



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE

PRÁXIS DOCENTE NA SAÚDE:
narrativas de educadoras em contexto de formação

ALESSANDRA MARTINS DOS REIS

Salvador

2023

ALESSANDRA MARTINS DOS REIS

**PRÁXIS DOCENTE NA SAÚDE:
narrativas de educadoras em contexto de formação**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), no âmbito da Linha de Pesquisa II – Educação, Práxis Pedagógica e Formação do Educador, vinculada ao Grupo de Pesquisa (Auto)biografia, Formação e História Oral (Grafho), como requisito para a obtenção do título de doutora em Educação e Contemporaneidade.

Orientador: Prof. Dr. Elizeu Clementino de Souza

Salvador

2023

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

R375p

Reis, Alessandra Martins dos

Práxis docente na saúde: narrativas de educadores em contexto de formação / Alessandra Martins dos Reis. - Salvador, 2023.
211 fls.

Orientador(a): Profº Drº Elizeu Clementino de Souza.

Inclui Referências


Tese (Doutorado) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade - PPGEDUC, Campus I. 2023.

1.Professores - formação. 2.Saberes do docente. 3.Narrativas.

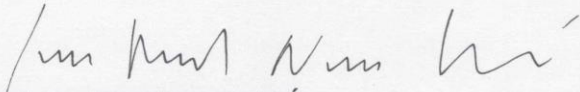
CDD: 378

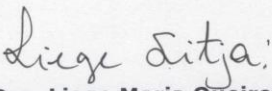
FOLHA DE APROVAÇÃO**PRÁXIS DOCENTE NA SAÚDE: NARRATIVAS DE
EDUCADORAS EM CONTEXTO DE FORMAÇÃO****ALESSANDRA MARTINS DOS REIS**

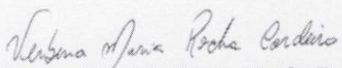
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade – PPGEduc, em 13 de março de 2023, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:


Prof. Dr. Elizeu Clementino de Souza
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Doutorado em Educação
Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil


Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Doutorado em Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil


Prof. Dr. Jorge Ramos do Ó
Universidade de Lisboa - UL
Doutorado em História da Educação
Universidade de Lisboa, UL, Portugal


Profa. Dra. Liege Maria Queiroz Sitja
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Doutorado em Educação
Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil


Profa. Dra. Verbena Maria Rocha Cordeiro
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Doutorado em Teoria da Literatura
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Brasil

Agradeço às educadoras que narraram suas histórias e tornaram possível esta pesquisa;

Agradeço o apoio e paciência da minha família, especialmente Maiara, Naila e Silvio, que acompanharam todo o percurso de construção;

Agradeço ao meu orientador pelo apoio e oportunidades de aprendizagens;

Agradeço as trocas e afetos da minha turma do doutorado;

Agradeço a convivência e afetos com o Grupo de Pesquisa (Auto)biografia, Formação e História Oral (Grafho).

REIS, Alessandra Martins dos. **Práxis docente na saúde:** narrativas de educadoras em contexto de formação. 2023. 211 f. Tese (Doutorado em Educação e Contemporaneidade) – Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade, Departamento de Educação, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2023.

RESUMO

A pesquisa emerge no contexto de formação de educadoras que atuam na pós-graduação na área da saúde, em modalidade de Programas de Residências em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Discute sobre a formação em saúde na contemporaneidade; a construção da identidade docente na saúde; as trajetórias de construção da práxis pedagógica associadas às experiências de Educação Permanente em Saúde; as transformações do modelo de atenção e educação na saúde; e a perspectiva do saber da experiência das educadoras da saúde. Apresenta o contexto de inserção das educadoras que narraram suas histórias – as Residências em Saúde – e suas possibilidades de formação, a partir da pergunta de pesquisa: “de que maneira as educadoras constroem sua identidade e ressignificam suas práticas a partir de processos formativos em contexto de Programas de Residências em Saúde?”. Ancorada em princípios da pesquisa (auto)biográfica, o estudo configura-se como uma pesquisa narrativa e utiliza como dispositivo os memoriais de formação escritos em dois tempos, no período de 2017 e 2021, possibilitando momentos de formação através da participação na pesquisa. Teve como colaboradoras sete educadoras com formação inicial em Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Odontologia, que atuavam em um programa de Residência em Saúde, da região metropolitana de Salvador (BA), Brasil. As colaboradoras da pesquisa eram jovens educadoras, experientes na saúde e na educação, possuíam precárias condições de trabalho, condizentes com os retrocessos no financiamento público na saúde no Brasil, com perfil militante do SUS e de resistência em meio à crise política, econômica e social que abateu o país no período da pesquisa. A identidade docente se constituiu de maneira inusitada, a partir da necessidade da formação de trabalhadores da saúde no SUS, dos espaços de Educação Permanente em Saúde, do curso de especialização em Preceptoria no SUS, com influências dos seus percursos escolares e vivências familiares. Narraram as possibilidades de uma práxis transformadora que envolvia abertura à aprendizagem e ao erro, o reconhecimento do inacabamento da educadora, a constante articulação de novos conhecimentos a partir das necessidades que a realidade do SUS demandava. Uma práxis situada na transição reflexiva de paradigmas educacionais, o desenvolvimento de habilidades de comunicação, trabalho em equipe, interprofissionalidade, um fazer docente que articulava competências de campo da saúde e dos núcleos profissionais. Destacaram a relação com as metodologias, estratégias e tecnologias educacionais que buscavam promover a conexão da aprendizagem com aspectos significativos da realidade, integração de conhecimentos de outras áreas do conhecimento, intervenção na própria realidade, colaboração, cooperação em grupos, a aprendizagem significativa em contextos complexos nos territórios da Atenção Básica à Saúde do SUS.

Palavras-chave: práxis docente; formação de educadores; saúde; narrativas.

SUMMARY

The research emerges in the context of training educators who work in postgraduate studies in the health area, in the form of Residency in Health programs of the Brazilian Unified Health System. It discusses health training in contemporary times; the construction of the teaching identity in health; the trajectories of construction of the pedagogical praxis associated with the experiences of Permanent Education in Health, the transformations of the model of attention and education in health; and the perspective of knowledge from the experience of health educators. It presents the insertion context of the educators who narrate their stories - the Health Residencies - and their training possibilities. This research is based on the following question: How do educators build their identity and reframe their practices based on training processes in the context of Residency programs in Health? Anchored in principles of (auto)biographical research, this study is a narrative research. It uses as a device the training memorials written in two periods, 2017 and 2021, allowing moments of training through participation in the research. This research had seven collaborators with initial training in nursing, physiotherapy, speech therapy, psychology and dentistry, who worked in a Residency in Health program, in the metropolitan region of Salvador-BA, Brazil. They were young educators, experienced in health and education, used to deal with precarious working conditions consistent with the setbacks in public health funding in Brazil. They had a militant profile concerning the SUS. Besides, they represented resistance among the political, economic and social crisis that hit the country during the survey period. The teaching identity was constituted in an unusual way. It was composed by: the need to train health workers in the SUS; the spaces of Permanent Education in Health; the Specialization Course in Preceptorship in the SUS; the influences from their school careers and family experiences. They narrated the possibilities of a transforming praxis toward openness to learning and error, the recognition of the educator's incompleteness and the constant articulation of new knowledge, based on the needs that the reality of the SUS demanded. The praxis applied during the reflective transition of educational paradigms would require the development of communication skills, teamwork, interprofessionality, a teaching practice that articulated competences in the field of health and professional centers. They highlighted the importance of educational methodologies, strategies and technologies that encourage the connection between learning and significant aspects of reality, integration of knowledge from other fields, intervention in the collaborators own realities, teamwork, cooperation between groups and meaningful learning in complex contexts in the territories of Primary Health Care of the SUS.

Keywords: teaching praxis; training of educators; health; narratives.

RESUMEN

La investigación surge en el contexto de la formación de Profesionales que actúan en el posgrado en el área de salud, en la modalidad de Programas de Residencia en Salud del Sistema Único de Salud Brasileño. Discute la formación en salud en la contemporaneidad; la construcción de la identidad docente en la salud; las trayectorias de construcción de las praxis pedagógicas asociadas a las experiencias en Educación Permanente de Salud, las transformaciones del modelo de atención y educación para la salud; y las perspectivas del saber de las experiencias de las profesionales de la salud. Presenta el contexto de inserción de las Alumnas que narran sus historias – las Residencias en Salud – y sus posibilidades de formación. A partir de la pregunta de investigación: ¿De qué manera las Alumnas construyen su identidad y resignifican sus prácticas a partir de procesos formativos en contextos de programas de Residencias en Salud? Anclado en los principios de investigación (auto)biográfica, el estudio se configura como una investigación narrativa y utiliza como dispositivo los memoriales de formación escritos en dos tiempos, en los periodos del 2017 y 2021, generando momentos de formación a través de la participación en la investigación. Tuvo como colaboradoras siete profesionales con la formación inicial en enfermera, fisioterapia, fonoaudiología, psicología y odontología, que actuaban en un programa de Residencia en Salud, en la región metropolitana de Salvador-BA, Brasil. Las colaboradoras de la investigación eran jóvenes estudiantes, expertas en la salud y en la educación, precarias condiciones de trabajo condescendientes con los retrocesos en el financiamiento público en la salud en Brasil, con perfil militante del SUS y de resistencia en medio al impacto de la crisis político económica y social que afectó el país en el periodo de la investigación. La identidad docente se constituyó de manera inusual, a partir de la necesidad de formar trabajadores de la salud en el SUS, los espacios de Educación Permanente en Salud, el Curso de Especialización en Preceptoría en el SUS, con influencias de sus trayectorias escolares y experiencias familiares. Narraron las posibilidades de una praxis transformadora que implicaba a la apertura para el aprendizaje y el error, el reconocimiento de la insuficiencia del educador, la constante articulación de nuevos saberes a partir de las necesidades que demandaba la realidad del SUS. Una praxis situada en la transición reflexiva de los paradigmas educativos, el desarrollo de habilidades comunicativas, el trabajo en equipo, la interprofesionalización, una práctica docente que articuló competencias en el ámbito de la salud y los centros profesionales. Destacaron la relación con metodologías, estrategias y tecnologías educativas que buscaban promover la conexión del aprendizaje con aspectos significativos de la realidad, la integración de saberes de otras áreas del conocimiento, la intervención en la propia realidad, la colaboración, la cooperación en grupos, el aprendizaje significativo en contextos complejos en los territorios de Atención Primaria de Salud del SUS.

Palabras-llave: praxis docente; formación de educadores; salud; narrativas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das teses selecionadas na BDTD/Capes, 2019	49
Quadro 2 – Caracterização das educadoras segundo a idade, a maior formação na pós-graduação e o tempo de experiência na educação	98
Quadro 3 – Distribuição (nº e %) das educadoras segundo a jornada de trabalho semanal e a remuneração no Programa de Residência, e acumulada, quando concilia com outros trabalhos remunerados	102

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APN	Apoiador Pedagógico de Núcleo
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
EUA	Estados Unidos da América
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
GRAFHO	Grupo de Pesquisa (Auto)Biografia, Formação e História Oral
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	Problem-Based Learning
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPGEduC	Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade

PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

OS CAMINHOS DA VIDA QUE ME LEVARAM ATÉ AQUI	14
I. FORMAÇÃO EM SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE	24
1.1 Diálogos recentes sobre a docência em saúde	48
1.1.1 Construção da identidade docente na saúde	51
1.1.2 Construção da práxis pedagógica das educadoras da saúde	55
1.1.3 Educação permanente em saúde e a formação de educadoras	57
1.2 Saberes da experiência das educadoras da saúde	66
II. RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: contexto de inserção das educadoras que narraram suas histórias	72
2.1 Espaços de formação das educadoras que narraram suas histórias	79
III. PESQUISA (AUTO)BIOGRÁFICA: diálogos teóricos e dispositivos da pesquisa	84
IV. AS EDUCADORAS E SUAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA SAÚDE	96
4.1 Vínculos trabalhistas, jornadas de trabalho e reconhecimento financeiro	100
4.2 O modelo de gestão e a cogestão que determinam as relações de trabalho cotidianas	104
4.3 Relações de trabalho, sobrecarga, desgaste e adoecimento	107
4.4 Contextualidade: resistência e defesa do SUS em tempos sombrios	113
V. NARRATIVAS SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOCENTE	119
5.1 Adesão à docência como o inusitado da vida: percursos e	

	13
vivências familiares	120
5.2 Histórias de vida e transformações de paradigmas da educação	122
5.3 A docência em tela: a Educação Permanente em Saúde no SUS	129
5.4 Significados de se tornar educadora no SUS	134
VI. A PRAXIS DOCENTE PELA NARRATIVA DAS EDUCADORAS	137
6.1 Abertura à aprendizagem e ao erro: reconhecimento do inacabamento	139
6.2 Habilidades de comunicação: escuta, acolhimento e apoio na interação educadora-residente-equipe	145
6.3 Narrativas da práxis e a transição entre paradigmas educacionais na saúde	151
6.4 Reflexividade: a análise dos raciocínios práticos da preceptoria	167
VII. EM BUSCA DE ALGUMAS ELABORAÇÕES	172
REFERÊNCIAS	181
ANEXO	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	196
APÊNDICE	
Narrativas, memórias e tentativa de uma vida bem vivida no doutorado sanduíche	199

**OS CAMINHOS DA VIDA
QUE ME LEVARAM ATÉ AQUI**

Ao refletir sobre o que realmente me levou a esta pesquisa de doutorado, pergunta recorrente no período de ingresso e de construção da pesquisa, um turbilhão de acontecimentos recentes e antigos me vêm à memória e se entrelaçam, possibilitando-me refletir sobre meus percursos de vida-formação para além de uma lógica sequencial cronológica ou por ordem de importância para definir como cheguei até aqui.

Construir uma apresentação sobre sua própria trajetória mistura-se e articula-se com uma tentativa de definição de si e, olhando para o passado que me constituiu, percebo que sou várias em uma só e, portanto, começar pelo momento atual pode apoiar a compreensão do que vem antes.

Recentemente me reconheci e me compreendi “educadora”. Assim como diversos outros educadores da saúde que construíram sua identidade como trabalhadores da saúde e demoraram muito tempo a perceber que “viraram” educadores e a entender o que os levaram à docência. Um dos aprendizados neste percurso de escrita foi compreender esse caminho de construção de identidade das educadoras da saúde. Nos últimos sete anos, tenho me dedicado, exclusivamente, à pós-graduação e à graduação e, cinco anos, especialmente, à formação de educadores da saúde, mas confesso que não tinha refletido profundamente sobre o significado disso.

Utilizarei prevalentemente o termo “educadora” nesta pesquisa por identificar-me com as proposições de Paulo Freire (1967, 1987, 1996) que fez extensa utilização em suas obras, discutiu a educação brasileira e propôs profundas transformações na prática de educadores. O termo “educador” definido no dicionário como “que ou o que se ocupa de educação: um bom educador” (DICIO, 2022) acompanhou as noções que desejei refletir neste processo de construção da pesquisa, visto que abordei o contexto de trabalhadoras da saúde que se ocuparam da educação de outros trabalhadores sem necessariamente planejar a entrada na profissão docente ou de professora.

Reafirmo em minha história pessoal os apontamentos de Cunha (2018) e outros autores¹ sobre a docência na educação superior se constituir,

¹ Neste percurso de estudo fiz uma revisão de teses recentes em que dialogo com os seguintes autores que serão apresentados em seção subsequente desta pesquisa, a saber: Ramos, (2018); Carneiro (2018); Silva (2017); Lottermann (2016); Borba (2017) e Pio (2017).

prevalentemente, a partir das experiências das histórias de escolarização pessoal, de uma aprendizagem cultural, visto que as pessoas passam muitos anos de formação acompanhadas por professores que marcam suas memórias e constituem parte de suas histórias de formação. A transição de uma vivência empírica para a construção de uma profissionalidade docente foi uma transição gradual que aconteceu nos últimos 14 anos, a partir de oportunidades de cursos, formações e educação permanente em serviço, ancoradas em situações concretas da docência e espaços formais que envolviam comunidades de aprendizagem de educadores da saúde. Esse processo de formação aproximou-me dos saberes sistematizados da educação e, conseqüentemente, contribuíram para o interesse e ingresso no programa de doutorado em Educação.

Percebi ainda, recentemente, que minha identidade na saúde foi se constituindo inicialmente no cuidado direto à população como enfermeira, mas começou a se transformar quando também me constituí no papel de gestora da saúde, municipal e estadual, quando a formulação de políticas públicas de formação de trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) foi tomando centralidade no meu trabalho.

Abordarei o cuidado em saúde em toda a pesquisa a partir das compreensões de Roseni Pinheiro (2008, p. 113):

É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.

A produção do cuidado na vida cotidiana historicamente foi desenvolvida por mulheres (CAPASSO; DEL GUERRA; KIELING, 2021). Esse cuidado com as pessoas e espaços é um modo de agir permeado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, e é ainda expressão da divisão social e sexual do trabalho. Assim, a Enfermagem, ao se consolidar como profissão, e

essencialmente feminilizada, consolida o seu fazer, seus atos profissionais fundados no cuidar em saúde como campo de domínio e consolida também a cultura do cuidar como essência ética.

E com a produção do cuidado como perspectiva, segui apoiando de perto outros trabalhadores e gestores que, no cotidiano do trabalho, possuíam desafios enormes e precisavam de espaços para novos aprendizados. Em paralelo ao espaço de gestão, também fui experimentando o papel de educadora no ensino superior, em universidades públicas com vínculo temporário no curso de Medicina e na pós-graduação como tutora e docente de cursos semipresenciais e presenciais, inicialmente de maneira periférica, mas progressivamente ganhando a centralidade e o sentido do meu trabalho.

Reconhecer ainda que, mesmo quando eu imaginava que a centralidade do meu trabalho era o cuidado em saúde ou a gestão em saúde, minha satisfação e minha prática educativa já eram fortes e presentes, transversais no meu fazer cotidiano. No cuidado direto às pessoas: momento em que optava e privilegiava a educação em saúde na comunidade, em grupos educativos de saúde, durante as visitas domiciliares com as famílias, durante as consultas com usuários dos serviços de saúde, durante os espaços de educação permanente com agentes comunitárias de saúde e técnicas de enfermagem. Na gestão: durante as visitas de apoio institucional aos municípios, para equipes de saúde e gestores municipais; a promoção de reuniões que se tornavam espaços de trocas, de compartilhamento de saberes, de estudo, de formulação de políticas; como tutora em cursos de especialização a distância; na formulação de manuais, protocolos, diretrizes; toda a preocupação e foco era a formação para qualificar o SUS.

Mas, ao pensar ainda sobre o que me levou à saúde, sendo a única pessoa da família a optar pela atuação na saúde até o momento, e as conexões entre meu caminho na saúde se entrelaçando com a educação, há pouco tempo percebi que tem uma relação sutilmente ou inconscientemente determinada pela minha história familiar.

Por um lado, minha mãe, que abandonou os estudos no ensino fundamental, desde sempre sofreu todas as dores, preconceitos e abandonos por possuir uma doença mental grave, a esquizofrenia. Minhas lembranças de vida mais remotas levam a toda a superação familiar que tivemos que alcançar.

Minhas duas irmãs, meu pai e eu, entre internações, consultas, medicamentos, aprendemos a lidar com uma das doenças mais cruéis e que traz danos não só emocionais, mas sociais. O cuidado, no sentido mais ampliado, rapidamente fez parte da minha vida e da das minhas irmãs, ao passo que antes mesmo de aprender a cuidar de mim mesma, lembro de ter que cuidar da minha mãe, quem hegemonicamente é a figura cuidadora da família. É inegável, portanto, que assumir o cuidado da minha mãe tão cedo e viver diversos sofrimentos nessa relação familiar interferiu na minha escolha pela Enfermagem. Parecia natural na idade adulta seguir um fazer que já me era tão familiar e, nesse sentido, talvez menos romantizado e idealizado do que para outras pessoas que entram na profissão.

Por outro lado, meu pai, que perdeu o pai agricultor cedo e, junto com seus oito irmãos e minha avó, analfabeta, saíram de Minas Gerais em cima de um caminhão em direção à São Paulo, buscando uma outra possibilidade de sobreviver à situação de pobreza, trabalhou desde criança e teve poucas oportunidades de estudo. Ele concluiu o curso técnico profissionalizante em Mecânica já adulto, na fábrica em que trabalhou praticamente a vida inteira, a Volkswagen, em São Bernardo do Campo (SP), aposentou-se aos 48 anos e continuou trabalhando por mais tempo depois. Foi no contexto da luta dos trabalhadores do “ABC”² que meu pai foi educado e educou as filhas. Nunca alcançou o sonho de cursar uma universidade, mas nos diálogos sobre o mundo e o futuro nos dizia que só através do estudo e de muita luta alcançaríamos uma perspectiva melhor que a sua. Era presente na associação de pais e mestres e ajudava a construir a escola pública do bairro da Vila Euclides em que estudávamos, acreditava que o caminho da educação poderia ser libertador, dizendo que para nós mulheres seria ainda mais difícil conquistar a independência, a estabilidade financeira, à sua maneira e com outras palavras, deixava-nos claro que o patriarcado seria também um obstáculo em nossas vidas. Em meio a tudo isso, ainda se desdobrou para cuidar da casa, cuidar das filhas e da minha mãe doente, sem poder contar muitas vezes com ela para dividir as responsabilidades. Essa relação com meu pai me traz um sentido agora para a maneira como a educação passou a caminhar lado a lado

² Sigla que popularizou três grandes cidades da região metropolitana de São Paulo: Santo André, São Bernardo e São Caetano do Sul.

com a minha prática na saúde e, gradualmente, foi ganhando a centralidade da minha prática dos últimos anos.

Não posso deixar de relembrar ainda que chegar a uma universidade pública tão concorrida como a Universidade de São Paulo (USP), mesmo sendo oriunda de escolas públicas desde a Educação Infantil (considerando o desmonte da educação básica pública agravado nos últimos anos), e viver o movimento estudantil no final da década de 1990 e início dos anos 2000, foi um marco na minha vida. A formação política com meu pai já me despertava para uma crítica social, mas foi no movimento estudantil que meu olhar se aguçou e ampliou, fazendo com que minhas escolhas de vida posteriores fossem direcionadas, irreversivelmente, por uma escolha ético-política de investimentos na vida e no trabalho para a construção de uma nova sociedade, com princípios da solidariedade, fim das desigualdades sociais, pela saúde e educação públicas, direitos humanos e respeito à diversidade.

Também preciso destacar que a maternidade, em paralelo à minha progressiva inserção na área da educação, acabou direcionando ainda mais meu interesse, visto que educar duas crianças e escolher um projeto educacional compatível com o que acredito me fez estudar as possibilidades pedagógicas na Educação Infantil. Inevitavelmente, ao passo em que pensava sobre qual educadora eu poderia ser na graduação e pós-graduação, pensava paralelamente que tipo de escola e qual projeto pedagógico seria melhor para minhas filhas, pensava ainda no passado dos meus pais, com pouquíssimas oportunidades de acesso a uma educação de qualidade e reconhecer que, em meio a tantas desigualdades sociais no país, faço parte de uma parcela da população que é privilegiada por ter acessado a universidade pública e poder proporcionar novas oportunidades às minhas filhas.

Assim, nos últimos 20 anos venho atuando sempre no setor público, espaço que se tornou mais do que possibilidade de trabalho, mas um espaço de militância política e ativismo pela saúde e educação pública. Trabalhando no cuidado em saúde, na gestão e na educação, passando por quatro estados brasileiros: Amapá, Minas Gerais, São Paulo e Bahia, e me fixando neste último. Retomei os estudos e ingressei no doutorado depois de 14 anos de conclusão do mestrado em Saúde Coletiva na USP. O desejo partiu, especialmente, da necessidade formativa, de um estímulo para aprofundar os

conhecimentos e deixar uma contribuição para a intersecção entre os campos da Saúde e da Educação.

Minha experiência na formação de educadores da saúde sugeriu a questão de pesquisa: “de que maneira as educadoras da saúde constroem sua identidade e ressignificam suas práticas a partir de processos formativos em contexto de Programas de Residências em Saúde?”. E como objetivo: analisar as relações entre concepções, práxis e condições de trabalho docente de educadoras da saúde que estão em formação e atuam na pós-graduação na modalidade de Residência em Saúde da Família na Bahia. Como objetivos específicos da pesquisa: discutir e sistematizar questões sobre construção da identidade docente na saúde; analisar a práxis pedagógica de educadoras da saúde no contexto da Residência em Saúde da Família; identificar as condições de trabalho dessas educadoras; registrar o contexto de formação de educadoras nos Programas de Residências em Saúde; possibilitar momentos de formação às educadoras através da sua participação na pesquisa.

Nesta pesquisa, assumi “práxis” como um sentido moderno que se incorporou ao paradigma do materialismo histórico (MARX, 1982, 2008; BARROS, 2011; FREIRE, 1987), um conceito que “une” a teoria e a prática, que media através da ação a conexão entre o saber sistematizado e sua aplicação. Apesar da recorrência do termo “prática” na narrativa cotidiana para designar as ações transformadoras, a práxis se distingue da simples prática, e o exercício foi identificá-la no decorrer desta pesquisa. Destaco ainda que a intencionalidade deste estudo em analisar a práxis docente na saúde esteve articulada aos três principais significados desenvolvidos nas obras de Marx: a práxis como ação revolucionária que muda o mundo além de interpretá-lo (MARX, 1982); a práxis como articulação entre “o perceber, o pensar e o fazer humanos” (BARROS, 2011, p. 188); e a práxis como mudança do mundo através do trabalho humano.

A formação de educadores da saúde tem me possibilitado um olhar sensível e atento para as diversas trajetórias de vida e formação que tenho acompanhado. A maneira como a reflexão sobre suas experiências possibilita deslocamentos nas relações entre educadores e educandos, as mudanças profundas na maneira que acontecem os encontros e os desdobramentos positivos nas relações de cuidado entre trabalhadores e pessoas cuidadas nos

serviços de saúde. Esse movimento despertou também um olhar sobre minha própria vida-formação-profissão.

Na minha experiência como educadora na formação de outros educadores da saúde há sete anos, tenho utilizado os memoriais de formação como um dos dispositivos, e tenho percebido sua potência. A leitura de diversos memoriais tem possibilitado ainda olhar para as intensas relações entre a educação e a saúde, a maneira como registram seus percursos e suas ações educativas me despertaram curiosidade e encantamento.

Assim, o que motivou a proposição desta pesquisa foi minha vivência num contexto de implantação de novos cursos e a construção de iniciativas educacionais contextualizadas na formação de trabalhadores, gestores e na formação de educadores, observando a riqueza que se constituiu as oportunidades de desconstrução e construção de novos sujeitos, educadores e educandos trabalhadores da saúde.

Esta tese defende que a Educação Permanente em Saúde desenvolvida no SUS brasileiro, especialmente no contexto complexo da Atenção Primária à Saúde e das residências em saúde, utilizando de dispositivos de reflexão de si através da escrita de narrativas em portfólios e memoriais de formação associada a outros dispositivos de uma formação emancipadora e democrática, possibilita a autoformação e transformação da práxis das educadoras da saúde, permitindo a compreensão sobre sua identidade docente, suas condições de trabalho e o seu fazer docente.

Início situando algumas considerações no capítulo I “Formação em Saúde na Contemporaneidade”, a partir de uma nova leitura de *O nascimento da clínica*, de Foucault (1998), em diálogo com outros autores³ da Educação, da Filosofia e da Saúde, como a saúde conduz a formação dos trabalhadores, especialmente, a partir da criação do SUS e a expansão de cursos de graduação e pós-graduação. Apresento um olhar sobre a formação de educadores na saúde, o que tem sido estudado no Brasil nas teses defendidas recentemente, com reflexões apresentadas em um artigo de revisão

³ Refiro-me aqui aos seguintes autores que tenho dialogado e que constituem uma comunidade argumentativa sobre meus interesses de estudos, a saber: Enguita (1989); Adorno (2003); Giddens (1991); Ó (2019); Imbernón (2000); Pagliosa; Da Ros (2008); Luz (2013, 2019); Nascimento (2008); Ceccim; Feuerwerker (2004); Gigante; Campos (2016); Freire (1987); Lawn (2001); Dubar (2012); Cunha (2018).

bibliográfica, destacando a construção da identidade docente na saúde, da práxis pedagógica e as relações entre a educação permanente em saúde e a formação docente. Apresento, também, algumas reflexões iniciais sobre o saber da experiência dos educadores da saúde em diálogo com Larrosa Bondía (2002), Benjamin (1987), Josso (2010), Merhy (1997; 2002) e Collar, Almeida Neto e Ferla (2015).

No capítulo II, “Residências em Saúde: o contexto de inserção das educadoras que narraram suas histórias”, apresento a Residência em Saúde em que se inserem as educadoras que narraram suas histórias e seus contextos de formação docente.

No capítulo III, “Pesquisa (Auto)Biográfica: diálogos teóricos e dispositivos da pesquisa”, explicito processos relacionados ao desenvolvimento da pesquisa, a partir da pesquisa (auto)biográfica e da utilização de memoriais como dispositivo na formação das educadoras da saúde, e as contribuições da etnometodologia para a análise das narrativas. Apresento as narrativas das educadoras organizadas em três capítulos resultantes da análise interpretativa-compreensiva (SOUZA, 2014), construo reflexões analíticas entrelaçadas aos fragmentos das narrativas, retomo o diálogo com os autores que apoiaram a construção da pesquisa desde o início, e incluo ainda novos autores que me apoiam a compreender os novos conceitos e perspectivas que emergiram nas narrativas das educadoras.

No capítulo IV, “As educadoras e suas condições de trabalho na saúde”, apresento o perfil das educadoras que colaboraram na pesquisa, informações objetivas sobre renda, jornada semanal e vínculos de trabalho, associadas às narrativas que expressam o contexto de precariedade e resistência que envolvem o funcionamento do SUS.

No capítulo V, “Narrativas sobre a construção da identidade docente”, as falas abordam seus percursos escolares e vivências familiares, a inserção inusitada na docência, a maneira como a transição de paradigmas são determinantes nesse processo, a importância dos espaços de Educação Permanente em Saúde promovidos pela instituição e a oferta de um curso de especialização na construção da identidade docente.

No capítulo VI, “A práxis docente pela narrativa das educadoras”, as educadoras narraram sobre uma postura aberta à aprendizagem constante a

partir do reconhecimento do inacabamento, o desenvolvimento de habilidades de comunicação, trabalho em equipe, interprofissionalidade, articulação de competências de campo e núcleo profissional, a utilização de tecnologias educacionais que promovam uma aprendizagem significativa e que seja capaz de enfrentar os desafios de territórios complexos onde estão inseridas.

E, por fim, no capítulo VI, “Em busca de algumas elaborações”, sistematizo algumas reflexões e sínteses possíveis durante meu percurso na pesquisa.

I. A FORMAÇÃO EM SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE

“O Visível não era Dizível, nem Ensinável.”
(FOUCAULT, 1998, p. 56).

O nascimento da medicina moderna, apresentado por Foucault (1998), permitiu um olhar sobre a formação do profissional da saúde e as transformações que aconteceram na saúde nos últimos séculos. A medicina ocidental moderna do final do século XVIII marcou a transição para reorganização em uma prática formal pautada na experiência clínica e em uma estrutura científica serializável. A ampliação da investigação sobre o corpo humano, os fenômenos patológicos, a definição da sequência de acontecimentos mórbidos e a relação entre a doença e o organismo, fazem parte das mudanças desse período de transição do saber e da prática profissional na saúde, o nascimento da clínica como conhecemos na contemporaneidade.

Até esse período, a medicina individual era hegemônica, exercida no domicílio, na interação entre o médico e a família, sem regulação do Estado. O aprendizado se dava prioritariamente pela observação e acompanhamento de um médico mais experiente que compartilhava suas experiências acumuladas, as quais muitas vezes era um saber passado de pai para filho, visto que:

Nos tempos passados, a arte da medicina era ensinada na presença de seu objeto e os jovens aprendiam a ciência médica no leito do doente; estes, muitas vezes, eram alojados no próprio domicílio do médico, e acompanhavam os professores, dia e noite, na visita a seus clientes. (FOUCAULT, 1998, p. 61).

O ensino das práticas de saúde até esse período acompanhava a lógica dos intercâmbios familiares com ou sem contratos de aprendizagem que eram comuns em países da Europa, conforme descrito por Enguita (1989). O objetivo era que as crianças aprendessem “boas maneiras”, trabalhos domésticos e um ofício. O mestre artesão ensinava técnicas, abrigava os aprendizes, dava roupas, alimento, ensino moral e religioso, porém numa relação de subordinação e exploração. Havia uma rede de reciprocidade entre famílias para o envio dos filhos, por acreditarem que o distanciamento entre mestre e aprendizes propiciava mais aprendizagem, sem relações prévias de afeto e dependência. A aprendizagem literária era secundária nesse período, por isso a escola não tinha um papel representativo. O século XVIII ainda foi um momento culminante para criação de orfanatos que atuavam no disciplinamento e preparação para o trabalho. As crianças eram mão de obra

barata para industriais e recebiam uma instrução rudimentar. É preciso aqui lembrar que a formação de profissionais da saúde, desde essa época, já era ofício para poucos e restrito às pessoas com mais posses e que alcançavam mais instrução, era pouco acessível às famílias mais pobres.

A medicina moderna, quando passa a ser validada e regulada pelo Estado, é impulsionada ainda pela necessidade de controle das epidemias que assolavam as cidades europeias. A criação da Sociedade Real de Medicina em 1778 na França, instituição com mais recursos e mais poder do que a Faculdade já existente, passou a centralizar o controle das epidemias, o saber, registrar e julgar toda a atividade médica. Os médicos passaram a intervir sobre as epidemias de maneira coercitiva e constante, organizados territorialmente e com o apoio e poder de polícia. Uma prática de saúde que antes se dedicava ao estudo da singularidade das doenças e doentes, nos espaços do domicílio, dá espaço a uma medicina que propõe o registro totalizante, coletivo, com monitoramento de diversas informações sobre ambiente, topografia, clima, meteorologia e cadeias de relações entre o comportamento das doenças na sociedade. O fazer médico passava a incluir a ideia de uma atividade vigilante de ensino da população, com a difusão de orientações prescritivas, muitas vezes articuladas aos espaços religiosos, assim como a própria organização da profissão médica nacionalizada passou a ter a perspectiva da organização como o clero, os padres para a cura das almas e o médico para a cura dos corpos (FOUCAULT, 1998).

Luz (2013), em seu estudo sobre as Instituições Médicas no Brasil, em diálogo com Foucault (1977), apoia-me a compreender que a estrutura das relações sociais modernas é transversalizada pela ordem, disciplina, hierarquia das instituições. As relações singulares moldadas nas instituições – família, fábrica, hospital, escola – partem de pessoas concretas a figuras abstratas – o pai, o chefe, o médico, o professor –, que representam a autoridade, sustentam a reprodução das relações sociais vigentes em determinados contextos históricos e culturais. Instituições com maior ou menor poder político, e que definem determinado saber, representado por normas, condutas, regras a serem conhecidas e seguidas.

Nunes (2007) sistematizou as contribuições de Merton (1910-2003), discutindo de que maneira ajudaram a estabelecer o campo da Sociologia da

Saúde, Sociologia da Educação Médica e Sociologia das Profissões da Saúde, influenciando autores no decorrer do século XX. Entre as diversas e amplas contribuições teóricas que produziu, estudou o processo de socialização do estudante de Medicina. As análises funcionalistas marcaram a concepção da escola médica como um ambiente social, uma instituição que define papéis sociais, valores, expectativas, funções, modela o estudante num processo de adaptação a um modelo de profissional aprovado socialmente. Analisa questões conflitantes da prática médica como: as posições de distanciamento e aproximação nas relações estabelecidas durante o cuidado; a importância das ações de prevenção *versus* a marginalização e desvalorização social imposta pelo imediatismo da cura; a supervalorização dos conhecimentos *versus* a dedicação ao cuidado direto; e outras questões que se desdobraram desde a institucionalização da formação.

A formação médica universitária na França, no início de sua organização, era de duração de três anos e essencialmente teórica, sem momentos de interação através do cuidado direto às pessoas. Foi considerada insuficiente e desconectada da realidade, quando no final do século XVIII se propôs a uma ampliação do tempo de formação e a obrigação de períodos de prática no hospital e no domicílio dos doentes, porém, permanecia a desconexão da teoria e prática, não existia relação entre os professores da universidade e os campos de prática, os estudantes de Medicina eram obrigados a pagar diretamente aos médicos da prática pelos ensinamentos, criando um espaço privado, competitivo e pago, ao passo que o ensino teórico da universidade era público. No contexto de construção da prática médica, foi ficando evidente que “O Visível não era Dizível, nem Ensinável” (FOUCAULT, 1998, p. 56), era necessário que a universidade conseguisse acompanhar as disputas e descobertas do período, bem como conciliar o avanço da formalização científica e da prática médica, porém ainda não se encontrava uma nova fórmula que desse conta da reorganização pedagógica e técnica que a medicina enfrentava.

O início da institucionalização da formação médica nas universidades promoveu uma separação entre teoria e prática, que dialoga com a ideia de *semiformação* que Adorno (2003) apresenta, visto que o sensível e o intelectual se separaram, o trabalho manual e o intelectual se separaram, o sentido do

aprendizado não era alcançado, não fazia conexão com a vida e com a prática médica.

A difusão e a crescente circulação dos livros impressos a partir do século XV (Ó, 2019) produziram também mudanças no ensino e aprendizagem, com um aprendizado baseado na leitura padronizada em textos escolares, de maneira isolada e silenciosa, nas avaliações escritas. Assim, as aulas, centradas na reprodução de conteúdos expressos em textos, no conhecimento que o professor transmite, na reprodução do que dizem os livros ou textos, sem mobilização de sentido para as pessoas que escutam, dificultam a transformação dos sujeitos e construção da identidade profissional.

Está é, como estamos certos e seguros, a face mais conhecida da história e nos conduz à pobreza da relação pedagógica que caracteriza a actualidade. O aluno treina-se em processos de estudo que conduzem a uma prática de assimilação e da devolução reprodutiva. Todos os vivemos. (Ó, 2019, p. 159).

A formação com afastamento das relações de cuidado reais reduzia a consciência sobre o sentido do trabalho social. Mesmo após a introdução da prática hospitalar na formação, ela era centrada na transmissão do professor e reprodução acrítica das técnicas. Esse tipo de formação em saúde persiste na contemporaneidade.

O início da Revolução Francesa e sua pauta política possibilitariam uma proposta pertinente e atual de reforma da formação em saúde, com uma revisão do sistema de ensino, reorganização dos serviços assistenciais e uma regulamentação rigorosa, tornando a universidade mais acessível às classes populares. Porém, a era Napoleônica operou para manter e fortalecer as estruturas prévias, aprofundando uma lógica de formação elitista, de baixa qualidade técnica e pedagógica, alto custo, produtivista, individualista, alinhada aos interesses da ideologia burguesa. Esse cenário do ensino médico na França setentista tem grande correspondência ao descrito pelo “Relatório Flexner” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008) no final do século XIX nos Estados Unidos da América (EUA), assim como com a realidade hegemônica da formação na saúde no Brasil até os tempos atuais (ALMEIDA-FILHO, 2017).

O hospital passou também por uma transição. Até o século XVIII, era considerado um lugar para separar as pessoas doentes e pobres do convívio

social, para que a doença não se espalhasse. Era considerado um local também produtor de doenças, pois se observava que a pessoa doente se transformava nesse ambiente e muitos morriam entre o oitavo e décimo terceiro dia. Era ainda um peso para o Estado, pois dependia de recursos para sua manutenção e ao mesmo tempo produzia mais pobreza às famílias que ficavam fora sem a presença do familiar internado, que antes contribuía com o trabalho para o sustento da família. As ordens religiosas e organizações leigas de caridade se dedicavam prevalentemente ao cuidado dos doentes nos hospitais até esse período. O Estado chegou a planejar o fim do hospital e a desospitalização da doença e da indigência. Porém, com a regulamentação do exercício da profissão médica e a institucionalização do ensino médico do século XVIII, a instituição hospitalar passou a ser encarada como um campo de prática para o aprendizado das doenças mais complexas. Em alguns momentos, o hospital passou a ser a própria escola, e se construíram rituais de formação próprios a partir de discussões detalhadas da doença envolvendo o professor e os estudantes de Medicina ao redor do leito, o estabelecimento de procedimentos e rotinas mais rigorosas. “O hospital torna-se rentável para a iniciativa privada a partir do momento em que o sofrimento que nele vem procurar alívio é transformado em espetáculo”. (FOUCAULT, 1998, p. 96).

A clínica, já bem antes praticada na beira do leito e na relação entre médico e doente, também se transformou quando se institucionalizou no hospital e quando, durante a Revolução Francesa, as universidades foram fechadas e as velhas estruturas hospitalares se transformaram para abrigar o ensino médico, que passou a acontecer exclusivamente nesse ambiente por um tempo. Se difundiu pelos países da Europa a formação médica pautada na discussão de casos clínicos à beira do leito hospitalar em que os professores médicos apresentavam todas as informações e tratamentos que conheciam sobre a doença, mudando assim o foco do encontro que outrora era a exploração e as recomendações singulares a partir de determinada pessoa em sua residência e seu contexto, e passou a ser exclusivamente a doença e todos os processos que cercam esse evento até o resultado, sendo a cura ou o óbito. Esse período em que se passou a explorar os cadáveres em busca de novas explicações sobre as doenças também é o período de construção de um prestígio e um poder social em torno da profissão, um período de uma nova

maneira de se relacionar com a vida, a morte, a relação profissional de cuidado (FOUCAULT, 1998; LUZ, 2019), o que conseqüentemente trouxe repercussão à formação em saúde até os dias atuais.

Ao analisar as mudanças que aconteceram na transição para a medicina moderna e a institucionalização da formação médica, é importante compreender a própria modernidade a partir de uma “interpretação descontinuista” do desenvolvimento social, conforme as contribuições de Giddens (1991). As mudanças nos modos de vida alcançaram o mundo todo estabelecendo formas de interconexão social e alteraram intimamente a vida cotidiana durante a modernidade. As análises de caráter descontinuista são pouco exploradas em decorrência do evolucionismo social que produz grandes narrativas, colocando os fatos de maneira linear e ordenada. A desconstrução do evolucionismo social possibilita olhar para a história reconhecendo os episódios de transição histórica, porém não “totalizada” ou como uma unidade. Algumas características da descontinuidade moderna como o ritmo de mudança, as contradições, fluxos e refluxos, escopo das mudanças, a apropriação reflexiva do conhecimento que desloca a vida social da fixidez da tradição e a natureza intrínseca das instituições modernas podem ajudar a compreender essas diversas transformações que aconteceram também na história da saúde e na formação em saúde, especialmente nos séculos XVIII e XIX.

[...] a razão médica moderna expõe, na ordem da racionalidade científica, objetos de discurso que são de fato ‘sociais’. Tematiza, portanto, o social. É ‘disciplina do social’, disciplinadora de relações que são quase sempre sociais. As relações dos indivíduos e dos grupos sociais com seu corpo, seu sofrer, seu adoecer, sua morte, e com o corpo, o sofrimento, o adoecimento e a morte dos outros são ‘relações sociais’. Da mesma forma que as representações simbólico-imaginárias que se acumulam sobre essas relações. Esta ‘naturalização’ do seu objeto discursivo torna a medicina talvez a mais social das disciplinas modernas, no sentido em que ela ‘institui e normaliza estruturas’ de relações sociais, a partir de enunciados ‘naturais’ típicos do seu campo de objetivações. Neste sentido a medicina vem sendo, ao longo do último século e meio, uma disciplina mais social que a própria sociologia, que se atribui como objeto de enunciados as estruturas e as relações sociais. Apenas, o que a Sociologia vem tematizando em termos de macroestruturas, a Medicina tematiza em termos de microestruturas, ou seja, dos indivíduos. O efeito de regulação social, entretanto, seja do ponto de vista do coletivo dirigido aos indivíduos, seja dos indivíduos em relação à

coletividade, é o mesmo. Neste aspecto, Medicina e Sociologia, mediante um conjunto de inter-relações filosóficas, políticas e conceituais, têm-se complementado historicamente de forma notável nos últimos cento e cinquenta anos. (LUZ, 2019, p. 47).

É necessário compreender que a “racionalidade científica moderna” (termo contemporâneo) opera um “modo de produção de verdades” e está em constante transformação, as categorias e conceitos científicos têm um poder histórico e influenciam na organização da sociedade (LUZ, 2019).

Enguita (1989) discute sobre os projetos de lei que, durante o século XIX, pretendiam assegurar um mínimo de instrução e foram sistematicamente rejeitados; nessa conjuntura, as crianças trabalhavam grande parte da semana e a escola priorizava ensinamentos morais e religiosos. Nesse período, discutia-se o objetivo da educação para o povo. Educar o povo o bastante para respeitar a ordem social, porém sem questioná-la. Entre os séculos XIX e XX, ganhou força a ideia da escola como espaço de formação de operários obedientes, disciplinados, com “bom caráter” e “qualidades servis”. Mantiam as crianças na escola o maior tempo possível para “domesticar” seus comportamentos, as escolas passaram a ser parecidas com quartéis ou conventos, o ensino ou instrução ficava em segundo plano, a disciplina era o mais importante. Existiu um movimento de autoinstrução que precedeu a mobilização de operários por uma educação formal nas escolas. O acesso à formação antes acontecia especialmente pela relação com o trabalho e a necessidade de acompanhar o ritmo de progresso, melhorando sua posição social. A escolarização estatal ou sob a égide do Estado, com influência de industriais, sobrepôs-se ao movimento de autoinstrução.

A massificação do modelo escolar, antes restrito à elite europeia e que se estendeu a outras camadas da população, implementado em todos os níveis até as instituições de nível superior, tinha um sentido disciplinador e uma racionalidade normalizadora (Ó, 2019). Esse modelo, apesar das disputas e não linearidade histórica em sua implementação, permaneceu na contemporaneidade. Caracteriza-se por um número restrito de textos selecionados e controlados, compatíveis ainda com as necessidades doutrinárias religiosas e colonialistas do período, uma padronização de um saber universal e controlado, uma ciência disciplinar que atende a interesses restritos, uma retração da autonomia e criatividade.

A introdução do taylorismo no processo educacional (ENQUITA, 1989) trouxe metas de eficiência e uma reforma que introduziu a figura de um especialista que inseriu rotinas, etapas, avaliação de eficácia dos professores, uma lógica empresarial para a escola.

As práticas em saúde, serviços de saúde e as instituições responsáveis pela formação em saúde acompanharam esse processo da industrialização, seja na necessidade de recuperar os corpos dos operários para o retorno rápido ao trabalho, seja porque a própria organização do hospital passou pela introdução de normas, rotinas e controle, com influências da lógica industrial. As instituições da saúde “[...] permeabilizam as instâncias política, ideológica e econômica”. (LUZ, 2013, p. 66). A formação na saúde seguiu centrada no cuidado individual e hospitalar, com valorização dos aspectos estritamente biológicos e da doença, o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, valorização das especialidades, e um modelo pedagógico centrado no docente, com valorização da hierarquia, disciplina e concentração de poder. Em paralelo, de maneira marginalizada e com tensões diversas, o ensino da epidemiologia foi sendo incorporado, em resposta às necessidades do Estado, para o controle das doenças.

No Brasil, a saúde passou pela filantropia no século XIX até o início do século XX, o Estado era responsável apenas por conter as grandes epidemias e as doenças negligenciadas. Depois, passou pela organização das caixas de pensões, o Instituto Nacional de Previdência Social e a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública, foi um momento em que no Brasil só acessava um serviço de saúde quem tinha um trabalho formal. O sonho de uma saúde pública com acesso universal foi adiado pela ditadura militar, que contribuiu com alguns projetos privatizantes.

O projeto político institucional integrou um discurso médico ao do desenvolvimento econômico do país – produtividade, crescimento econômico, racionalização de recursos, programação de atividades... –, implantou uma hegemonia que favoreceu os interesses dominantes, um processo de unificação e centralização progressiva das instituições da saúde, uma regulação e enquadramento da prática institucional associada à concentração de poder decisório, a tendência privatizante das práticas assistenciais curativistas, um discurso medicalizante das “[...] forças institucionais liberais e

privatistas da corporação médica [...]” (LUZ, 2013, p. 25), consolidaram-se ligações estruturais entre políticas públicas e o aparelho produtivo, a indústria farmacêutica e de equipamentos para saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária, constituído pela mobilização de trabalhadores da saúde e movimentos sociais, impulsionou importantes transformações na saúde no Brasil há pouco mais de 40 anos, o que culminou em 1988 na incorporação dos princípios e direitos à saúde na Constituição brasileira e na criação do SUS. Nesse período, as disputas teórico-conceituais se intensificaram em direção a um entendimento sobre a determinação social do processo saúde-doença e a necessidade da reorganização do trabalho.

