifica/Revista_PDF_Doc/2011/Artigo_07.pdf)>. Acesso em 01 mai. 2014.

AQUINO, R. et al. Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 25, p. 353-371.

ARAÚJO, E. S. C.; VIEIRA, V. M. O. Práticas docentes na Saúde: contribuições para uma reflexão a partir de Carl Rogers. **Psicol. Esc. Educ.** [online], São Paulo, vol. 17, n.1, jan-jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v17n1/a10v17n1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Diretoria de Atenção Básica. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado**. Salvador, 2009b.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Salvador, 2007. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional\\_Gestor/Relatorio\\_anual\\_gestao\\_2007.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Relatorio_anual_gestao_2007.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Salvador, 2008. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional\\_Gestor/Relatorio\\_anual\\_gestao\\_2008.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Relatorio_anual_gestao_2008.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Salvador, 2009a. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional\\_Gestor/Relatorio\\_anual\\_gestao\\_2009\\_Volume%20I.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Relatorio_anual_gestao_2009_Volume%20I.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Salvador, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional\\_Gestor/Relatorio\\_anual\\_gestao\\_2010.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Relatorio_anual_gestao_2010.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Salvador, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional\\_Gestor/Relatorio\\_anual\\_gestao\\_2011.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Relatorio_anual_gestao_2011.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Salvador, 2012b. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional\\_Gestor/Relatorio\\_anual\\_gestao\\_2012.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Relatorio_anual_gestao_2012.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Salvador. 2013a. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional\\_Gestor/Relatorio\\_anual\\_gestao\\_2013.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Relatorio_anual_gestao_2013.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Governadoria. Decreto nº 14.457 de 03 de março de 2013. Aprova a Política Estadual de Atenção Básica. Salvador, 2013b. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dab/PEAB\\_publicada.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/PEAB_publicada.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. Site. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/dab](http://www.saude.ba.gov.br/dab)>. Acesso em: 05 dez. 2013b.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto. Site. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/eesp](http://www.saude.ba.gov.br/eesp)>. Acesso em: 05 dez. 2013a.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Política estadual de gestão do trabalho e educação na saúde do SUS Bahia**. Salvador, 2012a.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Portal da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br)>. Acesso em: 01 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Escola Estadual de Saúde Pública. Diretoria de Atenção Básica. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado**. Salvador, 2009c.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/14.pdf>> . Acesso em: 05 fev. 2014.

BATISTA, N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, 3(2):283-94, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v3n2/03.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2015.

BERBEL, N. A. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface** (Botucatu) [online], vol.2, n.2, fev. 1998. pp. 139-154. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>> . Acesso em: 04 fev. 2015.

BERBEL, N.A.N. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. **Semina: Cien Soc./Hum.**, Londrina, v.16. n. 2., p. 9-19, out. 1995. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/9458/8240>>. Acesso em Janeiro/2015.

BERBEL, N.A.N. O problema de estudo na Metodologia da Problematização. In: BERBEL, N. A. N.; GOMES, D. F. M. (Orgs.). **Exercitando a reflexão com conversas de professores**. 1ª ed. Sertanópolis - PR: GRAFCEL, 2005, v. 1, p. 125-128.

BLAUTH, A. M. **O sistema de avaliação dos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Gestão da Atenção Básica: uma análise dos potenciais e limitações.** 2011. 44 p. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade do Estado da Bahia, Valença, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, v. 9, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 10 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 01 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/dec\\_5622.pdf](http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/dec_5622.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 01 fev. 2015.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de Saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.23, p.605-18, set/dez, 2007

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – Comunic, Saúde e Educ**, v. 9, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/09> >. Acesso em: 03 jan. 2015.

CARVALHO, Y.M; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva, 2006. Disponível em:

<[http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo\\_3658/EZIF5GLMKV.pdf](http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_3658/EZIF5GLMKV.pdf)> Acesso em: 08 nov. 2014.

CASTRO, A.C. **Mediação pedagógica do tutor:** estudo de caso no contexto semipresencial de uma Faculdade privada. Brasília, 2014. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16754/1/2014\\_AnaCristinaDeCastro.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16754/1/2014_AnaCristinaDeCastro.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2015.

CASTRO, R. D., MATTEI, G. Tutoria em EaD on-line: aspectos da comunicação que favorecem a interação sócio-afetiva em comunidades de aprendizagem. **Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância**. São Paulo, v. 7, p. 01-23, 2008. Disponível em: <[http://www.abed.org.br/revistacientifica/Revista\\_PDF\\_Doc/2008/ARTIGO\\_22\\_RBAAD\\_2008\\_PESQUISA.pdf](http://www.abed.org.br/revistacientifica/Revista_PDF_Doc/2008/ARTIGO_22_RBAAD_2008_PESQUISA.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CAVALCANTE, M.T.L., VASCONCELOS, M.I.M Tecnologia de Informação para a Educação na Saúde: duas revisões e uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12. n.3. jun. 2007.