A formação em saúde acompanhou esse cenário nacional lento de ampliação de serviços de saúde e, conseqüentemente, de acesso restrito à saúde para a população. A Reforma Cabanis⁴ e seu modelo institucional e político-pedagógico (ALMEIDA-FILHO, 2017) influenciaram a abertura dos primeiros cursos de Medicina ainda no século XIX e a abertura de cursos superiores de Enfermagem no início do século XX, com faculdades associadas à criação das universidades públicas, um processo atrelado ao surgimento de hospitais universitários e com características reafirmadas por um modelo biomédico herdado das mudanças ocorridas no século XVIII na Europa e reforçadas pelas recomendações do famoso e polêmico “Relatório Flexner”.

O “Relatório Flexner” foi determinante para acelerar a reforma nas escolas médicas dos EUA, a partir de 1910. Influenciou a formação médica e de outras profissões da saúde mundialmente, chegando também ao Brasil justamente no período de ampliação das universidades e cursos de saúde, impulsionadas pelas induções financeiras capitaneadas pela Fundação Rockefeller. Abraham Flexner, educador, consolidou as principais ideias sobre formação médica que estavam circulando nos EUA e na Alemanha naquele período, e oportunamente aproveitou para se lançar como uma liderança dessas mudanças que desdobraram na redução drástica de escolas de Medicina nos EUA e, associada ao contexto de crescimento da indústria

⁴ Georges Cabanis, médico francês, reputação de filósofo e líder político, reformador da prática clínica e do ensino médico. “Na Revolução Francesa, lançou as bases conceituais do modelo de educação implantado na França no decorrer do século XIX.” Influenciou a organização dos sistemas educacionais de países latino-americanos, incluindo o Brasil. (ALMEIDA-FILHO, 2017).

farmacêutica no país, apoiou indiretamente a associação da corporação médica ao grande capital. Entre as recomendações mais famosas do “Relatório Flexner”, estão: a organização curricular com separação clara entre ciclos de disciplinas básicas e estudos clínicos – divisão entre teoria e prática –, controle rigoroso na admissão do curso, o estudo centrado na doença e como espaço prioritário o hospital. Se, por um lado, o trabalho de Flexner foi positivo ao organizar, regulamentar e induzir uma racionalidade científica na Medicina, estimulando que o curso fizesse parte das universidades, por outro lado, foi negativo, pois possibilitou o fortalecimento da lógica biologicista, hospitalar e das especialidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). No Brasil, esse modelo de formação só passou a ter contrapontos e investimentos para a mudança a partir da criação do SUS e, especialmente, a partir dos governos progressistas do século XXI, com destaque entre os anos de 2003 e 2013, que lançaram diversas políticas públicas de expansão do ensino superior, induções para mudança de modelo de atenção e de educação na saúde.

Pensando sobre a formação em saúde na contemporaneidade, proponho algumas reflexões a partir de cinco tendências para a educação (IMBERNÓN, 2000), para exercitar a compreensão dos desafios postos aos educadores da saúde:

1. *A sociedade da informação* que surge na década de 1970 é uma realidade econômica e cultural, considerada um novo setor, em que a matéria-prima passou a ser a informação e o seu processamento a base do sistema econômico. O processo de produção passa por mudanças e surgem profissões e atividades. As organizações empresariais passam a ser menos hierárquicas, com franquias e subcontratação, passam a ser descentralizadas. Na educação, as pessoas são excluídas se não possuem habilidades para criar e tratar a informação. A informação está sob domínio de grupos privilegiados. A educação deve possibilitar o desenvolvimento de habilidades como: seleção e processamento da informação; autonomia; capacidade de tomar decisões; trabalho em grupo; polivalência; flexibilidade etc.

Na saúde, as informações e conhecimentos da área se tornam ultrapassados rapidamente, a rapidez das novas descobertas de doenças, tratamentos e formas de cuidado faz com que se exija cada vez mais profissionais atualizados e que busquem novas informações com autonomia. A

imagem anterior de um bom professor detentor do saber teórico acumulado (CUNHA, 1992, 2018) é tensionada pela ampliação de acesso às evidências científicas em saúde disponíveis na internet e as transformações dos serviços de saúde impulsionadas após a criação do SUS no Brasil, o educador da saúde precisa manter-se conectado à realidade e às informações. A ampliação e transformação das profissões da saúde, associadas às novas formas de gestão do cuidado, também impõem a transformação de um aprendizado que desenvolva competências⁵ para o trabalho em equipe de saúde.

Os avanços na telessaúde e telemedicina, com teleconsultoria, teliagnóstico e apoio virtual de especialistas, webconferências e outras ferramentas tecnológicas já eram crescentes estratégias de educação continuada de trabalhadores e já representavam uma ampliação da capacidade de cuidado antes mesmo da pandemia de covid-19 em 2020, momento em que na saúde e na educação o uso da tecnologia acelerou absurdamente as mudanças em curso, com desdobramentos ainda incalculáveis.

A grave crise sanitária enfrentada em 2020, com a pandemia, resultou em impactos na formação de educadores da saúde e na formação de trabalhadores, seja pela interrupção das iniciativas em curso, seja pelas dificuldades em manter os espaços de formação ativos em meio ao caos que tomou os serviços e profissionais de saúde que estavam no enfrentamento da doença. Profissionais esgotados e adoecidos, sobrecarregados por todo tipo de carência, desde materiais, medicamentos, insumos, equipamentos de proteção,

⁵ Assumirei nesta pesquisa a perspectiva de Lima (2005) que aborda o termo polissêmico “competência”, reconhecendo seus diferentes enfoques semânticos, polarizações de interpretações e deslocamentos conceituais nas últimas décadas dentro de diferentes áreas do conhecimento. Na formação em saúde, a noção de competência predispõe um caráter reflexivo, uma construção social, uma abordagem dialógica que considera a efetiva integração teórico-prática ao invés de uma aprendizagem baseada apenas em conteúdo. O processo de ensino-aprendizagem por competências, os currículos por competências e as avaliações por competências na saúde têm implicado uma inserção de estudantes, desde o início do curso, em espaços de prática profissional, inseridos em serviços de saúde, nos quais seja possível desenvolver desempenhos ou capacidades de ação contextualizadas, com critérios, que considerem a progressão da autonomia. Essa abordagem de competência na saúde tem considerado ainda que existem conjuntos de desempenhos ou capacidades de ação esperados para cada profissão (competências de núcleo), mas que existem desempenhos que são comuns a qualquer profissional da saúde (competências de campo) e que precisam ser desenvolvidos com a interprofissionalidade, intenso compartilhamento de saberes nos espaços de prática. Os papéis dos docentes, estudantes e trabalhadores que compõem este cenário com foco privilegiado em situações reais para aprendizagem precisam ser revistos no sentido de uma nova mediação no processo de teorização e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes.

até de apoio institucional e emocional, de orientações técnicas confiáveis por parte do Ministério da Saúde, que deveria coordenar o enfrentamento da doença nacionalmente, mas que optou por se omitir e até mesmo atrapalhar, ao disseminar protocolos que contradiziam as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as evidências científicas.

Assim, os trabalhadores da saúde seguiram sedentos por informações, que circularam em volume nos dispositivos virtuais, mas que dependeram de um movimento praticamente autônomo de trabalhadores e coletivos para que se transformassem em ação real. Associado a isso, o fenômeno do negacionismo na saúde, com a difusão de informações sem evidências científicas, a exemplo do uso de medicamentos como a Cloroquina ou as notícias infundadas sobre vacinas, desaconselhando seu uso.

2. *Mudanças cotidianas e constantes no nível sociocultural*, implicando arranjos sociais com pluralidade de opções, perda de liberdade, crise de valores, a sociedade sendo constantemente repensada, as pessoas filtrando as informações, decidindo constantemente as opções possíveis. Seria a entrada em uma segunda modernidade? As incertezas podem ser uma possibilidade para a democratização, ao passo em que no plano político a democracia representativa é deslegitimada com a perda da confiança e o Estado-Nação é questionado com a globalização. O momento aponta para a necessidade de uma educação intercultural, que corrija as situações de desigualdade e oportunidades, a abertura para a diversidade de formas familiares, por exemplo.

Quais as consequências dessas mudanças para o cuidado em saúde e para a formação de trabalhadores na saúde? Poderia ressaltar os choques intergeracionais e culturais que aparecem durante os momentos de cuidado em saúde. As diversas descobertas sobre as relações entre os modos de vida *versus* trabalho, e a saúde *versus* doença estão sendo disputadas intensamente nos encontros entre profissionais de saúde e a população, ambos carregados de crenças e valores passados por gerações anteriores e que estão, em diferentes medidas, em desconstrução. Também aceleradas pela pandemia de covid-19, mudanças culturais brutais estão em curso na sociedade, com as novas formas de sociabilidade e de pensar a vida, forçadas pelas medidas de distanciamento social, permeadas pelo medo, preocupações

com a saúde e o convívio social. A maneira como as pessoas vivem no cotidiano, seus valores, suas opções, influenciam diretamente em sua saúde e passaram a ser discutidos abertamente nos meios de comunicação. Nesse sentido, a formação em saúde, apesar de prever em seus currículos a ética e a saúde coletiva, que historicamente trabalham essas questões, hegemonicamente ainda prioriza a transmissão da técnica e das intervenções.

A ética, parte constitutiva da natureza humana, porém considerada às vezes antiga ou com perda de sentido, na área da Saúde vem sendo tratada de maneira protocolar e periférica na formação de trabalhadores, assim como se pensou em substituir o homem por máquinas com a automação e robótica ou a exclusão de pessoas descartadas do processo produtivo como efeito colateral da ordem e progresso econômico. Para Bauman (1997), o *impulso moral* dos seres humanos é um atributo natural. Ao tentar estabelecer princípios universais em qualquer tempo e lugar, um controle da moralidade durante a modernidade, na contemporaneidade, as pessoas passam a julgar a moralidade como desnecessária e obsoleta. O movimento de resgate da ética é condição imprescindível da vida na contemporaneidade. É necessário restabelecer nosso impulso moral a partir de práticas de autonomia, uma educação libertadora, a responsabilidade moral ao cuidar do bem-estar do outro sem esperar reciprocidade. É difícil recuperar o eu moral porque, num contexto corrompido pela modernidade, o outro é visto com desconfiança. A vida corrida e a divisão social do trabalho com tarefas em que não somos responsáveis únicos pelo resultado e não conseguimos estimar o número de pessoas envolvidas no processo limitam nossa capacidade de perceber nossa responsabilidade moral e sermos tocados pela incerteza moral, ou seja, pensar sobre os desdobramentos das nossas ações sobre outras pessoas. Um estado natural de ambiguidade nos levaria à incerteza moral, a avaliar as consequências das nossas ações e a permanecermos seres morais (NASCIMENTO, 2008).

Recolocar a ética nas relações de cuidado é um dos grandes desafios para os educadores da saúde. Para além de garantir essa disciplina nos currículos, passa por desenvolver transversalmente competências durante todo o processo formativo inicial dos trabalhadores e nos espaços de educação permanente em saúde, intimamente conectadas com as situações e interações

concretas que as pessoas estabelecem nos serviços de saúde e comunidade. Quando se privilegia a mudança de uma prática de saúde historicamente prescritiva em vez de uma prática que valorize a decisão e liberdade de escolha das pessoas no seu próprio cuidado em saúde, o trabalhador da saúde passa a ofertar possibilidades, apoiar e negociar um plano de cuidados que envolva as decisões das pessoas, que amplie a autonomia para o autocuidado.

3. *Educação para a transformação*, destacando-se aqui a análise sobre a crise da escola que não forma para o trabalho, o fracasso e abandono escolares e o fracasso das formas educativas. As Ciências Sociais propõem uma orientação comunicativa e dialógica que incluem e superam a orientação construtivista das décadas de 1960 e 1970. Educadores e comunidades acadêmicas e científicas envolvidas na educação das novas gerações precisam decidir se serão agentes de transformação ou de transmissão.

É notório que os cursos de graduação e pós-graduação da saúde no Brasil atualmente vivenciam um momento de transição de paradigmas conceituais e práticos, seja nas concepções do campo da Saúde seja na Educação. A prática de educadores é permeada pela reprodução de práticas educacionais contraditórias (DAMIANCE, 2016), entre a valorização do cuidado biológico individual (concepção reducionista da saúde) *versus* o cuidado como intervenção coletiva e individual sobre os resultantes dos modos de vida e trabalho da população (concepção ampliada de saúde); entre práticas pedagógicas prescritivas, verticalizadas, centradas no docente e com desarticulação entre teoria e prática *versus* as práticas emancipatórias com estímulo à crítica reflexiva voltada à ação e novas práticas dela decorrentes.

4. *Aprendizagem significativa e dialógica*. A superação de um aprendizado baseado na racionalidade instrumental que trabalha a transmissão de conhecimentos previamente determinados por “especialistas”, habilidades práticas e acadêmicas sem dialogar com as necessidades dos estudantes. A aprendizagem dialógica e comunicativa envolve habilidades acadêmicas e práticas, porém possibilitam participação ativa, crítica e reflexiva na sociedade. Princípios da aprendizagem dialógica (IMBERNÓN, 2000): o diálogo igualitário; a inteligência cultural; a transformação das relações entre as pessoas e o meio; a dimensão instrumental; a criação de sentido; solidariedade e igualdade de diferenças.

As novas diretrizes curriculares dos cursos da saúde, aprovadas em 2001, induziram uma recondução dos projetos para a formação de trabalhadores para o SUS, o desenvolvimento de competências para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, a humanização,⁶ formação generalista e a necessidade de “aprender a aprender” para garantir a formação de profissionais com “[...] autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção [...]”. (BRASIL, 2001, p. 4).

As discussões em torno das mudanças das diretrizes curriculares culminaram no lançamento de diversas políticas públicas,⁷ como: o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed) em

⁶ A Política Nacional de Humanização (“Humaniza SUS”) foi criada em 2003 a partir de intensos debates na área da Saúde. O documento-base para gestores e trabalhadores do SUS delimita, no capítulo sobre o marco teórico-político, a humanização como “Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo”; entre outros pontos. Assim, assumo nesta pesquisa o alinhamento a esses marcos da política nacional presentes no documento e outras publicações relacionadas ao tema no SUS. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

⁷ BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 23 Out 2013; BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1826, de 24 de agosto de 2012. Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, análise, aprovação, monitoramento, apresentação de demonstrativos contábeis e de resultados e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). **Diário Oficial da União**. 27 Ago 2012; BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 05 Mar 2010; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018; BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**. 2 Set 2009b; BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1001, de 22 de outubro de 2009c. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência. **Diário Oficial da União**. 23 Out 2009c; BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 3019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ SAÚDE – para os cursos de graduação na saúde. **Diário Oficial da União**. 27 Nov 2007; BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº. 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED. **Diário Oficial da União**. 1º abr. 2002.

2002; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2007; a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2009; o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) em 2009; o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde) em 2010; o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) em 2012; o Programa “Mais Médicos” em 2013; e outros que envolveram induções financeiras para abertura de cursos de graduação, pós-graduação, projetos de extensão, formação de docentes e direcionaram as mudanças nas práticas de cuidado e de educação na saúde.

A área da Saúde acumulava uma larga tradição da “capacitação”, “educação continuada”, “treinamentos”, compreendidos como espaços de transmissão de conhecimentos em formato de cursos pontuais ou descontínuos de “atualização”, na maioria das vezes com temáticas centradas em doenças ou situações específicas definidas por gestores, muitas vezes desconectadas das necessidades reais do cotidiano dos trabalhadores e da população, com ofertas teóricas distantes da prática em serviço e massificadas para grupos com realidades de trabalho muito diversas (BRASIL, 2009).

Assim, a Educação Permanente em Saúde foi se constituindo ao propor novas formas de aprendizado conectadas à vida cotidiana, no contexto real em que ocorrem, ao convocar as pessoas à reflexão sobre sua própria prática, ao convidar trabalhadores a construir alternativas de ação, saindo da passividade de receptores de conhecimentos, ao induzir o aprendizado em equipe interdisciplinar – incluindo trabalhadores de nível técnico –, ao propor como espaço educativo o serviço de saúde, a gestão, a comunidade, e outros equipamentos sociais e, fundamentalmente, ao propor a problematização do próprio fazer como disparadora para a busca de novas informações, habilidades e atitudes na solução de desafios concretos e a consolidação de novas práticas de cuidado, gestão e educação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Inspiradas em princípios da prática problematizadora proposta por Freire (1987), as iniciativas impulsionadas pelo movimento de consolidação da Educação Permanente em Saúde pretendem uma inserção crítica na realidade, acredita que os trabalhadores da área, ao sentirem-se desafiados e tocados,

sentem a necessidade de compreensão e ampliam a crítica, o compromisso, o engajamento com as pessoas e o SUS. A Educação Permanente em Saúde será abordada em outros capítulos desta tese.

5. *Das escolas às comunidades de aprendizagem.* A crise da escola é um elemento de reprodução do sistema que reforça a desigualdade cultural. Para superar essa crise, as comunidades de aprendizagem têm como princípios: ser integrada (ação de todos e responde à necessidade de todos os envolvidos); participativa (transcende a sala de aula para a vida); permanente (processamento contínuo de informação). Envolve o ambiente familiar e social, valorizando a transformação da realidade. A constituição dessas comunidades depende do envolvimento real de todos os atores envolvidos, de valores como a solidariedade, respeito, esforço de diálogo, valorização e crítica de diferentes realidades socioculturais, sem estereótipos ou prejuízos.

A formação de trabalhadores para o SUS, que está sendo defendida e implementada na última década por setores mais progressistas da área, tem claramente a orientação de esforços com foco na mudança de modelo de atenção à saúde e conseqüentemente das práticas capazes de qualificar o cuidado aos usuários do SUS (GIGANTE; CAMPOS, 2016). Nessa perspectiva, os projetos de novos cursos de graduação e pós-graduação passaram a incorporar novos referenciais, com a criação de comunidades de aprendizagem que envolvam a participação popular e de gestores, num movimento crescente de mudança, numa perspectiva humanista, que forme trabalhadores mais críticos, sensíveis às necessidades das pessoas e comunidades, que consigam lidar com contextos complexos e adversos, com mais autonomia para desenvolver processos de aprendizagem e soluções que respondam às necessidades dos indivíduos e as especificidades locais.

A concepção bancária da educação como instrumento de opressão tem professores como narradores de retalhos da realidade, em movimentos de memorização e repetição sem sentido, desconectada da realidade. Educadores são depositantes, e educandos os depositários, sem criatividade, sem transformação, sem saber. O professor, “o que sabe”, os estudantes, os “ignorantes”. A minimização dos estudantes satisfaz aos interesses dos opressores, mantendo a ingenuidade e não criticidade, mantem adaptados à situação de opressão. A transformação do educador humanista predispõe a

crença no poder criador das pessoas, transformando-se em companheiro dos educandos, a partir da comunicação, da intercomunicação, da convivência, sem superposição (FREIRE, 1987). A transformação dos educadores da saúde para a construção de comunidades de aprendizagem pautadas na problematização a partir da realidade demanda diversos investimentos institucionais e pessoais desses educadores, pois estes precisam superar suas próprias histórias formativas em vivências de educação bancária de transmissão.

É fundamental marcar o contexto atual do Brasil que, fatalmente, influencia e desacelera as mudanças que até o ano de 2016 estavam, progressivamente, avançando na formação em Saúde. O contexto do golpe jurídico parlamentar vem produzindo intensa instabilidade política e institucional no Brasil, sucedida por uma eleição cercada de muita violência, manipulação e fraude virtual, associada ainda a uma intensa crise econômica e, mais recentemente, à grave crise sanitária com a pandemia de covid-19.

Esse cenário de retrocesso afeta a saúde e a educação com restrições financeiras para manutenção dos serviços de saúde do SUS e das universidades públicas, o silenciamento de trabalhadores e gestores através da perseguição, intervenção sobre iniciativas, condução de projetos, ferindo a autonomia das universidades, interferindo na nomeação de reitores.

Com os cortes de recursos implementados de maneira mais intensa, a partir de 2019, observou-se a produção de um clima de insegurança e instabilidade também em todos os projetos recém-implementados na última década. Como um dos exemplos, posso citar a descontinuidade do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), que impôs um retrocesso não só no provimento de profissionais médicos em todas as regiões do país, resultando em uma perversa desassistência às populações mais vulneráveis, como também desestabilizou a complexa política de formação em saúde que estava articulada ao “eixo formação” dessa política nacional, incluindo a expansão e oferta de bolsas para os Programas de Residência em Saúde em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, áreas que são cruciais para reverter o modelo de atenção e educação na saúde, e que retomam o aprendizado prático em comunidade e domicílio em contextos reais da vida das pessoas.

Ao analisar historicamente a formação em saúde, percebo que os movimentos de disputa instaurados, especialmente durante o último século e, intensificados na última década no Brasil, caminhavam para a restauração de princípios de uma formação humanística, de um aprendizado que valorizava a experiência, que transcendia a doença, que defendia a vida e as relações humanas, a saúde como um direito universal. Explorarei as nuances desse movimento nos próximos capítulos deste texto.

A formação na saúde tem acompanhado as revoluções e contrarrevoluções da história da educação. A criação de sistemas escolares a serviço da burocracia estatal, da religião e da indústria também determinou a formação de trabalhadores da saúde com o intuito de adestrar e controlar os corpos para o trabalho. A regulamentação de processos e o controle sobre os corpos da massa é a política que Foucault (2008) chamou de biopolítica, e a tecnologia do exercício do poder, o biopoder. Os últimos anos, especialmente no período da pandemia, mostraram ainda a face da necropolítica, na qual o poder político e social determinou quem poderia viver ou morrer, os tempos de crise evidenciaram quais pessoas tinham a oportunidade de acessar os serviços de saúde, as vacinas, o cuidado em saúde. E o capitalismo foi o fator mais poderoso de intervenção sobre a escola e tem sido fator determinante na disputa de concepções sobre saúde e das práticas educativas na saúde.

É nesse cenário de experiências implementadas e perspectivas de mudanças progressivas na formação em saúde que se busca na presente pesquisa compreender qual é a práxis das educadoras da saúde em um contexto que surgiu a partir dessas induções e o engajamento político de um grupo de gestores e educadores que assumiram o desafio de instituir novos espaços de educação.

Adotei “práxis” como a atividade de criar, produzir, transformar o mundo e transformar-se. É a ação humana criativa e consciente que nos diferencia de outros seres vivos. É a transformação da natureza e de si mesmo a partir de conhecimentos, em que a própria pessoa julga conhecer ou busca conhecer. As pessoas projetam objetivos, são capazes de fundamentar suas escolhas, mobilizar saberes para agir. A práxis é ação com conhecimento, portanto envolve teoria e prática. Então, não pode ser confundida apenas como prática (MARX, 1982, 2008; BARROS, 2011).

A partir das contribuições de Freire (1987), assumi a “práxis” entendendo-a como um processo de problematizar a realidade, buscar soluções, transformar a realidade com sua própria ação e ao mesmo tempo se transformar, exercer uma consciência crítica a partir da dialética subjetividade-objetividade, uma práxis libertadora. “Somente na sua solidariedade, em que o subjetivo constitui com o objetivo uma unidade dialética, é possível a práxis autêntica”. (FREIRE, 1987, p. 27).

Ao identificar a práxis das educadoras da saúde através das suas narrativas, foi importante considerar que o seu fazer docente cotidiano é articulado a saberes, conhecimentos prévios ou mobilizados nos momentos de interação com os educandos. Quais os conhecimentos são mobilizados nos momentos de ação da docência? Ou quais os modos de agir se destacam no fazer docente desse contexto da saúde e que revelam seus conhecimentos mobilizados?

O intuito de compreender a práxis das educadoras da saúde considerou também a compreensão sobre como essas educadoras se constituem, como constroem suas identidades, quais as possibilidades de formação em suas trajetórias de vida, como tem se constituído os movimentos singulares de formação em diálogo com as ofertas institucionais das políticas públicas de formação de docentes do último período, conectadas ao contexto social da contemporaneidade.

Ao discutir sobre a influência do Estado na *fabricação de identidades* de professores, Lawn (2001) afirma que o Estado determina as reorientações das políticas educacionais em diferentes períodos históricos, como uma das formas de controlar e governar as identidades e o trabalho docente dos professores. O autor lembra alguns aspectos envolvidos na construção e manutenção de identidades, dentre eles, o crescimento do número de professores, a instabilidade social decorrente de baixas remunerações, o fortalecimento de uma imagem de exemplo moral e servil, a crescente regulamentação, o controle e a cobrança de eficiência no processo de trabalho.

A existência de um padrão discursivo sobre o que é ser um professor ideal, um “bom professor” (CUNHA, 1992), em cada tempo, lugar ou sociedade, está conectada ao projeto nacional a ser implementado. Ao mesmo tempo em que as políticas educacionais tentam padronizar e policiar o discurso,

inegavelmente, os professores possuem seus espaços de poder local, em lugares como a escola, a sala de aula, os serviços de saúde e na própria sociedade. Vale a pena lembrar ainda o papel da avaliação por pares nos sistemas educacionais, na graduação e pós-graduação, impondo metas e controle sobre o trabalho docente.

A ideia de professores que não se adequam às “identidades oficiais” causa desconfiança, como, por exemplo, o envolvimento de professores aos movimentos sociais. De “profissional colonizado”, mais submisso e “neuro” a “profissional moderno”, até o professor que corresponda à ideia do desempenho, individualização e liderança que circulam nos tempos mais recentes, as identidades continuam em disputa e fortemente influenciadas pelo Estado, sociedade e a competitividade imposta pelo sistema capitalista.

O contexto das Residências, especialmente as Residências Multiprofissionais, apresentado nesta pesquisa nos capítulos a seguir, tem se configurado como espaço de disputa, espaços de formação de educadores e profissionais de saúde críticos à realidade e aos padrões discursivos hegemônicos.

Assim, esta pesquisa buscou explorar essa dimensão da construção de identidades mediada pelas narrativas das educadoras da saúde, no contexto das políticas públicas de formação de preceptores para o SUS. E, nesse sentido, pretende-se ainda compreender as condições de trabalho docente, associadas aos movimentos de socialização profissional de preceptores do SUS, a partir de três teses apresentadas por Dubar (2012):

1. Todos os trabalhadores, independente de cor, gênero, religião, aprendem “ofícios” durante a vida inteira, que são reconhecidos a partir de competências que possam ser certificadas e que permitam conseguir um emprego, sendo esse aprendizado não necessariamente adquirido através de instrução formal em escolas, mas no e pelo trabalho, pelas experiências e competências adquiridas. Esse aprendizado envolve engajamento subjetivo. Os trabalhadores da saúde, ao vivenciar a prática educativa nos serviços de saúde, desenvolvem as competências para a educação e passam a ser reconhecidos socialmente como educadores em seus contextos?

2. A formação profissional não é restrita apenas a uma etapa da vida ou à etapa da escolarização (SOUZA, 2004). O aprendizado acontece pela vida

inteira e é impulsionado pela necessidade de construção e reconstrução de identidades, mudança de ofício, profissão ou emprego, além das imposições colocadas por novas tecnologias e políticas públicas ou de grandes empresas. A formação no trabalho passou a ser tão importante quanto à formação inicial de trabalhadores. Acompanhando essa segunda tese, destaco a concepção da educação permanente em saúde que tem sustentado uma mudança de paradigma na formação em saúde, seja na prática de preceptores junto a outros trabalhadores, seja na formação pedagógica dos preceptores, uma concepção que reconhece e valoriza as “[...] competências relacionais, de aprendizagem da reflexividade no trabalho [...]”. (DUBAR, 2012, p. 365).

3. As etapas de formação associadas ao trabalho sejam em forma de estágios ou outros nomes designados a esse ingresso em profissões ou carreiras, através de um período inicial de baixas remunerações ou até com ausência temporária de salários, têm sido cada vez mais comuns em diversas áreas e países. É importante considerar que existe uma diversidade de organização dos empregos, formação profissional e de carreiras, associada a diferentes tradições sociais e regimes políticos. Na saúde, no Brasil, no contexto específico das Residências em Saúde, acumula-se uma larga experiência na diferenciação dessa primeira etapa profissional, associando o trabalho à formação em serviço, porém com diversas especificidades que serão exploradas no decorrer desta pesquisa, mas que não permitem a ausência da remuneração, com um sistema nacional de bolsas financiado prioritariamente pelo Governo Federal, através dos Ministérios da Saúde e da Educação, além de secretarias estaduais e municipais de saúde. Nesse caso, o que vale a pena explorar ainda é a polêmica sobre a remuneração específica para o exercício da preceptoria, quando o trabalhador da saúde ingressa como educador, acumulando novas atividades dentro dos serviços de saúde. Existem diferentes experiências no país, desde a ausência de remuneração específica até a valorização da preceptoria com o pagamento de bolsas, gratificações e adicionais.

Pretende-se compreender as condições de trabalho docente de maneira ampliada neste estudo (OLIVEIRA; ASSUNÇÃO, 2010), considerando o processo de trabalho num determinado contexto histórico-social e econômico, para além dos recursos objetivos, estruturais ou físicos necessários para o

desenvolvimento do trabalho, mas também as condições de emprego como relações contratuais, remuneração, estabilidade, além das condições de vida decorrentes. Interessa ainda compreender nas condições de trabalho docente na saúde o sentido que atribuem ao trabalho educativo associado ao trabalho de cuidado em saúde, as relações de satisfação a partir dos investimentos e possibilidades de desenvolvimento em seu contexto. Compreender, ainda, as relações entre empregador e empregados, intensificação do trabalho, precarização, possíveis riscos, constrangimentos e pressões, presentes comumente nas condições de trabalho da sociedade capitalista.

Reconhecer, ainda, os processos de fortalecimento e desgaste constitutivos da esfera da reprodução social. A compreensão do objeto da saúde coletiva (VIANA; SOARES; CAMPOS, 2013; LUZ, 2009), complexo e construído a partir do paradigma transdisciplinar, com a análise sobre os perfis de reprodução social e os de saúde doença, permite-nos também ampliar a leitura sobre as condições de trabalho, ao passo em que as formas de trabalhar e consumir, a maneira como produzem e distribuem seu trabalho socialmente, as formas de organização, relações estabelecidas entre as pessoas para produzir a vida social, o pertencimento de classe social e os modos de vida articulados, são elementos que precisam ser levados em consideração nas expressões biopsíquicas da história individual de cada educadora.

Em busca de compreender os olhares de outros pesquisadores, nas seções seguintes, apresento algumas reflexões a partir de um artigo sistematizado durante o percurso de construção desta pesquisa (REIS; SOUZA, 2019), em que foram analisadas as teses de doutorado que se dedicaram a estudar a formação de educadores na saúde no Brasil.

Considerando o objetivo de identificar as tendências mais recentes em estudos sobre formação de educadores na área da Saúde, optou-se por selecionar teses de doutorado concluídas nos três anos anteriores ao momento de realização desta revisão, entre 2016 e 2018.

Realizou-se, inicialmente, uma revisão bibliográfica, a partir do Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), utilizando-se os termos: “formação docente na saúde”; “formação de professores”; “preceptores” e “preceptoria”. A utilização do termo “formação de preceptores” resultou na repetição de teses previamente

selecionadas com termos anteriores. A busca inicial por “formação de professores” apresentou um número muito grande de trabalhos (19.916), sendo necessário aplicar filtros para recortar apenas as teses do ano de 2018 e restringir trabalhos das grandes áreas de conhecimento: Ciências Humanas, Ciências da Saúde e Multidisciplinar, com recorte de 290 e seleção de quatro trabalhos. Por sua vez, a utilização dos termos “formação de educadores” e “formação de docentes” não resultou em trabalhos relacionados à temática desta pesquisa.

No segundo momento, realizou-se uma revisão, a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), utilizando-se os termos: “formação de professores e saúde” e “formação docente e saúde”. Os termos “preceptores” e “preceptoria e saúde” resultaram em tese repetida, já selecionada previamente.

Durante o processo de busca no banco de teses, posteriormente, com a leitura dos títulos e resumos das teses, buscou-se identificar a formação docente na saúde como objeto central dos trabalhos, retirando-se, assim, teses que tratavam do tema de maneira secundária ou periférica a outros temas de estudo.

1.1 Diálogos recentes sobre a docência em saúde

Após análise dos títulos e leitura minuciosa dos resumos, foram elencados 15 estudos. A revisão bibliográfica no banco de teses e dissertações da Capes resultou em nove teses selecionadas, e no banco da BDTD resultou em seis teses.

Das teses selecionadas, seis (40%) foram concluídas no ano de 2018, seis (40%) em 2017 e três (20%) em 2016. Os programas de doutorado de origem dos autores foram: Enfermagem – Enfermagem Fundamental – Gerenciamento em Enfermagem – Enfermagem em Saúde Pública (8 – 53,3%); Educação (4 – 26,7%); Ciências da Saúde (2 – 13,3%) e Saúde Coletiva (1 – 6,7%). As universidades em que as teses foram desenvolvidas localizavam-se em todas as regiões brasileiras: Norte (1 – 6,7%); Nordeste (2 – 13,3%); Sul (3 – 20%); Centro-Oeste (3 – 20%); com prevalência no Sudeste (6

– 40%), especialmente no Estado de São Paulo (4 – 26,7%), segundo detalhamento do Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Caracterização das teses selecionadas na BDTD/Capes, 2019

Descritores/ Informações de busca	Títulos das teses	Universidades	Programas	Ano
“Formação de professores” 290* resultados 4 selecionadas	Professores bacharéis da saúde: trajetórias de profissões docentes	Universidade Estadual do Ceará	Educação	2018
	Representações sociais de professores do curso de Enfermagem de instituições de ensino superior públicas sobre práticas obstétricas: implicações para a formação docente	Universidade Federal do Pará	Educação	2018
	Licenciatura em Enfermagem: uma análise do processo de implementação nas universidades públicas estaduais	Universidade Federal da Grande Dourados	Educação	2018
	<i>Design thinking</i> : metodologia inovadora para a formação docente em Enfermagem	Universidade de São Paulo	Gerenciamento em Enfermagem	2018
“Formação docente na saúde” 1 resultado 1 selecionado	Desenvolvimento de comunidade de prática docente virtual: possibilidade de formação do enfermeiro docente novato	Universidade Federal de Santa Catarina	Enfermagem	2018
“Preceptores” e “preceptoria” 23 resultados 4 selecionados	Educação permanente na academia como estratégia de formação docente: perspectivas de docentes e preceptores	Universidade de São Paulo (Rib. Preto)	Enfermagem Fundamental	2017
	Ideologia que permeia a prática da educação permanente por tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Enfermagem	2016
	Educação permanente em saúde no contexto da residência	Universidade Federal do Rio	Enfermagem	2017

	multiprofissional: estudo apreciativo crítico	Grande do Sul		
	Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro preceptor na residência multiprofissional em saúde	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Enfermagem	2017
"Formação de professores" e "saúde" 55 resultados 3 selecionados	Formação de professores e professoras de Educação Física no Brasil e o embate de projetos no campo de conhecimento da saúde: contribuições da teoria pedagógica histórico-crítica	Universidade Federal da Bahia	Educação	2017
	Trabalho docente em saúde: desafios e perspectivas	Universidade Federal de Goiás	Ciências da Saúde	2016
	Identidade, prática docente e características ocupacionais dos professores dos cursos de graduação em Enfermagem do estado de Goiás	Universidade Federal de Goiás	Ciências da Saúde	2016
"Formação docente" e "saúde" 17 resultados 3 selecionados	O professor enfermeiro novato da educação profissional técnica de nível médio e o conhecimento pedagógico do conteúdo de Lee Shulman	Universidade Federal de Santa Catarina	Enfermagem	2018
	Desenvolvimento profissional docente: um estudo com professores enfermeiros universitários	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Coletiva	2017
	A experiência do professor médico com métodos ativos de ensino-aprendizagem: formação permanente e gestão como mediadoras	Universidade Estadual Paulista	Saúde Coletiva	2017

Fonte: elaborado pela autora.

A partir da leitura dos trabalhos selecionados, emergiram as seguintes categorias de análise: "construção da identidade docente na saúde";

“construção da práxis pedagógica dos docentes da saúde”; “educação permanente em saúde”; e, por fim, “formação docente em saúde”.

1.1.1 Construção da identidade docente na saúde

A opção pela carreira docente é colocada em segundo plano para muitos profissionais da saúde, visto que os espaços de formação da graduação e pós-graduação não incentivam ou privilegiam a discussão, fazendo com que muitos profissionais, mesmo após a inserção estável na carreira docente em universidades, ainda se identifiquem mais com a função do cuidado direto à população nos serviços de saúde do que com a docência (CARNEIRO, 2018). Além disso, vale lembrar que o prestígio social e a valorização financeira da atuação no cuidado na área da Saúde podem influenciar a baixa priorização da docência como uma opção profissional. Outro aspecto ainda a ser considerado e, integrado a essas questões, é a possibilidade de uma educação mais fluida nos espaços de formação em saúde, no sentido da transversalidade, da integração efetiva entre teoria e prática, o que conseqüentemente traz contornos menos delimitados a essa prática docente, posto que ela se mistura ao fazer profissional no cuidado em saúde.

Ramos (2018), Carneiro (2018), Oliveira (2018), Lottermann (2016) apontaram que a construção da identidade docente na saúde se constitui nas influências familiares, pela admiração a professores que marcaram sua história, nas vivências prévias como estudantes, especialmente em espaços de vivências de monitoria durante a graduação, no próprio exercício da profissão docente em que na prática se percebem com necessidades de aprendizado pedagógico, nas trocas de experiências entre colegas docentes mais experientes, além das associações rotineiras da docência como um espaço de cuidado, seja na possibilidade de acompanhamento dos estudantes nos serviços de saúde, seja na relação de cuidado entre o professor e o estudante. Carneiro (2018, p. 210) afirma ainda que “[...] do ponto de vista da profissionalização fragilizam a profissão de professor à medida que esses ainda sustentam a representação da carreira enquanto dom e/ ou influências de pessoas queridas [...]”.

A carência de formação pedagógica para educadores da saúde foi discutida por diversos autores de teses recentes (RAMOS, 2018; CARNEIRO, 2018; SILVA, 2017; LOTTERMANN, 2016; BORBA, 2017; PIO, 2017). A graduação nos cursos da saúde tem sido o espaço para o desenvolvimento de competências clínicas, iniciação à pesquisa e em alguns cursos, especialmente na Enfermagem, a formação de competências para a educação em saúde, ou seja, a possibilidade de desenvolver atividades de educação com os indivíduos e comunidades sobre o processo saúde-doença e estratégias de cuidado. A pós-graduação *stricto sensu* – mestrados e doutorados –, apesar de estabelecer formalmente em documentos oficiais como um dos seus objetivos a preparação de bacharéis e licenciados para o exercício da docência universitária, não tem sido percebida como um espaço que possibilite o desenvolvimento de competências para o ensino, sendo apontada como um espaço privilegiado para a formação de pesquisadores e aprofundamento de conhecimentos sobre as especialidades da saúde. “Poucos desses programas incluem conhecimentos, reflexões e práticas ligadas aos saberes pedagógicos, que profissionalizam o professor”. (CUNHA, 2018, p. 8). Os participantes das pesquisas de Ramos (2018), Carneiro (2018) e Lottermann (2016) relataram que a formação docente está associada mais à busca individual dos educadores do que às possibilidades oferecidas pela instituição ou no mestrado e doutorado.

Evidencia-se a prevalência de enfermeiras(os) autoras(es) dos estudos sobre formação de educadores na área da Saúde na revisão bibliográfica realizada, distribuídos não só nos programas de pós-graduação específicos da Enfermagem, mas em programas multiprofissionais da área da Saúde e programas da Educação. A Enfermagem é uma das profissões da saúde que possui ou possuiu a licenciatura articulada ao bacharelado em diversas universidades do Brasil, conforme retratou Spessoto (2018) em sua tese, ao estudar o processo de implementação da licenciatura em Enfermagem nas universidades públicas estaduais do Brasil, resgatando aspectos históricos da articulação entre bacharelado e licenciatura na Enfermagem através de revisão bibliográfica e estudo documental. Além disso, a Enfermagem é uma das profissões da saúde que tem, desde sua origem e de maneira mais contundente, a atribuição da *educação em saúde* (FALKENBERG et al., 2014)

junto aos indivíduos e comunidades, a educação para as boas práticas da saúde, a formação inicial e permanente de trabalhadores de nível técnico, a gestão de serviços e coordenação de equipes de saúde, influenciando as reflexões sobre sua identidade e reconhecimento como “educador não formal” e “educador formal”. A concepção que circula na categoria é a de que ser enfermeira é ser uma “educadora inata”. Assim, as diversas possibilidades de articulação da prática da Enfermagem com a Educação e a grande expansão de cursos de graduação nas últimas décadas, que desdobraram no crescimento do número de docentes de Enfermagem, podem estar relacionadas diretamente ao maior interesse da categoria sobre essa abordagem do tema.

Apenas uma das teses analisadas foi produzida em um programa da Saúde Coletiva, um achado inusitado se considerarmos a crescente complexidade do campo da Saúde Coletiva (LUZ, 2009), expressa pela histórica composição com diferentes disciplinas das biociências, das ciências da área de humanas e ambientais, e pelos paradigmas da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A fertilidade da produção científica decorrente da complexidade da Saúde Coletiva foi fundamental para o avanço da saúde nos últimos anos, seja nas práticas tecnológicas, na produção de saberes e novas formas de expressão.

Mattos (2016), Arnemann (2017) e Silva (2017) retrataram as características do vínculo, trabalho e identidade na preceptoria. O vínculo como preceptor ou tutor de graduação ou programas de residências acontece em muitos contextos de maneira informal, através de convites verbais e em acúmulo com as atividades de cuidado previamente assumidas, sem contrapartida financeira, compreendendo-se a formação em serviço uma premissa de serviços de saúde-escola ou uma premissa do próprio SUS. A escolha para atuação se dá muitas vezes pela titulação e avaliação de desempenho dos trabalhadores por gestores, apesar de muitas vezes não se sentirem preparados para assumir a prática pedagógica. No contexto estudado por Mattos (2016, p. 78), os trabalhadores acataram a imposição do papel de preceptoria ou tutoria “[...] em troca da inclusão social, prestígio, poder e reconhecimento acadêmico”. Uma das questões destacadas quanto à prática da preceptoria é a priorização das atividades de cuidado direto à população,

ficando as atividades de educação na relação com os residentes em segundo plano no seu fazer cotidiano, o que pode estar atrelada à insegurança quanto ao seu papel de educador, à baixa identificação com esse papel, à sobrecarga de trabalho e à priorização da atividade de cuidado pelas pressões assistenciais rotineiras nos serviços de saúde, além do fato da pedagogia vigente ainda ser de incorporação do modelo de práticas, a reprodução com baixa reflexão. As principais demandas identificadas pelos preceptores nos contextos de estudo foi a criação de espaços institucionalizados de formação pedagógica e o reconhecimento financeiro pela função de preceptoria.

Em sua tese, Lottermann (2016) propôs analisar a prática pedagógica de educadores dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição de uma universidade de Goiás, a partir da perspectiva de educadores e estudantes. Os estudantes se mostraram mais críticos quanto à prática docente, especialmente o planejamento das atividades e as relações interpessoais. Existiu uma discordância entre estudantes e educadores quanto ao reconhecimento dos estudantes como sujeitos de seu aprendizado por parte dos professores, bem como os estudantes consideraram uma relação autoritária e verticalizada, os educadores discordaram. Ambos concordaram que “[...] não existe um clima de confiança e respeito mútuo [...]” (LOTTERMANN, 2016, p. 112) entre estudantes e docentes. Apesar de endossar as críticas que remeteram a um profissional pouco crítico e autoritário, os educadores demonstraram abertura às propostas de formação da instituição. As propostas de formação para educadores na saúde têm o desafio de superar as vivências pessoais prévias dos participantes, uma experiência fundada no paradigma da educação bancária tradicional.

Os estudos recentes vêm ampliando e reafirmando as questões que compõem a identidade de educadores da saúde, desde a formação pedagógica institucionalizada para ingresso e permanência na profissão, questões relacionadas à carreira, às motivações de adesão à docência no que diz respeito às influências do percurso de vida e visões do senso comum, à conciliação da vivência do cuidado em saúde com a docência, à opção periférica da docência como profissão, à identificação da ação docente baseada em suas vivências prévias de educação bancária e autoritária.

Os estudos mapeados e analisados contribuíram com minha pesquisa, possibilitando-me outras compreensões sobre o processo de construção da identidade docente nos programas de Residência, sendo que, no contexto que proponho aqui, existe uma singularidade marcada pela oferta de formação pedagógica desde o ingresso na instituição até os espaços institucionalizados de educação permanente, mecanismos de avaliação formativa, ferramentas de autoavaliação, diálogo entre pares e os diversos dispositivos que serão tratados nas seções seguintes, que apresentam o contexto da pesquisa.

A próxima seção segue dialogando com as teses recentes que se dedicaram a compreender como os educadores da saúde constroem suas práticas cotidianas e seus espaços de formação, quais os espaços de problematização da sua realidade, como buscam soluções e a partir delas podem transformar sua realidade, como acessam conhecimentos sistematizados contextualizados.

1.1.2 Construção da práxis pedagógica das educadoras da saúde

Uma tendência observada em grande parte dos estudos analisados, no que se refere ao estado da arte anteriormente discutido, foi a apresentação de experiências consideradas exitosas pelos autores, a construção de propostas como recomendações resultantes das pesquisas ou a construção de novas experiências de formação de educadores junto aos participantes da pesquisa, numa perspectiva de sugerir soluções ao cenário de carência de espaços de formação pedagógica na saúde.

Oliveira (2018) desenvolveu uma pesquisa-ação, em articulação com nove educadoras de enfermagem de três instituições de ensino de Manaus/Amazonas, com o objetivo de construir e desenvolver uma comunidade de prática docente virtual. Defendeu que a experiência da comunidade de prática possibilitou a reflexão coletiva entre pares, a construção do aprendizado docente pela prática, a construção da identidade docente e a redução do isolamento num contexto amazônico.

Arnemann (2017) realizou grupos de discussão com preceptores de um programa de residência multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em pesquisa do tipo investigação crítica fundamentada na Teoria

Crítico Social. Arnemann (2017) Percebeu que os espaços de interação proporcionados durante o desenvolvimento da pesquisa possibilitaram ressignificações sobre a prática na preceptoria, a constituição de espaços para encontros em que os participantes pudessem se aproximar e compartilhar experiências e esperanças, um espaço de formação antes inexistente no contexto.

Silva (2017) propôs em um capítulo de recomendação de sua tese um projeto de intervenção educativo para os preceptores ou os que pretendem atuar nessa função. Desenvolveu a proposta após trabalhar em sua pesquisa a identificação da prática social da preceptoria em Enfermagem em uma residência multiprofissional no Rio de Janeiro, as facilidades e dificuldades para exercer a função nesse contexto, utilizando a teoria da Pedagogia Histórico-Crítica Social dos Conteúdos, de Dermeval Saviani, na fundamentação da tese.

Hack (2017) defendeu uma proposta de licenciatura de caráter ampliado para formação do professor de Educação Física, ao desenvolver a tese intitulada *Formação de professores e professoras de educação física no Brasil e o embate de projetos no campo de conhecimento da saúde: contribuições da teoria pedagógica histórico-crítica*.

Souza (2018) estudou a formação docente na Educação Profissional Técnica em Enfermagem e apresentou como sugestões para projetos de formação a utilização de estratégias reflexivas sobre a própria prática docente,

[...] o uso de estratégias de mentoring, com observação da prática dos colegas e aprendizagem horizontal com os pares (professores experientes), uso do portfólio reflexivo como estratégia de avaliação formativa, criação de comunidade de prática, lesson study e implantação do período de indução profissional. (SOUZA, 2018, p. 16).

Borba (2017) identificou que, mesmo em contextos em que se ofertam cursos como o de Pedagogia Universitária, oferecido pela Escola de Enfermagem da USP Ribeirão Preto, com diversos avanços na prática docente, existe um distanciamento dos fundamentos pedagógicos que envolvem o exercício da educação na saúde, especialmente a pouca priorização do planejamento do ensino, associando à sobrecarga de trabalho e as exigências do produtivismo acadêmico.

Cauduro (2018) desenvolveu um estudo de caso em que testou e analisou as contribuições do *design thinking* como metodologia ativa na formação docente em Enfermagem, aplicando a metodologia com 15 professores em formação de mestrado e doutorado de um programa de pós-graduação em Enfermagem de uma universidade pública do Paraná. Explorou os pressupostos da teoria sociointeracionista de Vygotsky associando à aplicação da metodologia *design thinking*. Ao final, analisou as avaliações dos participantes que testaram a metodologia em uma oficina desenvolvida durante a pesquisa.

As pesquisas analisadas nesta seção caminharam, invariavelmente, para estimular ou disparar novos espaços que pudessem propiciar movimentos reflexivos entre participantes das pesquisas ou na direção de institucionalizar espaços de formação de educadores. São respostas ao cenário de carência de formação, já tratado na seção anterior, numa busca de apoiar educadores a constituírem suas identidades e pensarem sobre sua práxis.