CAVALCANTI, L.S. Cotidiano, mediação pedagógica e formação de conceitos: uma contribuição de Vygotsky ao ensino de geografia. **Cad. Cedes**, Campinas, vol. 25, n. 66, p. 185-207, maio/ago. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v25n66/a04v2566.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [online], vol.9, n.16, pp. 161-168, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>> Acesso em: 06 mai. 2013.

CECILIO, L. C. O; ANDREAZZA, R. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 200-207, jul-dez, 2007.

CIAVATTA, M. Trabalho como princípio educativo. In.: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 408-415. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

COLOMBO, A.A.; BERBEL, N.A.N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/3733/2999>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A.N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 503-517, 2008.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A.N. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, 62 (2), 300-4, mar-abril, 2009.

CYRINO;E.G; PEREIRA, M.L.T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3),780-788, mai-jun, 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15> Acesso em Janeiro/2015

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 9, 2009. cap. 3, p. 39-58. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf)> Acesso em: 02 abr. 2013.

DIAS, P. Comunidades de Conhecimento e Aprendizagem Colaborativa. Conselho Nacional de Educação (Org.), Actas do Seminário Redes de Aprendizagem, Redes de Conhecimento. Portugal: Conselho Nacional de Educação, 85-94. Lisboa, 22 e 23 de Julho de 2001. Disponível em: [http://www.prof2000.pt/users/mfflores/teorica6\\_02.htm](http://www.prof2000.pt/users/mfflores/teorica6_02.htm) Acesso em Fevereiro/2015.

DUSSAULT, G. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. **Rev. Adm. Púb.** Rio de Janeiro. 26 (2): 8-19, abr-jun., 1992. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792/7531>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

FARAH, B.F; PIERANTONI, C.R. A utilização da metodologia da Problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF. **Revista APS**, v.6, n.2, p.108-119, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Pesquisa1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

FINO, C. N. Vygotsky e a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP): três implicações pedagógicas. **Revista Portuguesa de educação**, v. 14, n. 2, p. 273-291, 2001. Disponível em: < <http://www3.uma.pt/carlosfino/Documentos/ZonaDesenvolvimentoProximal.pdf>>. Acesso em: 05 fev 2015.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das Linhas de Cuidado. In.: MERHY, E. E. et al (Orgs). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed., São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 125-133. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSISTENCIA%20%20SA%20DADE%20-%20T%20FALio.pdf>> Acesso em: 01 fev. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. , 47ª edição, Rio de Janeiro, Editora Paz & Terra, 2013. 143 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 17ª. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987. 107p.

FREITAG, B. Quadro teórico. In.: \_\_\_\_\_. **Escola, Estado e Sociedade**. 7ª ed. rev. São Paulo: Centauro, 2005. cap. 1, pág. 33-77.

FREITAS, K. S. Um panorama geral sobre a história do ensino a distância. In: ARAUJO, B.; FREITAS, K. S. (Coord.). **Educação a distância no contexto brasileiro: algumas experiências da UFBA**. 1ª ed. Salvador: ISP/UFBA, 2005. p. 57-68.

FRIGOTTO, G. Trabalho, conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: impasses teóricos e práticos. In: GOMES, C.M. et al. **Trabalho e conhecimento: dilemas da educação do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1987. p. 13-26.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In.: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 399-404. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>> Acesso em 07 jan. 2015.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. O. O Trabalho como princípio educativo na educação integral dos trabalhadores. In: COSTA, H. ; CONCEIÇÃO, M. (Org.). **Educação Integral e Sistema de reconhecimento e certificação educacional e profissional**. São Paulo: Escola Sindical São Paulo - CUT, 2005. p. 19-62.

GIOVANELLA, L, MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. cap. 16, p. 493-545.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para um abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (3): 783-794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em: 05 jan 2015.

GONDIM, R et al. Organização da atenção. In: GONDIM R; GRABOIS, V; MENDES JÚNIOR, WV (Orgs.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.93-120. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12545&Tipo=B>> Acesso em: 08 jan 2015.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerenciais nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. **Gestão & Produção**, v. 8, p. 304-318, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/gp/v8n3/v8n3a07.pdf> >. Acesso em: 03 fev. 2014.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A.P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (11): 4415-4423, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a14v16n11.pdf> >. Acesso em: 05 jan. 2015.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. 2010. 158 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LESSA, G. M.; GUIMARÃES, J.; PAIM, M. Modalidade EAD: contribuições da capacitação de gestores do SUS. In.: 18º Congresso Internacional de Educação a Distância, São Luis-MA, 2012. **Anais...** São Luis-MA, 2012. Disponível em:

<<http://www.abed.org.br/congresso2012/anais/166a.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

LIMA, J.C.F.; BRAGA, I.F. **Projeto Memória da Educação Profissional em saúde**. Anos 1980-1990. Relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. cap. 3, p. 89-120.

MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, maio/ago., 2014. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a10v12n2.pdf> >. Acesso em: 05 fev. 2015.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N.T. et al (Orgs). **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap. 8, p. 257-281.

MAHEU, C.M.D.T. Decifra-me ou te devoro: o que pode o professor frente ao manual escolar? In: Trabalhos e Pôsteres da 28ª Reunião Anual da ANPED – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. 2005. Caxambu-MG. **Anais ...** Caxambu-MG, 2005. Disponível em: <<http://28reuniao.anped.org.br/>> .Acesso em: 12 fev. 2015.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed., Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43> > Acesso em 20 nov. 2014.

MIRANDA, C.; MORAIS, C.; DIAS, P. Colaboração em ambientes online na resolução de tarefas de aprendizagem. In.: DIAS, P et al (Orgs). Actas da V Conferência Internacional de Tecnologias de Informação e Comunicação na Educação. 2007, Braga-PT. **Anais...** Braga-PT, 2007. p. 576-585. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/1084>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

MIRANDA, L. et al. Ambientes de aprendizagem na web: uma experiência com fóruns de discussão. In.: DIAS, P.; FREITAS, C. (orgs). Actas do Challenges, 2001, II Conferência Internacional de Tecnologias de Informação e Comunicação na Educação, 2001, Braga-PT. **Anais...** Braga-PT, 2001. pp. 585-593. Disponível em:

<<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/1066>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Sup. 2): 2133-2144, 2008. Disponível em: , <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf> >. Acesso em: 09 mai. 2014.

MORAN, J. M. O que é educação a distância. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/dist.pdf> >. Acesso em: 08 ago. 2013.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T.C.M. Novos desafios educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde. **Olho Mágico**. Vol. 8 (3). 2001. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n3/enfoque.htm> >. Acesso em: 21 fev. 2015.

NEMES, M.I.B. Prática Programática em Saúde. In.: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B (Orgs.). **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996. cap. 2, p. 48-65.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125 pp.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. cap. 15, p. 459-491.

\_\_\_\_\_. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.4, n.2, p. 243-250, Jan., 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v4n2/7111.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2015.

\_\_\_\_\_. Atenção à saúde no Brasil. In.: \_\_\_\_\_. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006a. p. 11-47.

\_\_\_\_\_. Gestão da Atenção Básica nas cidades. In.: \_\_\_\_\_. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006b. p. 49-78.

\_\_\_\_\_. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? In.: \_\_\_\_\_. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006c. p. 99-116.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 419-426. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traegu.html>> Acesso em: 06 nov. 2014.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996. cap. 12, p. 234-250.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In.: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 320-328. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>> Acesso em 10 jan. 2015.

PINTO, G.M. **Mediação Pedagógica**: A influência do professor em meio à aplicação de um novo recurso. 2013. 112 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/7871?mode=full>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

RANGEL-S, M. L. et al. Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. **Interface** (Botucatu), vol.16, n.41, pp. 545-556, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop3412.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2014.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (2): 438-446, mar-abr, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

RIBEIRO, M. L.; CUNHA, M. I. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. **Interface** (Botucatu) [online], vol.14, n.32, pp. 52-68, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/05.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

RICALDONI, C. A.C; SENA, R.R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, 14 (6), nov. dez, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt\\_v14n6a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a02.pdf)>. Acesso em: 08 dez 2014.

SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. A Avaliação na Prática Programática. In.: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B (Orgs.). **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996. cap. 8, p. 173-193.

SANTOS, E.O. **Educação online: cibercultura e pesquisa-formação na prática docente**. 2005. Tese (Doutorado) - 2005. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11800> Acesso em Fevereiro/2015.

SANTOS, E. O. Educação online para além da EAD: um fenômeno da cibercultura. In: X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, 2009, Braga-PT. X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. 2009, Braga-PT. **Anais ...** Braga-PT, 2009. p. 335-335. Disponível em: <<http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/xcongreso/pdfs/t12/t12c427.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

SCHAURICH, D.; CABRAL, F.B.; ALMEIDA, M.A. Metodologia da Problematização no ensino em Enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. **Esc Anna Nery R**

**Enferm**, 11 (2): 318 – 24, jun., 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a21.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2015.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2): 221-242, 1999. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

SCHRAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In.: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B (Orgs.). **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996. cap. 1, p. 29-47.