A revisão sobre essas experiências recentes fez-me refletir sobre o contexto em que desenvolveria a pesquisa, pois tratava-se de uma realidade em que já existiam espaços consolidados de formação de educadores. Minha expectativa foi identificar e compreender pelas narrativas das educadoras suas percepções sobre sua práxis pedagógica, se, efetivamente, já existiam processos de problematização da realidade, espaços democráticos com o estímulo institucional do exercício de consciência crítica e o que esse contexto poderia apresentar de avanços ou fragilidades a serem superadas.

1.1.3 Educação permanente em saúde e a formação de educadoras

O paradigma da Educação Permanente surgiu no final da Primeira Guerra Mundial, mas só ganhou repercussão na década de 1970 com o documento da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), *Aprender a ser: a educação do futuro*, publicado em 1972, conhecido como Relatório Edgar Faure.

Com uma forte concepção humanista da educação, Gadotti (2016) recupera o histórico desse paradigma que considerava as dimensões éticas, políticas, sociais, culturais, além da dimensão profissional, com a possibilidade

de uma formação mais abrangente do ser humano, para a vida em sociedade. Uma educação que aconteceria durante toda a vida, em todos os espaços, além dos espaços escolares ou formais de educação, no trabalho e em outros espaços sociais. Uma educação que possibilitaria a emancipação, o multiculturalismo, o desenvolvimento sustentável, a promoção da cultura da paz, a construção de uma sociedade democrática. Essa concepção da Educação Permanente, porém, não foi assumida por governos nacionais naquele momento, e sim o paradigma da *aprendizagem ao longo da vida* ou *educação ao longo da vida* que a sucedeu.

O caráter humanístico e político da Educação Permanente foi se perdendo e sendo substituído por uma visão mais instrumental e mercantilista na educação de adultos, focada na ampliação de competências para o trabalho com o intuito da produção, competição, resultados, maior empregabilidade, sintonizada com a lógica capitalista vigente. Esse último paradigma foi tecido a partir de documentos de organismos internacionais, tais como da Comissão das Comunidades Europeias da Unesco, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo o relatório Jacques Delors *Educação: um tesouro a descobrir*, de 1998, um dos documentos mais representativos dessa transição. Apesar da aparente continuidade entre os dois relatórios, Faure para Delors, a aproximação de conceitos e enunciados, a *aprendizagem ao longo da vida* sofreu duras críticas por se distanciar da educação humanística proposta originalmente pela Educação Permanente e se aproximar gradualmente da lógica neoliberal e mercantilista (GADOTTI, 2016; MAMONA, 2017). Assim, no campo da Educação, a Educação Permanente perdeu força, mas na área da Saúde no Brasil foi “recuperada” nos anos 2000 como política pública pelo governo brasileiro.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) se apropriou do conceito da Educação Permanente proposto pela Unesco ainda na década de 1980. A Rede Unida – associação científica para a educação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde – e o grupo do Laboratório de Planejamento (LAPA), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), na década de 1990, fortaleceram iniciativas crescentes dos espaços de gestão do SUS, dos serviços de saúde, das universidades, resultando no lançamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL,

2004; 2009a) pelo Ministério da Saúde em 2003, após uma importante composição político-partidária que ocorreu no Ministério da Saúde no primeiro governo Lula (MATTOS et al, 2022). A PNEPS vem sendo disputada por diferentes grupos e diferentes concepções representadas por interesses diversos desde o seu lançamento.

Filio-me à concepção da Educação Permanente em Saúde que a considera um processo educativo que coloca a prática, o cotidiano do trabalho e a formação em saúde em análise constante. Disputa por espaços de aprendizado coletivo, em equipes interdisciplinares prioritariamente, que tenham como compromisso ético-político a construção de conhecimento e práticas, a partir dos “[...] mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis [...]” (CECCIM, 2005, p. 161), que possibilitem contribuições reais, soluções para a mudança de modelo de atenção e de educação na saúde. Sua centralidade está na “[...] porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde [...]” (CECCIM, 2005, p. 161); a produção de espaços democráticos de autogestão, autoanálise, mudança institucional, “[...] pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) [...]”. (CECCIM, 2005, p. 161).

A necessidade pulsante de mudança das práticas na saúde que se desdobrou após a criação do SUS no Brasil foi determinante para a formulação de uma proposta que extrapolou o sentido da educação para o domínio técnico científico, mas que impactou nos espaços e modos de fazer gestão, nas práticas de ensino, na organização dos serviços de saúde e no controle social em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A política nacional resultante desse movimento apresentou diretrizes operacionais e aporte de recursos públicos capazes de disparar processos instituintes que produziram uma “onda” crescente de espaços democráticos de análise sobre a realidade. A criação de soluções por quem efetivamente intervém sobre essa realidade inegavelmente tem resultado em impactos ainda imensuráveis na produção de saúde e vida nos territórios.

Uma das principais inspirações para essa mudança de paradigma da educação na saúde foram as obras de Freire (1987; 1996), a partir de suas

influências para a inclusão da lógica da aprendizagem significativa na educação de adultos e os princípios da educação popular que permeiam sua produção. Pode-se considerar ainda as influências do movimento institucionalista em educação e as contribuições da Psicologia Organizacional (CECCIM, 2005).

É representativo que durante a leitura das teses mais recentes que discutem sobre formação de educadores da saúde tenha identificado, na maioria delas, o diálogo com as obras de Freire, sendo a *Pedagogia da autonomia* (1996) e a *Pedagogia do oprimido* (1987) as obras mais utilizadas e citadas. A Educação Permanente em Saúde adota a prática problematizadora inspirada em Freire e pretende uma inserção crítica na realidade do trabalho no SUS, apoia para que os trabalhadores sintam necessidade de compreensão sobre seus desafios cotidianos e ampliem sua crítica e engajamento, buscando novas soluções para resolução dos problemas complexos de sua prática, reafirmando o compromisso com a população que utiliza os serviços do SUS.

Até o início dos anos 2000, a formação de profissionais de saúde permanecia com poucas iniciativas contra-hegemônicas, alheia às mudanças que estavam acontecendo nos espaços de gestão e controle social do SUS, acumulava experiências de ensino voltadas à reprodução de práticas centradas nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, experiências de transferência de conhecimentos através de aulas expositivas, manuais e protocolos que sistematizassem a maneira como o trabalho em saúde deveria ser feito. Com a crescente constatação de que esses métodos de ensino ajudam em determinados aspectos, porém não configuram mudanças significativas à prática dos trabalhadores, visto a imprevisibilidade e diversidade de situações que acontecem no cotidiano de cada serviço e em cada localidade, além das dificuldades que os métodos tradicionais de ensino tem apresentado para a real significação da teoria na prática cotidiana dos trabalhadores, tornou-se urgente a busca por outros modos de organizar a formação (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

Esse contexto é de convivência com a complexidade das questões relacionadas ao trabalho em saúde, em que a lógica taylorista e as práticas pautadas numa racionalidade gerencial e biologicista hegemônica ainda são presentes, mas existem novas relações entre conhecimentos/saberes, práticas

inovadoras, democráticas e de emancipação. As propostas sistematizadas a partir do questionamento da realidade, as formulações dessa “nova ordem” para formação em saúde, vêm desafiando os atores que constroem cotidianamente o SUS. Essas formulações foram construídas paulatinamente com ampla participação de trabalhadores, gestores e da população, observadas notadamente nos relatórios das conferências nacionais de saúde (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Uma mudança de paradigmas surgiu a partir da disputa entre a tradição da Educação Continuada em Saúde e a Educação Permanente em Saúde. A primeira, ainda bastante utilizada em paralelo à segunda, propõe uma continuidade ao modelo acadêmico tradicional tentando responder às necessidades de atualização de conhecimentos, com foco nas condições de saúde ou doenças, nas técnicas e procedimentos e na transmissão desses conhecimentos aos trabalhadores que estão nos serviços, através de “convocações” a treinamentos em ambientes didáticos (BRASIL, 2009).

A educação continuada foi incorporada por áreas técnicas de secretarias de saúde municipais e estaduais como o recurso que possibilitaria a implantação de novos protocolos. Assim, como exemplo, trabalhadores são periodicamente convocados a participar desses espaços com o objetivo de atualizar sua prática no cuidado de pessoas com tuberculose. O trabalhador recebe informações sobre novas prescrições de medicamentos mais potentes para conter a doença, visto que o abandono do tratamento produziu a resistência às drogas antes utilizadas, porém não se discute quais os desafios cotidianos e singulares que esse trabalhador tem vivido no acompanhamento das pessoas do seu território de responsabilidade, quais as relações entre as pessoas que habitam esse território vivo de disputas cotidianas. Então, apesar de o trabalhador passar a conhecer as recomendações mais atuais para “controle” da doença, retorna ao serviço de saúde com os mesmos desafios: a possibilidade de abandono de tratamento de um usuário acompanhado porque tem dificuldade em acessar o serviço por morar na área rural mais distante do município, associada a uma condição de vulnerabilidade e de abandono parental, equipes de saúde com dificuldade de negociação do seu processo de trabalho e comunicação junto à população. Esse caso extremo e fictício pode representar outros tantos casos reais com as mais diversas possibilidades de

problemas complexos a serem enfrentados por esse trabalhador. O treinamento recebido através da educação continuada pode ter produzido algum tipo de impacto no tratamento de algumas pessoas, porém não foi capaz de dar voz e apoiar esse trabalhador a se reinventar, se fortalecer e buscar novas soluções para qualificar o cuidado à população junto à sua equipe.

Ceccim e Ferla (2008) me ajudaram a compreender as aproximações entre as áreas da Educação e da Saúde a partir das memórias da Reforma Sanitária Brasileira. A luta social em defesa da saúde consolidou um movimento durante as décadas de 1970 e 1980 no Brasil, esse movimento sanitário debatia a ideia da “Saúde como direito de cidadania e como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar”. (CECCIM; FERLA, 2008, p. 444). Uma ampliação do conceito da saúde para além da assistência, reabilitação, serviços de saúde, uma concepção de saúde articulada aos modos de viver, trabalhar, estar em sociedade, o “[...] conhecimento sobre as coletividades humanas, seus processos interativos e características de pertencimento (Saúde e Sociedade)”. (CECCIM; FERLA, 2008, p. 446). O “nascimento” do campo da Saúde Coletiva está intimamente associado ao campo de intervenções do Controle Social em saúde e à criação do Sistema Único de Saúde. Esse contexto produziu críticas à formação em saúde que não acompanhava e ainda não acompanha as mudanças necessárias para a conformação de um novo sistema, uma nova lógica para a saúde. A Educação Superior, a academia, tiveram pouca participação política nesse processo de mudanças, uma vez que as associações de ensino das profissões e o próprio SUS se ocuparam da reformulação das diretrizes curriculares que norteiam a formação de trabalhadores. Porém, as disputas e jogo de forças entre mercado de trabalho, estruturas acadêmico-administrativas dos cursos, prática profissional e prática educativa, fragilizam a própria transformação da saúde.

A Educação Permanente em Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, desconstruindo evidências. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde.

No campo do conhecimento, o Brasil inventou um referencial teórico, a Saúde Coletiva, para absorver a cidadania em

compromisso científico e acadêmico; desenvolveu o controle social em saúde para gerar uma prática de abertura e efetuação política pelo compromisso legal, moral e ético com a cidadania. Se estas condições puderem registrar uma nova educação dos profissionais de saúde, novos contornos e potencialidades virão à cidadania, fazendo-nos revisitar a Saúde Coletiva e o Controle Social no setor como Educação Permanente em Saúde: cidadanização. Esse parece ser mais um desafio impostergável ao processo social que vem fazendo emergir as novas saúdes, generosas e geradoras de novas apreensões e apropriações de cidadania. (CECCIM; FERLA, 2008, p. 453).

A produção da autonomia intelectual do trabalhador-educando é um dos princípios básicos mais fortalecidos e discutidos nas iniciativas deste novo período na saúde. A consciência do inacabamento e a necessidade de busca de novos conhecimentos na relação com o mundo e, especialmente na busca permanente do cuidado qualificado e humanizado em saúde, trouxeram o desejo de uma educação que seja progressiva, permanente e que o próprio trabalhador mantenha a curiosidade e persistência na busca por respostas que possam resultar na defesa da vida das pessoas. O respeito às diferenças, à diversidade, às especificidades pessoais, culturais, regionais, às histórias de vida é um imperativo ético ao trabalhador da saúde e, conseqüentemente, ao educador que apoia o trabalhador no seu percurso de aprendizado. O processo ensino-aprendizagem pressupõe respeito aos saberes prévios e vivências do trabalhador da saúde, bem como a humildade do educador perante a bagagem do educando e suas possibilidades de deslocamento (FREIRE, 1996; MITRE et al., 2008).

Ressignificar as práticas e transformá-las impõe aos educandos e educadores aprender a lidar com a imprevisibilidade da vida, visto que as necessidades de saúde das pessoas estão em constante transformação, assim como os conhecimentos sobre saúde, doença, tratamentos e tecnologias. Relacionar-se com vidas tão singulares requer uma abertura à criatividade para desenvolver estratégias também singulares na relação com as pessoas que procuram os serviços de saúde. A educação que apoie o desenvolvimento de autonomia precisa apoiar trabalhadores da saúde a lidar com a incerteza, com a dúvida, a compreensão generosa sobre a complexidade humana, a abertura subjetiva e empática em relação ao outro, a tolerância (MORIN, 2006).

Assim, as metodologias ativas de ensino e aprendizagem têm sido amplamente utilizadas e difundidas na área da Saúde, mas para além do que possa parecer à primeira vista um “modismo”, tem-se considerado como uma estratégia para a busca de uma real transformação nas bases da educação na saúde. Foram consideradas na maioria dos contextos dos estudos analisados como possibilidades de problematização sobre a realidade, como estratégia para mobilizar educadores e estudantes a refletirem sobre as necessárias conexões entre o conhecimento prévio e os novos conhecimentos a serem aprendidos. A análise realizada permitiu-me apreender uma possibilidade de ultrapassar o limite do conhecimento acumulado até o momento e de criar novas soluções práticas para instaurar um processo de ruptura que permita o investimento dos educadores e estudantes em seu próprio desenvolvimento. São associadas, ainda, a um processo de democratização dos espaços educativos, permitindo aos educadores a reflexão sobre sua prática pedagógica, desenvolvimento de autonomia, superando a lógica prescritiva de práticas docente-assistenciais como fórmulas prontas a serem aplicadas de maneira acrítica no contexto educativo, como teorizada por Mattos (2016), Arnemann (2017), Silva (2017), Paulino (2016), Souza (2018), Borba (2017), Cauduro (2018), Mielo (2017) e Pio (2017).

A *metodologia da problematização* foi amplamente defendida por Berbel (1995; 1996; 1998; 2004; 2007), que utilizou como referência o Método do Arco, de Charlez Maguerez (1966). Suas produções fizeram uma reinterpretção e ressignificação sobre as etapas do processo inicialmente proposto por Maguerez (1966) e adaptado por Bordenave (1982), a partir da sua vivência nos cursos da saúde na Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná, desde 1992. O aprofundamento teórico prático sobre a metodologia da problematização e o aprendizado baseado em problemas, conhecido também como Problem-Based Learning (PBL), influenciou as diversas publicações sobre as metodologias ativas na área da Saúde, estimulou a difusão de experiências em universidades públicas, especialmente na região Sudeste do Brasil. Entre suas contribuições, ressalta a importância da clareza do educador sobre as metodologias empregadas e suas intencionalidades, com a responsabilidade de evitar as “pequenas adaptações” às práticas tradicionais, sob o risco de resultados frustrantes associados equivocadamente às

metodologias ativas. Chama atenção ainda sobre a “banalização” ou confusão entre os termos ou nomes dados a cada metodologia, visto que as inovações passam por um movimento de resistência natural e existe o risco da difusão de ideias inadequadas sobre o tema.

Além da metodologia da problematização e a abordagem baseada em problemas, bastante difundidas entre os cursos de Medicina, outras metodologias foram gradualmente incorporadas em cursos de graduação e pós-graduação na saúde, a exemplo da abordagem baseada em equipes e o método da espiral construtivista (LIMA, 2016; 2017).

Acompanhando a lógica da sociedade moderna, na saúde, sobressai-se a valorização da informação, do aprendizado apenas pela transmissão de informações, a busca de informações para acúmulo de conhecimentos, a rapidez com que as informações passam e são substituídas por novas técnicas, novos tratamentos, novas tecnologias para o cuidado em saúde, porém muitas vezes sem sentido para as pessoas envolvidas nos atos de cuidado, sem que essas informações de fato toquem o trabalhador. Essa tem sido a tradição da formação universitária e na pós-graduação em saúde.

Nesse sentido, a mudança de paradigma da educação na saúde pode associar-se à ideia de que a *experiência* dos trabalhadores possa ser valorizada durante o seu percurso de desenvolvimento, na perspectiva de escutar o que acontece e toca as pessoas no seu cotidiano, o que acontece durante o encontro da equipe de saúde, o encontro entre trabalhadores e as pessoas que buscam por cuidado nos serviços de saúde, o encontro entre educadores e educandos, os momentos singulares e cheios de detalhes que podem ser percebidos quando se reserva e valoriza espaços de interrupção, de pausa para falar o que acontece e sente cada pessoa (LARROSA BONDÍA, 2002; CÔNTRERAS DOMINGO, 2016).

Mielo (2017) e Pio (2017) apresentaram as experiências de formação de docentes desenvolvidas na Faculdade de Medicina de Marília (SP). Os projetos “Programa de Desenvolvimento Docente” e “Educação Permanente na Academia” acontecem na instituição desde a década de 1990 e 2000, respectivamente, e utilizam como referências o grupo operativo de Pichon-Rivièri em sintonia com a metodologia da problematização proposta por Paulo Freire. São iniciativas contínuas de formação, por isso diferenciam-se de outros

cursos e ofertas por tempo delimitado, acontecem no horário de trabalho e privilegiam a reflexão das práticas docentes, trocas de experiências entre participantes, momentos de autoavaliação constantes como disparadores do desenvolvimento dos participantes, estimulando a autonomia e busca por novos aprendizados.

A revisão dos estudos recentes reafirma a importância que a Educação Permanente em Saúde assumiu nos debates da área no último período. Pretendi aqui introduzir e situar a abrangência e peso que essa discussão tem na saúde, desde os movimentos de disputa nos espaços de gestão, dos serviços, na academia, junto ao controle social, até a formalização e difusão como política pública, investimentos financeiros e políticos decorrentes, para que alcançasse a ambiciosa e necessária mudança desejada junto aos trabalhadores do SUS.

A pesquisa está imersa no contexto de implementação dessa política, ao olhar para um cenário que foi fruto desse percurso de construção, que envolveu e agregou pessoas ativistas de uma concepção humanista de educação e saúde. Assim, na seção a seguir, busco produzir conexões e novos entendimentos aos desafios apresentados nas seções anteriores, intencionando, ainda, a aproximação com conceitos que possam apoiar-me na compreensão de questões relacionadas à construção da identidade e da práxis na educação na saúde.

1.2 Saberes da experiência das educadoras da saúde

As tendências mais recentes das teses que se debruçaram sobre a formação de educadores na saúde no Brasil apresentaram os desafios da construção da identidade e de uma práxis educativa em meio a um cenário de carência de oportunidades institucionalizadas de formação, inserção e desenvolvimento profissional docente. Os educadores da saúde vêm se constituindo essencialmente por suas vivências prévias como educandos e, a partir da abertura a novas vivências, através do ingresso na carreira docente.

Se o espaço privilegiado de aprendizado está nas vivências dos educadores da saúde, e estas passam a ser tomadas como disparadoras de novos aprendizados nas iniciativas de educação permanente registradas nos

estudos nacionais, a experiência, compreendida como o que acontece e toca os educadores, passa a ser o eixo central, e o saber da experiência (LARROSA BONDÍA, 2002), o saber individual ligado à existência singular, que é produzido na elaboração de sentido sobre o vivido, passa a ser a busca nesses espaços de formação.

As vivências dos educadores podem se tornar experiências, a partir de um trabalho reflexivo que demanda implicação e uma atitude de abertura a olhar para si, para os outros e para o meio. Dialogo com Josso (2010) sobre noções conceituais que me ajudam a pensar e ampliar reflexões sobre o lugar da experiência nos processos de formação. *A aprendizagem experiencial* acontece, portanto, a partir de elaboração e integração do saber-fazer e de conhecimentos, o que potencialmente resulta em transformação. Uma *experiência formadora* é carregada de atitudes, comportamentos, pensamentos e sentimentos que caracterizam uma subjetividade e transformações identitárias alcançadas a partir de um *inventário de recursos experienciais* acumulados ao longo de um processo de formação permeado de tensões dialéticas entre condições individuais e coletivas.

O desenvolvimento pessoal e profissional está articulado nos processos de formação que acontecem por toda a vida (SOUZA, 2004). E reconhecendo que o pessoal e profissional são indissociáveis, as aprendizagens acontecem também nos diferentes domínios da existência ou diferentes esferas de convivência. Na abordagem (auto)biográfica, as educadoras resgatam retrospectivamente suas experiências, num processo de conhecimento de si, que permite autoformação e autotransformação a partir de uma reelaboração sobre suas aprendizagens construídas ao longo da vida.

Em tempos em que o percurso de formação na escola, na universidade e no trabalho impõe uma sucessão de relações rápidas, vínculos frágeis, necessidade de acumular conteúdos e técnicas, manter-se atualizado, consumir informações freneticamente, reproduzir práticas, muitas vezes sem o tempo necessário para elaborar, sentir, pensar sobre o que se faz, as experiências tornaram-se escassas e pobres. Benjamin (1987) considera que com a sobreposição da técnica ao próprio homem, surgiu uma nova forma de miséria. Estamos mais pobres em experiências que possam ser comunicadas, contadas de geração em geração. Remete à imagem da exaustão

contemporânea, o cansaço das pessoas que consumiram tanta “cultura”, tanta informação, e ficaram “saciadas e exaustas”, sem forças para direcionar à construção, aos pensamentos simples e grandiosos, ao sentido das suas existências.

Conforme considerações apresentadas anteriormente, a formação e o trabalho em saúde têm sido permeados pela supervalorização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em que o biológico se sobrepõe a outras dimensões da vida. Os últimos anos marcaram uma disputa entre essa tradição e a concepção de um cuidado em saúde centrado na escuta, na construção de vínculo, no encontro entre trabalhador e usuário, nas necessidades da pessoa, no trabalho em saúde baseado nas relações e no que é produzido a partir desse encontro singular.

Essa concepção explora a compreensão sobre o *trabalho vivo em ato* na saúde. Emerson Merhy (1997; 2022) analisou o trabalho em saúde a partir de estudos de Karl Marx sobre trabalho vivo e trabalho morto e trouxe diversas contribuições para pensar o processo de trabalho em saúde e a Educação Permanente em Saúde.

O sistema capitalista impõe estabelecimentos – fábricas, hospitais, serviços etc. – com intensa dominação sobre o processo de trabalho, de maneira a capturar a autonomia do trabalhador, visando ao lucro e à competição do mercado. Ao subordinar o trabalho às lógicas pré-estabelecidas de produção, naturalmente o trabalhador tende a buscar “linhas de fuga”, criar possibilidades de produção ao seu modo. O sistema capitalista se aperfeiçoa ao criar tecnologias gerenciais que capturem o trabalhador, reduzindo sua autonomia e liberdade, reduzindo sua possibilidade de trabalho vivo (MERHY, 2002).

Merhy (1997; 2002) classifica o trabalho morto em saúde como um trabalho anterior ao momento do cuidado, desde a formulação até a execução, produção de uma tecnologia desenvolvida previamente, é a utilização de todas as tecnologias “duras” como equipamentos, instrumentos e insumos (por exemplo: aparelhos de raio X, tomografia, eletrocardiograma, exames laboratoriais, medicamentos, soro e outros). O trabalho vivo em saúde pode ser compreendido pelas ações realizadas no momento de encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, em ato, é o que o se formula, reflete, negocia

e pactua entre o trabalhador e a pessoa que está sendo cuidada, ou ainda os atos no momento de gestão do processo de trabalho, decisão sobre os processos. Envolve ainda tecnologias leve-duras representadas nos saberes estruturados e sistematizados previamente como a epidemiologia, a clínica médica, o taylorismo. Esse trabalho vivo demanda retomar e valorizar conhecimentos e experiências prévias e é mediado por emoções que acontecem nas relações humanas. No trabalho em saúde e no trabalho na educação, portanto, não é possível eliminar ou substituir o trabalho humano, sendo as tecnologias produzidas durante o ato do cuidado imprescindíveis.

[...] o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção [...]. (MERHY, 2002, p. 49).

Assim, o cuidado em saúde sofre as pressões assistenciais, da alta demanda de usuários e escassez de serviços de saúde, da sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, o tempo de encontro entre trabalhador da saúde e usuário pode ficar reduzido e desvalorizado. Pode-se considerar que as experiências desse contexto podem se tornar escassas e pobres.

Os educadores da saúde são formados nesse contexto de disputa de concepções de saúde, de trabalho em saúde e de educação na saúde. Suas memórias de formação potencialmente acumulam uma complexidade de vivências e acontecimentos prévios, desde uma infinidade de situações de reprodução de técnicas a uma crescente incorporação de tecnologias no cuidado em saúde que foram reduzindo e empobrecendo as possibilidades de diálogo, reflexão, elaboração sobre o vivido. Essas mudanças na saúde acompanharam os processos de mecanização do trabalho em outros setores produtivos, conseqüências da industrialização, da informatização, das condições estruturais da consolidação do capitalismo na sociedade moderna.

Imersos em um contexto de exacerbação do movimento individualista e de alienação, com reduzida capacidade de análise de si e do entorno, com a falta de exercícios reflexivos, que conseqüentemente limitam o aprendizado e as transformações, o trabalhador da saúde pode estar sob

[...] uma espécie de abdicação da necessidade de liberdade para agir por fora das regras e das normas. Com tanta abundância, parece que qualquer liberdade é excessivamente perigosa e, mais além, desnecessária [...]. (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015, p. 60).

O cuidado integral à saúde, que seja capaz de responder às necessidades de saúde das pessoas e coletividades em sua diversidade, é um dos princípios do SUS, e só é possível se houver reconhecimento e produção de autonomia dos sujeitos. A dimensão micropolítica do cuidado, das relações estabelecidas no encontro entre trabalhadores e usuários nos serviços, envolve abertura à alteridade, considerar a cultura, valores, saberes diversificados, em mediação com os conhecimentos técnicos biomédicos e normas. Avançar na integralidade implica a mobilização de conhecimentos úteis e oportunos, a mobilização de práticas cotidianas, a escuta, a gestão do cuidado, a Educação Permanente em Saúde como possibilidade de aprendizagem constante e significada (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

A difusão da concepção de Educação Permanente em Saúde vem disputando e construindo espaços de formação que valorizam e se conectam com a aprendizagem experiencial (SOUZA, 2004, 2014, 2018), “[...] no sentido da capacidade de resolver problemas, mas acompanhada de uma formulação teórica e/ou de uma simbolização.” (JOSSO, 2010, p. 35-36). A possibilidade de se questionar sua identidade, visto que:

[...] a *experiência formadora* é uma aprendizagem que articula, hierarquicamente: o saber-fazer e os conhecimentos, funcionalidade e significação, técnicas e valores num espaço-tempo que oferece a cada um a oportunidade de uma presença para si e para a situação, por meio da mobilização de uma pluralidade de registros. (JOSSO, 2010, p. 36, grifos da autora).

Destaco, especialmente, o contexto das Residências em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, pois são os espaços que têm possibilitado aos educadores e trabalhadores o retorno ao convívio longitudinal

com a população nas comunidades e com as famílias em seus domicílios, e reconhecidamente têm sido um campo de práticas de saúde e educação pulsante em experiências. Meu percurso pessoal, nesse contexto, foi propondo como objetivo desta tese analisar as relações entre concepções, práxis e condições de trabalho de educadoras da saúde que estão em formação e atuam na pós-graduação na modalidade de Residência em Saúde da Família na Bahia. Esse objetivo surgiu a partir da questão de pesquisa: “de que maneira as educadoras da saúde constroem sua identidade e ressignificam suas práticas a partir de processos formativos em contexto de Programas de Residências em Saúde?”.

Destaco, ainda, como objetivos específicos da pesquisa: discutir e sistematizar questões sobre construção da identidade docente na saúde; analisar a práxis pedagógica de educadoras da saúde no contexto da Residência em Saúde da Família; identificar as condições de trabalho docente; registrar o contexto de formação de educadoras nos Programas de Residências em Saúde; possibilitar momentos de formação às educadoras através da sua participação na pesquisa.

**II. RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:
contexto de inserção das educadoras
que narraram suas histórias**

Os Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais fazem parte de uma modalidade de pós-graduação *latu sensu*, com tempo de duração mínima de dois anos e conferem o título de especialistas de diversas áreas da Saúde. Tais programas fazem a integração entre ensino e serviços de saúde, possuem carga horária mínima de 5.760 horas, exigindo 60 horas semanais de dedicação distribuídas em atividades classificadas como práticas, teóricas e teórico-práticas. São consideradas o “padrão ouro” na formação de trabalhadores da saúde desde a década de 1970 no Brasil (BRASIL, 2009b).

A formação de trabalhadores em Programas de Residências é pautada na vivência das profissões dentro de contextos em que a realidade do SUS é a matéria-prima e o espaço privilegiado onde acontece o aprendizado. Os saberes da experiência podem ser trabalhados cotidianamente no encontro e na mediação que acontece entre educadores e educandos, trabalhadores do SUS.

Os educadores dos Programas de Residências em Saúde são chamados de preceptores e tutores, com variações de nomes e designação de funções segundo os projetos político-pedagógicos dos programas. Os termos “preceptor” e “preceptoria”, apesar de antigos na área, possuem definições pouco claras ou conceitos contraditórios nos estudos e documentos oficiais, fazendo com que cada curso ou programa defina o seu papel através de atribuições ou caracterização da função. A falta de definição sobre a preceptoria está relacionada aos desafios da formação e construção da identidade de educadores na área da Saúde.

No estudo de Autonomo e demais autores (2015), no contexto da formação médica e multiprofissional com ênfase na Atenção Primária à Saúde, aparece como sinônimos a preceptor: “docente-clínico”; “educador”; “docente”; “tutor”; “facilitador”; “apoiador pedagógico”. Nos contextos de Programas de Residências inseridos nos serviços de saúde da atenção primária, as definições para preceptoria podem estar atreladas ao vínculo institucional, em que o preceptor é o trabalhador do serviço de saúde que supervisiona ou apoia o residente nas atividades práticas de cuidado. Em alguns contextos, existe ainda um docente da universidade que tem vínculo direto ou efetivo com a instituição de ensino, configurando uma parceria entre os dois atores para a integração entre ensino e serviço. Em outros contextos, preceptor e docente da

universidade são a mesma pessoa, um profissional do serviço de saúde que possui também vínculo de trabalho como docente na universidade. Em qualquer cenário, a figura da preceptoria hegemonicamente está relacionada ao momento prático do aprendizado das atividades de cuidado direto à população.

O contexto de inserção das educadoras desta pesquisa é o Programa Integrado de Residências em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz Bahia (Fiocruz-BA).

O Programa de Residências tem como campo de atuação os serviços de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2011), um nível de atenção na organização do SUS que está localizado de maneira pulverizada nos territórios brasileiros, mais próximo e acessível às pessoas e comunidades, considerado a porta de entrada do sistema. É responsável pelo primeiro contato, acolhimento das demandas de saúde, análise das necessidades de saúde a partir do cadastro e sistematização de informações dos usuários, pela busca ativa a partir dos principais problemas de saúde e características dos diversos ciclos de vida, visita domiciliar, educação em saúde, vigilância em saúde, consultas clínicas, exames, procedimentos, encaminhamentos às especialidades e outros pontos de atenção na rede de serviços do SUS. A Atenção Básica é reconhecida por ser ordenadora e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

É, portanto, um cenário complexo e rico em oportunidades de transversalizar o ensino, a pesquisa e a extensão, de integrar trabalhadores, gestores, população, universidade, de propiciar *efeitos pedagógicos* e mobilizar *existencialidades educativas* (FERLA, 2020) a partir dos movimentos produzidos pela implementação de políticas públicas na Atenção Básica.

No período entre 2015 e 2020, foi um programa desenvolvido em cogestão junto a três secretarias municipais de saúde da Bahia nos municípios de Camaçari, Dias D'ávila e Lauro de Freitas, com o objetivo de garantir a integração ensino-serviço e o respeito às necessidades locais no planejamento e execução de todas as etapas do projeto, possibilitando a formação de trabalhadores e a qualificação do SUS. Um convênio entre as instituições e a parceria com os municípios consolidaram o complexo arranjo de sustentação institucional e financeira da proposta.

A implantação desse programa foi baseada nas formulações da Educação Permanente em Saúde. O projeto político pedagógico (FESF-SUS, 2018) foi estruturado a partir de um currículo por competências que se desenvolvem na dimensão pedagógica, do cuidado e da gestão, de maneira integrada e intimamente ligada aos desafios do cotidiano como subsídio para o aprendizado. Assim, todos os espaços previstos fazem conexão entre o que é vivenciado na realidade dos serviços e os conhecimentos já sistematizados a respeito dessa vivência que possa servir de subsídio para a reflexão e mudança das suas práticas.

O projeto surgiu no contexto nacional de enfrentamento de alguns desafios históricos no âmbito da formação e educação permanente, comprometido com a transformação dos modelos de atenção e gestão da saúde no SUS, mais especificamente aqueles relacionados às Residências Médica e Multiprofissional para profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A partir de 2009, os Ministérios da Saúde e Educação lançaram diversas iniciativas relevantes para a expansão e qualificação desses programas, indicando inclusive a importância da integração entre eles e destes com a formação técnica, graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde. A expansão dessas Residências alcançou proporções ainda maiores após a implantação do Programa Mais Médicos e influenciou a criação desse projeto na Bahia (BRASIL, 2009b).

As consequências resultantes da crise política no país e os cortes de recursos federais acentuados nas áreas da Educação e da Saúde provocaram retrocessos importantes às iniciativas que estavam em expansão e as que vinham buscando contribuir com a formação de docentes no último período, com as ameaças constantes de cortes de bolsas de Residência e a redução de recursos federais para a remuneração de trabalhadores e a manutenção dos serviços de saúde do SUS. Por outro lado, as transformações propostas pela Educação Permanente em Saúde potencialmente dispararam novos modos de pensar a formação de trabalhadores e educadores, representando alguns focos de resistência aos tempos de retrocesso nas políticas públicas nacionais.

A elaboração e qualificação da proposta contaram ainda com subsídios fornecidos pelos cursos de Aperfeiçoamento⁸ em Gestão de Programas de Residência Médica e Especialização⁹ em Processos Educacionais na Saúde, ambos desenvolvidos através das iniciativas do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, bem como a inspiração em outros Programas de Residência Médica e Multiprofissional presentes na Bahia – Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Rio de Janeiro (RJ), Fortaleza (CE),¹⁰ Sobral (CE), Recife (PE), Caruaru (PE), Aracaju (SE), Marília (SP)¹¹ e Londrina (PR),¹² além da própria experiência em formação e educação permanente acumulada na FESF-SUS.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, atuavam no programa cerca de 70 educadores de diversas profissões da saúde – dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, professores de Educação Física, psicólogos, sanitaristas –, todos possuíam titulação mínima de especialistas em Saúde da Família ou áreas afins e grande parte dos educadores já tinha concluído ou estava cursando o mestrado e doutorado.

Os educadores eram organizados a partir de um robusto projeto pedagógico (FESF-SUS, 2018) que previa diferentes funções e atribuições na relação cotidiana com os residentes e serviços de saúde.

Os preceptores eram os educadores que atuavam cotidianamente (40 horas semanais) no acompanhamento dos residentes que estavam sob sua responsabilidade, da mesma categoria profissional (prioritariamente), ou de outras categorias profissionais (para garantir a interprofissionalidade). Tinham o perfil de especialistas e experiência reconhecida no cuidado. Entre as funções

⁸ INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Gestão de Programas de Residência Médica no SUS**. São Paulo: Ministério da Saúde/ Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.

⁹ INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. LIMA V.V.; PEREIRA S.M.S.F.; OLIVEIRA J.M.; RIBEIRO E.C.O.; et al (Org). **Processos educacionais na saúde: ênfase em tecnologias educacionais construtivistas**. São Paulo: Ministério da Saúde/ Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017.

¹⁰ CASTRO V.S.; NOBREGA-THERRIEN S.M. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Rev. bras. educ. med.** 2009; 33 (2): 211-220.

¹¹ DOMINGOS C.M.; NUNES E.F.P.A.; CARVALHO B.G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface** (Botucatu). 2015; 19 (55): 1221-1232.

¹² FERREIRA R.C.; VARGA C.R.R.; SILVA R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009; 14 (1): 1421-1428.

esperadas, estavam o cuidado direto à população do território adscrito, acompanhamento dos residentes, gestão da equipe e do serviço de saúde, atividades pedagógicas junto aos residentes. Os residentes e preceptores estabeleciam relações de trabalho e aprendizagem em que pactuavam uma agenda de momentos de atividades coletivas ou individuais que garantiam a realização de todas as atividades previstas na Estratégia Saúde da Família, a saber: territorialização; educação em saúde; visitas domiciliares; consultas clínicas; realização de procedimentos; vacinação; reuniões de equipe; planejamento; monitoramento e avaliação das ações; registros nos sistemas de informação etc.

Os apoiadores pedagógicos eram os educadores que atuavam com carga horária semanal de 10h, 20h, 30h ou 40 horas semanais, segundo a necessidade local. Eles possuíam o perfil de especialistas e com maior titulação acadêmica do que a maioria dos preceptores, um número importante com mestrado e doutorado, além de acumular experiências reconhecidas diversas no cuidado, na gestão e na educação. Entre as funções esperadas, estavam o desenvolvimento de “rodas” de educação permanente com residentes, preceptores e equipes de saúde, com o objetivo de trabalhar pedagogicamente os desafios cotidianos eleitos pelo grupo. As metodologias ativas de ensino-aprendizagem eram utilizadas para o desenvolvimento do trabalho do apoiador pedagógico, que também ofertava possibilidades a partir de sua vasta experiência profissional, servindo como um tipo de “consultor” em alguns momentos.

Os apoiadores pedagógicos funcionavam como interlocutores entre residentes, preceptores, equipes do serviço, coordenação do programa de residência e gestão municipal. Diferenciavam-se a partir dos cenários de prática e objetivos educacionais:

- os apoiadores pedagógicos de núcleo trabalhavam com cada categoria profissional separadamente e com foco no desenvolvimento das habilidades clínicas de cada profissão;
- os apoiadores pedagógicos matriciais trabalhavam com grupos multiprofissionais os desafios de cada rede de atenção do território, exemplos: rede de urgência, rede materno infantil, rede de atenção psicossocial etc.;

- os apoiadores pedagógicos institucionais trabalhavam com toda a equipe multiprofissional de cada serviço de saúde os desafios de organização do processo de trabalho, de gestão do serviço, além de oferecer suporte pedagógico à formação de sanitaristas na função de apoiadores institucionais.

Entre as inovações construídas nesse contexto, é importante destacar a integração entre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família com a Residência de Medicina de Família e Comunidade. Historicamente, as Residências Médicas e Multiprofissionais são separadas institucionalmente e no cotidiano das práticas em serviços de saúde, o que torna a formação empobrecida quanto à necessária mudança de modelo de atenção e a interprofissionalidade a ser instituída no SUS.

A integração prática constituiu um único programa com duas Residências credenciadas, coordenação única, integração dos educadores, integração do Projeto Político-Pedagógico, definição de competências de núcleo (próprias de cada profissão) e competências de campo (comuns a todas as profissões que atuam na Estratégia Saúde da Família). Essa integração é considerada um “sonho” para muitos Programas de Residências (ARNEMANN, 2017).

Desde a criação do Programa de Residências em 2015, o complexo arranjo de sustentação institucional através de convênio, com a presença de três secretarias municipais de saúde, uma instituição de ensino (Fiocruz-BA) e a FESF-SUS (proponente do projeto), possibilitou a sustentabilidade financeira da proposta, de maneira bastante singular, quando comparada a outros cenários no Brasil.

Assim, foi possível garantir um reconhecimento dos educadores a partir de contratos que destacavam a função de educadores, com remuneração específica a partir da carga horária semanal de dedicação e o tipo de função (preceptoria ou apoio pedagógico/tutoria). O sistema de pagamento aconteceu através de bolsas de complementação ou de contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), segundo o convênio estabelecido com cada secretaria de saúde. Ou seja, a remuneração dos educadores nesse contexto foi possível a partir do investimento financeiro das secretarias de saúde e a gestão da FESF-SUS.

A remuneração para preceptoria da Residência Multiprofissional, com exigência de carga horária de 40 horas semanais, era em torno de três a quatro salários mínimos.¹³ A remuneração para preceptoria da Residência Médica, com exigência de carga horária de 40 horas semanais era em torno de nove a dez salários mínimos. Existiu variação de remuneração entre os municípios de lotação da preceptoria.

A remuneração para apoiadores pedagógicos variava a partir da dedicação de carga horária de 10 a 40 horas semanais. A remuneração média variava entre 1,5 e 4 salários mínimos, paga através de bolsas de ensino-pesquisa.¹⁴

2.1 Espaços de formação das educadoras que narraram suas histórias

A coordenação do programa instituiu, desde a sua origem, a formação dos educadores na agenda mensal de trabalho, sendo que nesse espaço propôs o desenvolvimento de competências pedagógicas, a reflexão e constante aprimoramento das práticas desenvolvidas, o compartilhamento de experiências, a utilização das metodologias ativas, o planejamento compartilhado de novas tecnologias educacionais, e a avaliação formativa processual de educadores.

Após dois anos de investimentos da própria instituição na formação dos educadores do programa, houve a possibilidade de inserção de aproximadamente metade dos educadores no curso de especialização em Preceptoria no SUS, que teve início em março de 2017. A turma que se constituiu ficou sob minha responsabilidade como educadora, visto que eu já me inseria previamente no projeto nacional e era, naquele momento, uma das referências descentralizadas em Salvador para a abertura da turma.

O curso de especialização em Preceptoria no SUS foi desenvolvido em parceria entre o Ministério da Saúde, o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

¹³ O salário mínimo no Brasil era de R\$1.100,00 no período da pesquisa.

¹⁴ Para compreender mais sobre formas de contratação e remuneração descritas na contextualização desta pesquisa, ler: RETIFICAÇÃO DO EDITAL N.º 01, DE 29 DE MARÇO DE 2021 FESF-SUS. Disponível em: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/selecao/wp-content/uploads/sites/4/2021/05/Edital-02-Apoiador-Pedag%C3%B3gico-de-N%C3%BAcleo-Apoiador-Pedag%C3%B3gico-Matricular-e-Facilitador-de-Grupo-Diversidade-1.pdf>.

e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a partir dos investimentos da PNEPS (BRASIL, 2009a), o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas e Áreas Estratégicas (Pró Residência e Pró Residência Multiprofissional) (BRASIL, 2009b) e Proadi-SUS. Foi uma das edições do curso desenvolvida em diversos estados e municípios brasileiros entre 2015 a 2017 e possibilitou a formação de mais de 4.500 educadores que atuavam na preceptorial, tutoria, apoio pedagógico e coordenação de Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais no SUS em diversas especialidades.

O curso foi ancorado numa abordagem construtivista (OLIVEIRA et al., 2017), orientada por competências e baseado na utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Possibilitou o desenvolvimento de um perfil de competências com a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes construído num processo de investigação das práticas e necessidades de transformação identificadas por diversos atores do SUS que desejavam a mudança de modelo da atenção e educação na saúde.

O curso foi organizado a partir de estratégias educacionais diversificadas, dentre elas, destaco o portfólio, que foi construído transversalmente durante todo o curso e teve o objetivo de facilitar a apreensão e interpretação da vivência dos educadores no decorrer do processo. Inspirada em outra experiência nacional de formação, solicitei que fizessem registros semanais a partir das perguntas: “o que vejo”; “o que sinto e penso sobre o que eu vejo”; e “o que faço com o que eu sinto e penso sobre o que vejo” (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Essas questões norteadoras deveriam incluir a realidade vivida cotidianamente como educador em associação às vivências e aprendizagens do curso de especialização, fazendo conexões especialmente entre esses dois contextos. O portfólio, portanto, deveria ampliar a narrativa sobre as atividades desenvolvidas (*o que vejo*), incluindo a crítica reflexiva sobre as atividades desenvolvidas (*o que penso sobre o que vejo*), a autoavaliação permanente dos educadores e a possibilidade de rever estratégias práticas na relação com os educandos-residentes sob sua responsabilidade (*o que faço com o que eu sinto e penso sobre o que vejo*). Os educadores foram estimulados a escrever em primeira pessoa e registrar de maneira sincera como se sentiam nas situações, como se constituíam no papel

de educadores e o que era possível rever em suas práticas, produzindo potencialmente compromissos de deslocamento consigo mesmos.

Durante a produção do portfólio, os educadores identificavam ainda lacunas de conhecimento que limitavam sua prática como educadores. Ao fazer o movimento de reflexão sobre sua própria realidade, os desafios e potências que cercavam o seu fazer cotidiano, sentiam-se instigados a procurar respostas que pudessem apoiá-los na qualificação das práticas educativas e do cuidado em saúde. Assim, a produção do portfólio também privilegiava a busca de referenciais teóricos que pudessem dialogar com suas inquietações.

É importante destacar, ainda, que a escrita disparadora do portfólio foi uma narrativa solicitada logo no primeiro encontro do curso, sobre a trajetória formativa até o momento atual de ingresso na especialização. Esperava-se demarcar uma “linha de base” sobre as compreensões dos educadores sobre seus próprios percursos de vida em conexão com seus processos singulares de formação até assumirem a função atual de educadores no contexto do Programa de Residências.

Ao final do curso de especialização, foi solicitado que cada educador voltasse para os seus textos registrados no portfólio e realizasse uma análise sobre suas próprias narrativas, buscando encontrar recorrências, núcleos de sentido e os pontos mais mobilizadores. A partir da análise, deveriam reorganizar e complementar suas narrativas, se achassem necessário, a partir de novos aprendizados decorrentes dessa trajetória. Assim, cada educador produziu um memorial da sua trajetória formativa, com a produção de um texto final organizado a partir de capítulos livremente intitulados e que marcavam os principais aprendizados construídos.

O memorial, junto a outros mecanismos de avaliação por competências, era um requisito obrigatório para a avaliação final do curso de especialização em Preceptoría no SUS, que analisava os deslocamentos singulares de cada educador e o alcance de competências esperadas no campo do cuidado, gestão e educação.

Destaco que, durante o processo formativo desses educadores na especialização, foram utilizadas metodologias e estratégias educacionais diversas, com especial atenção para o *método da espiral construtivista* (LIMA, 2017) que se caracteriza pelos movimentos de aprendizado que são

organizados em dois momentos distintos: síntese provisória e a nova síntese. O primeiro momento corresponde a uma visão geral e inicial da realidade, reconhecendo que todos os trabalhadores e educadores envolvidos nesse contexto possuem uma “bagagem” prévia de saberes e práticas e são capazes de identificar problemas, formular explicações sobre o porquê esses problemas acontecem nessa realidade e elaborar questões de aprendizagem que possam apoiar a ampliação da compreensão sobre o porquê esses problemas identificados acontecem. Enquanto o segundo momento apresenta uma possibilidade de (re)construção de saberes, sendo composto pela busca por novas informações que possibilitam entender qual o conhecimento sistematizado existe sobre esses problemas ou situações, qual a experiência prévia do grupo para responder a esse desafio, quais as possíveis soluções já foram pensadas, a construção de novos significados e a avaliação sobre todo o processo, envolvendo inclusive uma autoavaliação do educando e do grupo, a avaliação sobre o que foi possível avançar das ideias iniciais até a construção de novos conhecimentos e se é necessário retomar a busca de novas informações.

Novas possibilidades de métodos de avaliação por competências foram trabalhadas durante o curso, exercícios e simulações de fazer e receber críticas, habilidades de comunicação, instrumentos de autoavaliação e avaliação em grupo dialógicos, uso de conceitos ao invés de escalas numéricas, além do exercício de fomentar a prática da utilização de narrativas em portfólios e memoriais como método de apreensão do desenvolvimento cotidiano nos serviços de saúde.

O exercício de construção de narrativas em todo o percurso formativo e sua sistematização em portfólios e memoriais de formação estão associados a um modo de fazer pesquisa, uma associação entre educação, pesquisa e cotidiano. O narrador que reflete, analisa, descreve, retoma experiências reais, conhecimentos prévios e cria, reformula, reinventa-se a partir da sua escrita. “Trata-se de fazer pesquisa produzindo e intercambiando saberes, desenvolvendo a metodologia em paralelo à sua aplicação em contextos concretos da saúde”. (TREPTE; FERLA, 2017, p. 53).

A especialização em Preceptoría no SUS possibilitou, mais do que a oferta de novos conhecimentos, a vivência da educação permanente em saúde

em sua dupla inserção: como educandos do curso e como educadores em seus contextos práticos. Inevitavelmente esse processo intenso de experimentações e autorreflexão sobre suas identidades que “convocou” esses educadores à coerência perante os dois contextos e provocou inúmeras afetações e inquietações, algumas delas foram registradas nos seus memoriais de formação e minha intenção foi apresentá-las nesta pesquisa.

III. PESQUISA (AUTO)BIOGRÁFICA: diálogos teóricos e dispositivos da pesquisa

No campo educacional brasileiro, as pesquisas (auto)biográficas tem se consolidado como perspectiva de pesquisa e como práticas de formação, tendo em vista a oportunidade que remete tanto para pesquisadores, quanto para sujeitos em processo de formação narrarem suas experiências e explicitarem, através de suas narrativas orais e/ou escritas, diferentes marcas que possibilitam construções de identidades pessoais e coletivas. (SOUZA, 2014, p. 40).

Primeiramente, é importante demarcar que como pesquisadora estou implicada com o objeto de estudo, considerando minha trajetória e inserção recente no contexto estudado e, portanto, estou comprometida com a compreensão do tema/objeto da pesquisa, possibilitando extrapolar a posição de relatora, porém com a disponibilidade para o exercício de distanciamento. Como já apresentado inicialmente, lembrarei que participei ativamente da criação e desenvolvimento do Programa de Residências – cenário do estudo aqui proposto –, bem como do processo de formação dos educadores, como educadora e coordenadora pedagógica, nos últimos três anos prévios ao ingresso no doutorado e início da pesquisa.

Minha intencionalidade foi descobrir as relações entre as concepções, práxis pedagógica, as afecções produzidas nas educadoras e as condições de trabalho, a partir da vivência no Programa de Residências. Além disso, oportunizar novos espaços de formação e colaboração junto às educadoras que participaram da pesquisa.

Proponho uma pesquisa de abordagem qualitativa que possibilite uma exploração em profundidade da realidade de estudo, expressa pelas narrativas das educadoras participantes, pretendendo compreender as contradições, antagonismos e reconstruções presentes nas práticas educativas na saúde. A pesquisa qualitativa (MINAYO, 2004) possibilitou construir expressões de sentidos que as educadoras elaboraram em seus discursos a partir da sua prática na Residência, associada à compreensão de tais sentidos, permeados de contradições que se constituem perante um contexto social e histórico.

Esta pesquisa insere-se na área da Saúde e da Educação (SOUZA; DELORY-MOMBERGER, 2018; SOUZA; MEIRELES, 2018; SOUZA; SOUSA, 2021; SOUZA, 2014, 2016) ao adotar as histórias de vida e as narrativas de formação, mediante experiências formativas de educadoras da saúde, considerando o contexto de sua produção, sua forma textual e o seu conteúdo. Compreendendo aqui que as narrativas possibilitaram também um momento de formação a esses sujeitos (SOUZA, 2006, 2014), pois fizeram um movimento de investigação, tomaram consciência sobre suas próprias histórias, suas aprendizagens experienciais e reconstruíram identidades pessoais e coletivas.

Inserir-se na linha de pesquisa Narrativas (Auto)biográficas e Saúde do Grupo de Pesquisa (Auto)Biografia, Formação e História Oral (Grafho), no

Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade (PPGEduC) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), e articula-se na interface entre as Linhas de Pesquisa I – Memória, Processos Civilizatórios e Pluralidade Cultural e a Linha de Pesquisa II – Educação, Práxis Pedagógica e Formação do Educador.

A pesquisa desdobra-se como entrada do projeto de cooperação internacional "Educação, narrativa e saúde: direito à vida e à educação em tempos de refigurações", financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Brasil), Chamada nº 40/2022, Linha 3B – Projetos em Rede: Políticas Públicas para o Desenvolvimento Humano e Social (Pró-humanidades CNPq-Brasil), processo nº 420371/2022-2, desenvolvido pelo Grafho em parcerias com diferentes grupos de pesquisa nacionais e internacionais.

Na tentativa de compreender as experiências singulares de educadoras da saúde e contextualizadas socialmente, a pesquisa propõe-se a utilizar princípios da pesquisa (auto)biográfica que consiste em “[...] perceber a relação singular que o indivíduo mantém, pela sua atividade biográfica, com o mundo histórico e social e em estudar as formas construídas que ele dá à sua experiência” (DELORY-MOMBERGER, 2012, p. 524). Ampliando essa discussão, Souza (2014, p. 40) afirma que:

No campo educacional brasileiro, as pesquisas (auto)biográficas tem se consolidado como perspectiva de pesquisa e como práticas de formação, tendo em vista a oportunidade que remete tanto para pesquisadores, quanto para sujeitos em processo de formação narrarem suas experiências e explicitarem, através de suas narrativas orais e/ou escritas, diferentes marcas que possibilitam construções de identidades pessoais e coletivas.

A atividade de narrar suas vivências, a partir das suas perspectivas sobre o contexto, sobre as pessoas que se relacionam e, especialmente, sobre como se percebem nessa relação com o contexto e as pessoas, faz com que os memoriais possam apoiar uma escrita de interpretação da realidade, a partir do olhar dessas educadoras e possibilitar novas aprendizagens.

A possibilidade de produção de *escritas de si*, a partir das narrativas (auto)biográficas, possibilitou explorar a práxis social registrada pelo

pensamento e linguagem dessas educadoras em sua interpretação temporal dos contextos históricos e culturais. É importante reconhecer que sistematizar as narrativas através da escrita é diferente da narrativa espontânea sobre a própria vida, pois exige expressar graficamente sua história, o que passa por um processo de leituras e releituras, de manuseio de tecnologias, da história de formação e saberes, da autocrítica e de escolhas sobre o que se deseja narrar (PASSEGGI, 2010b).

Passeggi (2010a) discorre sobre a origem e utilização dos memoriais autobiográficos na tradição universitária no último século. A autora apresenta duas grandes modalidades que foram se consolidando no Brasil: 1. o memorial acadêmico, que apresenta o relato histórico, analítico e crítico, da trajetória acadêmico profissional, utilizado amplamente nos concursos públicos de ingresso e progressão na carreira acadêmica e nos processos seletivos de ingresso na pós-graduação, especialmente mestrados e doutorados; e 2. o memorial de formação, que também pode apresentar um relato analítico e crítico de trajetória acadêmico-profissional, porém em diálogo com o processo formativo em que o autor está inserido, em disciplinas de cursos universitários ou como produto final de processos formativos de graduação e pós-graduação.

Inspirada pelas proposições de Josso (2010), desenvolvi uma *pesquisa-formação* em que as pessoas foram colaboradoras e, também, na condição de atores-autoras da sua formação, à medida que narraram suas histórias, produziram conhecimentos com sentido para si e que poderão apoiar outros educadores no desenvolvimento de projetos de formação na saúde. A construção de narrativas de formação configura-se como experiência formadora, pois possibilita que os educadores questionem suas identidades, ancoradas em *recordações-referências* e organizem numa *coerência narrativa*. As narrativas de formação possibilitam reflexões e embates entre o passado e o futuro, possibilitando ainda o questionamento sobre o tempo presente. As recordações-referências apresentam as dimensões concretas e visíveis, as imagens sociais e as dimensões invisíveis, emoções e valores.

O movimento que a pesquisa-formação mobilizou nas pessoas convidadas para colaborar também atravessou a minha posição nesse processo, ao reconhecer que como pesquisadora e educadora, imersa no cenário discutido, relacionei-me com as narrativas das educadoras, produzindo

análises constituídas pela minha história e minha maneira de compreender o mundo, o repertório e possibilidades que tive de produzir diálogos entre as narrativas e autores que discutem as questões que emergiram e, reconhecer ainda que esse movimento produziu em mim aprendizagens e novas compreensões.

As narrativas das educadoras colaboradoras da pesquisa foram reunidas em memoriais de formação, dispositivo de pesquisa-formação, e construídos em dois tempos: no primeiro momento, um grupo de concluintes do curso de especialização para educadores da saúde construiu portfólios reflexivos e um memorial formativo no período de aproximadamente dez meses no ano de 2017; no segundo momento, essas educadoras fizeram uma leitura de seu memorial escrito previamente e socializaram novas experiências relacionadas à formação e à docência em saúde, inscrevendo-se como ato de leitura-escrita dos memoriais produzidos em 2017, revisitando-os e reescrevendo-os em 2021, momento em que puderam destacar suas memórias e experiências de formação-profissão em saúde, com ênfase na práxis e nas condições de trabalho docente.

Para o convite à colaboração nesta pesquisa, utilizei como critérios: ser educador que concluiu a especialização em Educação na Saúde para Preceptorial no SUS em 2017 (27 pessoas); que permaneceram no mesmo programa de residências (14 pessoas); diversidade de formações iniciais e inserções no campo de práticas; desejo em participar da pesquisa-formação; totalizando sete colaboradoras multiprofissionais em saúde.

Pretendeu-se que, no momento de reescrita disparado por essa pesquisa, as educadoras narrassem suas histórias em seus memoriais num movimento autônomo e individualizado, mediante a seleção de momentos significativos das suas experiências. Não houve, portanto, influência da pesquisadora no momento da construção escrita, que foi centrada na subjetividade e singularidade de cada educadora, possibilitando inserir este processo de investigação no campo dos estudos (auto)biográficos (SOUZA, 2006).

As narrativas (auto)biográficas demarcam-se como uma perspectiva de investigação e de formação, ao possibilitar a ampliação de consciência sobre o vivido. Da mesma forma, abrem possibilidades de indagação (CONTRERAS

DOMINGO, 2016) sobre os caminhos dos educadores, possibilitando-os reconhecerem aspectos concernentes aos saberes pedagógicos que emergem das experiências, das relações que afetam os educadores no ato de educar e ser educado, implicando modos outros de olhar para o trabalho e as tensões entre o mundo que percebem e o mundo que desejam apresentar aos estudantes, refletindo sobre suas práticas que estão em permanente mudança e criação na interação com as pessoas

O interesse nos memoriais de formação está, especialmente, associado às narrativas, às lembranças, sentimentos dos educadores quanto aos eventos descritos, escritas sobre como se percebem nas situações, suas reflexões a respeito das descobertas durante o processo formativo como educadores, das transformações de suas práticas e ressignificações produzidas sobre si mesmos.

Esta pesquisa partiu inicialmente da proposição da articulação do ateliê biográfico como um dos dispositivos de pesquisa, inspirado e adaptado a partir da formulação de Delory-Momberger (2006) e das contribuições da pesquisa-formação apresentadas por Marie-Christine Josso (2010). O ateliê biográfico teria o objetivo de apoiar a reaproximação das educadoras com seus memoriais prévios, a conexão entre suas histórias de vida e sua inserção como educadoras e ser momento disparador de novas escritas de memoriais de formação. O ateliê originalmente seria realizado em cinco encontros presenciais com intervalos de duas a três semanas entre cada um.

Em decorrência da pandemia de covid-19 e a imposição do isolamento espacial prolongado no país durante os anos de 2020 e 2021, avaliei que seria prudente não expor as participantes da pesquisa a espaços de potencial aglomeração ou exposição ao risco de contaminação, fazendo uma adaptação à proposta original dos encontros presenciais, e transformando-os em encontros virtuais.

Foi encaminhada por *e-mail* à coordenação do Programa de Residências da FESF-SUS, no mês de novembro de 2020, uma breve apresentação da pesquisa, com a solicitação de informações sobre o contexto atual de trabalho das educadoras e com o objetivo de estabelecer uma parceria com a instituição.

Para iniciar os convites aos colaboradores da pesquisa, recuperei a memória do curso de especialização ao identificar os 27 educadores que concluíram em 2017, com a entrega do memorial de formação. Em novembro de 2020, foi solicitado apoio a duas coordenadoras do programa de residência da FESF para identificar os educadores que permaneceram atuando na instituição, com a identificação de 14 educadores elegíveis ao convite para colaborar na pesquisa.

No mês de janeiro de 2021, os 14 potenciais colaboradores receberam mensagem de *e-mail* e por meio de aplicativo de mensagens por telefone (WhatsApp) de maneira individualizada, uma breve apresentação dos objetivos da pesquisa, o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da UNEB (Parecer nº 4.366.237, de 28 de outubro de 2020), uma proposta de datas e horários para encontros virtuais com a perspectiva de desenvolvimento do ateliê biográfico e a solicitação de resposta sobre a disponibilidade em colaborar.

No dia 3 de fevereiro de 2021, realizei um primeiro encontro virtual de apresentação da pesquisa aos educadores, com o intuito de convidá-los e esclarecer possíveis dúvidas sobre suas colaborações nesse processo, de 14 pessoas convidadas, sete compareceram ao encontro.

Houve boa receptividade e manifestação de desejo em participar da pesquisa, porém diversos relatos sobre a grande limitação para participar de oficinas virtuais neste período da pandemia. Relataram dificuldades com o contexto de sobrecarga dos serviços de saúde e o fazer docente, envolvendo uma sobrecarga de trabalho com longas jornadas de trabalho presencial e remoto, desgaste físico e emocional, exposição excessiva às telas e espaços virtuais, cansaço e dificuldade em incluir novas agendas em sua rotina.

Assim, ao considerar as condições objetivas de vida e trabalho impostas pela pandemia de covid-19 e as limitadas possibilidades reais desses colaboradores, decidi pela exclusão do dispositivo ateliê biográfico e pela manutenção do dispositivo da escrita no memorial formativo através de contatos individualizados em ferramentas virtuais de interação. Realizei uma adaptação metodológica encaminhada para nova análise do comitê de ética em pesquisa.

Esta pesquisa seguiu os critérios da ética em pesquisa da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, da pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O projeto foi submetido ao CEP da UNEB, teve sua aprovação inicial com o Parecer nº 4.366.237, em 28 de outubro de 2020, e uma segunda aprovação da emenda que adaptou a metodologia com o Parecer nº 4.715.916 em 17 de maio de 2021. A participação foi voluntária e não houve riscos ou prejuízos às educadoras, bem como foi explicitado o objetivo da pesquisa, possíveis benefícios para a produção de conhecimentos na área da Educação e Saúde e, também, a garantia de sigilo sobre suas identidades.

Entre os meses de maio e agosto de 2021, estabeleci interações virtuais com 14 educadores elegíveis através de *e-mails* e mensagens por WhatsApp com o objetivo de convidá-los a colaborar com a pesquisa. Foi necessário o envio de diversas mensagens afim de incentivar a adesão. Ao final, de 14 educadores, sete educadoras aceitaram colaborar.

Em virtude da pandemia de covid-19, que impossibilitava as atividades presenciais no período de desenvolvimento da pesquisa, a adaptação permitiu assinalar o consentimento livre e esclarecido no formulário virtual da ferramenta Google Forms, bem como a inserção de novas narrativas a partir do estímulo pela releitura dos seus memórias previamente produzidos durante o ano de 2017.

O formulário virtual foi composto por um termo de consentimento que, somente após assinado, liberava o acesso às questões seguintes que envolveram perguntas sobre o perfil de formação, tempo de experiência na educação, remuneração e jornada semanal de trabalho, bem como três campos abertos para inserção de novas narrativas, orientados por frases ou pedidos para as narrativas, alinhadas aos objetivos desta pesquisa, e que serviram como disparadoras de novas escritas reflexivas. Os campos para a escrita tiveram as seguintes ênfases:

- Narrativas sobre momentos positivos e negativos nos diversos contextos de sua vida como a escola, o trabalho, a vida familiar, encontros que influenciaram suas escolhas e, especialmente, a inserção na educação;

- Narrativas sobre como se percebem hoje como educadoras, seus deslocamentos, os desafios e potências identificadas no seu fazer cotidiano. Relação com residentes, comunicação, metodologias, ferramentas, regras, linguagens, rituais próprios da Residência, particularidades da educação nesse contexto específico;
- Narrativas sobre as condições de trabalho no contexto da preceptoria, apoio pedagógico ou coordenação na residência.

Para o processo de análise das narrativas, segui como referência a proposição apresentada por (SOUZA, 2014), no que se refere à análise em três tempos: pré-análise ou leitura cruzada; análise temática e, por fim, análise interpretativa-compreensiva.

No primeiro momento ou pré-análise, realizei as leituras iniciais para observar as características dos textos, o perfil das educadoras e as singularidades de cada história de vida.

Num segundo momento, realizei a leitura para identificar unidades de análise temática, buscando encontrar as regularidades, particularidades e subjetividades. Para isso, realizei leituras atentas para garantir a coerência entre as unidades temáticas, a análise dos fragmentos narrativos e o respeito à totalidade das histórias.

Esses dois movimentos foram realizados primeiramente com as narrativas de 2021 e, no segundo momento, com as narrativas de 2017. As unidades de análise temática foram definidas provisoriamente a partir das narrativas mais recentes e, com as leituras das narrativas mais antigas no segundo momento, foram complementadas e aprimoradas num movimento de tecer os encontros e desencontros entre os tempos biográficos.

No terceiro momento, porém já vinculada à análise desde o início, realizei a análise interpretativa-compreensiva, produzida a partir das leituras e releituras dos agrupamentos proporcionados pela análise temática em articulação com a totalidade das narrativas.

A análise assenta-se na proposição de Souza (2014), da análise em três tempos, e dialogou com as contribuições da etnometodologia.

A etnometodologia propõe, conforme Coulon (2017a, 2017b), o estudo do raciocínio prático cotidiano de grupos sociais, ou seja, as práticas, os métodos e os modos de proceder que são atividades sociais estruturantes.

Parte da ideia de que cada grupo social ou determinada comunidade possui conhecimentos próprios, regras e linguagem que apoiam determinados procedimentos, os chamados etnométodos.

Considerando que um dos objetivos desta pesquisa é discutir e sistematizar questões sobre a construção da identidade docente na saúde, a etnometodologia apoiou-me na análise das narrativas das educadoras, a partir da utilização do conceito da *competência dos membros*. Outro objetivo da pesquisa é analisar e sistematizar a práxis pedagógica de educadoras da saúde, em que pude analisar a partir do conceito da *reflexividade* na etnometodologia e, por fim, os objetivos de identificar as condições de trabalho e de apreender contextos de formação de educadores nos programas de residências em saúde a partir da perspectiva da *contextualidade*.

Os conceitos da etnometodologia serviram como bases de apoio para compreensão de fragmentos e narrativas que possibilitaram uma aproximação à práxis de educadoras na saúde.

Etnometodologia é assim definida como a 'ciência' dos 'etnométodos', ou seja, procedimentos que constituem o que Harold Garfinkel, o fundador e 'inventor' da palavra em 1954, chama de 'raciocínio sociológico prático'. Garfinkel colocou grande ênfase na análise da prática, ao ponto de sugerir, em 1968, que o termo etnometodologia deveria ser substituído por neo-praxiologia, ou seja, um projeto científico cujo objetivo seria renovar (neo) a análise da ação humana, a sua prática concreta (praxis). (COULON, 2019, p. 35).

As narrativas das educadoras abordaram reflexões sobre suas inserções de maneira contextualizada, registraram como fazem e por que fazem determinadas práticas, sempre articuladas a um raciocínio sociológico e prático que todos os indivíduos, grupos, coletivos são capazes de acionar quando pensam sobre o que fazem.

A análise de narrativas construídas em dois tempos foi desafiadora, pois envolveu leituras e releituras em busca de encontrar categorias que pudessem facilitar a compreensão sobre o que dizem essas escritas, mas sempre com o desejo de respeitar e preservar a coerência com os textos na íntegra, preservar a memória e o tempo narrativo em que viviam as educadoras, compreender as conexões e divergências entre os tempos.

No primeiro momento de organização dos capítulos que se desdobraram da análise, realizei uma breve sistematização sobre as informações objetivas registradas pelas educadoras ao enviarem suas novas escritas em 2021. São informações referentes à faixa etária, tempo de experiência na educação, perfil de formação inicial e na pós-graduação, jornada semanal de trabalho e remuneração atual como educadora e em outros vínculos de trabalho. Um panorama que se articulou ao objetivo específico desta pesquisa de identificar as condições de trabalho docente dessas educadoras. Essa sistematização, portanto, foi agregada aos relatos reflexivos sobre essa temática.

Em seguida, durante a análise das unidades temáticas, percebi que as narrativas sobre a construção da identidade docente eram uma continuação ao processo de compreensão sobre o perfil, trajetórias de vida e o contexto em que viviam e, por fim, todas as narrativas referentes à práxis docente são apresentadas, objetivo central desta pesquisa.

Foi importante considerar que na construção dos memoriais em dois momentos distintos na vida das educadoras, o *tempo biográfico* das narrativas (DELORY-MOMBERGER, 2012) se situou na percepção singular sobre o momento em que passaram a se compreender no papel de educadoras, de maneira entrelaçada à sua elaboração sobre a trajetória pregressa pessoal como educanda, profissional de saúde e educadora, na elaboração peculiar dos espaços da vida social, nos impactos que o curso de especialização produziram em suas vidas no momento da construção do primeiro memorial, nos outros espaços de educação permanente institucionalizados vivenciados durante o período de 2017 a 2021, nas trajetórias e vivências singulares na interação com os residentes-educandos, considerando as lembranças e as relações com as vivências prévias e atuais como educadoras.

Assim, as narrativas foram se apresentando diversas quanto aos tempos de escrita, em alguns momentos complementares entre o tempo passado e tempo presente, em outros momentos refletindo o contexto específico em que viviam e as situações que as mobilizavam.

Em 2017, as reflexões foram narradas a partir de um contexto de formação, as educadoras estavam em um curso de especialização e foram convidadas mensalmente a escrever sobre seu fazer pedagógico em articulação com sua história de formação e o momento de induções que o

curso proporcionava. Já em 2021, quatro anos depois, as educadoras foram convidadas a dar continuidade às reflexões sobre o seu fazer docente, porém num contexto de uma pesquisa. Outro ponto a ser destacado é que o ano de 2021 apresentava um momento bastante adverso da pandemia, especialmente para quem atuava na saúde, o que fatalmente influenciou e atravessou as diversas narrativas.

Numa síntese geral, posso constatar que as narrativas dos memoriais de 2017 estavam mais focadas nas reflexões sobre a práxis docente e as narrativas de 2021 se apresentaram com maior ênfase nas reflexões sobre as condições de trabalho, o que provavelmente está alinhado ao momento difícil em que viviam e os pedidos que dispararam as suas escritas através da pesquisa. As narrativas sobre a construção da identidade docente foram relativamente equilibradas entre os tempos de 2017 e 2021, o que pode ainda sinalizar que o movimento de pensar sobre si é permanente nos dois tempos.

Os fragmentos das narrativas foram indicados com a letra “E” de “Educadora”, acompanhada dos números de 1 a 7, e com o ano da construção da escrita entre parênteses (2017 ou 2021), garantindo assim o sigilo sobre suas identidades a partir do TCLE.

IV. AS EDUCADORAS E SUAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA SAÚDE

Estamos travando uma batalha e ser docente em tempos sombrios tem sido um ato de resistência. (E2, 2021).

As mulheres representam 73,2% da força de trabalho no setor saúde na América Latina (CEPAL, 2021; PADILLA et al., 2021). São elas que assumem historicamente a produção do cuidado na vida cotidiana, o cuidado com as pessoas e espaços como expressão da divisão social e sexual do trabalho, e a cultura do cuidar como essência ética.

Na Atenção Básica à Saúde, nível de atenção em que o Programa de Residência que as educadoras desta pesquisa estão inseridas, existe uma acentuada feminilização¹⁵ com 78,9% (IPEA, 2020) do total de trabalhadores das principais categorias profissionais que atuam nesse cenário (agentes comunitárias de saúde, auxiliares de enfermagem, técnicas de enfermagem, enfermeiras e médicas).

Apesar de representarem aproximadamente metade da população mundial e de sua crescente participação no mercado de trabalho, as mulheres ainda são minoria ao ocupar os espaços de poder e representação política nos parlamentos dos países, têm menor expressividade entre cientistas em diversas áreas e são pequena proporção entre os que recebem prêmios de prestígio internacional. As profundas desigualdades de gênero seguem sustentadas pelo machismo estrutural, violência e discriminação (PADILLA et al., 2021).

Somadas à fragilidade produzida pelo próprio cenário de medo e insegurança geral pela pandemia de covid-19, as condições de trabalho eram precárias para uma parcela importante de trabalhadores no Brasil, sendo que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentiam protegidos no trabalho de enfrentamento da covid-19, 23% relataram falta, escassez e inadequação do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), 64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos, e 50% admitiram excesso de trabalho ao longo desta crise mundial de saúde, com jornadas para além das 40 horas semanais (CEE-FIOCRUZ, 2021). A pesquisa nacional “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da covid-19” foi realizada pela Fiocruz em todo o território nacional e contou com mais de 25 mil participantes.

¹⁵ O termo “feminilização” corresponde à composição numérica ou aumento do número de mulheres em determinadas profissões ou no mercado de trabalho. O termo “feminização” corresponde aos valores sociais ou o sentido qualitativo das transformações quando existe a presença de mulheres (YANOULLAS, 2011).

Durante a pandemia de covid-19, período em que educadores do Programa de Residência foram convidados a contribuir nesta pesquisa, era um momento em que estavam intensamente envolvidos no enfrentamento da doença nos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que permaneciam com a responsabilidade pela formação de trabalhadores. Dos 14 educadores elegíveis para participar desta pesquisa (12 mulheres e 2 homens), sete aceitaram participar, todas mulheres.

Sete mulheres, educadoras que narraram suas histórias inicialmente em 2017, permaneceram inseridas no programa de pós-graduação apresentado no contexto da pesquisa, e aceitaram retomar a construção narrativa de seus memoriais de formação depois de quatro anos, em 2021.

Neste capítulo, apresentarei as educadoras, a partir de algumas características pessoais em articulação com alguns fragmentos das suas narrativas, movimento necessário para ampliar a compreensão sobre suas histórias e contextos de vida e trabalho. Apresentarei inicialmente uma breve sistematização sobre o perfil das educadoras, com a faixa etária, a formação, a jornada de trabalho semanal e a composição da renda, informações objetivas que compõem com as suas narrativas, apoiando-nos a identificar e compreender especialmente suas condições de trabalho e vida.

Quadro 2 – Caracterização das educadoras segundo a idade, a maior formação na pós-graduação e o tempo de experiência na educação

Educadoras colaboradoras	Idade	Maior formação na pós-graduação*	Tempo de experiência na educação
E1	30	Doutorado em andamento	4 a 6 anos
E2	42	**Outra especialização	7 a 10 anos
E3	45	Doutorado em andamento	4 a 6 anos
E4	33	***Residência/Outra especialização	1 a 3 anos
E5	36	Outra especialização	4 a 6 anos
E6	37	Mestrado em andamento	4 a 6 anos
E7	42	Outra especialização	7 a 10 anos

*A questão permitiu mais de uma resposta, porém algumas educadoras registraram somente uma alternativa, a maior titulação alcançada até o momento, então considero neste quadro apenas a maior formação referida. **Foram questionadas se possuíam outra especialização além da “Educação na Saúde para Preceptores do SUS” em 2017 – critério de inclusão na

pesquisa. ***As residências conferem o título de especialistas, porém destacam-se na área da saúde por possuírem extensa carga horária e priorizarem a formação em contexto prático.

As mulheres que narraram suas histórias possuíam idades entre 30 e 45 anos. Na pesquisa de Giroto (2016), que envolveu a participação de 327 preceptores de Residências Multiprofissionais de todo o Brasil, e que participaram da edição anterior do curso de Educação na Saúde para preceptores do SUS, a maioria (80,73%) era do sexo feminino e com idade média de 37,67 anos. Mielo (2016) constatou em sua pesquisa com 26 educadores da saúde a média de 41 anos e a prevalência de (22) mulheres. Silva (2017) realizou sua pesquisa com 23 preceptoras enfermeiras, com idades prevalentes nas faixas etárias de 31 a 35 anos e 45 a 50 anos. O contexto dos estudos corrobora com a prevalência de mulheres, o que é uma tendência na área da Saúde, especialmente nos cursos não médicos.

Quanto à formação inicial na saúde, houve a participação de educadoras oriundas de cinco cursos da saúde: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia e Psicologia. Houve maior número de fisioterapeutas (3 – 42,9%) e uma educadora de cada uma das outras profissões.

Em relação à formação na pós-graduação, todas as colaboradoras desta pesquisa são especialistas em Educação na Saúde, além de terem cursado outras especializações e/ou Programas de Residências (3 – 42,9%). É perceptível, portanto, uma alta escolarização e a busca pela pós-graduação em mestrados (2 - 28,6% concluído e 1 – 14,3% em andamento) e doutorados em andamento (2 – 28,6%). Na pesquisa de Giroto (2016), observa-se também um perfil nacional da preceptoria multiprofissional com alta escolarização, 75,23% com especialização, 6,42% residência, 14,9% mestrado e 3,36% doutorado.

Quando questionadas em relação ao tempo de atuação total como educadoras, considerando o tempo total de experiência na residência e em outros espaços de docência, a maioria (4 – 57,1%) respondeu atuar entre 4 e 6 anos na docência, duas (28,6%) de 7 a 10 anos e apenas uma (14,3%) educadora tem experiência de 1 a 3 anos. Na pesquisa de Giroto (2016), o tempo de experiência dos preceptores como educadores na saúde no Brasil foi de 0 a 38 anos, com a mediana de 3 anos. O grupo de mulheres colaboradoras

nesta pesquisa pode ser considerado experiente, especialmente por serem jovens educadoras de até 45 anos.

4.1 Vínculos trabalhistas, jornadas de trabalho e reconhecimento financeiro

Quanto aos vínculos ou diferentes inserções de trabalho concomitantes, foi questionado se conciliavam a atuação como educadoras na Residência com outras inserções profissionais no momento da colaboração na pesquisa. Três (42,9%) educadoras possuem outro trabalho remunerado, sendo listados dois vínculos em Secretarias Municipais de Saúde (Salvador e São Francisco do Conde) e uma inserção como tutora de curso a distância.

É importante aqui retomar o contexto da pesquisa. Destaco que as educadoras colaboradoras fazem parte de um Programa de Residências que remunera pelo trabalho docente, possui contratos que reconhecem a função educadora, segundo a carga horária de dedicação junto aos residentes nos serviços de saúde e a função exercida. As colaboradoras, portanto, diferenciam claramente outros vínculos de trabalho da sua atuação docente na Residência, sendo que quatro delas trabalhavam exclusivamente na Residência.

A remuneração da preceptoria é inexistente em muitos programas de Residência Multiprofissional no Brasil (ARNEMANN, 2017; MATTOS, 2016; SILVA, 2017). É considerada uma função acumulada ao trabalho do cuidado em saúde na rede assistencial, ou acumulada ao trabalho de gestão em saúde, em muitos contextos. Conforme já discutido previamente, a docência é exercida em Programas de Residências dependente da motivação pelo reconhecimento institucional, prestígio entre trabalhadores, reconhecimento acadêmico, como ativismo para qualificação do SUS do Brasil ou até mesmo por imposição de superiores. Em alguns contextos ainda, a função da preceptoria é considerada inerente ao trabalho de qualquer profissional ao ingressar no serviço de saúde, não sendo possível dissociá-lo ou oferecer remuneração à parte. Sabendo disso, destaco novamente que o contexto desta pesquisa pode ser considerado inovador quanto ao reconhecimento financeiro das educadoras no Programa de Residências em questão.

Apesar do avanço no reconhecimento financeiro do papel das educadoras no contexto pesquisado, um desafio presente em suas narrativas é o pagamento através de bolsas para a função de apoiadoras pedagógicas.

A ausência do vínculo empregatício e dos direitos trabalhistas no papel que desempenho enquanto apoiadora pedagógica é uma fragilidade importante a ser relatada. (E1, 2021).

Acho também que o pagamento através de bolsa fragiliza o vínculo entre os profissionais. Sem férias, licenças e outros direitos, sinto fragilidade na permanência dos profissionais. (E2, 2021).

As narrativas das educadoras registraram a fragilidade na inserção com a modalidade de pagamento de bolsas para a função de apoiadoras pedagógicas, pois não possuíam direitos trabalhistas. Uma delas pontua que esse fato pode acarretar dificuldade de permanência dos profissionais, o que amplia a rotatividade de educadores no programa e pode fragilizar ainda a própria formação dos residentes pela descontinuidade na interação entre residentes e educadores.

Em relação as condições de trabalho da preceptoria e coordenação, todos nós temos um vínculo empregatício consolidado nas leis de trabalho, entretanto o vínculo de alguns apoiadores é frágil, por serem bolsistas. (E6, 2021).

Outra questão lembrada pela educadora E6 é que a coordenação e os preceptores possuem vínculos seguros garantidos pela CLT, porém uma parte do corpo docente é bolsista, um vínculo considerado frágil nos relatos. Uma questão que não apareceu nas narrativas, mas que poderia ainda ser um desafio nas relações e interações dentro do corpo pedagógico, é a desigualdade do reconhecimento financeiro pelo mesmo tipo de trabalho desenvolvido dentro de um mesmo contexto educacional.

Apresentarei a seguir uma síntese, sistematizada no Quadro 3, sobre a jornada de trabalho semanal e a remuneração das educadoras, no Programa de Residência especificamente e, cumulativamente, a outro trabalho remunerado.

Quadro 3 – Distribuição (nº e %) das educadoras segundo a jornada de trabalho semanal e a remuneração no Programa de Residência, e acumulada quando concilia com outros trabalhos remunerados

Carga horária semanal de trabalho	Educadora na Residência		Todos os trabalhos	
	Nº	%	Nº	%
10 horas	02	28,6	01	14,3
20 horas	02	28,6	0	0
40 horas	03	42,9	04	57,1
50 horas	0	0	02	28,6
Total	07	100	07	100

Remuneração*	Educadora na residência		Todos os trabalhos	
	Nº	%	Nº	%
Um a < dois salários mínimos	02	28,6	01	14,3
Dois a < três salários mínimos	02	28,6	01	14,3
Três a < quatro salários mínimos	01	14,3	01	14,3
Quatro a < cinco salários mínimos	01	14,3	02	28,6
Cinco a < seis salários mínimos	01	14,3	02	28,6
Total	07	100	07	100

*O salário mínimo no Brasil era de R\$1.100,00 no período da pesquisa. A variedade de remunerações dentro de um mesmo programa de residências é determinada pela diversidade de jornadas semanais de dedicação à função de educadora e diferentes funções pedagógicas exercidas nesse contexto de estudo. Para saber mais, leia o capítulo II que apresenta o Programa de Residências em questão.

Observei que as educadoras se dedicavam à Residência nas seguintes jornadas semanais: 40 horas (3 – 42,9%); 20 horas (2 – 28,6%); ou 10 horas (2 – 28,6%). Quando considerados todos os vínculos de trabalho, passam para as seguintes jornadas semanais: 50 horas (2 – 28,6%); 40 horas (4 – 57,1%); e 10 horas (1 – 14,3%). O que me fez compreender que apenas uma educadora possuía um único vínculo de trabalho com uma baixa carga horária, possivelmente por conciliar com outras atividades de estudo e pesquisa, como o doutorado em andamento, conforme referido acima. As demais educadoras acumulavam 40 horas ou 50 horas semanais, algumas com dois vínculos de trabalho remunerados, e ainda conciliavam atividades de estudo e pesquisa como mestrado e doutorado em andamento.

Nesses quatro anos [...], pouco refleti sobre as condições de trabalho, seja porque estava motivada em estar atuando no SUS e contribuindo na formação de profissionais

comprometidos, como por conseguir conciliar com o mestrado e atualmente com o doutorado. (E3, 2021).

Apesar da evidente sobrecarga de trabalho e estudo distribuídos em longas jornadas, a E3 assume que pouco refletiu sobre o tema das condições de trabalho, seja porque existe motivação em sua atividade de trabalho, seja porque é um trabalho em que consegue conciliar com o estudo. Na área da Saúde, é comum não haver liberação institucional para o estudo na pós-graduação, com escassas possibilidades de licença remunerada ou não remunerada, o que provavelmente faz com que alguns trabalhadores e educadores da área acreditem ser um privilégio a possibilidade de conciliar o trabalho e estudo. Além disso, é fundamental marcar que as mulheres historicamente são submetidas a longas jornadas de trabalho e diversas responsabilidades num processo social e cultural de invisibilização do seu trabalho, de naturalização das múltiplas tarefas, um protagonismo solitário (CAPASSO; DEL GUERRA; KIELING, 2021) que gera um consequente desgaste e adoecimento.

Somando-se à extensa jornada de trabalho remunerado semanal da maioria das educadoras colaboradas do estudo, possivelmente acumulavam responsabilidades no trabalho de cuidados com os filhos e o trabalho doméstico. Essas questões infelizmente não foram abordadas nesta pesquisa, mas sempre são importantes para compor as condições de vida e trabalho docente e, especialmente, de mulheres educadoras.

Ao analisar a remuneração referida pelas educadoras, é possível identificar que as que possuíam como único vínculo de trabalho – a Residência – eram as que viviam na faixa de um a dois salários mínimos, dois a três, três a quatro. Quando referiram a remuneração total, considerando todos os vínculos de trabalho, duas educadoras, que antes referiram as menores remunerações, passaram a referir as maiores remunerações de quatro a cinco, cinco a seis salários mínimos.

Considerando as reflexões prévias desta pesquisa sobre a constituição da identidade docente na saúde, com a perspectiva de inserção na docência pouco estimulada na formação na saúde, a baixa oferta de formação pedagógica, as poucas oportunidades de desenvolvimento da identidade docente, atrelada a um escasso reconhecimento financeiro da função de

educadora na saúde, posso relacionar que para duas das educadoras que possuem outro vínculo de trabalho com remuneração maior, fora da Residência, o trabalho como educadora pode ser periférico em sua trajetória profissional, visto a menor carga horária e a menor remuneração.

4.2 O modelo de gestão e a cogestão que determinam as relações de trabalho cotidianas

Conforme anunciado previamente, pretendeu-se compreender as condições de trabalho docente de maneira ampliada neste estudo (OLIVEIRA; ASSUNÇÃO, 2010). Nesse sentido, além das condições de emprego, relações contratuais, remuneração, estabilidade, foi importante compreender o contexto em que o processo de trabalho acontecia, as relações entre empregador e empregados, intensificação do trabalho, precarização, possíveis riscos, constrangimentos e pressões, pactos de trabalho, o modelo de gestão do trabalho e seus desdobramentos.

O SUS possui diretrizes negociadas entre os entes federados nas instâncias de pactuação nacionais, estaduais, regionais e municipais para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. A Atenção Primária à Saúde, contexto de inserção das educadoras nesta pesquisa, possui diferentes possibilidades de arranjo e organização previstas em diretrizes nacionais e a partir das definições da gestão municipal, que possui autonomia e responsabilidade sobre este nível do sistema. A formação dos trabalhadores nesses serviços deve conciliar as diretrizes nacionais e as políticas municipais que são planejadas a partir das necessidades em saúde do território e as especificidades das populações locais. Assim, a gestão do Programa de Residências deve buscar alinhamento permanente junto à gestão municipal do SUS.

As condições de trabalho são refletidas a partir das relações contratuais e o modelo de gestão do Programa de Residências por uma das educadoras.

Sobre as condições de trabalho sinto que ainda temos o que avançar. Como o processo da Residência se dá por meio de convênio com os municípios, essa relação

administrativa, política e financeira sempre acaba interferindo no nosso processo de trabalho. (E2, 2021).

Na contextualização deste estudo, apresentei o complexo arranjo político, institucional e financeiro do Programa de Residências em que as educadoras se inserem que, ao passo que pode ser considerado inovador, ao ampliar a viabilidade de remuneração e qualificação docente nos Programas de Residência, é apontado também como ponto de atenção, pois influencia no processo de trabalho.

A cogestão é compreendida nesta pesquisa como a construção de relações interinstitucionais em espaços democráticos, onde a gestão do processo de trabalho nos serviços de saúde da Residência e a gestão da formação em saúde são realizadas de maneira compartilhada entre as secretarias municipais de saúde envolvidas, a FESF-SUS que coordena o Programa de Residências e a Fiocruz-BA, que é a instituição de ensino e pesquisa. Esse tipo de gestão colegiada ou compartilhada (FERREIRA; FORSTER; SANTOS, 2012; PEREIRA; CAMPOS, 2014) proposto no convênio desse contexto da pesquisa é desafiador, pois requer espaços frequentes de diálogo, pactuação, negociação, alinhamento conceitual, afim de reduzir os possíveis ruídos e desgastes nas relações entre todos os atores.

[...] fui desafiada a me colocar no lugar de preceptor e até mesmo do próprio residente, tentar entrar nesses personagens e experimentá-los me impulsionou a enxergar as principais dificuldades e demandas geradas por eles. [...] o desafio é imenso, porque muitas vezes como coordenação acabamos realizando trabalhos mecânicos, padronizados e até mesmo robotizados, e deixamos de lado a necessidade e a habilidade de problematizarmos em busca de inovação para a nossa formação enquanto gestores. (E6, 2017).

[...] identifiquei em vários momentos que o preceptor se envolvia em diversas atividades na própria dinâmica de trabalho da equipe, aquelas de cunho pedagógico/formativo, além da intermediação de conflitos internos ou externos. O excesso de atribuições apontou para o descumprimento de atividades e/ou prazos relevantes e inerentes ao processo de trabalho, como produção do profissional e envio de informações necessárias fora do estabelecido. (E5, 2017).

No início das atividades, o preceptor é demandado demasiadamente pela dinâmica da equipe, da preceptoria e da gestão, porém neste momento foi importante atentar para os perfis individuais. Identifiquei nesta vivência que algumas características dos preceptores dificultavam a inserção do residente, podendo limitar inclusive, questões como iniciativa e proatividade. [...] Dentre estas características mencionadas acima, o pouco tempo de vivência na estratégia de saúde da família, não compreendendo as dificuldades de gestão quanto às respostas necessárias à comunidade e a aquisição de materiais e insumos necessários ao desenvolvimento do trabalho. Outro fator relevante

diz respeito à centralização de decisões e atividades, sem a devida participação do residente no processo. (E5, 2017).

Os desafios de assumir a preceptoría em um Programa de Residência são inúmeros e exigem uma ampliação de atribuições, uma carga de responsabilidades, que nem sempre são possíveis de executar no tempo previsto, dada a complexidade das exigências e cobranças, e a realidade dinâmica. As Educadoras 5 e 6 narraram uma lista de fazeres cotidianos que são acrescidos ao fazer prévio de cuidado direto à população, produzindo, muitas vezes, uma sobrecarga de trabalho.

Somada à responsabilidade de atendimentos clínicos, ao assumir a responsabilidade docente, passam a assumir a cogestão (FERREIRA; FORSTER; SANTOS, 2012; PEREIRA; CAMPOS, 2014) dos serviços, pois precisam coordenar as agendas de atendimentos de uma equipe maior, com a entrada de residentes, passam a coordenar a estrutura, insumos e materiais necessários para garantir os atendimentos e permanência de novos trabalhadores, passam a coordenar espaços de negociação da equipe para garantir que todo o serviço funcione adequadamente, o que naturalmente pode demandar ainda a mediação de conflitos que surgem da necessidade de negociar e regular todos os processos em desenvolvimento. E esse fazer relacionado à gestão do processo de trabalho e gestão do serviço de saúde também passa a ser matéria-prima de reflexão junto ao residente, visto que, ao acompanhar a preceptora realizando essas atividades de gestão, o residente passa a aprender esse fazer. Nesse sentido, as reuniões de equipe e os espaços reflexivos individualizados ou coletivos junto à preceptoría são oportunidades de aprendizagem.

O arranjo institucional, associado às possibilidades de vínculo de trabalho, pode contribuir para uma alta rotatividade de educadores e algumas consequências como as apontadas no relato a seguir.

A FESF a cada ano busca estratégias para qualificar o corpo pedagógico, com espaços de formação, no entanto, há muita rotatividade de profissionais e é um desafio o alinhamento do corpo pedagógico, sendo comum alguns desencontros de concepções e até de modelo de atenção. (E3, 2021).

A oferta de educação permanente aos educadores inseridos no programa pode não ser suficiente, mesmo que com uma extensa carga horária garantida durante a jornada das educadoras, dado que as constantes mudanças de profissionais na instituição dificultam um alinhamento técnico e pedagógico em suas práticas, especialmente em contextos complexos como o das Residências Multiprofissionais.

A rotatividade de educadores acompanha a dificuldade de fixação de trabalhadores nos serviços de saúde. A alta rotatividade de profissionais na Atenção Primária é um problema histórico, de difícil resolução e amplamente discutido na área da Saúde (CARMO et al., 2021; MIRANDA et al., 2017). A constante entrada e saída de profissionais nas equipes se dá especialmente pelo número insuficiente de médicos no Brasil, pela ausência de carreiras que garantam maior segurança, pela descontinuidade dos vínculos de trabalho, acarretando ainda dificuldades na expansão da estratégia saúde da família e restrições de acesso da população à saúde. Atrelado a isso, as diversas condições de trabalho, remuneração, organização dos serviços, entre municípios e regiões, impulsionam essa rotatividade nos postos de trabalho. Vale destacar ainda que existe a descontinuidade de políticas públicas que já impactaram positivamente nessa rotatividade de trabalhadores, a exemplo do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013).

A cogestão pode ser considerada um fator de avanço nesse contexto ao instituir o espaço de pactuação do funcionamento dos serviços, o modelo de atenção e da formação a ser desenvolvida, pois tem a possibilidade de envolver trabalhadores, gestores, educadores e residentes em uma mesma perspectiva de construção de projetos locais. Porém, deve-se considerar ainda a complexidade e desafio dessa construção que envolve muitas pessoas, em diferentes inserções, diferentes relações de poder e governabilidade, somados a intensas disputas de concepções de modelo de atenção à saúde existentes no campo. As condições de trabalho inevitavelmente sofrem influências a partir das possíveis tensões, ruídos e conflitos presentes no processo de implantação do SUS e das mudanças em curso.

4.3 Relações de trabalho, sobrecarga, desgaste e adoecimento

O mal-estar, sofrimento e adoecimento docente têm sido discutidos em pesquisas de diferentes áreas, especialmente na Educação e Saúde Coletiva (PENTEADO; NETO, 2019), com ênfase no levantamento de queixas e fatores de risco. Ao realizar um estudo de revisão narrativa, os autores identificaram uma carência de estudos interdisciplinares. Problemas relacionados à saúde mental e a distúrbios vocais são frequentes entre docentes, assim como do sistema locomotor. Os estudiosos concluíram que a concepção de ensino como missão e vocação associada à feminização da profissão, determinada socialmente, historicamente e culturalmente, que influencia o modo de se compreenderem na docência, produzem um modo específico de lidar com o processo saúde-doença e a invisibilidade do corpo, de maneira abnegada e de maior aceitação de sacrifícios.

De maneira geral, o adoecimento docente pode ser determinado pelas características inerentes ao trabalho, ao fazer docente, bem como às condições de trabalho, aos riscos inerentes à profissão, presentes em maior ou menor intensidade, dependendo do contexto. Apesar dos avanços, ainda limitados, das políticas de proteção à saúde dos trabalhadores, da progressiva organização institucional para implementar normas que garantam melhores condições de trabalho, o adoecimento ainda tem sido motivo de culpabilização do próprio docente-trabalhador, interpretações de fraqueza ou falta de vontade de trabalhar do sujeito, “uma espécie de alienação político-cultural-social” (SOUZA; SOUSA, 2021, p.102) em torno do tema.

Observa-se ainda a intensificação do trabalho docente (ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2009) crescente nas últimas décadas, decorrente da expansão da escolaridade, ampliação das demandas de trabalho, realização de atividades sob pressão temporal, transformação das estruturas físicas e organizacionais na educação, cobranças por eficácia, produtividade e excelência, maior responsabilização dos docentes, novas exigências que potencialmente resultam em sobrecarga e adoecimento.

No contexto das Residências em Saúde, poderíamos observar diversos elementos, possivelmente todos os elementos citados acima, somando ainda o fato de que as educadoras colaboradoras desta pesquisa atuam em serviços de saúde que já oferecem risco de adoecimento em sua rotina de atendimento à população, o que caracterizaria uma dupla carga de risco: das atribuições de

trabalhadoras da saúde e das atribuições de trabalhadoras da educação. Além disso, pela circunstância de acumularem também essa dupla atribuição, associada às atribuições da gestão do serviço de saúde e do processo educacional, a complexidade do trabalho docente na saúde pode ser caracterizada como extenuante à saúde dessas educadoras.

A complexidade do trabalho docente neste contexto específico foi explorada em narrativas das educadoras.