SFORNI, M. S. F. . Aprendizagem e Desenvolvimento: o papel da mediação. In: CAPELLINI, V. L. F.; MANZONI, R. M. (Org.). **Políticas públicas, práticas pedagógicas e ensino-aprendizagem: diferentes olhares sobre o processo educacional**. 1ed. Bauru UNESP/FC/São Paulo: Cultura Acadêmica, 2008. v. 1.

SILVA JÚNIOR, A.G; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, V. G. C.; CORBO, A. D (orgs). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 27-42.

SILVA, G. S. **O processo de trabalho do coordenador municipal da Estratégia de Saúde da Família**. 2009. 93 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, J.A.M; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.1018-1032, 2011 Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29736/31613>>. Acesso em: 18 jan 2015.

SILVA, M. **Sala de aula interativa**. Rio de Janeiro: Quarter, 4<sup>a</sup> ed., 2006.

SILVA, M. Sala de aula interativa: a educação presencial e a distância em sintonia com a era digital e com a cidadania. 2001. Disponível em: <[www.unesp.br/proex/opiniao/np8silva3.pdf](http://www.unesp.br/proex/opiniao/np8silva3.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2015.

SILVA, W.B.; DELIZOICOV, D. Problemas e problematizações: implicações para o ensino dos profissionais da saúde. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v.1, n.2, p 14-28, dez.2008.

Disponível em:

<<http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/31/31>>.

Acesso em: 30 jan 2015.

SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n.9, Set 2010. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/05.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

SOUZA, L. E. P. F; VIANA, A. L. D. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 19, p. 261-269.

TEIXEIRA, C. (org). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, p 161, 2010. 161 p.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006. p. 59-83.

TORRES, P.L.; ALCANTARA, P.R; IRALA, E.A.F. Grupos de consenso: uma proposta de aprendizagem colaborativa para o processo de ensino-aprendizagem. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n.13, p.129-145, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/dialogo?dd1=766&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

TORRES, P.L. et al. Construção coletiva do conhecimento: desafios da co-criação no paradigma da complexidade. In.: OKADA, A. (org). **Recursos Educacionais Abertos e Redes Sociais : coaprendizagem e desenvolvimento profissional**. 2013. cap. 5. Disponível em: <[http://oer.kmi.open.ac.uk/wp-content/uploads/cap05\\_prapetec.pdf](http://oer.kmi.open.ac.uk/wp-content/uploads/cap05_prapetec.pdf)> Acesso em: 07 fev. 2015.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Fluxograma e elementos do processo de trabalho do gerente no território da Estratégia Saúde da Família. **SANARE**, Sobral, v.11, n.2, p. 25-31, jul-dez, 2012. Disponível em: < <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/273/244> >. Acesso em: 15 jan. 2015.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANOTTO, M.A.C; DE ROSE, T.M.S. Problematizar a própria realidade: análise da experiência de formação contínua. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.29, n.1, p. 45-54, jan./jun. 2003 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022003000100004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022003000100004&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 16 jan 2015.

## APENDICE - Instrumento de coleta de dados nos Fóruns no AVA

• **GRUPO:** \_\_\_\_\_

• **DADOS GERAIS:**

- Módulo: \_\_\_\_\_
- Unidade: \_\_\_\_\_
- Nome do Tópico: \_\_\_\_\_
- Total de Postagens no Fórum (postagem inicial + comentários): \_\_\_\_\_
  - Postagens do (a) tutor (a) Código T \_\_\_\_: \_\_\_\_\_
  - Postagens do (a) tutor (a) Código T \_\_\_\_: \_\_\_\_\_
  - Postagens do (a) tutor (a) Código T \_\_\_\_: \_\_\_\_\_
  - Postagens dos (as) estudantes: \_\_\_\_\_
- Observações: \_\_\_\_\_

• **POSTAGENS DOS (AS) TUTOR (A):**

Localização	Postagem	Elemento PT do gestor identificado	Momento (s) da ação de problematizar estimulado (s):	Observação

• **POSTAGENS DOS (AS) ESTUDANTES:**

Postagem	Parte da realidade e vivida? (sim/não/não se aplica)	Possui um ou mais momentos da problematização? (sim/não/não se aplica)	Momentos da Problematização			Elemento do processo de trabalho do Gestor identificado	Observação
			Identifica Problema (a)? (sim/não/não se aplica)	Busca explicar o (s) problema (s)? (sim/não/não se aplica)	Propõe soluções para a resolução do problema? (sim/não/não se aplica)		

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável pela coleta: \_\_\_\_\_