Recentemente, os APNs¹⁶ dos núcleos do NASF tiveram a carga horária em campo diminuída e conseqüentemente a bolsa, devido à necessidade de entrar outras figuras no corpo pedagógico, entretanto algumas atividades teóricas foram acrescentadas como webinar e reunião de núcleo com R2, dando-nos a sensação de estar trabalhando a mais. As condições de trabalho também têm sido impactadas pela pressão da gestão para que o município consiga cumprir as metas dos indicadores do Previne Brasil, descaracterizando o que se acredita por produção de cuidado na estratégia de saúde da família, que já era um desafio. Além da Residência, estou fazendo o doutorado e envolvida em outras ações e tenho tido dificuldade em repor as energias, começo a me sentir cansada. (E3, 2021).

A percepção de desgaste foi associada a esse contexto de trabalho pela Educadora 3. Ela relatou a ampliação de responsabilidades e cobranças, como a ampliação de atividades teóricas, com redução da remuneração para possibilitar a contratação de novas pessoas. Sua vinculação precarizada através de pagamento por bolsa possibilitou essa mudança das condições de trabalho. Além disso, agregou as pressões por produtividade que afetaram a qualidade do trabalho, tensionadas por gestores municipais que também são tensionados a cumprir as exigências de uma política nacional chamada “Previne Brasil”.

Portanto, as políticas nacional e municipal de saúde também influenciavam em seu trabalho docente. A E3 referiu pressões da gestão para o cumprimento das metas do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019) que estabeleceu um novo modelo de financiamento para o custeio da Atenção Primária à Saúde do SUS desde o final de 2019. A formação nesse contexto do Programa de Residências da FESF-SUS se dá na Estratégia Saúde da Família desenvolvida nos serviços de saúde em três municípios da região metropolitana da Bahia. Historicamente, os municípios dependem de recursos federais complementares aos recursos próprios, para manter seus serviços de

¹⁶ Apoiadores Pedagógicos de Núcleo são uma das educadoras de referência para cada categoria profissional separadamente e com ênfase no desenvolvimento das habilidades clínicas de cada profissão da saúde que compõe a equipe da Residência.

saúde em funcionamento. Para isso, existem regras e metas a cumprir para a continuidade do recebimento desses recursos públicos. Existe, portanto, uma sucessão hierárquica de pressões que vão desde o nível federal, estadual, municipal, até a gestão local do serviço de saúde e que, em última instância, recaem sobre os trabalhadores da saúde que desenvolvem o cotidiano das práticas de cuidado junto à população. Se o trabalho docente acontece a partir dos desafios cotidianos da prática profissional em saúde, naturalmente é também um desafio a ser vivenciado por essas educadoras e residentes em formação.

As múltiplas atividades (por atuar em três campos diferentes com uma carga horária de 16h), a necessidade de articulação dentro e fora dos campos de estágio e de cumprir os prazos pedagógicos previstos (para avaliação parcial e final dos residentes, leitura e devolutiva de portfólio, entrega de relatórios de atividades mensal) em alguns momentos me trouxe o sentimento de sobrecarga e exaustão. (E5, 2021).

A necessidade de trabalhar em três serviços de saúde diferentes, com várias atribuições, dentro de prazos limitados a partir de uma carga horária de trabalho contratada reduzida, potencialmente produz sobrecarga e sensação de exaustão. A narrativa da E5 retrata os elementos de intensificação do trabalho docente descritos por Assunção e Oliveira (2009).

Vejo como um trabalho exaustivo mentalmente e seria prudente uma oferta institucional de acompanhamento psicológico, 'ah! mas cada um que pague sua terapia!'. Não vejo assim até porque se o trabalho é adoecedor o trabalho que deveria prover condições para que o profissional não adoça e não falo apenas de transtornos psicológicos, falo também de hipertensão arterial e diabetes, patologias físicas relacionadas ao estresse. Acredito que é um conjunto que interfere diretamente na saúde do trabalhador e acabamos criando nossos próprios mecanismos de defesa ao longo do percurso. (E4, 2021).

A E4 acredita que caberia à instituição a oferta de cuidado à saúde das educadoras, visto que existem evidências de que o contexto de trabalho é adoecedor. Porém, caberia à instituição, ao identificar a possibilidade de sobrecarga e risco às educadoras, buscar a redução destes, qualificar as condições de trabalho e ofertar cuidado em saúde aos trabalhadores. E4 conclui refletindo ainda que as próprias educadoras acabam criando possibilidades de defesa a esse contexto adverso à saúde. Esses “mecanismos de defesa” podem ser individuais ou coletivos, dependendo do nível de organização dessas trabalhadoras. Porém, em cenários de vínculos precários

por parte das educadoras, essa possibilidade de lutas coletivas é reduzida pelo baixo poder de negociação resultante da fragilidade de vínculos de trabalho.

Pentenado e Neto (2019) defendem uma mudança na maneira como docentes exercem sua profissionalidade, no sentido de ampliar sua preservação, valorizar sua dignidade, e ampliar o protagonismo. Além dos investimentos em políticas públicas de valorização da educação e da carreira docente, a mudança requer espaços de formação docente que discutam o cuidado, a saúde docente como essenciais para o desenvolvimento e profissionalização docente.

Ao participarem desta pesquisa e refletirem sobre suas condições de trabalho, posso compreender que:

Recorrer à grafia das memórias de processos de adoecimento configura-se como fértil para acessar repertórios de causas e efeitos da doença na vida e no exercício da profissão e, a partir disso, constituir modos de reexistência, apostando-se na reflexividade biográfica como suporte de conscientização e transformação de si. (SOUZA; SOUSA, 2021, p. 101).

As fragilidades das condições de trabalho, associadas à inserção como bolsistas, foram ampliadas especialmente no momento da pandemia e quando foram convidadas a colaborar com esta pesquisa.

Com a pandemia, a questão de ser bolsista, sem vínculo de emprego, passou a me preocupar um pouco, em alguns dias que dei suporte no acolhimento de pessoas com suspeita de covid-19, passei a me questionar se deveria estar ali, correndo risco de adoecer, mesmo com as precauções. Então fiquei acompanhando os residentes e dando suporte em outros espaços e atividades. E falando de espaços, a ambiência das USFs, com alguma exceção, é precária, e em alguns momentos faltava ou tinha restrição de EPI e álcool gel, banheiros sem sabão. Sinto a precariedade também pensando nos atendimentos aos usuários, as fisioterapeutas precisam improvisar em salas pequenas, macas estreitas, e às vezes, dividir turno de atendimento com outros colegas do NASF. (E3, 2021).

A pandemia de covid-19 colocou em evidência a precariedade das condições de trabalho quando a educadora refletiu sobre o potencial risco de adoecer no ambiente de trabalho, a ambiência inadequada das estruturas dos serviços de saúde e a falta de equipamentos de proteção individual para os trabalhadores da saúde. Em sua narrativa, também referiu preocupação com os usuários do SUS, que são submetidos ao cuidado em pequenas salas e ampliando também seu risco de adoecimento.

O Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz realizou uma pesquisa sobre as condições laborais durante a pandemia no Brasil em 2021 com mais de 25 mil trabalhadores, as mulheres foram a maioria das respondentes (77,6%). Entre os resultados está o relato de excesso de trabalho (50%) e exaustão (14%), além de inadequação de equipamentos de proteção e insegurança (23%) nas atividades de enfrentamento da covid-19 por parte importante das profissionais (CEE – FIOCRUZ, 2021; PADILLA ET AL., 2021).

As dificuldades listadas ainda por duas educadoras detalharam a precariedade das condições de trabalho quanto à ausência ou baixa disponibilidade de materiais e recursos tecnológicos para o desenvolvimento do trabalho docente.

Vejo nossas condições de trabalho ainda como muito precárias, principalmente no tocante ao provimento de materiais para desenvolvimento de atividades teóricas junto aos residentes: datashow disponível e que não precise que a preceptoria se desloque para buscar e levar quando precisa utilizar; não precisar disputar o único datashow existente, espaço institucional para realização das atividades teóricas com os residentes, computadores, internet, canetas para quadro branco, quadro branco, papel. (E4, 2021).

A ausência ou escassez de materiais, equipamentos e estrutura para o desenvolvimento das atividades educacionais previstas é narrada pela E4, que incluiu a dedicação das educadoras ao trabalho ao se dispor a se deslocar com recursos próprios para garantir o uso do equipamento de projeção em suas atividades. Essa “disposição” das educadoras em permanecer nesse contexto precário e ainda contribuir ativamente para conseguir a estrutura mínima para manutenção das atividades pode estar associada a elementos discutidos previamente como a insegurança dos vínculos de trabalho, que faz com que os trabalhadores sejam mais condescendentes com condições inadequadas de trabalho para não perder sua renda, pois podem ser substituídos facilmente, visto a fragilidade ou inexistência de vínculos formais; pode estar associada a baixa capacidade de organização e reivindicação dessas educadoras junto à instituição contratante, visto que a possibilidade eminente de substituição de trabalhadores também reduz a capacidade de formação de coletivos e vocalização das suas necessidades; e ainda é importante associar o perfil da feminização da profissão docente e na saúde, o que atrela mais fatores que podem propiciar a resiliência e aceitação das condições precárias, pois as

mulheres, por sua própria história de abnegação ao assumir os espaços de cuidado sociais, na saúde e educação, permanecem com a capacidade de suportar grandes cargas de trabalho e em ambientes adversos, permeada pelas cobranças sociais e pela desvalorização do seu trabalho.

O desafio da residência e estar inserida na equipe de coordenação contribuiu e ainda contribui para o meu deslocamento como trabalhadora do SUS, pessoal e familiar. Os desafios para a continuidade deste projeto são muitos, somos uma equipe de coordenação pequena, para lidarmos com mais de 200 residentes, além de quase 80 pessoas no corpo pedagógico, é um programa muito robusto e a ausência de ferramentas tecnológicas para o monitoramento e acompanhamento dos residentes tem sido uma grande problemática. (E6, 2021).

A E6, ao narrar as condições de trabalho da coordenação do Programa, reconheceu a possibilidade de crescimento no trabalho e as repercussões para outros espaços da sua vida. Porém, acrescentou que o espaço de coordenação possui condições precárias de acompanhamento e monitoramento de todos os envolvidos no processo, como educadores e residentes, um grande número de pessoas para coordenar sem ferramentas tecnológicas para suporte. Nesse sentido, outra questão a ser refletida é a marginalização ou desvalorização do próprio Programa de Residência no SUS ou dentro das instituições responsáveis, em que medida essa precarização geral relatada compõe um cenário de disputas de prioridades e de subfinanciamento da saúde e educação, especialmente nos últimos anos, de instabilidade política e institucional no Brasil, o que acarretou retrocessos em diversas políticas públicas.

4.4. Contextualidade: resistência e defesa do SUS em tempos sombrios

As narrativas das educadoras reunidas nesta pesquisa possibilitaram momentos de aprendizagem ao refletir sobre o contexto em que estavam vivendo e desenvolvendo seu trabalho na saúde e na educação.

A pandemia de covid-19 intensificou as análises sobre a precarização da vida (SOUZA, 2021), o desmonte das políticas públicas e da própria democracia brasileira. O movimento de narrar suas experiências em meio a esse contexto catastrófico sistematizou algumas reflexões sobre o sofrimento e o enfrentamento em curso.

Após a eleição e aprovação da candidatura de Jair Bolsonaro para a Presidência do país, acirrando polaridades e um cenário de crises sem precedentes. Neste contexto, a população brasileira vive uma intensificação de crises -política, econômica, educacional, de governabilidade e de saúde pública- todas marcadas por ideologias do vírus. Não apenas do vírus da COVID-19, mas de vírus ideológicos que exercem pressões diversas sobre a configuração do cenário político, econômico e sanitário do país. (SOUZA, 2021, p. 356).

A conjuntura nacional adversa na saúde nos últimos anos, antes mesmo da pandemia, e nos contextos locais de atuação das educadoras foi explorada em diversas dimensões. Ao mesmo tempo, as narrativas afirmaram o caráter de resistência, disputa e defesa do SUS.

A realidade de muitos municípios do Brasil nos traz cotidianamente o desafio de concretizar os princípios e diretrizes do SUS, mesmo com todos os entraves políticos, econômicos, sociais e culturais que enfrentamos. A tarefa de superação de um modelo hegemônico de saúde e de transformação social exige dos profissionais um compromisso militante com a saúde que queremos. (E2, 2017).

Os ataques diretos ao SUS e à democracia, a tudo o que defendemos como seus princípios e diretrizes, tem afetado a todos e urge a necessidade de investimento na formação política dos profissionais de saúde, para a proteção da nossa saúde mental, da nossa integridade, da nossa vida em sociedade. Estamos travando uma batalha e ser docente em tempos sombrios tem sido um ato de resistência. (E2, 2021).

A E2 narrou, em dois tempos diferentes, os desafios do trabalho no SUS. Em 2017, previamente à pandemia, ela analisava que a concretização do SUS apresentava diversos entraves, o sistema já enfrentava adversidades. Em 2021, no momento da pandemia, ela retoma as reflexões sobre o SUS e, com maior gravidade, denuncia que o sistema está sendo atacado, assim como a própria democracia. Nos dois tempos, ela sugere uma postura de resistência, militância, defesa, além da necessidade da formação política dos trabalhadores para que sejam capazes desse enfrentamento.

O contexto específico de estudo em determinado momento histórico pode determinar condições de trabalho docente bastante singulares, associadas a um contexto também peculiar de formação de educadores. Essa conjuntura é dependente das relações contratuais, das diversas possibilidades de vínculos de trabalho, da pactuação de carga horária e distribuição de atividades semanais, da pactuação do tempo para educação permanente na agenda semanal, das relações entre coordenação do programa e gestores

municipais dos serviços de saúde, da valorização ou reconhecimento local da função social da preceptoria e da residência, das inserções e papéis das diferentes categorias profissionais, das relações entre docentes e residentes, da sustentação político-institucional do projeto das Residências nacionalmente e em âmbito local, que podem determinar tensões entre os atores, das situações específicas locais e adversidades a que o sistema de saúde está submetido, a exemplo de epidemias e desastres naturais, uma infinidade de fatores e especificidades locais que determinam uma contextualidade (COULON, 2017).

Defender os princípios do SUS num contexto difícil como estamos vivendo, onde algumas coisas que dissemos e defendemos são diferentes do que ocorre na prática dos residentes, fazer as disputas pelo que consideramos essencial, defender o óbvio [...] isso tem me cansado bastante, muito mesmo. (E2, 2021).

Os retrocessos a que o sistema de saúde brasileiro foi submetido durante os anos após o golpe jurídico parlamentar que aconteceu no Brasil em 2016 produziram também uma precarização na formação dos trabalhadores, associada à grave crise política e social que se instaurou e se intensificou no período da pandemia de covid-19. Ao mesmo tempo em que houve ampliação de políticas de desfinanciamento e desinvestimento da saúde e educação (FERLA et al., 2020), uma precarização estrutural do SUS, aconteceu também um movimento de alteração e revogação de diretrizes nacionais que antes estavam permitindo avanços na garantia do acesso à saúde de qualidade.

O relato de cansaço pela E2 na narrativa acima pontua que, para as educadoras que acompanhavam trabalhadores-residentes nos serviços de saúde nesse período, a vivência no dia a dia ficou mais distante do que se defendia nos discursos, existia uma incoerência entre o que se defendia e o que acontecia na realidade.

Esse momento atual vem requerendo muita paciência e força e é triste ver as consequências do desfinanciamento do NASF. Sempre tivemos a sensação de que o NASF não era considerado uma pauta importante, as prioridades sempre foram outras, e isso ficou claro com o envolvimento e iniciativa de poucas pessoas em evidenciar as contribuições do NASF. O município vem pensando novos modelos de atuação da equipe multiprofissional, tanto essas mudanças como as adaptações devido à pandemia têm gerado insegurança e desânimo nos residentes, muitas vezes me coloco para escutá-los, tranquilizá-los e estimulá-los na luta, e também minimizar os desgostos e insatisfações deles em relação ao programa de residência. (E3, 2021).

E3 refletiu sobre o desmonte da política do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que anteriormente induziu financeiramente e tecnicamente a ampliação da equipe multiprofissional no cuidado às populações locais. Sua postura revelou paciência e escuta junto aos residentes, ao acolher suas insatisfações, apesar da tristeza pelo retrocesso.

A resiliência das educadoras ao permanecerem em um contexto com condições de trabalho difíceis é tocante. Elas relatavam estar cansadas, mas ao mesmo tempo resistiam. Fazem-me lembrar que “ensinar exige comprometimento”, que “ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo”, que “ensinar exige reconhecer que a educação é ideológica”, e que “ensinar exige a corporificação das palavras pelo exemplo”. (FREIRE, 1996).

Refletir e registrar suas condições de trabalho cotidianas nesse contexto pode exigir que as educadoras desconstruam perspectivas romantizadas sobre fórmulas mágicas de como ser uma boa educadora e as convoquem a outro lugar, de aprender a identificar suas próprias fragilidades e lacunas de conhecimento e buscar autonomamente respostas e capacidade de adaptá-las na diversidade de contextos e relações que existem na realidade do SUS.

Em meio a tantos desafios (desmonte do SUS, restrições na Atenção Primária, retrocessos no modelo de atenção à Saúde almejado com a Saúde da Família, pressão sobre os gestores e pelos mesmos por produtividade...) acredito que permanecer onde estamos (residentes e corpo pedagógico) é um ato de resistência, e de luta pelo que acreditamos. (E1, 2021).

Assim, as narrativas das educadoras, nesta pesquisa de abordagem autobiográfica, tratam de suas práticas, procedimentos, modos de fazer de educadoras na saúde, imersas em um contexto específico das residências multiprofissionais, em determinado momento histórico. Artigo ainda a perspectiva da etnometodologia (COULON, 2019) para compreender essas narrativas, visto que ela possibilita a análise da ação humana, compreender a sua prática concreta, sua práxis.

As narrativas sobre suas condições de trabalho são pistas para compreensão sobre sua realidade e sobre o que fazem essas educadoras perante esse contexto específico. Elas reafirmam uma realidade difícil, que traz

cansaço, adoecimento, sobrecarga, exaustão, porém registram ainda que perante esses problemas respondem com resistência, agem com uma postura acolhedora, de escuta, de mediação de conflitos, de manutenção das rotinas junto aos residentes, de leituras e devolutivas de portfólios, de entrega de relatórios de atividades mensal, ao providenciar materiais nem sempre disponibilizados para a prática docente – projetor, canetas, papéis etc. –, submetem-se a realizar as atividades de cuidado à população em espaços físicos inadequados, mantém as atividades mesmo com toda a precariedade estrutural dos serviços e com o contexto da pandemia. Elas permanecem firmes no papel de educadoras por acreditar nos princípios e diretrizes do SUS.

Avalio que houve uma perda de oportunidade no desenvolvimento da pesquisa ao não ter aprofundado as questões sobre o perfil das educadoras e suas inserções na vida e no trabalho, pois compreender informações sobre a raça, composição da família, filhos e outras características poderiam ampliar e enriquecer a pesquisa, especialmente o recorte de gênero, necessário para avançarmos na qualificação das condições e relações de trabalho na Saúde e na Educação, que são áreas nas quais as mulheres são protagonistas e centrais para a produção do cuidado e da vida.

As mulheres, na maioria das vezes, estão envolvidas em relações que não são recíprocas. Recai historicamente sobre elas o cuidado de tudo, todos e todas. A mulher serve ao cuidado não pago, mal-pago, não reconhecido, não valorizado. Serve quando serve. Fazem uma entrega imensurável e raramente desfrutam de relações horizontais.

A perversidade está no fato de que, ao mesmo tempo que carregam o mundo nas costas, na enorme maioria das vezes acabam lidando com os abismos sociais sozinhas. E também com a marginalização das práticas de cuidado; estabelecem, então, relações profundamente desiguais. O empenho consome vida — cuidar custa vida —, que não retorna nem como cuidado recíproco para essas mulheres, nem na forma de dinheiro, que paga outros trabalhos. Ou seja, o cuidado dispensado não volta. (CAPASSO; DEL GUERRA; KIELING, 2021, p.23).

A dimensão desse cuidado à população, aos residentes e ao próprio sistema de saúde foi evidente em suas narrativas. Ao narrar esses esforços cotidianos de manutenção da vida em coletividade, narraram também os custos que recaem sobre as mulheres. Esse exercício reflexivo sobre essas condições

de trabalho pode possibilitar o reconhecimento do problema, a necessidade de sistematizar propostas de superação e a necessidade de organização coletiva.

As educadoras que narraram suas histórias nesta pesquisa eram jovens, mulheres com boa escolarização, com longas jornadas de dedicação ao trabalho e ao estudo, submetidas a um contexto complexo e adverso da formação da saúde no Brasil, em que desenvolveram o seu fazer docente com muita resiliência e resistência. Ao conhecer algumas características e suas narrativas sobre as condições de trabalho, ampliei minha compreensão e a abertura para perceber outras dimensões de suas vidas e trabalho, que serão apresentadas nos capítulos a seguir.

V. NARRATIVAS SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOCENTE

Dentro do SUS, me interessei pela formação dos trabalhadores e, quando dei por mim, já estava em sala de aula. Não planejei estar na docência, mas hoje sigo por este caminho com orgulho. (E 2, 2021).

A identidade docente na saúde tem sido abordada no campo da Saúde e da Educação, conforme discuti na seção 1.1.1 desta pesquisa e apresentei as questões sistematizadas que estudei no momento de revisão em bancos de teses de doutorado sobre o tema.

Algumas dessas questões que permeiam a construção da identidade docente foram narradas pelas educadoras que colaboraram com a presente pesquisa, especialmente as motivações de adesão à docência relacionadas às influências do percurso de vida e as vivências familiares, a conciliação da docência como um espaço de ativismo para o fortalecimento do SUS, a opção periférica da docência como profissão e a descoberta gradual da sua importância em suas vidas, a identificação da ação docente baseada em suas vivências prévias de educação bancária e a consciência recente da transformação das suas práticas em uma transição de paradigmas educacionais.

5.1 Adesão à docência como o inusitado da vida: percursos e vivências familiares

Ao nos constituirmos trabalhadores, todos trilhamos caminhos de aprendizagens durante a vida inteira (SOUZA, 2004; DUBAR, 2012), envolvendo mobilizações subjetivas, nos espaços familiares, de instrução formal em escolas, no trabalho e experiências da vida. A formação profissional que acontece pela vida inteira é impulsionada pela necessidade de mudança de profissão ou emprego, além das imposições colocadas por novas tecnologias e políticas públicas ou de grandes empresas.

O desenvolvimento da formação tem se dado a partir de duas concepções: a primeira centrada na racionalidade técnica, que envolve aprendizagem de conhecimentos e competências; e a outra centrada nas experiências ao longo da vida, na historicidade, subjetividade, movimentos de autoformação (SOUZA, 2004). A formação é vinculada à trajetória de vida que entrecruza tempos distintos, envolve uma autotransformação através das aprendizagens que acontecem em diferentes esferas de convivência. A escrita das narrativas em seus memoriais de formação oportunizou às educadoras,

colaboradoras desta pesquisa, novos espaços de aprendizagem ao retomar suas experiências de vida e trabalho entrelaçados aos espaços de formação.

A formação no trabalho é tão importante quanto a formação inicial de trabalhadores, e na saúde, destaco o movimento da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, 2009a; CECCIM, 2005; CECCIM, FEUERWERKER, 2004; CECCIM, FERLA; 2008).

A construção de identidades femininas e masculinas sofre a influência da transversalidade da história, arte, literatura, cultura, presentes no convívio social, nas instituições, no currículo. O patriarcado dominante nas relações em todas as dimensões da vida é reproduzido e reforçado também na educação (SILVA, 1996).

A responsabilidade pelo cuidado atribuída historicamente para a mulher incorpora a responsabilidade por educar, presente não só na família, mas no processo de escolarização.

As educadoras da saúde desta pesquisa, assim como educadores participantes de outras pesquisas (CUNHA, 1992; RAMOS, 2018; CARNEIRO, 2018; OLIVEIRA, 2018; LOTTERMANN, 2016), ao refletirem sobre seu percurso, reconheceram a influência de ex-professoras, das suas histórias como estudantes, das suas experiências com colegas educadores, e tenderam a incorporar exemplos de pessoas que admiram.

Para algumas das educadoras, as vivências familiares foram narradas ao refletirem sobre seus percursos de formação. Apresentaram memórias afetivas quanto ao espaço da educação, porém não necessariamente definiram conscientemente a sua opção pela atuação docente, não planejaram previamente serem educadoras e pareceram não localizar até aquele momento a construção de sua identidade docente no espaço familiar.

Sou neta, filha e sobrinha de professoras, mas não imaginava que a docência chegaria para mim. (E1, 2021).

Enquanto lia esse tópico me veio em mente uma cena, eu e minha irmã brincando de ensinar aos alunos imaginários na escola onde minha avó paterna trabalhava. Ela foi uma professora muito respeitada e admirada por conseguir alfabetizar crianças com dificuldade de aprendizagem e por ser uma pessoa de muitas virtudes. Dia de reunião nos levava à escola e brincávamos nas salas vazias. Eu nunca pensei em ser docente. (E3, 2021).

Estar em um ambiente em que familiares exercem a docência ou que a família discute criticamente sobre a educação pode influenciar o ingresso na docência? Os educadores participantes das pesquisas de Ramos (2018), Carneiro (2018), Oliveira (2018) e Lottermann (2016) referiram que a influência familiar é uma das inspirações para o ingresso na educação, associaram ainda a inspiração de professores na sua própria história de dedicação aos estudos como estudantes, na observação e trocas com colegas educadores mais experientes. A docência é uma produção social e subjetiva tecida nas relações que se estabelecem ao longo da vida.

Revisitando meu memorial, pude resgatar as memórias afetivas que permeiam a minha formação. Começo com meus pais, pois reconheço o grande investimento deles na minha educação, não apenas a formal. Já adulta, pude perceber a grandeza dos momentos presenciais e como eles conseguiram romper com a lógica do ensino tradicional. Na minha casa eu aprendi diferente. Acredito que por conta disso, tenho registros de muito afeto da minha vida escolar, desde o ensino fundamental até a graduação. Espaços de aprendizado acadêmico, mas também de exercício para a coletividade. Fui incentivada em casa a ser questionadora dos métodos, saberes e práticas e isso me fez estudar mais, mesmo que para contestar rsrsrs. (E2, 2021).

O trabalho reflexivo das educadoras transformou suas vivências cotidianas que marcaram suas vidas no passado em experiências. O movimento de narrar as dimensões visíveis acabaram tocando em dimensões invisíveis das memórias sobre suas trajetórias, mobilizando emoções, evocando seus valores, no processo de organização e escrita de suas recordações-referências (JOSSO, 2010; LARROSA BONDÍA, 2002). As educadoras resgataram essas passagens marcantes da vida, elaboraram o vivido e perceberam momentos importantes para a construção de sua identidade docente.

5.2 Histórias de vida e transformações de paradigmas da educação

Ao escreverem as narrativas, as educadoras recuperaram experiências das suas histórias de vida. A prática das histórias de vida em formação é um método que mobiliza os saberes subjetivos em movimentos de autoformação. A narrativa reconta a vida, porém ela não é exatamente a vida vivida previamente, ela é uma reconfiguração das lembranças, um recorte de um tempo e espaço a partir de quem narra, “[...] a narrativa de vida é uma matéria

instável, transitória, viva, que se recompõe sem cessar no presente do momento em que ela se anuncia”. (DELORY-MOMBERGER, 2006, p. 362). O passado é recomposto, é o que a pessoa que narra atribui e reconhece sobre sua própria vida. É um momento, portanto, de retomada e revisão de sua identidade.

No momento de escrita dos memoriais de formação e da reescrita ao colaborarem nesta pesquisa, suas narrativas foram mediadas pelos processos que aconteciam no seu contexto de vida, dos processos de formação e das reconstruções das percepções e críticas que faziam sobre sua experiência.

A pesquisa (auto)biográfica possibilita compreender as singularidades da inserção social de cada indivíduo, relacionadas à temporalidade da experiência e a maneira como compreendem e agem a partir das situações vividas (DELORY-MOMBERGER, 2012).

As narrativas que recuperaram suas memórias e experiências vivenciais desde criança nos espaços de educação formal e na família convocaram a um balanço entre o passado e o presente, e projetaram o que desejavam ser no futuro.

A afetividade é evidente ao rememorar os espaços da escola e da universidade, as educadoras reconheceram com carinho o crescimento que alcançaram nos espaços de educação “tradicional”, mas ao mesmo tempo expressaram a consciência sobre os limites da formação que viveram. Trouxeram ainda reflexões sobre a consciência recente de que existem outras possibilidades diferentes ao que viveram no passado.

A seguir, reuni recortes de narrativas da Educadora 1 em dois momentos diferentes de escrita, relacionados às suas experiências escolares e na universidade.

Sempre estudei em escolas que tinham nas salas de aula professores em destaque conduzindo a aprendizagem; carteiras posicionadas em fileiras; quadro de giz na frente e, posteriormente, quadro branco e apresentações em slides; provas que geravam notas e classificações a cada aprendiz, livros/módulos com conteúdos prontos para serem lidos da página tal a tal; além da necessidade de silêncio enquanto o professor dava a aula, só ele podia falar... Na faculdade de Odontologia, a formação era biologicista e também tradicional. Concluindo a graduação, fiz Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Fundação Estatal em Saúde da Família (FESF-SUS)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de 2015 a início de 2017, e então tive estranhamento com a proposta de metodologias ativas. Só depois de um tempo na Residência pude refletir sobre fatos que antes não me incomodavam na metodologia

tradicional e as metodologias ativas passaram a fazer algum sentido para mim. (E1, 2017).

As metodologias ativas estimulam a curiosidade, problematização e autonomia dos sujeitos. Durante toda a minha formação acadêmica – escolar e universitária – não havia experienciado as metodologias ativas, o meu primeiro contato com essa temática foi quando estive como residente, por isso tive estranhamento no início e, muitas vezes, incômodo e angústia com a metodologia utilizada na Residência, pois procurava apenas uma resposta, e enquanto isso apareciam várias perguntas. (E1, 2017).

Durante o período escolar e de graduação, sempre gostei de estudar em grupo, realizando a troca de saberes com os colegas, e com essa metodologia de estudo tinha bons resultados, assim como os demais integrantes dos grupos. Para mim, o conteúdo das aulas era melhor apreendido nesses espaços extrassala de aula, onde tínhamos uma linguagem e relação mais horizontal. Estudei 11 anos na mesma escola, com muitos amigos, a minha escola era um ambiente confortável e familiar para mim. Embora tivesse um ensino tradicional, eu me adequava bem às metodologias de ensino e de avaliação adotadas. Mas sei que esse ensino tradicional trouxe algumas limitações para mim, como a criticidade tardia e a dificuldade de me expressar em espaços coletivos (sempre pensava muito antes de pedir a fala em sala de aula, pois me cobrava em não poder ‘errar’ e não emitir falas que discordassem do ponto de vista dos professores, pensava que seria julgada negativamente). Na graduação de Odontologia, cuja metodologia de ensino também era tradicional, tive a oportunidade de ser integrante do Grupo PET, o qual foi divisor de águas em minha formação. Dessa forma, nos dois últimos anos da faculdade, pude vivenciar experiências incríveis de educação popular em comunidades quilombolas, comunidades de marisqueiras e pescadores em projetos de extensão. Além da extensão, o PET continha em seu tripé a pesquisa e o incentivo ao ensino. Posteriormente, ao ingressar na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, me deparei com outras metodologias de ensino-aprendizagem, as metodologias ativas, desafiadoras para mim, que precisei realizar muitas desconstruções para aceitar a maior liberdade e autonomia em aprender e em ensinar. (E1, 2021).

As narrativas da E1, em dois tempos (2017 e 2021), abordaram suas experiências em dois momentos, antes e após o ingresso na pós-graduação em modalidade de Residência em Saúde, marco de suas descobertas sobre novas possibilidades de aprender e ensinar.

Seu relato, por um lado, descreveu as escolas em que estudou, destacou criticamente a centralidade do professor em sala de aula, com apresentações e escrita em quadros, centrada em conteúdos, em que só o professor falava, as fileiras nas quais os estudantes se dispunham, o sistema de avaliação através de provas e notas, a permanência neste modelo designado “tradicional” até a graduação no curso de Odontologia. Até o momento da entrada na pós-graduação não questionava esse modelo escolar, sentia que se “adequava” a essa metodologia.

Por outro lado, seu relato ainda manifestou “estranhamento”, “incômodo”, “angústia”, “desafio” ao vivenciar uma nova experiência pautada em outras metodologias de ensino e aprendizagem, as metodologias ativas.

Demorou um tempo para que essas novas metodologias fizessem sentido para ela.

Enguita (1989) me apoia a compreender que o modelo de escola que conhecemos e que vivemos ainda atualmente foi pensado no século XIX. Esse modelo de 200 anos propicia o disciplinamento dos corpos e mentes, a educação para respeitar uma determinada ordem social, sem questionamento, inclusive sem questionar o próprio modelo de escola. Assim, essa educadora, como muitos adultos da sua geração, passou aproximadamente 20 anos da sua vida nesse mesmo formato. Questionar essa estrutura pode trazer esses sentimentos de desconforto relatados por ela, inclusive de subversão de uma verdade única até então conhecida e valorizada socialmente. Os primeiros passos em uma metodologia que preza pela liberdade e autonomia geraram desconfiança e insegurança no primeiro momento.

A Educação Permanente em Saúde convoca o trabalhador a sair da passividade de receber conhecimentos sistematizados para depois aplicá-los em determinada realidade de trabalho, a uma inversão, em que os problemas e desafios da realidade vivenciada pelo trabalhador são o que determinam a busca pelos conhecimentos sistematizados. Fazer perguntas, reconhecer e explicar os problemas reais é o primeiro passo, porém requer um movimento protagonista de quem deseja descobrir novas soluções. Sair da passividade e buscar o conhecimento de maneira autônoma passa a ser uma novidade que demanda adaptação, transição. Sair da postura de abdicação da liberdade para agir de maneira crítica às normas, sair da passividade que considera a autonomia perigosa ou desnecessária (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

A E1 afirmou que, com essas novas metodologias que vivenciou durante o período da Residência, percebeu que poderiam existir diferentes perspectivas, nem sempre existiria uma resposta única para algumas questões. Ela compreendeu as metodologias ativas como produtoras de “liberdade e autonomia para aprender e ensinar”.

Apesar da presença frequente das metodologias ativas nos fragmentos das narrativas das educadoras, percebo que o que discutem é mais profundo que o método, tratam da mudança de paradigmas no processo de ensino e aprendizagem, a mudança de paradigmas na educação. Reconheceram

transformações que aconteceram consigo mesmas ao vivenciar e compreender progressivamente o modo como educadores e educandos se relacionam, aprendem e constroem novos conhecimentos.

Durante a graduação, apesar de vivenciá-la majoritariamente com metodologias tradicionais, E1 recuperou a memória sobre a participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2010), um programa de extensão que possibilitou outras perspectivas educacionais aos estudantes, de intensa vivência em comunidades. Sair dos muros da sala de aula e vivenciar experiências na extensão foram momentos marcantes em sua formação. É um registro de uma iniciativa recente que disputa por outros modos e espaços de educação na universidade.

A Educadora 3 resgatou sua trajetória formativa em dois tempos – 2017 e 2021 – também com reflexões críticas sobre a educação tradicional.

A minha trajetória educacional estruturou-se a partir de diferentes instituições de ensino, no qual tinha o propósito de formar indivíduos e profissionais com conhecimento técnico e um acúmulo de informações, mesmo que dissociadas do contexto social onde estava inserida. (E3, 2017).

Tive uma infância muito saudável e rica de diversões, frequentei escolas particulares, mas acessíveis ao padrão classe média, considero que tive uma ótima formação escolar, principalmente por estimular o desenvolvimento de valores éticos e morais. Nesta trajetória, estive em contato com o ensino tradicional, com algumas exceções a depender da disciplina e professor, e é interessante como as atividades desenvolvidas com uma metodologia participativa ficam registradas na memória, tenho lembranças claras das aulas que tive de construir algo, usar a criatividade. Na graduação, também com exceções, o ensino foi fragmentado e conteudista, entretanto, também tive muita oportunidade de fazer estágios e foi enriquecedor. Vejo que essas experiências me influenciaram a depois de formada atuar como supervisora de estágio na UCSal, neste ínterim, trabalhava como fisioterapeuta em uma clínica particular e investia em muitos cursos de formação de abordagens da fisioterapia e baseada na neurociência, que contribuíram para ampliar meu olhar para o processo de aprendizagem. Transferi-me para a Itália por 8 anos, e atuei na assistência em uma equipe multiprofissional com pessoas com múltiplas deficiências, na qual o compartilhamento de saberes foi tão presente e necessário. Quando retornei ao Brasil, entrei na residência multiprofissional em saúde da família e vivi dois anos intensos de muito aprendizado e júbilo por estar estudando e atuando no SUS, sendo o primeiro ano da residência foi desafiador para o corpo pedagógico e residentes lidar com a metodologia ativa na prática, mas considero que transcorreu bem, revelou-me o quanto o ensino tradicional limita nossa capacidade de pensar e a criatividade. (E3, 2021).

Experimento satisfação em compartilhar conhecimento e aprender, mas não consigo me ver atuando em sala de aula, embora quando fiz o tirocínio do mestrado, com alunos do primeiro semestre de Medicina, na qual vivenciei o ensino baseado em metodologias ativas, foi surpreendente a participação e produção dos alunos. (E3, 2021).

A crítica à sua formação iniciou-se no memorial construído em 2017, momento em que já constatava que tinha vivenciado uma educação que privilegiava o conhecimento técnico, acúmulo de conhecimentos, porém dissociados ao contexto de vida. Posteriormente, em 2021, a Educadora 3 narrou sua trajetória em mais detalhes, desde a vida escolar até a universidade, suas experiências diversas como estudante e trabalhadora, inclusive fora do Brasil, na Itália. Novamente reforçou a crítica ao ensino tradicional, que considerou limitar a capacidade de pensar e a criatividade.

Em sua segunda narrativa, a educadora ainda pondera que “a depender da disciplina e do professor”, mesmo com a prevalência em modelos hegemonicamente tradicionais, existem exceções que marcaram sua memória, de iniciativas individuais de “metodologias participativas” que convidaram à construção criativa.

Cunha (2018, p. 7), ao discutir sobre a docência na educação superior, afirma que as práticas cotidianas de educação são definidas por uma cultura validada por uma sociedade e instituições e que, portanto, “[...] não são meramente decisões individuais dos professores”. Em situações periféricas ao contexto hegemônico, os educadores encontram brechas para subverter determinadas ordens vigentes ou as instituições possibilitam algumas incorporações que fogem à tradição fundamentada na transmissão de informações.

Ao comparar a educação tradicional ao contato que teve com as metodologias ativas durante a Residência, E3 referiu que, apesar de desafiadora, considerou positiva a experiência. Sua terceira narrativa ainda retoma sua satisfação em ser educadora ao vivenciar a utilização de metodologias ativas, porém é taxativa ao anunciar: “[...] não consigo me ver atuando em sala de aula [...]”. Com essa frase marcante, à primeira vista, algumas pessoas podem se questionar: como uma educadora se afasta da ideia ou não consegue imaginar-se em uma sala de aula? O contexto das Residências em Saúde (BRASIL, 2009b; ARNEMANN, 2017) torna essa perspectiva possível. Uma educação que acontece fora dos muros da sala de aula, uma educação que independe de uma estrutura “típica”, clássica ou tradicional da relação entre educadores e educandos. A educação em serviços de saúde rompe com essa imagem e possibilita essa dissociação feita por essa

educadora. E vai além, pois ao romper com essa imagem da sala de aula, ela liberta, concretiza uma nova possibilidade de formação de trabalhadores e com a necessidade de inovações metodológicas.

A minha formação, como já disse anteriormente, foi essencialmente baseada na reprodução de conhecimentos, essa sempre será uma carga muito forte e marcante no nosso processo de formação pessoal, pois carregamos o peso dessa formação por muitos anos até levarmos agora como profissionais para o nosso campo da prática [...]. (E7, 2017).

A Residência proporciona formação para o corpo pedagógico e durante os exercícios revisei todas as atividades de educação em saúde, educação permanente, capacitações, palestras, curso, oficinas e afins que participei e produzi. Já reconhecia a dificuldade que temos em agregar as dimensões do cuidado, gestão e educação em saúde, mas confesso que não vislumbrava uma alternativa. Foi quando pude vivenciar na Residência uma atividade com o uso das Metodologias Ativas. Foi uma experiência transformadora para mim. Sair da passividade e participar ativamente do meu próprio aprendizado me fez refletir sobre todos os processos que havia participado e como poderiam ter sido diferentes. (E2, 2017).

As narrativas das Educadoras 7 e 2 corroboram com as narrativas anteriores ao analisar criticamente a transição de paradigmas educacionais que vivenciaram na Residência, reafirmaram as marcas da educação tradicional e a transformação, a descoberta da existência de outra possibilidade.

Identifico a dimensão de constituição de uma identidade docente que questiona o seu percurso formativo e passa a desejar algo diferente do que viveu, que se esforça para migrar de uma posição de passividade para uma posição ativa, que deseja a criatividade, liberdade e autonomia.

Verifico que nas narrativas das educadoras a educação tradicional é questionada intensamente e que a identidade docente hegemônica é reconhecida como consequência dessa vivência. Na transição de paradigmas, é importante ainda reconhecer que educadores assumem discursos e posições a partir de uma ordem (SILVA, 1996, 1998), operam um sistema de cultura, seus significados e, portanto, não podem ser considerados resultado de uma pura autonomia individual ou de uma liberdade da subjetividade dos sujeitos, seja na educação tradicional, seja em novas possibilidades educacionais. Educadores permanecerão em constante construção de identidades em diálogo com as relações sociais e institucionais, mediados pelas relações de poder estabelecidas no contexto.

[...] o poder se manifesta em relações de poder, isto é, em relações sociais em que certos indivíduos ou grupos estão submetidos à vontade e ao arbítrio de outros. Na visão crítica, o poder se manifesta através das linhas divisórias que separam os diferentes grupos sociais em termos de classe, etnia, gênero, etc. Essas divisões são tanto a origem quanto o resultado de relações de poder. (SILVA, 1996, p. 90).

As relações de poder (SILVA, 1996) estão presentes na definição dos currículos, nos discursos pedagógicos, nas relações sociais, na submissão de determinados grupos à vontade de outros grupos, nas disputas políticas, nos rituais institucionais que corporificam e representam o Estado, no contexto em que as educadoras estão imersas e em que vão constituindo sua identidade docente.

5.3 A docência em tela: a Educação Permanente em Saúde no SUS

Ao pensarmos sobre a docência na Educação Superior, é necessário refletir sobre a educação escolarizada, o papel da universidade e instituições responsáveis por esse nível de formação (CUNHA, 2018). A imagem do docente universitário e da pós-graduação ainda é associada ao domínio e transmissão do conteúdo e valores sociais, de detenção da “verdade”, de guardião da cultura dominante, de quem possui certezas e pune a dúvida. Existe um imaginário social e práticas docentes consolidadas fundamentadas no modelo da transmissão que permanecem prevalentes e que são referências para a construção da identidade docente, visto que grande parte se constitui na profissão reproduzindo suas vivências prévias.

A professoralidade (CUNHA, 2018) é expressa nas ações docentes em determinado contexto, envolve a identidade que compreende o papel social da profissão e a mobilização de saberes próprios.

O professor exerce a sua profissão numa instituição e, assim como influencia o espaço em que atua, também tem a sua ação atingida por sua cultura, objetivos e valores, expressos no seu projeto educativo. Essa situação inclui na professoralidade tanto uma dimensão individual e subjetiva como uma dimensão coletiva e cultural. A condição de ser docente de um lugar, de um curso, inserido numa cultura profissional, num tempo determinado. Portanto, é preciso reconhecer que, no caso da educação superior, há distintas pedagogias que influenciam e são influenciadas tanto pelos contextos das profissões, seus

valores e culturas, como pela manifestação da professoralidade de seus docentes. Esses são parâmetros importantes para orientar a reflexão sobre a docência da educação superior na complexidade dos contextos. (CUNHA, 2018, p. 9).

O contexto dos Programas de Residência é o da educação no trabalho e pelo trabalho desenvolvido nos serviços de saúde do SUS. As Residências são consideradas um padrão de excelência (BRASIL, 2009b) na formação em pós-graduação em saúde no Brasil. São credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), possuem programas de concessão de bolsas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, secretarias estaduais de saúde e municípios, e têm duração de dois a cinco anos.

Os primeiros Programas de Residência foram criados a partir de 1978, porém passaram a ser financiados pelo Ministério da Saúde somente em 2002 (ARNEMANN, 2017). E, no contexto das formulações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009a), articulam-se nacionalmente até a formalização da CNRMS em 2006.

Nos espaços da Educação Permanente em Saúde nos Programas de Residência, a identidade docente é construída a partir da figura do preceptor (AUTONOMO, 2015), que exerce sua professoralidade a partir da interação entre trabalhadores da saúde, a comunidade e os gestores dos serviços. É uma docência imersa em atividades diversas, desde o cuidado clínico direto à população acompanhado dos residentes sob sua responsabilidade; atividades de estudo em sala de aula, espaços não convencionais ou nos corredores dos serviços de saúde; discussões de caso em reuniões de equipe; espaços de educação em saúde junto à população nos serviços de saúde ou nas comunidades; processos de avaliação; gestão do processo educacional e dos serviços de saúde; mediação de conflitos e outras.

O cotidiano do trabalho em saúde é a “matéria-prima” do processo educacional desenvolvido por esses docentes dos Programas de Residência. E esse é o princípio basilar da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, 2009^a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2008; COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015). A partir dos desafios da vivência em serviço, os docentes-preceptores apoiam os trabalhadores-

residentes a elaborar os acontecimentos e identificar as questões a serem compreendidas para qualificar o trabalho e, conseqüentemente, o cuidado em saúde. Esse movimento produz uma busca ao conhecimento sistematizado, as melhores evidências científicas, as melhores práticas, as melhores ferramentas, as melhores possibilidades de qualificação do SUS. E, ao encontrar esse conhecimento, processam a maneira como implementar esse conhecimento em sua realidade, visto as especificidades regionais, as singularidades de cada população. Existe uma produção de inovações neste cenário educacional.

Considerar o trabalho como produtor de conhecimentos, traz à cena a educação permanente em saúde, que no caso do sistema de saúde brasileiro, é uma política. A EPS propõe um olhar híbrido sobre o cotidiano do trabalho, movimentado por se permitir questionar, se constituir como integrante do território, e assim fomentar a alteridade de cada um daqueles que compartilhamos nossas vivências. (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

O SUS é o contexto maior em que todas essas interações acontecem. Portanto, a inserção na docência é narrada como algo que ocorreu num contexto de necessidade institucional, um interesse construído gradualmente e que, no momento da pesquisa, conseguia produzir satisfação e até o sentimento de orgulho.

Dentro do SUS, me interessei pela formação dos trabalhadores e, quando dei por mim, já estava em sala de aula. Não planejei estar na docência, mas hoje sigo por este caminho com orgulho. (E2, 2021).

A inserção na residência ocorreu como um experimento, foi tudo muito novo, não houve planejamentos, nem metas traçadas. Mas, a partir de uma construção e uma proposta inovadora da Instituição, a qual faço parte como trabalhadora em saúde, fui mergulhando no mundo pedagógico. (E6, 2021).

Novamente afirmo que o contexto de implementação de iniciativas de Educação Permanente no SUS tem contribuído para o fortalecimento dos espaços de formação em serviço, o que parece resultar em inserções de profissionais de saúde no campo da Educação, num intenso movimento de transformação de paradigmas e acolhimento de novas identidades docentes.

As motivações para ingressarem e permanecerem como educadoras são alimentadas nesse ambiente institucional a partir de um projeto maior, como podemos ler nas narrativas que seguem.

Minha inserção na docência em saúde foi muito pensando em como contribuir com a transformação do SUS que tanto acredito e defendo. A minha origem humilde e o deslocamento após a faculdade me trazem a obrigação de contribuir com a construção de um SUS cada vez melhor! (E7, 2021).

Após a graduação, minha escola de vida e profissão é o SUS!! Nele encontrei os melhores profissionais, que se tornaram referências de trabalho e vida pra mim, e com os quais eu pude compartilhar momentos de aprendizado. (E2, 2021).

A militância, o ativismo em torno do SUS é uma marca presente em suas escritas. Ao mesmo tempo em que o contexto do sistema público de saúde do Brasil proporciona um reconhecido espaço de formação de qualidade para essas educadoras, também mobiliza, envolve as pessoas em um engajamento político para sua melhoria e fortalecimento.

O movimento da Reforma Sanitária (CECCIM; FERLA, 2008) nas décadas de 1970 e 1980 foi crucial para a criação do SUS, e sua memória mantém vivo o desejo de novos sanitaristas em implementar um sistema universal, integral e equânime que atenda às necessidades da população brasileira, a saúde como um direito à cidadania. A formação de novos trabalhadores da saúde é a possibilidade de manter esse movimento de resistência.

A criação de cursos de formação de educadores da saúde dentro do próprio SUS alimenta e fortalece as lutas em sua defesa.

A possibilidade de fazer uma especialização em Preceptoria no SUS após a conclusão da Residência fortaleceu em mim o desejo da docência, e até o momento venho atuando como apoiadora pedagógica no Programa de Residência do qual sou egressa. Pude também concluir o mestrado e ingressar no doutorado, com a finalidade de qualificar o meu fazer enquanto docente, e nos programas em que passei percebi o quanto a academia tende a formar muito mais pesquisadores do que educadores. Muito bom retomar esse caminho até aqui, pois às vezes nos perdemos nos desafios diários e precisamos lembrar o que faz o nosso coração pulsar. Gratidão! (E1, 2021).

A especialização em Preceptoria no SUS foi uma oportunidade muito importante para minha formação pedagógica, senti-me mais segura de atuar. (E3, 2021).

A especialização em Preceptoria no SUS (OLIVEIRA, 2017), que teve ênfase na formação pedagógica em contexto de Residências em Saúde,

realizada em 2017, é lembrada como uma oportunidade de formação, reconhecimento e ampliação da segurança na docência, o que potencialmente estimulou o ingresso da E1 no mestrado e no doutorado na sequência.

Ao mesmo tempo, a E1 constatou que os espaços acadêmicos de mestrados e doutorados têm contribuído mais para a formação de pesquisadores do que de educadores, o que corrobora com as reflexões de Cunha (2018, p. 8) quando afirma que poucos programas de pós-graduação em mestrados e doutorados incluem “[...] conhecimentos, reflexões e práticas ligadas aos saberes pedagógicos [...]” que poderiam contribuir para profissionalização docente, e as reflexões de outros autores que discutem sobre a carência de formação pedagógica na saúde, apresentadas na seção 1.1.1 desta pesquisa.

Diante de tantas atribuições, habilidades e competências que devem ser desenvolvidas nessa função eu também estou em constante processo de aprendizagem, a cada dia uma nova descoberta, lição, desafios e superações. Sinto que estou vivenciando a educação permanente, a todo instante há troca de saberes com residentes, preceptores, e outros integrantes do corpo pedagógico, tanto em espaços reservados para isso como rodas de núcleo (‘tutorias’), turnos pedagógicos, apoio à preceptoria, turnos de formação quanto no dia a dia, acompanhamento dos residentes na sua prática em campo. (E1, 2017).

A integração entre o ensino e o serviço de saúde mostrou-se como um cenário de muitas possibilidades para a Educação Permanente em Saúde. O cotidiano do SUS, associado a uma proposta pedagógica que organiza os espaços de interação, potencializa a constante formação dos trabalhadores do SUS e as educadoras que estão abertas a vivenciar essa realidade.

A construção de espaços criativos, da novidade, de investimento na formação do coletivo e da própria formação, o fortalecimento da saúde coletiva e do próprio SUS, elementos que vão se traduzindo em uma “cidadanização” (CECCIM, FERLA, 2008, p. 453) quando a educação permanente em saúde acontece.

A composição do trabalho no contexto de atuação das educadoras, com diversos investimentos e induções por políticas públicas, a exemplo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2015), envolvendo a transversalidade do ensino, pesquisa e extensão associados à Educação Permanente em Saúde, é um

movimento em que é possível “[...] descrever *existencialidades educativas* na construção da noção de humano, de um modo de fazer e de uma direcionalidade que ela busca produzir nas instituições e pessoas” (FERLA, 2020, p. 118, grifo do autor), ao tempo em que produz um *efeito pedagógico*, ativa a vontade pela docência e vai tecendo novas identidades docentes.

5.4 Significados de se tornar educadora no SUS

A construção do SUS no Brasil demanda a formação de trabalhadores qualificados para enfrentar os desafios complexos e dinâmicos associados às crises político-econômicas e sociais do país, e às especificidades regionais de um país com enorme extensão territorial. Porém, a despeito da baixa atratividade da atividade docente neste contexto que envolve uma incipiente política de formação de educadores da saúde, baixo ou ausente reconhecimento financeiro pela função educadora, condições de trabalho precárias, a opção por se tornar educadora ainda emerge na área da Saúde.

Integrar uma equipe de educadoras do SUS predispõe conhecer as relações estabelecidas entre educadoras e residentes; entre educadoras, residentes e a população que acessa o serviço de saúde; entre educadoras, coordenação do programa de residência e gestores que pactuam que o serviço de saúde deve ser um espaço de formação de novos trabalhadores. As educadoras compartilharam as evidências do contexto de formação em serviços de saúde públicos com as suas características e linguagens que se estabelecem nesses serviços, que vão além do idioma que falam, mas do tipo de comunicação verbal e não verbal que se estabelece, a maneira como se movimentam e se organizam as práticas da saúde. Assim, integrar a preceptoria do SUS é compartilhar de saberes comuns do seu grupo, é possuir um conhecimento que possibilite “[...] compreender e produzir o fenômeno cotidiano da ordem social.” (COULON, 2017b, p. 1244).

O caminho para se tornar um membro da preceptoria (MATTOS, 2016), na maioria dos casos, passa por um convite de um gestor – coordenador com posição hierárquica superior – a uma trabalhadora que já atua no serviço de saúde e possui minimamente o título de pós-graduação *latu sensu* e, quando possível, experiência reconhecida pela instituição contratante. É convidada a

acolher outros trabalhadores “novatos” que se especializarão nas linhas de cuidado que o serviço disponibiliza e que ficarão sob sua responsabilidade por um período de meses ou anos, a depender da especialidade ou projeto curricular do curso.

Na maioria dos casos, não existe acréscimo na remuneração prévia, a trabalhadora passa a ser responsável não mais só pelo cuidado da população que já utilizava o serviço de saúde, mas passa a agregar também a responsabilidade pela educação de novos trabalhadores. Assim, aceitar a passagem para esse lugar de educadora é um rito de conflito e contradição entre a sobrecarga de trabalho, sem reconhecimento financeiro correspondente e o bônus do reconhecimento social por assumir o papel de destaque na condução de novos trabalhadores, o que na área da Saúde perpassa por um reconhecimento da comunidade sobre suas experiências (MATTOS, 2016; ARNEMANN, 2017; SILVA, 2017).

Para tornar-se educadora sem formação pedagógica prévia, a trabalhadora recupera sua vivência anterior como estudante ou residente, ao lembrar como foi sua própria formação nos serviços de saúde e de que maneira seus educadores desenvolviam suas práticas pedagógicas e identidades profissionais, reproduzindo as práticas a partir de suas memórias de formação, atualizando-as no contexto em que trabalha. Construir sua nova identidade de educadora-preceptora envolve, na maioria das vezes, uma iniciativa pessoal em procurar apoio de pessoas mais experientes e leituras autônomas sobre o tema.

Os desafios cotidianos de conciliar o cuidado aos usuários, prezando pela qualidade das práticas do serviço de saúde e possibilitar um ambiente de aprendizado aos residentes, possivelmente, estão entre as principais preocupações. Se antes manter-se atualizada quanto às melhores evidências em saúde para cuidar da grande demanda de pessoas que procuram o SUS já era uma tarefa difícil, incluir novos trabalhadores na agenda de atendimentos do serviço, gerir um novo ritmo de atendimentos (visto que trabalhadores novos e em aprendizado precisam de mais tempo para concluir atendimentos), planejar, ofertar e avaliar as possibilidades de aprendizado articuladas aos momentos de cuidado, dialogar e negociar as demandas com a coordenação do programa e gestores, faz com que pertencer a esse novo grupo social

tensione a aquisição de novas competências no campo do cuidado, da gestão e da educação.

Ao ingressar no curso de especialização em Educação para Preceptores do SUS em 2017, as educadoras deste estudo foram solicitadas a escrever um portfólio reflexivo e consolidá-lo posteriormente em um memorial formativo para registrar as relações entre suas vivências cotidianas na preceptoria e as reflexões disparadas, a partir de atividades do curso. Muitas educadoras apresentaram dificuldades, dentre elas, a de olhar para si e se colocar em análise como educadora. A maioria nunca utilizou esse método de escrita cotidiana em seus processos formativos prévios, sentiram-se inseguras num primeiro momento, mas ao ganhar confiança na escrita e se perceberem acompanhadas pela educadora do curso, passaram a perceber a potência do retorno ao papel de estudante-educadora.

O memorial formativo utilizado nesse contexto de formação pode ser encarado como um tipo de diário de afiliação (COULON, 2017b), à medida que as educadoras foram convidadas a registrar suas emoções perante os desafios de se tornarem educadoras, reconhecer as potências e fragilidades de suas práticas e estimular a formular estratégias para superar tais fragilidades, além de servir a um processo de progressiva afiliação, a construção da identidade de educadora.

A identidade de educadora predispõe que neste movimento de escrita reflexiva elas se identificassem e se reconhecessem educadoras (CUNHA, 2018). Ao acionar suas recordações-referências (JOSSO, 2010), teceram novas compreensões sobre sua própria identidade e seu modo de estar no mundo.

VI. A PRAXIS DOCENTE PELA NARRATIVA DAS EDUCADORAS

[...] não gosto de um trabalho apenas mecânico e operacional e tampouco de um trabalho baseado apenas em leitura e observações, gosto de ser afetada pelas relações e utilizo estas afetações fazendo conexões entre minha prática e leituras. (E4, 2021).

A formação de educadoras a partir da reconstrução de suas histórias de vida e escolarização associadas às experiências sobre suas próprias práticas, com o dispositivo das narrativas (auto)biográficas “[...] tendem a fazer com que se infiltrem na prática atual novas opções, novas buscas e novos modos de conduzir o ensino” (BUENO et al., 1993, p. 302), um movimento de autoengendramento.

A participação nesta pesquisa constituiu então uma possibilidade de pesquisa-formação para as educadoras (JOSSO, 2010; SOUZA, 2006, 2014) ao investigarem as memórias das suas histórias de vida e trabalho e tornarem-se autoras em suas escritas e reescritas reflexivas.

Bueno e demais autores (1993), ao apresentarem seus estudos sobre docência, memória e gênero, atentam para o fato de que, apesar de grande parte das educadoras não problematizarem a condição de ser mulher e educadora em suas narrativas, é fundamental compreendermos que existe uma “visão feminizante do mundo”, ou seja, as mulheres apresentam perspectivas sobre o mundo e as relações estabelecidas a partir do seu lugar de estar em sociedade, consolidado a partir “[...] de valores, hábitos, crenças, modos de pensar e de ser, a que cada mulher está sujeita” (BUENO et al., 1993, p. 312). A cultura de privilégios dos homens está presente na consciência social das mulheres, experienciada desde criança. Assim como a história da presença prevalente das mulheres nos espaços de cuidado, na educação e na saúde.

As educadoras narraram suas experiências cotidianas, seus modos de fazer e ser na docência, reflexões produzidas em dois tempos, em 2017 e em 2021.

No tempo de 2017, suas narrativas foram mediadas pela indução de um processo formativo, pela interlocução com uma educadora que “provocava”, fazia perguntas e solicitava uma escrita de si todos os meses, o que resultou na escrita de um memorial formativo.

No tempo de 2021, suas narrativas foram construídas em meio a um contexto adverso de uma pandemia, mediado por ferramentas digitais e um outro tempo de pensar e agir sobre a vida e o trabalho. Suas escritas atenderam a um novo convite, um chamado da mesma educadora do passado,

mas que agora solicitou um novo investimento de registro sobre si e como possibilidade de contribuição para outros educadores da saúde.

Assim, o tempo e o momento determinaram narrativas contextualizadas, vozes atravessadas pela realidade.

6.1 Abertura à aprendizagem e ao erro: reconhecimento do inacabamento

A ideia de professores detentores do saber (CUNHA, 2018), sempre com as melhores respostas, prontos para qualquer pergunta, no auge do conhecimento acumulado por anos, plenos e poderosos, provavelmente fez parte da formação da maioria das educadoras da saúde da minha geração, assim como fez parte da minha formação até alguns anos atrás. Essa era a verdade que eu conhecia na universidade: o professor sempre sabe mais e está pronto para transmitir seus conhecimentos aos seus alunos.

A desconstrução dessa ideia passa por anos de aproximação de um outro paradigma de educação. E vai além de uma desconstrução teórica sobre o que é o fazer e ser educadora, é ter a possibilidade de vivenciar, ver de perto alguma educadora que seja capaz de fazer diferente do que eu vivi quase a vida inteira.

“Ensinar exige consciência do inacabamento” (FREIRE, 2014, p. 49) do ser humano, a possibilidade e a responsabilidade ética pela mudança, para o aperfeiçoamento, uma ação sobre o mundo em constante transformação. A humildade de reconhecer o erro ou não saber permite à educadora e educador seguir em um “tempo de possibilidades, e não de determinismo” (FREIRE, 2014, p. 49).

Durante o curso de especialização em 2017, algumas educadoras colocaram em análise o novo momento de abertura para pensar sobre seus lugares de educadoras. As narrativas evidenciaram que a Residência é um espaço em que podem aprender mais, podem errar e fazer a autocrítica.

A E1 abordou questões relacionadas ao não saber, aos questionamentos sobre o papel docente, aos deslocamentos sobre suas compreensões acerca desse tema em fragmentos de narrativas de 2017 e 2021, a seguir.

Esse curso fez total diferença na minha prática pedagógica e não poderia ter iniciado em um momento melhor para mim, o seu começo em março de 2017 coincidiu com o início da minha vivência como apoiadora pedagógica (primeira experiência pedagógica consciente, colocada em reflexão e questionamentos). Esses dois espaços de aprendizagem, o curso e a Residência, se complementaram e o fato de serem vividos simultaneamente foi muito positivo, existiu um reforço pedagógico à medida que foram acontecendo os encontros do curso e os espaços de formação na Residência. (E1, 2017).

Muitas vezes, senti insegurança, medo de 'errar', de não saber tudo, sentimentos que são cultivados na cultura tradicional de aprendizagem, em que a figura do educador está no centro, em evidência, como detentor de todo o saber. Mas aos poucos tenho desconstruído isso; a minha postura de aceitar minhas limitações e a aprendizagem que tenho tido com os residentes me mostram essa evolução. Está sendo essencial a participação neste curso de formação em Preceptoria no SUS para fazer essas reflexões, por isso, mesmo com diversas demandas da Residência e do mestrado que estou fazendo, resisto em não desistir desse curso. (E1, 2017).

Uma experiência que marcou a minha trajetória que se inicia como educadora foi a primeira vez que assumi o meu não saber sobre determinado questionamento feito pelo residente, sem culpa, com consciência e entendimento de que posso não saber tudo mesmo na condição de Apoiadora Pedagógica de Núcleo (APN). Nessa situação, eu fui em busca, junto ao residente, da resposta mais adequada para aquela determinada circunstância diante da sua dúvida. (E1, 2017).

A partir da reflexão diante das práticas, já consigo perceber em quais pontos preciso melhorar, e isso tem sido incentivado também com os residentes no momento em que são questionados sobre suas próprias condutas e se analisam, reconhecendo necessidades de aprendizagem e fragilidades. (E1, 2017).

Como sempre estive aberta à aprendizagem, acredito que estou no lugar certo, de eterna aprendiz, pois o fazer na docência (ainda mais no contexto do SUS) possibilita a constante movimentação de saberes. Reconheço que ganhei mais confiança, inclusive em 'errar' [...]. (E1, 2021).

Além disso, avalio que ainda necessito qualificar a minha capacidade organizacional das atividades que venho desenvolvendo, a fim de conseguir cumprir os prazos e pactuações realizadas. (E1, 2021).

As narrativas da E1 revelaram em dois tempos a sua trajetória de construção de uma práxis, de reconhecimento de sua possibilidade de errar e aprender permanentemente. Em 2017, conta sobre um momento em que, pela primeira vez, se permitiu assumir o não saber perante um residente. Relata ainda que estava exercitando junto aos residentes a capacidade de reconhecer suas fragilidades e suas necessidades de aprendizagem. Depois de quatro anos, em 2021, retomou essa questão e reconheceu o sentimento de maior segurança perante as incertezas, porém sempre em busca de se qualificar, em busca de aprender e ser uma educadora melhor.

O meu respeito de professor à pessoa do educando, à sua curiosidade, à sua timidez, que não devo agravar com procedimento inibidores, exige de mim o cultivo da humildade e da tolerância. Como posso respeitar a curiosidade do educando se, carente de humildade e da real compreensão do papel da ignorância na busca do saber, temo revelar o meu desconhecimento? (FREIRE, 2014, p. 65-66).

Exercer essa educação que convoca a uma coerência na relação entre educadores e educandos exige ainda coragem para enfrentar uma estrutura rígida de rituais acadêmicos, de uma tradição de reconhecimento social do poder de especialistas na área da Saúde e, principalmente neste contexto estudado, um programa de formação de especialistas da saúde.

Nesse contexto complexo em que se desenvolve o trabalho em saúde e a educação de trabalhadores, é o espaço em que se fortalece as redes de atenção com serviços de saúde localizados cada vez mais próximos de onde as pessoas vivem e trabalham, é o espaço em que se observa, além de um adensamento tecnológico, a transição de um paradigma disciplinar e da transmissão de conteúdos para uma compreensão ampliada da saúde coletiva e da aprendizagem significativa na formação (CECCIM; FERLA, 2008; FERLA, 2021).

É acima de tudo um imperativo ético a postura de educadores que sejam capazes de perceber a necessidade de buscar conhecimentos antes de uma decisão que pode mudar a vida de outras pessoas ou até mesmo colocar em risco a saúde das pessoas. Tomar decisões inseguras a partir de um fazer arrogante de educador-trabalhador da saúde pode, além de colocar vidas em risco, formar outros trabalhadores da saúde com a mesma arrogância em dar respostas ou agir de maneira insegura, a reprodução da educação hegemônica que está sob o medo do julgamento de outros trabalhadores e dos próprios usuários que estão sob seus cuidados nos serviços de saúde.

Uma postura docente que reconhece seus limites e compreende que os próprios educandos são capazes de fazer suas próprias pesquisas e produzir conhecimentos ainda não é comum (CUNHA, 1992). O reconhecimento dos “bons professores” na perspectiva dos educandos inclui a habilidade de incentivar a participação, utilizar as indagações como mobilizadoras para a aprendizagem, uma aproximação dialógica e afetiva com os educandos.

[...] o caso que aconteceu dentro da secretaria de saúde do município de Camaçari durante o acompanhamento de uma residente que estava em estágio optativo. Nesse momento, começou uma discussão sobre o tema mesmo sem nenhuma das duas terem a convicção de que estavam certas. Então percebo que tive uma conduta inadequada onde eu deveria dizer que buscaríamos a informação juntas já que eu não sabia responder à pergunta da residente de pronto, o que eu fiz depois do episódio foi uma reflexão sobre a minha postura e como o meu feedback foi inadequado para o momento, fui pra casa e fiquei buscando em uma série de fontes se conseguia essa informação de forma institucional pelo Ministério da Saúde, porém não foi encontrado. Percebo com isso que eu deveria estimular a autonomia dela a buscar essa informação e depois multiplicá-la. (E7, 2017).

Assumir essa posição de abertura à aprendizagem e ao erro exige uma progressiva segurança do seu lugar docente. Construir uma relação de confiança com educandos para que percebam que o educador não perde sua autoridade pelo fato de ter uma postura ética nas situações de incerteza (FREIRE, 2014). Ao contrário, mudar a cultura de uma educadora-trabalhadora da saúde “iluminada” que detém todos os conhecimentos para a aproximação do ser humano que possui muitos conhecimentos, mas que não está acabado, está em constante crescimento, está em constante aprendizagem e busca por novas possibilidades.

O Confronto do aprendizado iniciou ao ser questionada sobre o que irei fazer sobre o que vejo. Então refleti que realmente tudo depende do ser ativo, aprender depende do eu, pois só aprendo fazendo, conhecer só depende de mim, porque a busca é minha, permitir-se, depende apenas da minha coragem em ir, fazer e experimentar também! [...] Desta forma, iniciei o meu deslocamento em busca de uma resignificação como trabalhadora do SUS, como pensadora, como cidadã, como multiplicadora deste processo em busca de uma construção de uma formação crítico-social. (E6, 2017).

[...] este caminhar não haverá um final, mas sim o alcance de um objetivo que é permitir construir sentidos para o processo de trabalho de forma coletiva, para que todos ao nosso redor sejam mobilizados e consigamos ser afetados pela necessidade de debater as decisões e compartilhar o que alcançamos. (E6, 2017).

Para o exercício permanente da autocrítica, é importante a existência de espaços de educação permanente que coloquem a prática docente em análise. Espaços institucionais em que exista a confiança para que educadores coloquem as situações que vivenciam em reflexão, que compartilhem suas experiências e boas práticas, que façam movimentos individuais e coletivos de busca de novos conhecimentos e criação de novas soluções.

O portfólio também soou assustador nos primeiros meses do curso, nunca tive a oportunidade de escrever sobre as inquietações e afetações de forma livre, sem colocar o pensamento de outros autores e as regras formais de escrita. Tinha a

sensação de que escrevia um diário a cada encontro, descrevendo as atividades realizadas no curso, até que numa das atividades propostas de feedback do portfólio em dupla, coloquei a minha dificuldade de inserir nele aspectos da minha vivência prática. A colega que me fez o feedback me encorajou a incluir aspectos que eu discutia nas atividades de grupo e vivenciava no cotidiano do trabalho de forma livre e independente, mas eu não entendia o que era isto. No momento que fiz o feedback do portfólio dela, entendi o que ela chamava de escrita livre, era realmente se despir dos paradigmas da escrita formal e se aventurar em ser colocar ali situações do cotidiano que interferiam no aprendizado no decorrer do curso. Esse feedback foi a minha libertação! (E5, 2017).

Nesses quase três anos de Residência, acompanhei diversas atividades e penso que poderia ter colaborado mais no processo de formulação das mesmas, para além da crítica ao modelo apresentado. Sabia o que não queria, mas não tinha ferramentas para apresentar uma proposta. (E2, 2017).

[...] revisitei minhas práticas enquanto docente e como apoiadora pedagógica institucional da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em especial, enquanto preceptora das residentes sanitárias. Por mais que eu floresse a apresentação, tentasse dar autonomia aos residentes, mudar os formatos das atividades, diante de uma situação problemática, voltava novamente para as ferramentas clássicas de atuação. Por melhor que fossem as minhas intenções, eu não via em mim possibilidades de atuação diferentes da metodologia tradicional de ensino. (E2, 2017).

Ainda sinto que posso aumentar meu leque de ferramentas e metodologias para as discussões, acho que tenho poucas. (E4, 2021).

As narrativas das educadoras E2 e E4 me remeteram a um contexto em que a mudança de paradigma educacional requer mais do que a compreensão sobre as bases que constituem o fazer docente e suas relações históricas com a pedagogia da transmissão ainda hegemônica. A mudança efetiva, uma práxis transformadora, requer ferramentas, um repertório metodológico coerente com as intencionalidades educacionais desse novo paradigma educacional, um fazer cotidiano que transcenda uma nova postura docente democrática e aberta à aprendizagem, mas que traga subsídios concretos para o fazer docente.

A Residência da FESF-SUS proporciona espaços de educação permanente aos seus educadores, o que provavelmente possibilita ainda uma cultura institucional sobre a necessidade de estar em constante formação. O compartilhamento entre pares e a corresponsabilização com o coletivo ao pautar temas para a formação do grupo, conforme as narrativas a seguir.

Atualmente, com a chegada de muitos residentes negros, o racismo estrutural tem sido colocado, pautado e denunciado, então, tenho buscado entender e estudar sobre as microgressões da discriminação e tento sensibilizar o corpo pedagógico sobre a

necessidade desta pauta fazer parte nas oficinas de formação do corpo pedagógico. (E3, 2021).

A dinâmica assumida pela Educação Permanente em Saúde, ao privilegiar que problemas reais enfrentados pelos sujeitos tenham espaço para reflexão e aprofundamento, amplia as possibilidades de entrada de um “currículo oculto” (SILVA, 1996) na experiência educacional. Seriam aspectos, muitas vezes não citados ou não priorizados no currículo formal, mas que, ao fazerem parte da cultura e do momento histórico social, ingressam de maneira interdisciplinar, ou ainda, no contexto da Residência, de maneira interprofissional.

As narrativas trataram de um ambiente favorável à reflexão sobre a práxis pedagógica, espaços de formação docente com possibilidades de questionar a ordem vigente.

Na prática pedagógica concorrem diferentes discursos que legitimam suas práticas dominantes: o discurso dominante da inteligência, do discurso dominante do gênero, o discurso dos valores tradicionais, além dos discursos de classe, etnia, religião, região, etc. [...] o discurso pedagógico representa interesses políticos e, em consequência, não está isento das relações de poder. (SILVA, 1998, p. 20).

A abertura à aprendizagem permanente, aprender a lidar com o erro e o reconhecimento do inacabamento, requer um ambiente institucional, um espaço coletivo, para além de uma postura individual das educadoras. Reconhecer ainda que os discursos e práticas estão em constante disputa, pois representam interesses políticos e são atravessados pelas relações de poder.

A troca com residentes, com os técnicos do município, colegas do corpo pedagógico e com a coordenação de campo, tudo isso nos amplia os horizontes e nos faz crescer pessoal e pedagogicamente. (E5, 2021).

O refazer-se e reinventar-se na produção dos encontros acontece na dimensão micropolítica do fazer a docência no encontro com o educando, mas também com o limite do próprio fazer, o que requer novos encontros com outros educadores, trabalhadores do serviço, usuários, gestores do município e da coordenação do Programa de Residência, é o quadrilátero da formação

para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FERLA, 2021), uma mandala viva e em movimento.

6.2 Habilidades de comunicação: escuta, acolhimento e apoio na interação educadora-residente-equipe

A prática colaborativa interprofissional (PEDUZZI et al., 2020) é reconhecidamente produtora de acesso, qualidade no cuidado em saúde, melhor custo-efetividade, além de ser capaz de melhorar a experiência de usuários, familiares e comunidade, e ampliar a satisfação dos próprios trabalhadores da saúde.

Peduzzi e demais autores (2020) fizeram uma revisita ao conceito de trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001) amplamente utilizado na área da Saúde, em diálogo com a literatura internacional e a “[...] adoção da teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas como referencial articulado ao de processo de trabalho em saúde”. (PEDUZZI et al., 2020, p. 3).

O trabalho em equipe é necessário ao considerarmos a complexidade das necessidades em saúde e os diferentes saberes das profissões da área que, ao compartilharem de pressupostos éticos, normas e convicções comuns, podem atuar de maneira interprofissional, através de um agir estratégico e instrumental e de um “[...] agir comunicativo, que pressupõe o diálogo e o entendimento dos sujeitos envolvidos”. (PEDUZZI et al., 2020 apud HABERMAS, 2009, p. 6).

As educadoras narraram sua percepção sobre a necessidade de qualificar a comunicação nas interações entre as pessoas, especialmente entre educadoras e educandos. Em contextos extremos, como os que vivenciaram no ano de 2021 durante a pandemia, suas memórias resgataram, entre as possibilidades pedagógicas, a comunicação como um elemento muito importante do seu fazer docente, seja numa boa comunicação com os residentes, seja na capacidade de apoiar grupos e equipes a se comunicarem melhor, seja no desenvolvimento de estratégias possibilitadas pela coordenação do Programa de Residências.

Encontrar pessoas reativas, descontentes, desmotivadas e ansiosas no decorrer do processo corroborou com a tese de que o diálogo pode não só estreitar laços, mas pode transformar pessoas que muitas vezes são estigmatizadas e pormenorizadas por simplesmente não conseguirem expor seus sentimentos, vivências e preocupações. Enxergo hoje que a docência me transformou e contribuiu com a transformação de outras pessoas (dentro e fora do contexto da residência) e dos ambientes de trabalhos em que atuei. A residência me fez mais democrática, participativa, mais atenta a acolher e escutar. (E5, 2021).

A docência na residência é entusiasmante e intensa, requer autocuidado, autoconhecimento e muita comunicação para não ser adoecedor. (E3, 2021).

Exercitar a escuta e acolhimento do que pensam e sentem as pessoas desse contexto parece ser algo transformador e valorizado na prática das educadoras. Uma delas se reconhece “mais democrática e participativa”.

As habilidades de comunicação têm sido discutidas e valorizadas na formação de trabalhadores, especialmente no contexto de cuidado na Estratégia Saúde da Família. São reconhecidas como fundantes de novas relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, compondo uma mudança de modelo de cuidado, uma abordagem centrada na pessoa, que envolve acolhimento, escuta, humanização (CERON, 2012).

O contexto da Estratégia Saúde da Família, em que uma equipe de saúde acompanha de maneira integral e longitudinal uma comunidade, demanda a construção de vínculos e aprofundamento das relações, não só as relações estabelecidas entre trabalhadores e pessoas usuárias do serviço de saúde, mas entre membros da própria equipe de saúde que precisam planejar e articular suas ações de cuidado, e entre trabalhadores e gestores municipais que acompanham o trabalho das equipes.

[...] é neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção de processos interseções, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras [...]. (MERHY, 2002, p. 51)

Desenvolver novas habilidades de comunicação é imprescindível para romper com o histórico distanciamento entre profissionais de saúde e a população, romper com a comunicação fria centrada na doença e em procedimentos, romper com as dificuldades de compreensão do profissional sobre a realidade das pessoas em cuidado e das dificuldades de compreensão

da população com a linguagem técnica e mecânica durante os atendimentos, romper um ciclo de descuido no ambiente da saúde.

As educadoras que trabalhavam nesse contexto tinham uma comunicação intensa com todos os sujeitos desse cenário, e pelo seu lugar que ocupavam dentro da equipe, atuavam ainda como importantes mediadoras de conflitos, conforme as narrativas a seguir.

É comum estar mediando conflitos, neutralizando ruídos que podem virar problemas, estou sempre buscando trabalhar o autoconhecimento e estudar sobre desenvolvimento de habilidades de comunicação. (E3, 2021).

Acredito que é importante estimular o sujeito a refletir e destacar suas impressões e sentimentos durante o processo de ensino-aprendizagem, pois isso facilita o diálogo entre o facilitador e profissionais em formação e a percepção da sua evolução qualitativamente. (E1, 2017)

Os conflitos fazem parte das relações intersubjetivas nos serviços de saúde. Existe a necessidade de um esforço de cooperação, de “atitudes reflexivas argumentativas” e “a construção de acordos interprofissionais” (PEDUZZI et al., 2020, p. 6). Além disso, é importante considerar que historicamente os usuários dos serviços possuem menor possibilidade de manifestar seus desconfortos dada a desigualdade nas relações de poder estabelecidas entre trabalhadores e a população.

Entender que as coisas acontecem porque tem que acontecer e que não tenho controle de todas as situações e que por mais que eu queira prevenir conflitos, esta prevenção não depende apenas de mim. (E4, 2021).

Apesar de não terem sido abordados de maneira explícita nas narrativas das educadoras nesta pesquisa, ponto que são frequentes os conflitos que envolvem a desigualdade nas relações de poder entre membros da própria equipe, consideradas as diferentes histórias das profissões da saúde, as contradições na divisão social do trabalho (PEDUZZI et al., 2020) e que reproduzem as desigualdades sociais, as diferenças do trabalho entre nível técnico e nível universitário, relações hierárquicas, as disputas por atos profissionais, especialmente entre os profissionais médicos e as demais profissões.

O exercício de uma avaliação dialógica que permita espaços reflexivos, de devolutivas entre educadores e residentes, é uma possibilidade de qualificar

os espaços de comunicação e aprendizagem. A narrativa de E1 em 2017 e 2021 colocou em análise seus deslocamentos.

Nesse dia da primeira devolutiva, era tudo novidade. Um dos residentes se sentiu super à vontade e tivemos uma conversa muito tranquila sobre os acontecimentos que o afetaram no período, suas aprendizagens e reflexões. Eu não tinha uma metodologia estruturada, mas a conversa fluiu, foi destacado o que havia de positivo no processo da vivência e na escrita, o que precisava melhorar e permitiu-se que o residente falasse sobre como se sentia diante da experiência da construção do portfólio. O(a) segundo(a) residente a receber o feedback tinha muito temor, estava totalmente desconfortável naquele ambiente, era perceptível que encarava a devolutiva como uma avaliação (aquele dia tenso de prova!) que geraria notas/escores e parecia muito preocupado(a) com o julgamento e a aprovação pelos 'avaliadores'. À medida que aconteceu a conversa, foi relaxando mais e chorou muito de tanta tensão que estava sentindo, tanto pelo momento quanto pela experiência inicial de inserção na residência em um campo de prática que requer disputas constantes, reflexões, processo de aprendizagem rico, mas também inicialmente doloroso. Fiquei pensando o quanto o modelo tradicional, vivenciado pela maioria dos indivíduos durante toda sua vida, influencia na forma de ver os processos avaliativos, causando temor, tensão e desgaste psicológico no momento em que se fala de 'avaliação' ou algo que remete a isso como a devolutiva. Mas também fiquei feliz pelo fato do(a) residente ter conseguido expressar seus sentimentos naquele espaço, desconstruindo a ideia inicial que tinha do feedback. Posteriormente, ele(a) escreveu no seu portfólio essa experiência e fez tais reflexões também, sendo perceptível seu deslocamento. (E1, 2017).

[...] consigo me comunicar melhor com as pessoas, exercer a empatia, construir melhores relações interpessoais, desenvolver o senso crítico, dar devolutivas positivas e negativas de maneira assertiva, trabalhar com o coletivo. (E1, 2021).

A avaliação por competências (LIMA, 2005, p. 377) tem um caráter reflexivo e dialógico na relação entre educadoras e residentes. Os currículos orientados por competências integram: “[...] teoria e prática; capacidades e ações; contextos; e critérios de excelência.”. Essa abordagem envolve ainda espaços de autoavaliação em que o educando compreenda os desempenhos, capacidades de ação esperados e os critérios para que consiga desenvolver uma crescente autonomia em relação às áreas de competência.

Quando estou em campo, me coloco disponível a apoiar qualquer residente e preceptor, e eles sabem disso, além de observar e dar atenção aos funcionários do município e aos usuários. (E3, 2021).

Ouvir e ter abertura de diálogo com residentes, servidores, preceptoria e demais colegas. (E4, 2021).

As dimensões da gestão do processo pedagógico, gestão do serviço de saúde e gestão do cuidado direto aos usuários, estão entre as atribuições da docência no contexto das residências em saúde (FESF-SUS, 2018; OLIVEIRA et al., 2017). Essa múltipla carga de trabalhos associados, que demanda um

esforço de sistematização de conhecimentos, habilidades e atitudes dessas educadoras, revela a necessidade de desenvolver habilidades de comunicação para coordenar grupos e apoiá-los nos desafios cotidianos do trabalho e em sua organização no serviço de saúde.

Outro ponto importante é a reunião de equipe como ferramenta de produção de cuidado por permitir o diálogo entre ela, ressaltando a necessidade de pactuar ações e/ou compromissos que devem ser cumpridos por todos os seus membros. Ainda neste contexto, cabe ponderar a relação entre a necessidade real x desejo do usuário. (E5, 2017).

As equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família, nos serviços de saúde em que as educadoras colaboradoras desta pesquisa se inserem, entre as atribuições que compõem sua agenda semanal de trabalho, possuem as reuniões de equipe como ponto estruturante das suas ações. É na reunião de equipe que os pactos sobre o funcionamento do serviço e das atividades comuns a todos os trabalhadores acontecem ou deveriam acontecer. É mecanismo democratizante dos atos em saúde, visto que, para o cuidado integral, é necessário o encontro dos diversos saberes das profissões que constituem a equipe, traduzidas em cuidado coordenado à população do território sob sua responsabilidade.

Pode-se dizer que, no processo de trabalho em saúde, a aplicação do conhecimento técnico-científico de cada profissional constitui o agir instrumental. E o agir comunicativo envolve a busca do entendimento entre os trabalhadores da equipe de saúde e destes com os usuários e famílias, tanto na tomada de decisão como na construção de objetivos comuns para o cuidado. (PEDUZZI et al., 2020 apud PEDUZZI, 2001, p. 7).

A pandemia tornou ainda mais complexo esse contexto em desenvolvimento recente, com a criação do Programa de Residências em 2015. Porém, apesar de reconhecerem as fragilidades, algumas educadoras reconheceram também que possuíam suporte institucional da coordenação do Programa de Residências para se desenvolverem, se reconheceram como grupo ou “corpo pedagógico” e reconheceram ainda que desenvolviam ferramentas e tecnologias de maneira coletiva, conforme narrativas a seguir.

Comecei na Residência em 2015 e é evidente o quanto avançamos enquanto corpo pedagógico, com as ferramentas, os espaços, as tecnologias que desenvolvemos no decorrer desses anos e especificamente desde 2019, a pandemia nos obrigou a descobrir novas formas de comunicação para garantir a aprendizagem significativa, mesmo num cenário tão caótico. (E2, 2021).

Com a pandemia, tivemos que realizar as atividades teóricas remotamente, e o apoio da coordenação pedagógica foi importante para facilitar o processo. (E3, 2021).

A valorização da comunicação a partir da escuta e acolhimento exige disponibilidade para o diálogo. A abertura para conhecer o que as outras pensam e acreditam, mesmo que possuam posições divergentes ou diferentes perspectivas, deve compor o rol de saberes necessários à prática educativa. Paulo Freire lembra que ter uma postura ética e respeitosa de abertura ao mundo e no diálogo com outras pessoas faz parte ainda do compreender-se inacabado. “O sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento na história”. (FREIRE, 2014, p. 133).

A abertura ao diálogo implica uma escuta associada a um olhar atento para promover a compreensão ampliada sobre as dimensões que compõem a realidade, o “contorno ecológico, social e econômico”, a imersão na realidade em que atua como educadora. A decisão ético política de intervir no mundo vem acompanhada da necessidade de agregar “[...] saberes outros da realidade concreta, da força da ideologia; saberes técnicos, em diferentes áreas, como a da comunicação” (FREIRE, 2014, p. 135).

O ambiente da Residência na Atenção Básica exige a mobilização de muitas pessoas em torno de um projeto comum e é narrado como desafiador pela E2 em dois tempos:

Na minha perspectiva, este é o nosso maior desafio dentro da Residência. Como apontar caminhos para autonomia? Como ativar quem não quer ser ativado? Me fiz essas perguntas por diversas vezes durante o curso e ainda estou na busca para respondê-las [...]. (E2, 2017).

Desde meus primeiros contatos com os residentes, me pergunto sobre o COMO. Como fazer para ativar, motivar, estimular quem não quer ser ativado. Essa ainda é uma questão pra mim. Porque nunca uma única resposta vai dar conta de atender às diferentes motivações dos residentes. Cada um provoca em nós chamamento para sempre estarmos nos aperfeiçoando. Percebo isso como bom no final de cada turma, mas por vezes também me sinto muito cansada. (E2, 2021).

Nesse ambiente de intensa interação e produção coletiva do cuidado, nem sempre todos os trabalhadores desejam trabalhar juntos e em colaboração, muitas vezes desejam preservar algum grau de autonomia que atenda a seus próprios interesses (PEDUZZI et al., 2020) e podem mostrar pouca disposição a participar dos processos que exigem posicionamentos para chegar a consensos.

A necessidade de fundamentar a interação e integração do trabalho em equipe multiprofissional na saúde (PEDUZZI, 2001) é preocupação na área, pois o estabelecimento de um trabalho coletivo baseado no entendimento da reciprocidade (PEDUZZI et al., 2020, p. 8) “[...] que fundamenta as relações entre ação instrumental e ação comunicativa intersubjetiva”, e o reconhecimento da interdependência entre as profissões possibilitarão a superação da fragmentação do cuidado, a construção das Redes de Atenção à Saúde e o fortalecimento do SUS.

A comunicação aqui, além de considerada fundamental para o trabalho interprofissional na saúde, é destacada como fundamental na atuação docente, ampliando a complexidade das interações dialógicas necessárias para o desenvolvimento do trabalho coletivo, como ferramenta que organiza a maneira de estar no lugar de educadoras, que possibilita construir seu fazer na docência em contexto singular e requer constante ação-reflexão-ação.

6.3 Narrativas da práxis e a transição entre paradigmas educacionais na saúde

A práxis emerge nas narrativas das educadoras nesta pesquisa a partir do resgate de suas memórias, num trabalho reflexivo sobre suas experiências no contexto da Residência. Compreendendo a práxis (MARX, 1982, 2008; BARROS, 2011; FREIRE, 1987) como um conceito que produz uma conexão entre a teoria e a prática, articulada à ação transformadora do mundo ao interpretá-lo, a articulação entre “o perceber, o pensar e o fazer humanos” (BARROS, 2011, p.188), e a mudança do mundo através do trabalho humano, reuni nesta seção as narrativas em que as educadoras se percebem num

processo ativo de transição de paradigmas educacionais através do seu fazer docente.

Neste movimento de identificação sobre suas práxis, importa perceber essa articulação do pensar e do fazer, o momento de “virada” em que mais que compreender novos conhecimentos, demonstra implementar ações, traduzir o que leem, discutem, refletem, em interações transformadoras junto aos trabalhadores que estão em formação.

As narrativas sobre a práxis em transformação e transição foram registradas nos memoriais em dois tempos distintos. Em 2017, a mobilização dos modos de pensar e exercer a docência foi frequente ao vivenciar atividades durante o curso de especialização em Educação na Saúde. Ao passo em que experimentavam novas possibilidades propostas na especialização, colocavam sua própria realidade em reflexão, eram convidadas ainda a experimentar novos modos de fazer no seu cotidiano e retornar ao memorial para refletir e narrar. Em 2021, após quatro anos de experiências a partir do primeiro memorial, as narrativas ainda refletiram processos de mudança, de intensas elaborações sobre o seu fazer e sobre ser docente, e já conseguiam reconhecer seus próprios deslocamentos.

(Ser educadora) Requer ferramentas inovadoras para uma geração de preceptores que nasceram, cresceram e vem reproduzindo a forma tradicional de ensino e aprendizagem. A própria Residência Multiprofissional em Saúde da Família veio se aprimorando em suas práticas pedagógicas no decorrer de seus três anos de existência. (E2, 2017).

O contexto do Programa de Residência retratado aqui, desde a sua criação, garantiu espaços de formação docente na carga horária mensal. Além disso, envolveu preceptoras no processo de construção do projeto político pedagógico (FESF-SUS, 2018) e no desenvolvimento do planejamento das ações, com intensa troca de experiências, ferramentas e dispositivos.

Vale lembrar ainda que a forma tradicional de ensino e aprendizagem citada na narrativa da E2 é uma vivência prévia ao contexto da pós-graduação – Residência – e que, nesse tipo de formação, a interação entre educadoras e educandos-trabalhadores acontece prevalentemente dentro dos serviços de saúde, ou seja, uma vivência diferente das anteriores e que muitas preceptoras

têm poucas referências prévias desse fazer docente entrelaçado às ações de cuidado direto à população.

Vivenciar a autonomia que o curso propõe não tem sido fácil. À primeira vista, as metodologias ativas parecem um método de aprendizagem superficial, onde cada um faz o que quer, como quer, quando quer e se quiser. O princípio da autonomia do sujeito requer um esforço pessoal e um compromisso com o coletivo que não estamos acostumados. (E2, 2017).

Em outro fragmento, a E2, ainda em 2017, analisou que a formação docente no curso de especialização estava tensionando a produção de uma autonomia que também não conhecia previamente em outros espaços formativos. Problematizou que a metodologia que propõe essa autonomia, ao mesmo tempo que aparentava baixa diretividade, impunha maior esforço individual e compromisso coletivo.

Essa primeira impressão sobre o tensionamento pela autonomia, narrada pela E2, acompanha a crítica (SILVA, 1998) sobre a pedagogia construtivista, que problematiza o favorecimento dos mecanismos de mercado e crescente autonomização da sociedade através da defesa de maior autocontrole e autorregulação. Uma suposta liberdade e autonomia estimulada nos sujeitos poderia representar uma manipulação da sua subjetividade em direção a uma redução do papel do Estado, presente no neoliberalismo. Porém, o sujeito está imerso nos processos sociais e não se constitui como uma estrutura de poder individual, nuclear. Nesse sentido, a educadora pontua, ao final do fragmento, a necessidade do compromisso coletivo atrelado ao esforço pessoal no desenvolvimento da autonomia. A disputa por uma autonomia dos sujeitos, que pode aparentar inicialmente uma possível superficialidade e ampla individualidade, teria um contraponto ao exigir a responsabilidade pelo coletivo?

Um das primeiras diferenças que sinto é que não temos repostas prontas, muito menos perguntas. A nossa atuação enquanto grupo deixa de ser passiva e colaboramos ativamente desde o começo, no que move, no que paralisa, na dúvida, na pergunta. (E2, 2017).

Estava ficando claro para mim que não queria mais estar naquele lugar, na zona de conforto do modelo tradicional, como detentor do conhecimento que traz 'luz' aos seus alunos. (E2, 2017).

E2 assume como diferença na interação entre educandos e educadores a existência de incertezas. Ela marcou como uma das diferenças entre o “modelo tradicional” e o “novo modelo” que experimentava a possibilidade de não ter perguntas, respostas ou conhecimentos fixos a serem ofertados. Considerou que a atuação coletiva deixou de ser passiva e o seu desejo é sair dessa passividade que identificou no modelo tradicional.

A espiral construtivista (LIMA, 2017), uma das metodologias utilizadas durante a formação das Educadoras em 2017 e utilizada também na formação dos residentes desse contexto de pesquisa, propõe que o primeiro movimento disparador do processo de ensino e aprendizagem parte da identificação dos problemas sobre a realidade. Ao localizar os problemas que afetam o cotidiano de trabalho dos residentes e educadoras – nos espaços de cuidado em saúde –, amadurecem coletivamente as possíveis explicações sobre o porquê esses problemas acontecem. Ao formular essas explicações, residentes e educadoras acessam experiências prévias e resgatam os conhecimentos sistematizados e contextualizados às situações elencadas. Esse movimento possibilita compreender o que já conhecem e o que precisam conhecer e compreender para modificar a realidade, identificar possíveis soluções aos problemas. As perguntas emergem, portanto, de uma produção coletiva em que a educadora faz parte, apoia, problematiza, contribui com suas experiências prévias, porém não determina sozinha qual é a pergunta do grupo, ela passa a construir em ato, junto ao grupo, essa pergunta. E, conseqüentemente, as respostas também não estão prontas *a priori*, é necessário um movimento ativo do grupo para buscar as respostas à pergunta formulada. A educadora possivelmente, por sua experiência e autoridade, pode imediatamente já possuir conhecimentos ou repostas à pergunta do grupo, porém, propõe-se o exercício da busca autônoma individual e o compartilhamento coletivo dos conhecimentos que podem apoiar a elaboração de respostas à pergunta do grupo. Cabe à educadora, mediar essa oferta de referências a partir das dificuldades ou necessidades do grupo, é um processo dinâmico que requer um acompanhamento atento, no sentido de ampliar a discussão, garantindo ampliação de repertório, deslocamentos de todos os envolvidos. São esses os movimentos que a E2 reflete em sua narrativa ao afirmar que não existem perguntas ou respostas prontas.

Consigo identificar minha prática na docência dividida em antes e depois da minha inserção na Residência. Até então, vinha atuando em graduação e especialização e tinha uma certa segurança com a metodologia tradicional. Minha entrada na Residência marcou minha apresentação às metodologias ativas de aprendizagem e fui desafiada a sair da zona de conforto e buscar agregar novas competências e habilidades no exercício da docência. Após a especialização em Preceptoria no SUS, me senti com mais bagagem pra experimentar novas formas de compartilhar saberes e passei pela transição à facilitadora de aprendizagem com um misto de dor e prazer. (E2, 2021).

Ao narrar os significados da mudança que vivenciou a partir de 2017, a E2 retomou algumas características da educação transformadora que estava em construção e colocadas em análise permanente, até o tempo das narrativas de 2021.

O movimento de mudança na formação em saúde tem buscado romper com as práticas pedagógicas da transmissão associadas à reprodução de práticas tecnicistas, centradas em procedimentos e com foco no biológico (LIMA, 2017). Essa formação, ainda hegemônica, porém em desconstrução, não considera a dimensão subjetiva e social da saúde e tem sido considerada insuficiente. As bases dessa mudança acontecem a partir de inspirações teóricas para uma educação transformadora, o desenvolvimento teórico-prático da Educação Permanente em Saúde e a utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem como meio, como possibilidades sistematizadas para um novo fazer, um novo modelo de interação docente-educando.

Assim, as metodologias ativas, apesar de muito presentes nas narrativas e populares na saúde nos últimos anos, não são um fim em si mesmas, são recursos, dispositivos que servem à mudança almejada, a uma mudança profunda na educação na saúde. Cabe às educadoras utilizá-las com a compreensão que compõem o conjunto de tecnologias leve-duras disponíveis para o trabalho vivo (MERHY, 2002) da docência, que requer interações e invenções em ato para alcançar a transformação desejada.

A educação transformadora discutida neste último período na saúde tem inspirações nas primeiras proposições de deslocamento da centralidade do processo de aprendizagem nos conteúdos e no docente para os interesses dos educandos de Jean-Jaques Rousseau (1712-1778), com repercussões posteriores no século XIX e XX com o movimento escolanovista, a concepção construtivista na educação, com elementos da teoria de “[...] Jean-Piaget (1896-1980), da aprendizagem significativa de David Ausubel (1918-2008), da

formação integral de Henri Wallon (1879-1962) e do enfoque sociocultural de Lev Vygotsky (1896-1934) [...]”. (LIMA, 2017, p. 423).

As origens da utilização das metodologias ativas remetem ao movimento escolanovista (LIMA, 2017). São tecnologias que promovem a proatividade, engajamento dos educandos no processo educacional, conexão da aprendizagem com aspectos significativos da realidade, intervenção na própria realidade, colaboração, cooperação em grupos, desenvolvimento do raciocínio.

As metodologias ativas não são tão simples de serem colocadas em prática quando vivenciamos as metodologias tradicionais durante toda a vida e tendenciamos a seguir os seus princípios, reproduzindo ações dos nossos professores. Assim, ao assumir um papel pedagógico, é preciso sempre estar em reflexão quanto às metodologias que estão sendo utilizadas no processo de ensino-aprendizagem. Estimular e acreditar na capacidade do outro, respeitar o seu tempo de aprendizagem, se colocar como aprendiz aberto a novos saberes, aceitar que você não sabe tudo, apoiar sem assumir o papel de ator principal são alguns dos desafios vivenciados a cada dia. (E1, 2017).

Importante ainda refletir que a utilização das expressões “metodologias ativas”, “ensino ativo”, “estilos de aprendizagem”, “aprender fazendo” tem sido vista com preocupação (POPKEWITZ, 2001), pois pode significar uma nova prática normalizadora, produzir uma falsa separação entre teoria e prática, ou uma falsa ideia de eliminação da teoria, um imediatismo tomado pelo conhecimento “útil”, o que poderia resultar em um empobrecimento do ensino e aprendizagem.

O equívoco pode estar justamente pela impossibilidade da dissociação entre a teoria e a prática nos processos de ensino e aprendizagem. Se a práxis (MARX, 1982, 2008; BARROS, 2011) predispõe que o “agir” requer reflexão, conhecimento sobre o que se deseja transformar através da ação humana, mobilização de sentidos sobre a ação, bases conceituais que suportam decisões, elaboração e criatividade, cada movimento da ação estará conectado a saberes sistematizados no presente ou no passado.

Apesar das expressões serem recorrentes nas narrativas das educadoras, especialmente as “metodologias ativas”, suas reflexões sobre a práxis emanam um processo de construção do pensamento crítico sobre a educação ao tocarem em pontos estruturantes da formação.

Acredito que minha maior influência para inserção na docência foi minha curiosidade e vontade de aprender e a formação de conexões entre teoria e prática, não gosto de um

trabalho apenas mecânico e operacional e tampouco de um trabalho baseado apenas em leitura e observações, gosto de ser afetada pelas relações e utilizo estas afetações fazendo conexões entre minha prática e com leituras. (E4, 2021).

A Educadora 4 localiza a sua motivação para inserção na docência em características pessoais e no desejo de trabalhar com a possibilidade de articulação entre a teoria e prática. Ao rejeitar um trabalho polarizado entre o “mecânico e operacional” ou “apenas leituras e observações”, ela evoca o exercício de uma práxis produtora de afetações no seu cotidiano de trabalho. Ela reconhece a presença de uma práxis no espaço de atuação como educadora, o que provavelmente é favorecido pelo contexto em que está inserida, ao passo que a integração entre ensino e serviço acontece de maneira facilitada nos Programas de Residência no SUS. Além disso, a educadora vivenciou esse contexto na posição de residente e agora como educadora, o que reforça seu sentimento de pertencimento.

[...] uma vez que mais que descrever as atividades dos encontros (no portfólio), os participantes são estimulados a refletir, se perceber no processo, realizar a autoavaliação, pensar em mudanças na prática, falar de suas afetações, sentimentos, relacionar o conteúdo teórico com as experiências prévias vividas, constituindo-se uma nova história de aprendizado. (E1, 2017).

As narrativas dos próprios educandos têm sido utilizadas como dispositivos ou disparadores da aprendizagem, a exemplo do arco da metodologia problematizadora (BORDENAVE, 1982; MAGUEREZ, 1966). As narrativas apresentam a perspectiva do educando sobre a realidade, são modos de representar suas compreensões, seu contexto, sua cultura, desejos, interesses, necessidades de aprendizagem. A partir delas, é possível problematizar os saberes prévios e construir novos saberes, uma aprendizagem significativa.

A maneira como se relacionam com o conhecimento sistematizado, o chamado “conteúdo teórico”, conforme E1 narrou acima, dá-se pela busca de articulação de conhecimentos de diferentes áreas, a leitura e a escrita se constituem de maneira integrada às suas experiências e possivelmente se constituem em exercícios de construção de intertextualidade (Ó, 2019), na medida em que escrevem seus textos a partir de uma interconexão e produção de novos sentidos a partir das leituras. O movimento de compartilhamento

coletivo, em que cada pessoa apresenta o que compreendeu a partir das diferentes leituras, estimula e apoia a escrita de cada pessoa do grupo.

[...] algumas pessoas se sentiram muito soltas ou inseguras sem um material prévio de referência para formatação e foram pesquisar como fazer um portfólio, tiveram dificuldades quando se sentiram livres para a produção. Esse aspecto levou o grupo a refletir se isso não seria um reflexo das metodologias tradicionais de aprendizagem que nos acompanharam durante toda a vida e que sempre nos limitaram diante do imenso universo de possibilidades, nos dizendo como fazer, o melhor jeito, até onde devemos saber, onde encontrar as respostas “corretas” e como ter a aprovação da figura do professor. Ainda é evidente a idolatria do professor, como um ser superior e detentor do saber, e a dependência da aprovação do outro. (E1, 2017).

A narrativa da E1 é expressão de uma educação contemporânea que restringe a possibilidade de escrita criativa, é pautada na reprodução de ideias apresentadas e validadas pela figura do professor. Essa relação entre leitura e escrita sofreu mudanças nos últimos séculos e, entre diversos processos históricos, influenciada pela revolução da imprensa com a difusão dos livros impressos e a universalização do ensino a partir do “[...] propósito exclusivo de promover a convergência e a adequação à verdade única expressa no texto escolar [...]”. (Ó, 2019, p. 159).

O que entendemos hoje pelo trabalho pedagógico era, há cerca de seiscentos anos, dominado pela procura de estratégias e soluções que deveriam levar o mais rápido possível a um convívio, à absorção e ao relançamento daquela que era tida como a melhor herança textual disponível, a herança clássica. Creio, nesses termos, que a noção de fluxo é aquela que melhor descreve a promessa dos *studia humanitatis*: o aluno deveria saber capturar este ou aquele autor, esta ou aquela temática para a fazer variar, rodopiar, relacionar. Para continuar por si próprio. As tecnologias escolares de então estavam dirigidas para incentivarem o aluno a experimentar o mais cedo possível o lugar e a posição do escritor. (Ó, 2019, p. 164)

A autonomia na produção do conhecimento que demanda uma nova postura dos educandos na relação com o educador é um dos principais pontos abordados pelas educadoras. Se na pedagogia da transmissão os educandos aguardam passivamente que a informação ou conteúdos sejam ofertados pelo educador, na qual ele seleciona e prioriza o que deve ser apresentado e estudado, a partir do que o currículo, a instituição e o educador determinam como prioritário, nessa perspectiva educacional do contexto narrado pelas

educadoras, a proposta é que os educandos tenham também protagonismo nessa seleção, nessa busca por conhecimentos e referências que tragam respostas às dúvidas e aos problemas que permeiam a sua realidade. Ou seja, o educando passa a ter voz e a demandar respostas a partir do que é um problema, do que é necessário ser conhecido, a partir de suas lacunas de aprendizagem. O educador permanece ofertando possibilidades de leituras e problematizando a interconexão entre as leituras e os problemas cotidianos, porém exercita junto com os educandos a possibilidade de novas buscas por conhecimentos e o compartilhamento coletivo dos achados.

A escrita no portfólio é uma oportunidade de um exercício de autoria, no processamento sobre suas experiências em reflexão sobre seus saberes, a formulação de necessidades de aprendizagem, a conexão com leituras prévias e novas leituras que vão produzindo novos sentidos à sua realidade.

Consigo relacionar-me com os residentes não mais como um sujeito receptivo e sim vendo-os como responsáveis pelo seu processo de aprendizado, trabalhando para que consigam desenvolver autonomia e reflexões sobre a prática e tomando decisões coerentes com os princípios do SUS. (E3, 2017).

E, para que essa necessidade do educando seja conhecida pelo educador, é imprescindível uma interação, um diálogo, uma escuta, um espaço para elaborar o vivido e reconhecer o que se sabe, o que não se sabe e o que precisa saber. Também é necessário que exista um diálogo coletivo, com o grupo de educandos, com respeito aos diferentes pontos de vista, diferentes perspectivas. A construção de espaços democráticos de aprendizagem.

A compreensão ainda de um caminho transitório nos cursos de formação, em que a interação entre educador e educando é temporária, torna ainda mais urgente uma virada na maneira como trabalhadores, na posição de educandos, precisam aprender a estudar com autonomia. Nesse contexto da vida profissional, especialmente na área da Saúde, as evidências científicas mudam constantemente, as maneiras de cuidar têm mudado progressivamente e rapidamente. Elaborar uma questão, buscar conhecimentos e elaborar esses conhecimentos transformando-os em novas práticas exigem autonomia. Aprender a desenvolver essa autonomia acompanhada por um educador é

uma premissa das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, especialmente as de enfoque problematizador (LIMA, 2017).

E exercitar ainda essa autonomia com respeito ao trabalho coletivo, pois o trabalho na saúde é realizado em equipes compostas por diferentes categorias profissionais que precisam produzir ações integradas e harmônicas (PEDUZZI et al., 2020). As mudanças na realidade são possíveis a partir das interações entre trabalhadores, a identificação individual e coletiva de necessidades de aprendizagem e criação de soluções para mudança nos serviços e nas práticas de saúde.

Esse novo paradigma exige uma postura docente aberta às interações com os educandos, a diferentes percursos que esse diálogo pode caminhar, visto que as realidades e conhecimentos prévios são diversos dentro do grupo. Exige espaço também para o imprevisto, para lidar em ato com as questões que surgem do grupo. Para criar perguntas no momento da interação e com a possibilidade de não ter respostas prontas, de assumir sua incompletude docente, que precisa também buscar novos conhecimentos ou precisa de tempo para refletir, para elaborar suas respostas.

Acredito que tenho uma boa relação com os residentes, mas também sei colocar limites e ser firme quando é necessário. (E4, 2021).

A Educadora 4 lembra que assumir uma outra postura de estar lado a lado dos educandos não representa a perda da sua autoridade. As relações democráticas a serem estabelecidas, com escuta e respeito dos diferentes pontos de vista, requerem a permanência de regras de convivência, de pactos coletivos, e um papel de zelar por esses pactos que exige a vigilância e coordenação da educadora. Saber comunicar os limites com autoridade, sem a perda da confiança dos educandos, com o cuidado de não ser autoritária.

O poder e controle do educador sobre as situações e interações nos espaços sob sua responsabilidade são marcas das nossas vivências na educação tradicional e são colocados em questionamento pelas educadoras nessa virada. Se o processo de ensino e aprendizagem pode seguir diferentes caminhos a partir do diálogo e busca autônoma dos educandos, não existiria controle sobre os conhecimentos que emergem nesse caminho. E tão pouco sobre os resultados, eles precisariam ser avaliados de maneira diferente. A

necessidade de controle que limita o que cada educando deve alcançar ao final desse processo vai perdendo o sentido, visto que partem de diferentes pontos, diferentes necessidades, e podem alcançar diferentes conhecimentos.

A relativa autonomia dos educandos e das educadoras precisa ainda ser questionada, visto que estes fazem parte de um sistema, uma sociedade, uma cultura, uma instituição, que determinam a produção dos seus discursos (SILVA, 1998). As relações de poder a que estão submetidos cotidianamente são imersas em práticas discursivas que sustentam e dão sentido às relações sociais e precisam ser consideradas nesta reflexão.

Como o campo de prática da residência é muito dinâmico, respeitar o tempo de aprendizagem de cada indivíduo é um desafio, pois muitas vezes são necessárias atitudes e respostas mais rápidas, dessa forma, é preciso dosar a diretividade do corpo pedagógico e o tempo de aprendizagem dos profissionais. (E1, 2017).

Dada a complexidade do cenário de inserção da Residência nos serviços da Atenção Básica ou das redes de atenção dos territórios, não é suficiente a transposição das atividades de sala de aula das universidades ou da prática de procedimentos de laboratórios ou hospitais. Esse é um cenário que exige a mobilização de conhecimentos das Ciências Sociais e Humanas na produção da saúde (FERLA, 2021), da construção da interprofissionalidade (PEDUZZI et al., 2020), da intensa articulação entre os modos de cuidar e de viver a vida das pessoas e coletividades, de projetos político-pedagógicos que reconheçam, respeitem esse contexto e sejam capazes de se adaptar com a velocidade que a realidade impõe.

Logo após os primeiros encontros da especialização, já houve mudança na minha prática que me fizeram refletir a minha dinâmica com os residentes que acompanho, fiquei mais tendenciosa a torná-los protagonistas nos processos que estão envolvidos, tentei fazer com eles enfrentamentos para que pudessem realizar tarefas na gestão que fizesse relação com a saúde da família com o olhar de 'gestor' fazendo com que eles tomassem o protagonismo para si, percebo então que devemos trabalhar esse tema com cuidado, pois esbarramos em residentes com formação tradicional e sem abertura para esse novo movimento, muitos ainda não internalizaram essa mágica possibilidade de tocar o seu próprio aprendizado e carece de muito investimento do preceptor no sentido de estimular o desenvolvimento dessa habilidade. (E7, 2017).

A construção de uma “nova didática”, uma ação docente que parece servir às vezes como uma “receita” aparece em algumas narrativas como uma

“mágica” mudança na relação de ensino e aprendizagem, porém precisa ser refletida com cuidado para que não entrem num discurso que esvazia ou reduz a práxis docente, podendo ser interpretada equivocadamente como a oferta de menos teoria e ampliação do treinamento de “como fazer” (POPKEWITZ, 2001).

As Educadoras 7 e 3 narraram a seguir suas reflexões sobre a importância de desenvolver a segurança de que não dar sempre as respostas instantâneas a cada dúvida, estimular que residentes busquem novos conhecimentos de maneira independente não significam negligência, perda da legitimidade ou da autoridade como educadora. É possível estabelecer relações de confiança mútua na relação educador-educando.

[...] aguardar a reflexão deles sobre uma tarefa ou demanda é algo que necessita de paciência do preceptor, existe um tempo na gestão que nem sempre espera esse momento reflexivo do residente, tenho me esforçado muito para respeitar essas etapas do processo de aprendizagem deles [...]. (E7, 2017).

Tenho conseguido me desenvolver como APN,¹⁷ facilitando o processo de aprendizagem de forma atenta, garantindo espaços de escuta, e buscando estimular o residente perante os desafios e dificuldades, e compartilhando conhecimentos que venho adquirindo nos diferentes espaços. No início, diante de alguma situação problema, eu tinha o hábito de pensar pelo outro e dar respostas e sugestões, no momento, já consigo problematizar e estimular uma reflexão e aguardar o tempo de cada um. (E3, 2021).

O respeito ao tempo de aprendizagem singular de cada residente é narrado frequentemente como uma prática desafiadora. Perceber que é possível estabelecer uma interação pedagógica a partir do silêncio, das pausas necessárias para que residentes encontrem suas respostas no seu tempo envolve ainda romper com relações de dependência da centralidade do saber na figura do educador.

Ao articular espaços de educação ao espaço do trabalho, o tempo do serviço de saúde nem sempre corresponde ao tempo da aprendizagem. A imposição de um tempo único não corresponde à necessidade de processar o vivido para cada pessoa que compõe o cenário.

¹⁷ Apoiadora Pedagógica de Núcleo é uma das educadoras de referência para cada categoria profissional separadamente e com ênfase no desenvolvimento das habilidades clínicas de cada profissão da saúde que compõe a equipe da Residência.

O tempo objetivo parece ter encoberto os modos como os tempos sociais se constituem e se relacionam e como cada sujeito, na sua relação com os outros, se apropria desses diferentes tempos sociais. (PINHO, 2012, p. 55).

As educadoras percebem um papel de zelar sobre as temporalidades presentes nas relações estabelecidas, o que exige, mais uma vez, a capacidade de gestão do processo educacional associada à gestão do serviço de saúde. Para que os trabalhadores em formação tenham a possibilidade de tempo para processar suas aprendizagens, mesmo que os atendimentos diretos à população exijam respostas rápidas, as educadoras entram em cena a partir dessas necessidades, em alguns momentos realizando os atendimentos que não podem esperar esse tempo do residente. A experiência das educadoras apoia essa gestão das diferentes temporalidades.

Hoje, como docente, me percebo mais tranquila em relação as cobranças que fazia a mim mesma. Tinha uma ideia cristalizada de que não podia perder nenhum residente de vista, que toda experiência tinha que fazer sentido para todos e cada um, que todos, ao final do curso, deveriam estar com todas as habilidades adquiridas. Isso me desgastava demais a ponto de precisar sair da Residência. Hoje me percebo liberta dessas amarras, que me impediam de ver que somos corresponsáveis pelo aprendizado e que o contexto do ambiente, das relações, das vivências de cada um, sempre estará fazendo parte dos nossos encontros. (E2, 2021).

A noção de tempo é determinada pela cultura e pela orientação das atividades sociais a serem desenvolvidas, possuímos “[...] sistemas de referência no processo de apropriação do tempo pelos sujeitos”. (PINHO, 2012, p. 56). Existem grandes tempos sociais como o tempo do trabalho, o tempo da escola, o tempo da família e o tempo livre.

O tempo do trabalho e o tempo da escola se associam aqui nas experiências narradas pelas educadoras, mas os conflitos da gestão desses diferentes tempos são traduzidos muitas vezes por uma necessidade de controle da educadora, visto sua responsabilidade por zelar por esses diferentes tempos, e uma ideia comum de que todos os educandos precisam alcançar “todas as habilidades” ao mesmo tempo. A E2 narrou acima seu processo de aprendizagem ao reduzir as cobranças pelo controle e compreender os diferentes tempos de aprendizado mediados pelo contexto, as diferentes vivências e possibilidades de encontros que possibilitam trajetórias singulares.

Nos espaços de Rodas de Núcleo e Turnos Pedagógicos com os residentes de Odontologia, a metodologia utilizada possibilita que busquem respostas para as questões levantadas antes de discutirmos os temas ou questionamentos, o que incentiva a autonomia, análise crítica, independência intelectual e curiosidade em aprender. A ansiedade por uma resposta 'correta' dada pelo corpo pedagógico hoje já é diminuída, e aos poucos a problematização passa a fazer sentido para os residentes. (E1, 2017).

Alguns desafios que encontrei no campo de prática foram aos poucos tornando-se mais maleáveis com a ajuda da especialização. Inicialmente com os residentes diante de uma situação-problema na unidade ou em atendimento individual, não conseguia esperar o tempo do outro, apenas percebia-os em dificuldade, me mobilizava para tentar resolvê-las, e dessa forma não conseguia estimular a prática de uma reflexão sobre a vivência, os residentes propiciavam essa atitude através de uma postura receptiva, à espera de que eu oferecesse a resposta, a solução ou conteúdo. Atualmente, já consigo aguardar, discutir e problematizar os acontecimentos. Mas sinto que não aproveito todas as oportunidades. (E3, 2017).

As Educadoras 1 e 3 narraram sobre a importância da problematização sobre a realidade como um dispositivo em processo de incorporação em suas práticas. É inegável a tradição da imposição de um pensamento científico sobre a saúde da população e dos territórios, um diagnóstico e uma prescrição no automatismo da suposta superioridade que os trabalhadores e docentes julgam possuir sobre a saúde, porém, numa perspectiva de produção de inovações no ensino na saúde, é importante destacar a dimensão ética, na compreensão sobre as singularidades, diferenças e diversidades, e a dimensão estética, que é compreender as práticas que existem no território, dialogar com esses saberes (FERLA, 2021). As educadoras da saúde vão produzindo um equilíbrio entre o acesso ao conhecimento sistematizado e validado cientificamente e a abertura ao inusitado e aos saberes que emergem nas relações que se estabelecem nesses territórios.

Trata-se de compreender que a formação profissional inclui um amplo processo de subjetivação desafiando-nos a aprender conexões produtivas com o cotidiano, mais do que apenas a absorver e aplicar conhecimentos e técnicas disponíveis no tempo da formação. (FERLA, 2021, p. 88).

No contexto das Residências em Saúde, agregam-se uma complexidade de elementos constitutivos do cenário de formação de trabalhadores em serviço: o tempo de desenvolvimento de cada residente, a ser mediado e conciliado com o tempo da equipe e do serviço de saúde, as necessidades da

população que precisam ser acolhidas e atendidas em tempo oportuno e com qualidade. Esse cenário exige então a necessidade de gestão do processo educacional por parte dessas educadoras, uma mediação para garantir a continuidade do funcionamento do serviço e para proteger a aprendizagem dos residentes que estão nesta “dobra” educando-trabalhadores.

O tempo da aprendizagem como ritmo, como velocidade, em que cada pessoa necessita de interrupções para elaborar suas vivências em experiências (LARROSA BONDIA, 2002), é uma questão fundamental para as educadoras na medida em que são elas responsáveis por acompanhar e sintonizar esses diferentes ritmos (PINHO, 2012).

Acompanhar grupos de educandos, em que se reconhece as singularidades e se constrói caminhos coletivos possíveis a partir desses diferentes perfis, exige um esforço maior das educadoras. Demanda acompanhamento intenso, mediação individual e coletiva. Demanda ainda elaborar métodos de avaliação compatíveis e coerentes com o que se propõe na educação transformadora e na aprendizagem por competências.

Cabe mencionar que o exercício da preceptoria prevê competências também no campo da gestão, e por isto, uma disputa com residentes e equipe com vista a qualificar seu processo de trabalho. Nesse sentido, reconhecer o dinamismo do território associando-o as questões relevantes identificadas na rotina do serviço pode elucidar a solução de um problema. Ferramentas, como genograma e ecomapa,¹⁸ auxiliam no entendimento da questão individual na perspectiva das relações macro, muitas vezes imperceptíveis aos nossos olhos quando tratados de forma isolada, não diagramada. (E5, 2017).

Uma outra dificuldade foi quando decidi trabalhar o tema da abordagem biopsicossocial e sobre competências com os residentes. Lembrando da minha experiência como residente, achava que se tivesse tido esse conhecimento sobre competências necessárias para atuar na atenção básica e no NASF teria desenvolvido ainda mais, portanto considerei importante trabalhar esse tema, com os residentes do primeiro ano, e não só pensando nas competências relacionadas ao saber conhecer ou fazer mais principalmente ao saber ser e conviver que tem sido uma das grandes demandas no processo de trabalho. Usei uma estratégia onde eles participavam, fazendo as leituras que estavam distribuídas em diferentes papéis e em seguida opinávamos, mas percebi que não foi tão eficaz, acredito que talvez tivesse sido melhor usar vídeos ou dramatização. O tema da abordagem biopsicossocial também tem sido visto em diversos momentos, a primeira que trabalhamos a partir de um caso, achei que seria

¹⁸ Ferramentas de abordagem familiar, de apoio para a análise sobre a situação social, familiar, saúde, doença, trabalho, de uma pessoa ou família que está em acompanhamento por uma equipe de saúde, bastante utilizadas na Estratégia Saúde da Família. São complementares e podem compor o prontuário familiar. São esquemas gráficos que registram elementos que podem facilitar a construção de projetos terapêuticos singulares. O genograma é uma representação gráfica do sistema familiar, utiliza símbolos padronizados para componentes da família, suas relações e agravos à saúde. O ecomapa é uma representação gráfica das relações sociais da família e indivíduo, meio que habita, comunidade, trabalho (MELLO et al., 2005).

suficiente para que fosse apreendido na prática, e não foi como imaginei, mas aprendi a respeitar o tempo de cada um e repensar melhores estratégias, buscando partir da experiência prática para a teoria (E3, 2017).

A docência em Residências na Estratégia Saúde da Família implica uma articulação de saberes e ferramentas que extrapolam os conhecimentos do campo da saúde e educação. Ao acompanhar e cuidar de populações em territórios diversos, e muitas vezes pobres, desiguais, violentos, socialmente complexos, demanda ações intersetoriais, ampliação de conhecimentos em outras áreas. Um fazer articulador de diferentes áreas para resultar em qualificação do cuidado.

E por se tratar de uma aprendizagem “onde a vida acontece”, reconhecer ainda os saberes presentes nesses territórios e muitas vezes passados de maneira ancestral, incorporar efetivamente uma práxis transformadora que considere a realidade como disparadora para a busca ou produção de conhecimentos.

[...] não se trata da negação do que a ciência biomédica acumulou ao longo dos últimos séculos, mas, ao contrário, do reconhecimento que o percurso que fez não incluiu os saberes tradicionais e pragmáticos do cotidiano. A crítica aqui é que o percurso, muito relevante em termos de tecnologias e conhecimentos disciplinares, não foi acompanhado, com igual êxito, da capacidade de diálogo com o contexto e esse é um desafio importante à sustentabilidade das iniciativas de mudança na formação. (FERLA, 2021, p. 87).

A formação orientada por competências (LIMA, 2005), citada nas narrativas das Educadoras 5 e 3 acima, supera a aprendizagem por condicionamento, pois o enfrentamento de situações reais e complexas da prática profissional é que impulsionam o acesso à teorização, à construção de significados com consistência e funcionalidade. Agrega-se ainda a construção de capacidades de maneira interdisciplinar no processo de trabalho em equipes de saúde, reconhecendo as competências comuns (de campo) e as específicas (núcleo) da prática profissional (CAMPOS, 2003).

Num currículo orientado por competência o trabalho de apoio e de facilitação ao desenvolvimento de capacidades dos estudantes em situações reais ocorre em ação e, por isso, a prática educacional ganha novo sentido. Dessa forma, docentes e profissionais dos serviços necessitam construir e/ou

resignificar suas próprias capacidades tanto na área educacional como na área de cuidado à saúde de pacientes e comunidades. (LIMA, 2005, p. 377).

O trabalho interdisciplinar e a gerência do serviço de saúde de maneira coletiva deve ser uma aposta construída pelas educadoras junto aos residentes neste contexto de transição educacional e tecnológica em saúde, e requer reorganizar o processo de trabalho em equipe, conectado com as necessidades individuais e coletivas, com um lógica *usuário-centrada* (MERHY, 2002, p.39), através de compromissos entre usuários e trabalhadores, e construção de vínculos.

6.4 Reflexividade: a análise dos raciocínios práticos da preceptoria

Ser preceptora e residente envolve a reflexividade (COULON, 2017; 2019) sobre os atos em saúde na interação educacional, pois, se questionados, são capazes de descrever passo a passo o que fazem, porém no cotidiano são pouco percebidos, fazem parte dos *raciocínios práticos* incorporados na formação em saúde.

A reflexividade biográfica (DELORY-MOBERGER, 2006, 2012; SOUZA, 2004; SOUZA; MEIRELES, 2018) envolve a compreensão de si ou interpretações que os sujeitos fazem de si mesmos e as interpretações que fazem do mundo histórico e social, com a oportunidade de reconstruir valores, representações e definições.

Diversas atividades são comuns às educadoras que atuam na preceptoria: as reuniões de equipe; discussões de casos; atividades de planejamento; avaliação; monitoramento; coordenação e gestão do cuidado; além da realização de consultas/atendimentos individuais em parceria com residentes no serviço de saúde e na comunidade. As regras e procedimentos que cercam todas essas atividades são passadas de geração a geração, prioritariamente pelo exemplo ou convivência, seja durante a formação inicial na graduação, seja na vivência profissional nos serviços, seja na pós-graduação em acompanhamento por educadores.

Quando preceptores em contexto de formação pedagógica colocam em análise essas atividades cotidianas tão comuns, se deparam com a reflexão sobre questões aparentemente naturais e que antes passavam despercebidas,

a exemplo da maneira como conduzem o cuidado junto à pessoa em atendimento, designada popularmente como “paciente” ou “usuário” do serviço, e junto ao residente que está aprendendo aquele ofício.

Apesar das normas, diretrizes, regras e protocolos instituídos nacionalmente ou localmente, as educadoras deste contexto vão desenvolvendo regras próprias junto aos residentes durante os rituais clínicos, que vão desde a chamada do usuário à sala, a formulação das perguntas, a solicitação ou realização de exames e procedimentos, o registro do atendimento no prontuário e sistemas de informação e produção, a avaliação do atendimento ao final quando o usuário sai da sala. Além de todas as outras atividades que sustentam a organização e gestão dos serviços e dos atos de cuidado desenvolvidos. Cada situação que compõe cada atividade possui uma infinidade de regras e procedimentos, que vão muito além dos protocolos institucionais, são transferidos em ato na formação em saúde e passam a pertencer progressivamente ao repertório cotidiano de preceptores e residentes de maneira tão espontânea como o próprio ato de respirar.

E, ao colocar em reflexão esses raciocínios práticos, abrem-se portas para a criação de novos processos de trabalho, em direções diversas, transformando o trabalho vivo precedente cristalizado em um novo trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

Ao registrar e narrar seu cotidiano na preceptoria no portfólio reflexivo, as educadoras passaram a colocar em análise algumas dessas regras e procedimentos, questionar e refletir sobre a sua posição prática nesse contexto. O momento em que o residente atende com o preceptor no consultório determina uma posição diferente de quando o residente atende sozinho e sai para discutir o caso com o preceptor fora da sala. O momento em que o residente assume a frente do cuidado e o preceptor assiste ao atendimento dentro da sala, o momento em que o preceptor assume o cuidado e o residente assiste... A maneira como a comunicação se estabelece durante essas interações formativas individuais e coletivas, entre a postura de fornecer respostas instantâneas e a de esperar que residentes procurem suas respostas e estas sejam problematizadas. A maneira como se organiza esse processo educacional atrelado ao cotidiano vivo de um serviço de saúde.

Essas regras e procedimentos que regem a interação entre preceptores e residentes são inúmeras e permeadas por sutilezas, olhares, movimentos corporais, entonações de voz e são adaptáveis ainda ao tipo de interação estabelecida com os usuários, determinando diversas possibilidades de colocar em análise o fazer da preceptoria.

A práxis autêntica ou libertadora (FREIRE, 1987) está intimamente relacionada a esse processo de problematizar sua realidade e buscar soluções, observada nas narrativas das educadoras, ao transformar a realidade com sua própria ação e ao mesmo tempo se transformar.

Nas narrativas das educadoras, apareceram com frequência as “metodologias ativas”, o que pode sinalizar atenção à possibilidade de uma nova lógica normalizadora do ensino, uma ordem moral, um novo padrão de “boa” professora (POPKEWITZ, 2001) através da defesa de uma tecnologia que pode esvaziar a essência da própria práxis docente, com uma hipervalorização da prática em detrimento da teoria, ou dissociação da teoria e prática, ou uma nova prática mecanizada do fazer docente. Porém, apesar da repetição do termo, suas narrativas exploraram que as metodologias ativas podem ter se tornado um símbolo, um “mote” para sintetizar as transformações maiores que foram narradas em suas escritas. Nesse sentido, questiono se essa evidência é a expressão de uma formação docente em disputa: por um lado, a necessidade de comunicação de uma normalização pedagógica, de outro, a necessidade transformadora das bases educacionais.

É necessário um olhar cuidadoso sobre um possível discurso doutrinário do construtivismo (SILVA, 1998) assumido em alguns contextos de formação em saúde. De maneira geral, pode parecer uma proposta aberta, flexível, com menos regras e receitas, com liberdade para formular perguntas e respostas, porém, ao defender e estabelecer progressivamente novos métodos, princípios, diretrizes de avaliação, lógicas comunicativas, matrizes, pode ainda se tornar uma substituição metodológica que captura os sujeitos sem efetivamente traduzir-se na mudança que anuncia ou deseja.

A mudança pedagógica cria uma “nova ordem” (SILVA, 1998) no discurso pedagógico, porém a estrutura social permanece estabelecendo conteúdos “aceitáveis”, na disputa por novos disciplinamentos e modos de pensar e agir.

O construtivismo, ao estimular a autonomia do indivíduo, sua capacidade de se adaptar, ser criativo e agente de mudança, pode ser visto ainda como estímulo ao individualismo que opera na visão empresarial e da produtividade. Mobiliza os discursos da autorrealização vigente na cultura hegemônica, na sociedade contemporânea. Ao propor a mobilização de capacidades e a disposição dos indivíduos, pode associar-se a uma prática regulatória que articula os objetivos pessoais aos institucionais, num movimento de acomodação ou da sensação da satisfação pessoal.

O Estado permanece então como um sistema de regulação no qual estão presentes a “razão e a verdade” para o disciplinamento, mesmo que aparentemente não exista coerção. As práticas de governo com seus sistemas de produção de inclusão/exclusão funcionam ainda de maneira não explícita, pois fazem parte do cenário cultural, político, social. E, nesse cenário, a posição dos atores muda com o tempo, as relações de poder estão em constante reconstrução. Assim, a pedagogia compreendida como uma tecnologia de poder “[...] vincula racionalidades políticas com autoexame autônomo, autorreflexão e autocuidado do indivíduo” à maneira como as práticas pedagógicas podem agir como práticas normalizadoras ao associar “[...] disposições e sensibilidades locais como universais e naturais para todas as pessoas.” (SILVA, 1998, p. 133).

Ao buscar desconstruir o construtivismo pedagógico, Silva (1996) assumiu uma postura crítica associando o construtivismo a uma forte influência da Psicologia na Educação e na Pedagogia, o que considerou uma tendência conservadora. Entre suas preocupações elencou a possibilidade de controle do comportamento humano, processos de individualização com valorização da subjetividade, biologização, naturalização, ser uma pedagogia invisível ao preocupar-se com o processo e acreditar não definir resultados, uma teoria que só se adequaria às primeiras etapas de escolarização, e outras questões já discutidas nos parágrafos anteriores. Apesar das críticas contundentes ao que considerou uma onda avassaladora que influenciava a educação brasileira naquele período, o autor não defendeu alternativas. Um dos apontamentos é que acreditava que um projeto educacional verdadeiramente progressista ainda estaria por vir, e que este deveria recuperar elementos da teorização crítica em

educação, a exemplo da “vinculação entre educação e trabalho” (SILVA, 1996, p. 228).

Passados mais de 20 anos das considerações feitas por Silva (1996, 1998) e por Popkewitz (2001), pondero que, apesar de uma parte ainda pertinente e atual, algumas de suas críticas estão em processo de superação nos movimentos de construção da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, 2009a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2008; COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015, 2021; MATTOS et al., 2022), especialmente por conseguir consolidar a articulação entre a educação e o trabalho, ao sistematizar possibilidades inovadoras na educação de adultos, mais especificamente na pós-graduação *latu senso* na saúde, a consolidação da educação interprofissional com forte ênfase nos processos coletivos de aprendizagem, a educação que têm assumido elementos da teorização crítica da educação.

VII. EM BUSCA DE ALGUMAS ELABORAÇÕES

Ao tecer esta escrita nos últimos quatro anos, penso no percurso de construção que foi necessário, a busca por inspiração para seguir escrevendo, ao passo em que foi necessária abertura para elaborar minha própria práxis educadora, que se entrecruza com as narrativas das educadoras convidadas a contribuir nesta pesquisa.

Minhas reflexões se misturaram às narrativas das educadoras num misto de identificação e mobilização pelas descobertas, afetação pelas possibilidades que se expandiram nas experiências que temos vivido na área da Saúde nos últimos anos.

O encontro com as bases teóricas conceituais da área da Educação foi se constituindo progressivamente nas experimentações da formação de trabalhadores da saúde, num intenso diálogo com o cotidiano, com a necessidade de mudança de modelo de atenção na saúde, com significado e intencionalidade. E aqui, na escrita da tese, foram resgatadas leituras prévias e foram necessárias novas leituras, buscas por compreensões das lacunas que se mostravam no percurso.

Ao mesmo tempo, a necessidade pulsante de transformação da realidade se confrontou com práticas cristalizadas de educar a partir da reprodução de referências presentes e prevalentes nos espaços de educação, na lógica social hegemônica. Esse confronto produz tensões, mobiliza, desloca, mas incomoda também. Sinto o desconforto narrado pelas educadoras. A mistura de dor pelo rompimento de antigas verdades e o prazer pela descoberta de que é possível um deslocamento, permeado por contradições, pela sensação de viver a novidade e a possibilidade de fazer diferente.

Por um lado, tenho acompanhado e observado reconhecidos educadores e educadoras, em diferentes espaços da vida, trabalho e estudo, que possuem compreensões profundas sobre as bases epistemológicas da educação, porém ainda produzem discretas mudanças concretas no seu cotidiano, nas relações diretas com seus educandos em sala de aula ou outros espaços de formação. Essa coerência entre o saber e o fazer pode ser considerada ainda rara na contemporaneidade?

Por outro lado, constato que as iniciativas que se propõe a fazer diferente, a utilizar novas tecnologias educacionais, porém sem o cuidado de uma formação de educadores que penetre na raiz das compreensões sobre ser

educador, sobre estar neste lugar de educar, não conseguem ainda alcançar a transformação. Nos tempos em que vivemos, na sociedade contemporânea, com os desafios reais que são apresentados e os rumos que desejamos ou precisamos disputar para a construção de uma nova sociedade, utilizar tecnologias educacionais inovadoras nem sempre representam a virada necessária na educação. O risco de práticas docentes mecanizadas e sem sentido para educadores e educandos podem colocar em risco ou criar resistências desnecessárias às recentes experimentações.

Minha expectativa é a de que esta pesquisa seja uma contribuição ao registro histórico dos movimentos de construção da educação na saúde na contemporaneidade, não acabados, mas em constante transformação. Ela representa um recorte de uma parte das mudanças que estão em curso na área no último período.

Assim, o cenário que se apresentou nesta pesquisa, através da narrativa das educadoras, fez-me refletir sobre a possibilidade de que a Residência da FESF-SUS/Bahia tenha promovido a reconstrução de uma práxis docente transformadora. Ao integrar essa pesquisa-formação com abordagem (auto)biográfica, as educadoras revisitaram suas trajetórias, as memórias sobre como se tornaram docentes, refletiram sobre sua identidade docente, suas condições de trabalho e a maneira como vivem a docência em tempos adversos.

As narrativas em dois tempos, num intervalo de quatro anos de experiências num mesmo contexto educacional, entre um momento de intensificação da formação docente através de uma especialização e a retomada reflexiva sobre sua práxis docente, revelaram que a construção da identidade docente e a transformação do saber-fazer acontece de maneira permanente e progressiva. Algumas das inquietações narradas em 2017 apareceram novamente em 2021, pelas mesmas educadoras. Ou seja, o tempo da mudança pode ser longo e dependente de estímulos, induções, facilidades institucionais, e inegavelmente da abertura das educadoras, do desejo de mudança e das influências do cenário político social.

Outro aspecto que emergiu e se destacou durante o processo reflexivo da pesquisa foi a inserção específica das mulheres nos campos da Saúde e Educação, a maneira como o gênero precisa ser considerado nas condições de

trabalho, na construção da identidade e na práxis docente. Apesar do crescimento do movimento feminista das últimas décadas, que tem contribuído para alterar a teoria, cultura e política contemporânea, os efeitos sobre o pensamento educacional brasileiro têm sido discretos, permanece machista e patriarcal. O magistério permanece como atividade predominantemente feminina, porém o currículo masculino.

Às mulheres coube a responsabilidade histórica pelo cuidado e, entre as atividades de cuidado, a responsabilidade pela saúde e a educação.

As mulheres, especialmente em momentos de crise, sofrem pela intensificação da sobrecarga de cuidados para sustentar a reprodução e produção da vida. A quadrupla jornada – de cuidado aos familiares, de trabalho doméstico, do sustento (remunerado, porém muitas vezes com vínculos precários) da militância – se intensifica nestes momentos adversos. No período da pandemia, o sistema de exploração e abuso sobre seus corpos se expressou na vida pública e na vida privada, com o aumento da violência doméstica.

O Brasil foi um dos países em que mais mulheres trabalhadoras da saúde perderam suas vidas na linha de frente de enfrentamento à covid-19, especialmente a Enfermagem, que é uma profissão essencialmente feminilizada.

Ao compreender as relações do adoecimento e das mortes com a determinação social do processo saúde-doença, em que os processos de fortalecimento e desgaste estão articulados à maneira como essas mulheres estão inseridas no mundo, compreendo que essas educadoras participantes da pesquisa possuem trajetórias de inserção em uma classe social que possibilita maior resistência aos desafios postos em seu cotidiano, porém permanecem ainda sob um sistema de opressão, exploração e apagamento que limita seu autocuidado e sua organização.

No percurso desta pesquisa, minha própria história de vida também foi ressignificada e, ao me sentir identificada pelas narrativas das educadoras que colaboraram, alcancei novas compreensões e aprendizagens. Assim como essas mulheres, tive que conciliar os quatro anos de desenvolvimento e estudo no doutorado ao meu trabalho remunerado em dois ou três vínculos de trabalho diferentes para compor a renda e sustento da minha família; tive que conciliar a

maternidade, com o acompanhamento intenso das minhas duas filhas que permaneceram ao meu lado todo o tempo da pandemia, com o ensino remoto que demandou minha participação ativa para que pudessem permanecer estudando em isolamento em casa por quase dois anos; conciliar a gestão da vida em família que incluiu as tarefas domésticas de produção da alimentação, limpeza, organização da rotina; e conciliar ainda com as atividades de militância política que foram essenciais para a resistência ao desmonte a que o país ficou submetido após o golpe de 2016 até a retomada de um governo democrático através das eleições do final de 2022.

Em pesquisa que desenvolvi junto ao coletivo Adelaides¹⁹ (DUARTE et al., 2018), do qual faço parte desde 2016, identificamos que as mulheres do campo da Saúde Coletiva – 35 participantes, 83% das mulheres atuavam nas áreas de Políticas Públicas, Planejamento e Gestão do SUS, e uma parcela importante era docente da saúde em universidades públicas e privadas –, apesar de altamente escolarizadas, majoritariamente brancas e com uma renda acima da média da população brasileira, relataram situações frequentes de discriminação, dificuldade em se manifestar nos espaços de trabalho e decisórios, prejuízos no desenvolvimento de sua carreira por serem mulheres e, especialmente quando a maternidade era uma escolha em suas vidas, e ainda eram atravessadas pela violência.

Ao compreender a baixa inserção de mulheres nos espaços de poder e decisões, a maneira como são desconsideradas, invisibilizadas nos espaços institucionais, onde a experiência masculina permanece dominando as narrativas, compreendemos também que a ciência reflete e é produzida pela experiência masculina, assim como o conhecimento e o currículo são masculinos. Assim, a contradição da educação institucionalizada é atribuir à mulher a produção do homem racional sendo que supostamente é considerada irracional por ser feminina.

Novas questões surgiram nesse processo reflexivo durante a pesquisa: “em que medida essas mulheres estão conquistando os espaços, na disputa

¹⁹ Coletivo de mulheres da saúde coletiva que tem como objetivo promover maior inclusão política das mulheres através de estratégias feministas de atuação no âmbito das instituições – de saúde, do poder executivo e legislativo, do universo acadêmico e dos movimentos sociais –, visando evidenciar e superar as desigualdades de gênero e a cultura machista que dificultam a participação livre das mulheres em seus respectivos campos de atuação e seus aspectos políticos (DUARTE et al., 2018).

por outros modos de agir na saúde e na educação, imersas em tensões macrossociais e na micropolítica do trabalho nas instituições?”.

E em que medida compreendem ou refletem sobre seu lugar e desafios de serem mulheres, educadoras, trabalhadoras da saúde, com todos os obstáculos associados ao gênero? Essas questões foram pouco exploradas nas narrativas das educadoras e acredito que precisam ser aprofundadas para avançarmos em relações mais justas e saudáveis para as mulheres.

Uma maneira de subverter a rigidez e conservadorismo dos currículos pode ser a introdução progressiva da experiência feminina permeada pela preocupação com as outras pessoas, o cuidado, a solidariedade e sentido comunitário, valores presentes na pedagogia progressista e em crescimento na formação em saúde.

Este percurso de estudo tecido a partir das narrativas das educadoras e o diálogo com autores do campo da Educação e da Saúde me fez refletir sobre a docência na saúde como um trabalho vivo complexo e potente para novas experimentações. Esse cenário de configuração tecnológica do trabalho docente em saúde inclui recursos físicos, teorias e conceitos prévios e tecnologias relacionais. A aprendizagem significativa é vibrante, centrada nas relações entre educadoras, educandos, comunidade, gestores, produtora de inúmeras oportunidades de aprendizagem.

E problematizo ainda em que medida essas educadoras da saúde têm sido importantes para uma reconfiguração tecnológica do trabalho em saúde, ao interrogar o seu processo de trabalho e o das equipes/serviços que apoiam e organizam, ao colocar o trabalho no centro do processo de formação, ao interrogar a tensão da autonomia *versus* controle dos espaços de cuidado na saúde.

Ao assumir que a realidade e a complexidade dos territórios de atuação são o espaço de escuta e imersão para o trabalho em saúde, que os modos de viver nesses territórios são ponto de partida para a compreensão da saúde e o desenvolvimento de maneiras singulares de cuidado que podem operar ali, essas educadoras vão construindo aprendizagens significativas em meio à transversalidade entre a teoria e a prática que compõe sua práxis docente na saúde.

O cenário das Residências em Saúde, especialmente as Residências que acontecem nos serviços da Atenção Básica, constitui-se em espaços propícios para um reposicionamento dessas educadoras. Se outros ambientes educacionais perpetuam uma posição de educadoras destacadas dos seus educandos, separadas dos “outros” que são afetados por sua ação, no lugar das Residências apresentado nesta pesquisa, as educadoras caminham juntas aos residentes, misturam-se a esses trabalhadores-educandos, são afetadas pelos desafios que permeiam esse lugar tanto quanto seus educandos, portanto conhecem, vivem, e desejam compreender e produzir mudanças na realidade. A implicação que desdobra do fato de não serem as “outras”, mas fazerem parte do coletivo que vive a mesma realidade e desafios, poderia ser um ponto de destaque na compreensão dessa práxis docente das educadoras da saúde nesse contexto.

A Educação Permanente em Saúde inscreve-se como uma aposta em construção e disputa desde 2003, com avanços pela capilaridade da sua implementação como política nacional no país, e ainda com limites na sua compreensão quando perde força e é capturada pelas demandas pontuais de capacitação. Entre os maiores desafios para sua implementação está a sustentabilidade do próprio SUS, narrada nesta pesquisa pelas educadoras que evidenciaram as difíceis condições de trabalho a que estão submetidas. Assim como os trabalhadores e gestores, as educadoras permanecem lutando e resistindo para sustentar a proposta da aprendizagem significativa no trabalho e pelo trabalho, com engajamento e abertura ao diálogo com todos os atores que habitam essa cena. Até quando resistirão? É necessário o investimento no SUS para que a PNEPS seja possível seguir em sua implementação, e o tempo de finalização desta pesquisa é um tempo de esperanças.

Registro ainda que meu desejo ou expectativa inicial nesta pesquisa sobre a práxis docente na saúde era que em suas narrativas as educadoras sistematizassem de maneira ainda mais profunda seus modos de fazer, mais detalhes sobre como a mudança de paradigmas na educação na saúde, que defenderam fortemente em suas escritas, acontece nas interações entre educadoras e educandos. Um desejo de retratar movimentos que acontecem nos serviços de saúde em que atuam e que pudessem expressar as sutilezas

que operam nesse fazer proposto. Fica ainda uma expectativa de expor mais detalhes desse complexo contexto apresentado, e que com certeza poderá ser explorado em outras pesquisas futuras, ampliando possivelmente os dispositivos de pesquisa. As contribuições da etnometodologia, que propõe o estudo dos raciocínios práticos, os métodos e os modos de proceder que são atividades sociais estruturantes dos grupos, também poderiam ser exploradas em outra oportunidade de estudo.

Um dos objetivos propostos nesta pesquisa foi o de registrar o contexto de formação de educadoras nos Programas de Residências em Saúde e acredito que de maneira transversal e mais especificamente no capítulo em que contextualizei as Residências em Saúde, pude alcançar esse objetivo.

Em relação ao objetivo de possibilitar momentos de formação às educadoras através da sua participação na pesquisa, registro que tiveram possibilidades de fazer essa imersão na sua própria construção subjetiva e da sua práxis educadora em duas grandes oportunidades de refletir sobre si: em 2017, ao fazer uma especialização que utilizou como um dos dispositivos o portfólio reflexivo e memorial de formação com escritas processuais no período de um ano; e, em 2021, com a colaboração nesta pesquisa-formação que convida a olhar para si e registrar novas narrativas, numa nova possibilidade de processar suas aprendizagens experienciais.

Em uma tentativa de síntese sobre as principais descobertas que se desdobraram durante a realização desta pesquisa em conexão com os objetivos propostos inicialmente, posso destacar que as mulheres que narraram suas histórias eram jovens educadoras, experientes na saúde e na educação, com alta escolaridade, com precárias condições de trabalho condizentes com os retrocessos no financiamento público na saúde no Brasil, com perfil militante do SUS e de resistência em meio à crise política, econômica e social que abateu o país no período da pesquisa.

Quanto ao objetivo de discutir e sistematizar questões sobre construção da identidade docente na saúde, identifiquei que se constituiu de maneira inusitada, a partir da necessidade da formação de trabalhadores da saúde no SUS, dos espaços de Educação Permanente em Saúde, do curso de Especialização em Preceptoría no SUS, com influências dos seus percursos escolares e vivências familiares. A construção da identidade docente é

favorável neste contexto institucional específico, pois oferta espaços de educação permanente dentro da carga horária de trabalho, momento em que podem fortalecer suas compreensões sobre sua identidade de maneira coletiva entre pares.

O objetivo de analisar a práxis pedagógica das educadoras da saúde no contexto da Residência em Saúde da Família culminou na identificação das possibilidades de uma práxis transformadora que envolvia abertura à aprendizagem e ao erro, o reconhecimento do inacabamento, a constante articulação de novos conhecimentos a partir das necessidades que a realidade do SUS demandava. Uma práxis situada na transição reflexiva de paradigmas educacionais, o desenvolvimento de habilidades de comunicação, trabalho em equipe, interprofissionalidade, um fazer docente que articulava competências de campo da saúde e dos núcleos profissionais. As educadoras destacaram a relação com as metodologias, estratégias e tecnologias educacionais na área da Saúde que buscavam promover a conexão da aprendizagem com aspectos significativos da realidade, integração de conhecimentos de outras áreas do conhecimento, intervenção na própria realidade, colaboração, cooperação em grupos, desenvolvimento do raciocínio, a aprendizagem significativa em contextos complexos nos territórios da Atenção Básica à Saúde do SUS.

O alcance dos objetivos específicos acima descritos consolida o objetivo geral de analisar as relações entre concepções, práxis e condições de trabalho docente de educadoras da saúde que estão em formação e atuam na pós-graduação na modalidade de Residência em Saúde da Família na Bahia.

E, finalizando esse percurso reflexivo, a tese é que a Educação Permanente em Saúde desenvolvida no SUS brasileiro, especialmente no contexto complexo da Atenção Primária à Saúde e das Residências em Saúde, utilizando de dispositivos de reflexão de si através da escrita de narrativas em portfólios e memoriais de formação, associada a outros dispositivos de uma formação emancipadora e democrática, possibilita a autoformação e transformação da práxis das educadoras da saúde, permitindo a compreensão sobre sua identidade docente, suas condições de trabalho e o seu fazer docente. As narrativas das educadoras nesse contexto singular sinalizam fissuras nos processos instituídos para dar espaço à criação de possibilidades de invenção de novos processos de trabalho na educação na saúde.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. **Educação e emancipação**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. O legado de Cabanis: hipótese sobre raízes da educação médica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00206416, 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000703002. Acesso em: 7 abr. 2021.

ARNEMANN, Cristiane Trivisiol. **Educação permanente em saúde no contexto da residência multiprofissional: estudo apreciativo crítico**. 2017. 263f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; OLIVEIRA, Dalila Andrade. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. **Educação & Sociedade** [online]. v. 30, n. 107, p. 349-372, ago. 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/es/a/fdCjfWkF8XYXTfyXGcgCbGL/#>. Acesso em: 13 nov. 2022.

AUTONOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura et al. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, jun. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0316.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

BARROS, José D'Assunção. Práxis: considerações sobre as assimilações de um conceito pelo materialismo histórico. **História Social**, n. 20, primeiro semestre de 2011. Disponível em:

<https://ojs.ifch.unicamp.br/index.php/rhs/article/view/227/477>. Acesso em: 12 set. 2022.

BAUMAN, Zygmunt. **Ética Pós-Moderna**. Tradução João Rezende Costa. São Paulo: Paulus, 1997.

BENJAMIN, Walter. Experiência e pobreza. *In*: **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1987, p. 114-119.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A pesquisa em didática e prática de ensino através da Metodologia da Problematização. *In*: ROMANOWSKI, J. P.; MARTINS, P. L. O.; JUNQUEIRA, S. R. A. (Org.). **Conhecimento local e conhecimento universal**: pesquisa, didática e ação docente. Curitiba: Champagnat, 2004.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100008. Acesso em: 10 nov. 2019.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis. **Semina**: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 17, p. 7-17, 1996. Disponível em:

<https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/5014/0>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 9-19, 1995. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/viewFile/9458/8240>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. O exercício da práxis por meio da Metodologia da Problematização: uma contribuição para a formação de profissionais da educação. *In*: BEHRENS, M. A.; ENS, R. T.; VOSGERAU, D. S. R. (Org.). **Discutindo a educação na dimensão da práxis**. Curitiba: Champagnat, 2007.

BORBA, Kátia Pereira de. **Desenvolvimento profissional docente: um estudo com professores enfermeiros universitários**. 2017. 171f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 206, p. 1-4. 23 Out. 2013. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n. 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, nº 190, p. 131, 3 out. 2001. Seção 1E. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 220, p. 97, 13 nov. 2019. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. Ed. 4. Reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1826, de 24 de agosto de 2012. Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, análise, aprovação, monitoramento, apresentação de demonstrativos contábeis e de resultados e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 166, p. 28-37, 27 ago. 2012. Seção 1.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 mar. 2010.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009b. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 set. 2011.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009c. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out. 2009.

- BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 3019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ SAÚDE – para os cursos de graduação na saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 nov. 2007.
- BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º abr. 2002.
- BUENO, Belmira Oliveira et al. Docência, memória e gênero: estudos alternativos sobre a formação de professores. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 299-318, 1993. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771993000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 dez. 2022.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAPASSO, Raissa; DEL GUERRA, Débora; KIELING, Gabriel. **Redes de Cuidado**: revoluções invisíveis por uma vida vivível. Belo Horizonte: Coletivo Etinerâncias, 2021.
- CARMO, Rose Ferraz et al. Acesso aos serviços de saúde na rede de atenção: compreendendo a narrativa de profissionais de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva** [online], v. 29, n. 1, pp. 77-85, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/YLfpqC4pwb9SKFSvdphmZTG/?lang=pt#>. Acesso em: 6 jun. 2022.
- CASTRO Verônica Said de.; NOBREGA-THERRIEN Silvia Maria. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 211-220, jun. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 set. 2018.
- CARNEIRO, Marcia Simão. **Representações sociais de professores do curso de enfermagem de instituições de ensino superior públicas sobre práticas obstétricas**: implicações para a formação docente. 2018. 244 f. Tese (Doutorado em Educação) - Instituto de Ciências da Educação, Universidade Federal do Pará, Belém do Pará, 2018.
- CAUDURO, Fernanda Leticia Frates. **Design thinking**: metodologia inovadora para a formação docente em enfermagem. 2018. 207 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Acesso em: 23 mar. 2020.
- CECCIM, Ricardo Burg.; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS – CEE/Fiocruz, 2021. **Estudo da Fiocruz que avaliou condições de trabalho na Saúde aponta esgotamento dos profissionais**. Matéria publicada em 23 mar 2021. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1340>. Acesso em: 7 nov. 2022.

CERON, Mariane. **Habilidades de Comunicação**: abordagem centrada na pessoa. Módulo Psicossocial. Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Brasil representa um terço das mortes de profissionais de Enfermagem por covid-19 [Internet]. Brasília: COFEN, 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.html. Acesso em: 24 nov. 2022.

COLLAR, Janaina Matheus.; ALMEIDA NETO, João Becon de.; FERLA, Alcindo Antônio. Educação permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. **Saúde em Redes**, v. 1, p. 53-64, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/644>. Acesso em: 2 abr. 2020.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE - CEPAL, 2021. The economic autonomy of women in a sustainable recovery with equality. **Special Report 9**, 10 Fev 2021. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/s2000739_en.pdf. Acesso em: 7 nov. 2022.

CÔNTRERAS DOMINGO, José. Relatos de experiência, em busca de un saber pedagógico. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)biográfica**. Salvador, v. 1, n. 1, p. 14-30, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/rbpab/article/view/2518>. Acesso em: 15 dez. 2019.

COULON, Alain. **Etnometodologia e educação**. São Paulo: Cortez, 2017.

COULON, Alain. Etnometodologia e pesquisa qualitativa em saúde: observar, ouvir, descrever. **Rev. FAEEBA – Ed. e Contemp.**, Salvador, v. 28, n. 56, p. 33-43, set./dez. 2019. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/faeeba/v28n56/2358-0194-faeeba-28-56-33.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2022.

COULON, Alain. O ofício de estudante: a entrada na vida universitária. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 1239-1250, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v43n4/1517-9702-ep-43-4-1239.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CUNHA, Maria Isabel da. Docência na Educação Superior: a professoralidade em construção. **Educação**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 6-11, jan.-abr. 2018.

Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/29725>.

Acesso em: 22 mar. 2020.

CUNHA, Maria Isabel da. **O bom professor e sua prática**. São Paulo: Papyrus, 1992.

DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar et al. Formação para o SUS: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 699-721, 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300699. Acesso em: 22 nov. 2018.

DELORY-MOMBERGER, Christine. Abordagem metodológica na pesquisa biográfica. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 17, n.51, 523-740, set. -dez. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v17n51/02.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

DELORY-MOMBERGER, Christine. Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 359-371, 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v32n2/a11v32n2.pdf>. Acesso em: 7 out. 2019.

DICIO. **Dicionário online de português**. Disponível em:

<https://www.dicio.com.br/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

DOMINGOS Carolina Milena.; NUNES Elisabete de Fátima Polo de Almeida.; CARVALHO Brigida Gimenez. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, dez. 2015. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832015000401221&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 abr. 2018.

DUARTE, Caroline Castanho et al. **Machismo, violência e feminismo na roda**: uma experiência de diálogo entre homens e mulheres a partir do reconhecimento do “lugar de fala”. Salvador: XX REDOR (Encontro da rede feminista Norte e Nordeste de estudos e pesquisas sobre mulher e relações de gênero), 2018. [Internet]. Disponível em:

<https://www.sinteseeventos.com/site/redor/G7/GT7-27-Caroline.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2022.

DUBAR, Claude. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 42, n.146, p.351-367, maio/ago. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742012000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2020.

ENGUITA, Mariano Fernández. **A face Oculta da Escola**: Educação e Trabalho no Capitalismo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

EPS EM MOVIMENTO. **Caixa de afecções**. 2014. Disponível em:

<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/caixa-de-afeccoes>. Acesso em: 19 set. 2018.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**

[online], v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 27 set. 2021.

FERLA, Alcindo Antônio. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *In*: AKERMAN, Marco et al. (org.). **A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020. (Série “Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS”), p. 94 -122.

FERLA, Alcindo Antônio. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no Ensino da Saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, v. 5, n. 2, p. 81-94, ago./dez. 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022/65813>. Acesso em: 7 dez. 2022.

FERLA, Alcindo Antônio et. al. Una paradoja civilizatoria: la pandemia como desafío a la enseñanza y al trabajo en salud y como afirmación de las vidas. **Saúde em Redes**. v. 6, n. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3215>. Acesso em: 4 out. 2021.

FERREIRA, Janise Braga Barros, FORSTER, Aldaísa Cassanho e SANTOS, José Sebastião dos. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 36, n. 1, supl 1, p. 127-133, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200017>. Acesso em: 11 out. 2021.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1421-1428, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2018.

FOUCAULT, Michael. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1998.

FOUCAULT, Michael. **Nascimento da biopolítica**: Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FESF-SUS - FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. REIS, Alessandra Martins dos.; ROSA, Grace Fátima Souza; BARROS, Rebeca (Org.). **Projeto Político Pedagógico**: Programas de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família. Salvador:

Fundação Estatal Saúde da Família/ Fundação Oswaldo Cruz Bahia “Gonçalo Muniz”, 2018.

GADOTTI, Moacir. **Educação Popular e Educação ao longo da vida.** CONFINTEA Brasil+ 6, p. 50, 2016. Disponível em: https://www.paulofreire.org/images/pdfs/Educacao_Popular_e_ELIV_Gadotti.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade.** São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GIGANTE, Renata Lúcia; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, dez. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300747&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 5 maio 2019.

GIROTTI, Letícia Cabrini. **Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde.** 2016. 121f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

HACK, Cássia. **Formação de professores e professoras de educação física no Brasil e o embate de projetos no campo de conhecimento da saúde: contribuições da teoria pedagógica histórico-crítica.** 2017. 235f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

IMBERNÓN, Francisco. **A educação no século XXI: os desafios do futuro imediato.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas do Estado Brasileiro** (Plataforma de dados integrados sobre a Estrutura Organizacional e de Pessoal do Estado brasileiro, nos três níveis da administração- federal, estadual e municipal – e nos três poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário, a partir dos vínculos de trabalho e pessoas (CPF) extraídos da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério da Economia (RAIS/ME). BSB: IPEA, 2020. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/>. Acesso em: 23 nov. 2022.

INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Gestão de Programas de Residência Médica no SUS.** São Paulo: Ministério da Saúde/ Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.

INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. LIMA V.V.; PEREIRA S.M.S.F.; OLIVEIRA J.M.; RIBEIRO E.C.O.; et al. (Org). **Processos Educacionais na saúde: ênfase em tecnologias educacionais construtivistas.** São Paulo: Ministério da Saúde/ Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017.

JOSSO, Marie-Christine. **Experiências de vida e formação.** São Paulo: PAULUS; Natal: EDUFRN, 2010.

LARROSA BONDÍA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Tradução de João Wanderley Geraldi. **Revista Brasileira de**

- Educação**, São Paulo, n.19, jan./fev./mar./abr. 2002. Disponível em: <https://scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2020.
- LAWN, Martin. Os professores e a fabricação de identidades. **Currículo sem Fronteiras**, v.1, n. 2, p. 117-130, 2001. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol1iss2articles/lawn.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2020.
- LIMA, Valéria Vernaschi. Competence: different approaches and implications in the training of healthcare professionals. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SyGLRpTYVbwm7sTgTfK6V8n/?format=pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- LIMA, Valéria Vernaschi. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, Jun 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2018.
- LIMA, Valéria Vernaschi. et al. **Nota técnica aprendizagem baseada em equipes**: diretrizes, etapas e recomendações. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, 2016. 11 p.
- LOTTERMANN, Karla Siqueira. **Trabalho docente em saúde**: desafios e perspectivas. 2016. 170 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.
- LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas do Brasil**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/instituicoes-medicas-no-brasil-2/>. Acesso em: 10 set. 2020.
- LUZ, Madel Therezinha. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MkLhKMvH4KqDSJNgSG48VqG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2020.
- LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade moderna. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36799/2/Natural-Racional-Social.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.
- MAGUEREZ, Charles. **La promotion technique du travailleur analphabete**. Paris: Editions Eyrolles, 1966.
- MAMONA, Sara Soares Costa. **Educação de Jovens e Adultos: reflexões sobre a modalidade na formação inicial de professores de matemática da UEFS**. 2017. 155f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.
- MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Tradução e notas: Jesus Ranieri. [original: 1844] São Paulo: Boitempo editorial, 2008.

MARX, Karl. **Teses sobre Feuerbach**. Tradução Editorial "Avante!" - Edições Progresso Lisboa - Moscovo, 1982. [original: 1845] Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1845/tesfeuer.htm>. Acesso em: 12 set. 2022.

MATTOS, Rubens Araújo de et al. O SUS e as narrativas de educação permanente em saúde. *In: Qualidade e relevância social da formação profissional em saúde*: para o controle social, duas faces da mesma questão. LEMOS, Sonia Maria et al. (Org.) Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. p. 57 – 69. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Qualidade-e-relevancia-social-da-formacao-profissional-em-saude-para-o-controle-social-duas-faces-da-mesma-questao.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2022.

MATTOS, Tânia Mara Cappi. **Ideologia que permeia a prática da educação permanente por tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde**. 2016. 147f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

MELLO, Débora F. de et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Cresc Desenv Hum**, v.15, n. 1, p. 79-89, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/09.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.). Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIELO, Márcio. **Educação permanente na academia como estratégia de formação docente**: perspectivas de docentes e preceptores. 2016. 179 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 15, n. 1, pp. 131-145, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/q6sFrXTpdrYmhJ8VsXy8qLD/?lang=pt#>. Acesso em: 6 jun. 2022.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2018.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001.

NASCIMENTO, Antônio Dias. O difícil caminho da ética na contemporaneidade: uma leitura de Zygmunt Bauman. *In*: PALMEIRA, M. J. O; ROSEIRA, N.A.F. (Org.) **Educação e democracia: fundamentos teóricos para uma abordagem dos valores**. Salvador: EDUNEB, 2008.

NASCIMENTO Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2010.v19n4/814-827/>. Acesso em: 20 maio 2018.

NUNES, Everardo D. Merton e a sociologia médica. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.159-172, jan. - mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/cDHfHtYNbH8JbzwJFDXgqRy/?format=pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

Ó, Jorge Ramos do. **Fazer a mão**: por uma escrita inventiva na universidade. Lisboa: Edições do Saguão, 2019.

OLIVEIRA, Dalila Andrade.; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Condições de trabalho docente. *In*: OLIVEIRA, D.A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. **DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CDROM

OLIVEIRA, Maria Luiza Carvalho de. **Desenvolvimento de comunidade de prática docente virtual**: possibilidade de formação do enfermeiro docente novato. 2018. 247f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

OLIVEIRA, Marilda Siriani de (Org.) et al. **Preceptoría no SUS**: caderno do curso 2017. São Paulo: Ministério da Saúde/ Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2017.

PADILLA, Mônica (Org.) et al. **Mulheres e Saúde**: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde / Organizadores: Mônica Padilla, Cristiane Goshc, Lisiane Bôer Possa e Alcindo Antônio Ferla. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Mulheres-e-Saude-as-diferentes-faces-da-insercao-feminina-no-trabalho-e-na-educacao-em-saude.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2022.

PAGLIOSA Fernando Luiz.; DA ROS Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-9, out/dez 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>. Acessado em: 7 fev. 2020.

PASSEGGI, Maria da Conceição. Memoriais autobiográficos: escritas de si como arte de (re)conhecimento. *In*: Cordeiro, V. M. R; SOUZA, E. C. (Orgs). **Memoriais, literatura e práticas culturais de leitura**. Salvador: EDUFBA, 2010a, p.19-42.

PASSEGGI, Maria da Conceição. “Narrar é humano! Autobiografar é um processo civilizatório”. *In*: PASSEGGI, Maria da Conceição e SILVA, Vivian

Batista da. **Invenções de vidas, compreensão de itinerários e alternativas de formação**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010b, p. 103-130.

PAULINO, Valquiria Coelho Pina. **Identidade, prática docente e características ocupacionais dos professores dos cursos de graduação em enfermagem do Estado de Goiás**. 2016. 115f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 1, pp. 103-109, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>. Acesso em: 4 dez. 2022.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 18, suppl 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 4 dez. 2022.

PENTEADO, Regina Zanella; SOUZA, Samuel de. Mal-estar, sofrimento e adoecimento do professor: de narrativas do trabalho e da cultura docente à docência como profissão. **Saúde e Sociedade** [online], v. 28, n. 1, p. 135-153, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Y9Wfn6NphgsptvZBMpZcsSJ/#>. Acesso em: 21 nov. 2022.

PEREIRA, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 18, suppl 1, p. 895-908, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>. Acesso em: 11 out. 2021.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. (Org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p.110-114. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PIO, Danielle Abdel Massih. **A experiência do professor médico com métodos ativos de ensino-aprendizagem: formação permanente e gestão como mediadoras**. 2017. 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

POPKEWITZ, Thomas S. **Lutando em defesa da alma: a política do ensino e a construção do professor**. Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed Editora LTDA, 2001.

RAMOS, Evódio Maurício Oliveira. **Professores bacharéis da saúde: trajetórias de profissionalidades docentes**. 2018. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Educação. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

REIS, Alessandra Martins dos.; SOUZA, Elizeu Clementino de. Formação docente na saúde: tendências dos estudos recentes. *In*: Encontro Redestrado Brasil, 10, **Anais...** Recife: UFPE, 2019. Disponível em: <http://redeestrado.org/wp-content/uploads/2019/05/231119-Anais-Redestrado-2019.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2020.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Identidades terminais**: as transformações na política da pedagogia e na pedagogia da política. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.) **Liberdades reguladas**: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

SILVA, Verônica Caé da. **Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro preceptor na residência multiprofissional em saúde**. 2017. 198f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SOUZA, Daniela Maysa de. **O professor enfermeiro novato da educação profissional técnica de nível médio e o conhecimento pedagógico do conteúdo de Lee Shulman**. 2018. 457f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

SOUZA, Elizeu Clementino de. A arte de contar e trocar experiências: reflexões teórico metodológicas sobre história de vida em formação. **Revista Educação em Questão**, Natal, v.25, n. 11, p. 22-39, jan./abr. 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/educacaoemquestao/article/view/8285>. Acesso em: 15 dez. 2019.

SOUZA, Elizeu Clementino de; DELORY-MOMBERGER, Christine. Apresentação: Narrativas, educação e saúde: o sujeito na cidade. **Linhas Críticas**. Brasília, v. 24, p. 8-13, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/20274/18726>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SOUZA, Elizeu Clementino de. Diálogos cruzados sobre pesquisa (auto)biográfica: análise compreensiva-interpretativa e política de sentido, **Revista Educação**, Santa Maria, v. 39, n. 1, p. 39-50, jan./abr., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/11344> Acesso em: 26 ago. 2018.

SOUZA, Elizeu Clementino de. Existir para resistir: (auto)biografia, narrativas e aprendizagens com a doença. **Revista da FAEEDBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 25, n. 46, p. 59-74, mai./ago. 2016. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/faeeba/v25n46/0104-7043-faeeba-25-46-00059.pdf>. Acesso em: 1º ago. 2022.

SOUZA, Elizeu Clementino de; MEIRELES, Mariana Martins de. Olhar, escutar e sentir: modos de pesquisar-narrar em educação. **Educação e Cultura Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 39, p. 282-303, 2018. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/reeduc/article/view/4750/47966110>. Acesso em: 21 jul. 2020.

SOUZA, Elizeu Clementino de. **O conhecimento de si**: narrativas do itinerário escolar e formação de professores. 2004. 344 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

SOUZA, Elizeu Clementino de. ?O que será o amanhã?? Narrativas, pandemia e interfaces vida-morte. **Espacios en Blanco** (online), v. 2, p. 351-364, 2021.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3845/384566614003/html/>.
Acesso em: 22 nov. 2022.

SOUZA, Elizeu Clementino de; SOUSA, Rosiane Costa de. Pesquisa (auto) biográfica, educação e saúde docente: escritas de formação e refiguração identitária. **Cadernos CERU**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 99-126, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ceru/article/view/189276>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SPESSOTO, Márcia Maria Ribera Lopes. **Licenciatura em enfermagem: uma análise do processo de implementação nas universidades públicas estaduais**. 2018. 228 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação. Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2018.

TREPTE, R. F.; FERLA, A. A. O fazer e aprender pesquisa numa perspectiva menor: narratividade no processo de produção de conhecimento em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 16, p. 41-59, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442017000100004. Acesso em: 15 dez. 2019.

VIANA, Nildo; SOARES, Cassia Baldini.; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: SOARES, Cassia Baldini.; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. (Org.) **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2013, p. 107 – 142.

YANOULLAS, Silvia Cristina. Feminização ou Feminilização: apontamentos em torno de uma categoria. **Temporalis**, Brasília, ano 11, n.22, p.271-292. Brasília. ABESS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/1368>. Acesso em: 23 nov. 2022.

ANEXO – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS I
COLEGIADO DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO²⁰

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO N^o
 – 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante: _____
 Documento de Identidade n^o: _____ Sexo: F () M ()
 Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
 Endereço: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
 Telefone: (____) _____ / (____) _____ / _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Práxis docente na saúde: narrativas de educadores em contexto de formação
2. **PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Elizeu Clementino de Souza
Cargo/Função: Professor/Orientador

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **Práxis docente na saúde: narrativas de educadores em contexto de formação**, de responsabilidade do pesquisador **Elizeu Clementino de Souza**, docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), que tem como objetivo analisar as relações entre concepções, práxis e condições de trabalho docente de educadores da saúde que atuam na pós-graduação na modalidade de Residência em Saúde da Família na Bahia. A realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios, sejam eles diretos ou indiretos. Alguns podem ser previstos e outros não. Alguns dos benefícios: possibilitar momentos de formação aos educadores através da sua participação na pesquisa; sistematizar questões sobre construção da identidade docente na saúde, a práxis pedagógica no contexto das residências em saúde da família, as condições de trabalho docente desses educadores.

²⁰ Pesquisa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), aprovado sob n^o de Parecer: 4.366.237, em 28 de outubro de 2020, consulta disponível no *link*: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil>.

Caso aceite, o(a) senhor(a) terá suas narrativas registradas em seu memorial de formação escrito em 2017 e suas novas narrativas registradas atualmente analisadas pela aluna Alessandra Martins dos Reis, discente do curso de pós-graduação em Educação e Contemporaneidade da UNEB. Devido à coleta de informações, o(a) senhor(a) poderá sentir-se invadido(a) no que diz respeito à sua privacidade, ter a divulgação das informações registradas na pesquisa, ter seu tempo tomado para escrita, compartilhar narrativas que envolvam memórias pessoais e emoções, bem como sobre seu percurso pessoal e profissional, momentos positivos e negativos nos contextos de escola, o trabalho e fatos da sua história de vida. Contudo, saliento que sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto, o(a) senhor(a) não será identificado(a) na divulgação dos resultados da pesquisa. Caso queira, o(a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o(a) senhor(a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora, e o(a) senhor(a), caso queira, poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética da UNEB. Esclareço ainda que, de acordo com as leis brasileiras, o(a) senhor(a) tem direito à indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. Em virtude da pandemia de covid-19, que impossibilita as atividades presenciais no período de desenvolvimento da pesquisa, você poderá inserir sua assinatura digitalizada neste termo de consentimento e enviar por *e-mail* para a pesquisadora, ou assinalar seu consentimento no formulário virtual da ferramenta Google Forms (*link*: <https://forms.gle/d7zR7sneJTjinufa6>), encaminhado pela pesquisadora por *e-mail* e pelo celular através do WhatsApp aos possíveis candidatos(as) a colaborar, de maneira individualizada e com garantia de sigilo entre participantes. O risco será inerente a qualquer acesso à internet, uso de aplicativos e ferramentas virtuais, porém asseguro que informações não fornecidas pelo participante no formulário (por exemplo, número de IP) não serão acessadas pela pesquisadora. As novas narrativas disponibilizadas no formulário serão armazenadas inicialmente em conta pessoal da pesquisadora e em segundo momento no computador pessoal e apagadas da ferramenta virtual ao final da pesquisa. O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo por *e-mail*, na qual consta o contato dos pesquisadores que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Elizeu Clementino de Souza

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. CEP: 41.150-000 - Salvador - BA. **Telefone:** (71) 98765-4561. **E-mail:** esclementino@uol.com.br

Pesquisadora discente: Alessandra Martins dos Reis. **E-mail:** alemreis@hotmail.com. **Telefone:** (71) 99313-1245

Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB: Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador- BA. CEP: 40460-120. Tel.: (71) 3312-3420, (71) 3312-5057, (71) 3312-3393 ramal 250, e-mail: cepuneb@uneb.br

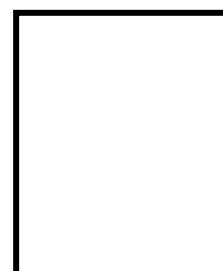
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF.


V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO


Após ter sido devidamente esclarecido pelo(a) pesquisador(a) sobre os objetivos, benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa **Práxis docente na saúde: narrativas de educadores em contexto de formação** e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade. Como voluntário, consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias, sendo uma destinada ao pesquisador e outra a mim.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa




Assinatura do pesquisador discente
(orientando)


Assinatura do professor responsável
(orientador)

APÊNDICE – Narrativas, memórias e tentativa de uma vida bem vivida no doutorado sanduíche²¹

Alessandra Martins dos Reis
UNEB/PPGEduC - Doutorado - Turma 2019

Apresento um relato sobre meu período de inserção no Programa Intercalar de Doutorado na Universidade de Lisboa, Portugal, (doutorado sanduíche), no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022. Meu orientador no Brasil é o Prof. Dr. Elizeu Clementino de Souza, da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), e, no programa intercalar, estive sob a orientação do Prof. Dr. Jorge Ramos do Ó.

Ingressei no doutorado em 2019 no Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade (PPGEduC) do Departamento de Educação, na Linha de Pesquisa: Educação, Práxis Pedagógica e Formação do Educador e no grupo de pesquisa (Auto)Biografia, Formação e História Oral (Grafho).

Minha pesquisa em desenvolvimento é intitulada *Práxis docente na saúde: narrativas de educadores em contexto de formação*. Pretendo analisar as relações entre concepções, práxis e condições de trabalho docente de educadores da saúde que estão em formação e atuam na pós-graduação na modalidade de residência em saúde da família na Bahia, Brasil. Busco discutir e sistematizar questões sobre construção da identidade docente na saúde; analisar a práxis pedagógica no contexto da residência em saúde da família; identificar as condições de trabalho docente desses educadores; registrar o contexto de formação de educadores nos programas de residências em saúde; possibilitar momentos de formação aos educadores através da sua participação na pesquisa. Ancorada em princípios da pesquisa (auto)biográfica, o estudo configura-se como uma pesquisa narrativa e utiliza como dispositivo os memoriais de formação escritos em dois tempos, no período de 2017 e 2021.

A principal motivação em realizar um semestre de estudos fora do país era a possibilidade de avançar no meu trabalho de investigação, com a

²¹ Parte desta narrativa foi publicada no Boletim Informativo da Secretaria Especial de Relações Internacionais (Serint). Ano 1, nº 1, março de 2022. Disponível em: <https://serint.uneb.br/boletim-informativo-experiencias-de-doutorado-sanduiche/>

perspectiva de contribuir para a produção do conhecimento, a inovação e mudanças na área da Educação e da Saúde.

Entre as expectativas, estavam a possibilidade de que a imersão de estudos em outro país poderia ampliar as possibilidades de leituras e releituras sobre o objeto de investigação, a ampliação de repertório de conhecimentos, metodológico e cultural, além das expectativas de desenvolver competências de investigação, aperfeiçoar a escrita e as possibilidades de comunicação dos resultados da pesquisa, desenvolver competências para a intervenção em contextos de ação na pós-graduação na área da educação na saúde.

É importante lembrar que, no período de 4 a 8 de novembro de 2019, tive a oportunidade de participar da Escola Doutoral no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, fruto da organização conjunta do PPGEduc da UNEB. Esse evento proporcionou uma rica vivência de intercâmbio acadêmico para um grupo de estudantes da UNEB e contou com a participação de pesquisadores de diferentes universidades do Brasil e da Europa, o que despertou minha motivação e o planejamento desse período de doutorado sanduíche que relatarei em mais detalhes neste texto.

Preparativos para a viagem

Foi desafiador o período de planejamento prévio à viagem.

Em qualquer momento, avalio que já seria desafiador planejar uma mudança de país, mesmo que temporária, visto que sou mãe de duas crianças e tenho inserções de trabalho que tornam bastante complexos os planos de mudança da vida. Não possuo licença para estudar, dependendo do meu trabalho para manter a renda da família durante o doutorado, além de fazer um malabarismo na gestão do tempo entre estudo, trabalho e vida familiar.

Somado a tudo isso, a pandemia de covid-19 foi um dos problemas que tive que ultrapassar e, em alguns momentos, foi o que quase impossibilitou minha ida.

Assim, passei por volta de três meses estudando e pactuando todos os detalhes necessários, como a continuidade escolar das crianças, documentos, manter o meu trabalho remoto e a sustentação financeira em outro país com renda própria.

Reafirmo que é possível fazer um doutorado sanduíche mesmo sem acessar uma bolsa de estudos. Essa é uma dúvida frequente entre colegas do doutorado. É possível e viável, mas requer um planejamento financeiro minucioso.

O período de estudo prévio sobre o país que pretende viajar é fundamental. Conhecer sobre o custo de vida, moradia, alimentação, contas básicas, transporte, telefonia, como acessar a saúde no outro país, conhecer sobre a língua, a cultura, a rotina, enfim, toda informação possível para que sua viagem e estadia seja o mais segura possível.

A solicitação de visto de estudante foi demorada e sugiro que seja providenciada com no mínimo três meses de antecedência à viagem. Eu tive problemas, pois demorei para dar entrada (um mês de antecedência apenas), e mesmo com as diversas solicitações para adiantar o processo, meu visto foi aprovado somente na semana seguinte ao meu voo.

Com a pandemia, a entrada de brasileiros em Portugal estava limitada ainda em agosto de 2021. Era necessário visto ou cidadania. Assim, só consegui entrar no país por ter família com cidadania, incluindo minhas filhas, o que possibilitaria a minha entrada provisória até a regularização da situação. No mês seguinte, com a redução de casos de covid-19 no Brasil, as restrições de entrada foram revistas e o ingresso de turistas brasileiros restabelecido.

Portanto, entre os preparativos para a viagem, ficou a lição da importância de conhecer as regras de entrada de estrangeiros e providenciar todos os documentos necessários com bastante antecedência.

A chegada e período de adaptação no país

A chegada ao país ainda foi difícil pela obrigatoriedade de cumprir o período de 14 dias de isolamento profilático pela pandemia de covid-19. Assim, precisei ficar totalmente reclusa por duas semanas com a minha família, momento em que atividades simples, como fazer compras, precisaram ser feitas através das facilidades proporcionadas pela internet e as entregas em domicílio. Mesmo assim, um período de ansiedade pelas novidades impostas pelos primeiros contatos com a língua, cultura, conversão da moeda e resolução de detalhes sobre a moradia e documentação necessária para a

conclusão da matrícula na universidade e nas escolas das minhas crianças. Tudo isso sendo resolvido por telefone.

Um ponto positivo dos primeiros dias foi ter tempo para adaptação ao novo horário, naquele momento do ano eram quatro horas a frente do horário do Brasil. Depois, com o horário de inverno, passamos a três horas de diferença.

Após o fim do isolamento, passamos um período intenso de idas e vindas a diversos serviços públicos para formalizações diversas, fazer documentos, entregar documentos, o que consumiu bastante tempo e paciência.

O período de aulas presenciais das crianças iniciou antes do meu período de início na universidade. Foi muito bom para compreender e estabelecer uma nova rotina no país.

Conseguimos a matrícula para as crianças em Escola distante da nossa moradia, que foi definida previamente, antes da saída do Brasil. Essa questão ainda determinou uma rotina de deslocamentos diários para levar e buscar as crianças com a utilização do comboio (um tipo de trem urbano ou metrô de superfície), um tempo médio de 15 minutos, mais caminhadas pelo bairro. A princípio, pensei que seria penoso e que consumiria muito tempo do dia, porém avalio que foi positivo vivenciar essa experiência de “viver a cidade” cotidianamente e contribuiu para nossa adaptação.

Nesse primeiro momento, estabelecer uma rotina familiar e manter o meu trabalho remoto, com adaptações nos horários de reuniões e atividades por conta do fuso horário, foram prioridades para mim. Vencida essa etapa, consegui retornar ao estudo.

Após aproximadamente um mês no país, considero que estávamos adaptados e vivendo apenas as constantes adaptações ao clima, que para nosso padrão da Bahia, a essa altura do final do verão e início do outono europeu, já era bem frio para nós.

A vida acadêmica na Universidade de Lisboa

Antes do início das atividades do primeiro semestre de 2021 (setembro), tive um primeiro encontro presencial com o professor Jorge que me acolheu

muito bem e fizemos uma conversa em que apresentei um pouco sobre minha trajetória, meu projeto e minhas expectativas no programa.

Durante o período do programa intercalar de doutoramento, tive a oportunidade de desenvolver algumas atividades acadêmicas como:

- Frequência aos encontros do Seminário de Leitura conduzido pelo professor Jorge e outras atividades acadêmicas da Universidade de Lisboa;
- Aprofundamento teórico a partir das indicações da banca de qualificação e das orientações do professor do programa intercalar;
- Realização da fase de análise e discussão sobre a investigação em desenvolvimento;
- Escrita inicial de um artigo científico a partir de alguns resultados preliminares da investigação;
- Preparação do relatório para a segunda qualificação do doutoramento, com previsão de realização no mês de abril de 2022, no retorno ao Brasil.

O semestre iniciou com um grande evento presencial no *campus* da Universidade de Lisboa, com a aula magna realizada pelo reitor, apresentações musicais e uma festa ao ar livre, momento em que já na sala de aula, no primeiro encontro do seminário de investigação, percebíamos o som fora no *campus*, um grande entusiasmo dos estudantes pelo retorno presencial após um longo período da pandemia.

O seminário de leitura aconteceu semanalmente às terças-feiras na modalidade mista, ou seja, presencial na universidade e com interação remota através de plataforma de webconferência, o que proporcionou a inclusão de doutorandos de outras cidades de Portugal e do Brasil.

O grupo participante dos seminários era bastante diverso quanto às suas origens de formação, inserção profissional e seus objetos de pesquisa, com presença prevalente de formações no campo das artes, filosofia e história. A presença de brasileiras é grande nos seminários, presencialmente e remotamente.

Os seminários possuem a dinâmica de leitura de textos prévia a cada encontro, a partir de uma lista provisória de indicações, que pode ser alterada

com a inclusão de novos textos sugeridos ou por textos em vias de construção pelos participantes. O texto é enviado ao grupo com uma semana de antecedência e durante o encontro são compartilhadas reflexões a partir da leitura.

No ano anterior, o seminário voltou-se a textos acerca do ser da vida filosófica, a partir das questões do cuidado de si e da relação entre pensamento e vida. Nesse ano, a proposta foi

[...] uma incursão – fragmentária, descontínua e sem pretensões de totalização – ao fazer que está implicado nessa ‘vida nova’ dedicada o mais possível ao desdobramento da escrita, à transformação do sujeito que investiga e à busca, sempre inconclusa, de uma comunidade de escritores por vir. (Apresentação do Seminário de Leitura 2021-2022).

O percurso temático do seminário de leitura para o ano de 2021/2022 sugeriu a conversão e transgressão, a reflexão sobre o ato e o processo de escrita a partir da produção de diferentes pensadores.

O movimento para o interior, seja de si mesmo ou de uma qualquer comunidade de ‘amigos do texto’; e o movimento para o exterior, ou seja, a relação do texto com o de fora, com o anonimato e o infinito, enfim, com a própria morte do autor. Nesta perspectiva, que opera um deslocamento nos sentidos mais correntes destes termos, só na aparência pode existir contradição ou antinomia entre processos de conversão e movimentos de transgressão. (Apresentação do Seminário de Leitura 2021-2022).

Pessoalmente, foi uma oportunidade de aproximação de alguns autores²² que eu não tinha contato prévio, como Alain Badiou (2021) e o seu livro *Metafísica da verdadeira felicidade*, Peter Sloterdijk (2018) em *Tens de mudar de vida*, Georges Bataille (2021; 2016) em *A experiência interior e A literatura e o mal*, Jean-Luc Nancy (2016) em *A comunidade inoperada*.

A experiência acadêmica em uma universidade pública fora do Brasil despertou-me reflexões sobre os processos pedagógicos na pós-graduação, a interação entre doutorandos e professores nos espaços de discussão e as nuances desses espaços de aprendizagem, permeados pelos diferentes

²² BADIOU, Alain (2021). *Metafísica da verdadeira felicidade*. Lisboa: Edições 70.; BATAILLE, Georges (2021). *A experiência interior*. Lisboa: Edições 70.; BATAILLE, Georges (2016). *A literatura e o mal*. Lisboa: Letra Livre; NANCY, Jean-Luc (2016). *A comunidade inoperada*. Rio de Janeiro: 7 Letras; SLOTERDIJK, Peter (2018). *Tens de mudar de vida*. Lisboa: Relógio D'Água.

códigos culturais locais e nacionais que operam rituais acadêmicos e modos de funcionamento coletivo.

Estar em outro país, outra cultura, outra universidade, com tantas novidades, convocou-me a estar num papel prioritariamente de observadora atenta nesse período, tentando captar as falas, os movimentos, as conversas, o ritmo, os olhares, os tons, os sons. Estar aberta a ouvir e processar tantas informações.

No Brasil, dadas as questões culturais e o fato de já estar mais apropriada sobre o “funcionamento” dos espaços acadêmicos, minha história pessoal é de muita interação e de uma postura mais “falante” nas universidades em que passei, seja no lugar de estudante, seja no lugar de professora. Reflito ainda que independentemente do país em que esteja, a tradição de algumas amarras da educação tradicional, que estamos ainda em processo de desconstrução, a exemplo do medo pelo julgamento das outras pessoas sobre o que é dito nos espaços coletivos, faz-me conter a fala e reduzir a minha participação, infelizmente. Esse é um tema frequente entre as minhas reflexões nos últimos anos, visto ser uma questão que tenho trabalhado nos espaços de formação em que atuo como educadora.

Ainda refletindo sobre a interação entre as pessoas no espaço acadêmico e pensando sobre a potência dos encontros para minha constituição como pesquisadora, educadora, mulher, pessoa no mundo, sinto que a pandemia trouxe prejuízos importantes, mesmo neste período de retorno à convivência presencial. Vivenciei, portanto, um momento de transição em que as pessoas retornavam para a universidade, ainda de máscaras, ainda distantes fisicamente, ainda preocupadas com as “etiquetas” impostas nestes últimos dois anos, ainda procurando compreender como será esse novo período de regresso ao convívio social. Ao passo em que sentia algum estranhamento nesse tipo de convivência “distante”, sentia também satisfação em poder viver algum tipo de aproximação com as pessoas, poder andar pelas ruas e na universidade, conhecer pessoas novas, mesmo que ainda numa interação limitada e um pouco distante.

Reflexões sobre as vivências no sistema educacional

As vivências acompanhando minhas filhas no ensino fundamental e as minhas vivências pessoais no programa intercalar de doutoramento possibilitaram diversas reflexões neste período.

No acompanhamento cotidiano das crianças na escola, percebi alguns movimentos de luta dos professores por melhores condições de trabalho e remuneração, com três episódios de paralização das atividades para a negociação com a categoria. Percebi ainda algumas dificuldades estruturais e falta de professores, com reposições através de contratos temporários. Nesse sentido, os desafios percebidos no pouco tempo em que estivemos ali me produziram um sentimento de solidariedade e identificação, visto que alguns dos desafios são comuns à nossa realidade da educação pública brasileira.

Foi um momento novo para minhas filhas, primeiro contato com um processo pedagógico mais tradicional, centrado nos professores, com aulas expositivas, carteiras enfileiradas, provas, uma pedagogia da transmissão, como conhecemos prevalentemente também no sistema público brasileiro. Notei alguns movimentos pontuais de mudança na fala e desejo de algumas professoras, como por exemplo, movimentos de qualificação dos processos de avaliação na turma da filha que estava no 1º ciclo (3º ano do Ensino Fundamental), porém, de maneira geral, o sistema ainda possui uma estrutura tradicional de ensino. No Brasil, sempre fiz um esforço de permanência das crianças em projetos considerados “alternativos” ou inovadores, com propostas pedagógicas de inspiração em teorias sociointeracionistas, com espaço de fala para as crianças, reflexão crítica, aprendizagem conectada com a vida cotidiana, avaliações formativas e processuais, com desenvolvimento psicoafetivo, mediação qualificada de conflitos, comunicação não violenta, sem aulas, sem provas, sem carteiras enfileiradas. Então, esse momento de inserção em outra realidade completamente diversa para toda a família foi um momento de muitas aprendizagens, mas que as crianças lidaram muito bem, também com curiosidade e abertura para viver as experiências escolares.

Na universidade, tive um sentimento de identificação e familiaridade com a estrutura, organização e processos pedagógicos, bastante similares a outras universidades públicas que frequentei como estudante ou professora durante a vida no Brasil.

Um ponto que destaco é o estranhamento com o pagamento de mensalidade na universidade pública, chamada em Portugal de “propina”. É difícil para nós brasileiros desvincularmos a ideia de que a educação e saúde públicas sempre são universais e gratuitas. Essa ideia parte de um longo processo de lutas populares e reconhecimento de que são bens sociais, direitos, e que, portanto, são deveres do Estado, que deve regular e garantir a todos os cidadãos. Fiquei refletindo sobre o significado de estar em uma universidade pública, mas não gratuita, que requer uma contrapartida individual. Em que medida isso muda as relações institucionais e dos estudantes com a universidade? Em que medida o pagamento de propinas pode ser um fator limitante de acesso de famílias de baixa renda à universidade? Recentemente, foi publicada regulamentação (PORTUGAL, 2019)²³ que estabelece mecanismos de regularização de dívidas por não pagamento de propinas em instituições de ensino superior públicas, o que pode sinalizar a dificuldade de estudantes e suas famílias em sustentar esses pagamentos.

Durante o período eleitoral para presidência, no final de 2021, saindo do metrô no *campus* da universidade, recebi um folheto convidando a comunidade para participar de um debate com a candidata do bloco de esquerda à presidência, Catarina Martins, e o tema era justamente o fim da cobrança de propinas no ensino superior. Não tive tempo de compreender a fundo esse processo histórico, se esse pagamento sempre aconteceu ou foi criado somente a partir da Lei nº 37 (PORTUGAL, 2003),²⁴ que estabeleceu as bases do ensino superior no país.

Minha percepção é de que a gratuidade permanece sendo um ponto importante para democratização do acesso ao ensino superior e pode ser um caminho para a redução das iniquidades.

²³ PORTUGAL. Lei nº 75/2019, de 2 de setembro de 2019. Estabelece mecanismos de regularização de dívidas por não pagamento de propinas em instituições de ensino superior públicas, e procede à quinta alteração à Lei nº 37/2003, de 22 de agosto, que estabelece as bases do financiamento do ensino superior. Diário da República nº 167/2019, Série I de 2019-09-02, páginas 29-30. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/75-2019-124346826>

²⁴ PORTUGAL. Lei nº 37/2003, de 22 de agosto de 2003. Estabelece as bases do financiamento do ensino superior. Diário da República nº 193/2003, Série I-A de 2003-08-22, páginas 5359-5366. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/37-2003-656107>.

Conhecer nuances da cultura, do processo histórico, político e social: abertura de horizontes

Por fim, gostaria de narrar o que nesta imersão em Portugal foi o saldo mais positivo: ampliar os horizontes de compreensão sobre a vida em sociedade, ampliar o repertório de experiências para além do saber, mas do sensível que nos constitui e nos inspira, especialmente num momento de escrita e autoria.

Nos finais de semana, feriados e recessos, sempre que o tempo e dinheiro nos permitiam, fizemos passeios e viagens para conhecer o país. Visitamos lugares lindos e incríveis, paisagens maravilhosas e marcos históricos fascinantes.

Portugal é um país para voltar muitas vezes ou que, para conhecer e explorar toda sua história em profundidade, seria necessário morar por muitos anos.

Esse movimento de conhecer e compreender algumas partes da história de Portugal inevitavelmente me provocou um sentimento urgente e necessário de (re)conhecer, compreender e processar algumas partes da história do Brasil. Especialmente ao chocar-me com uma narrativa que mostra prioritariamente apenas um lado da história, dos supostos “vencedores”. E essa história narrada em placas de monumentos, nas explicações fixadas nos museus, castelos, diversos espaços de visita, narrada também pelas pessoas que reproduzem essa versão da história, provavelmente contada por muitas gerações, apaga e ignora o lugar de outros povos nas relações que foram estabelecidas no passado.

Neste período, fiquei afetada especialmente por uma necessidade pulsante de conhecer mais sobre nossos povos originários, buscar a história da minha ancestralidade familiar indígena, que ainda é presente nos relatos e lembranças dos mais velhos da família, mas que, assim como a história de diversas famílias do Brasil, tem sido apagada da memória na vida privada e pública do país.

Foi um momento de reconhecer meus traços da ancestralidade portuguesa que, ao conviver no país, convidam-nos a olhar para nossa identidade e nos reconhecermos mutuamente, mas sobretudo me convocaram

a conhecer a minha ancestralidade indígena, o que restou dela em mim? A necessidade de buscá-la e não deixar essa história desaparecer.

A vivência no espaço público, no simples caminhar pelas ruas, observar seus códigos e regras sociais, na interação com as pessoas, a cordialidade nos diálogos, apesar de breves, comedidos e escassos, o respeito no trânsito, poder atravessar na faixa de pedestres com quase a certeza que sempre os carros vão parar, ou poder caminhar nas ruas em qualquer horário sem sentir medo.

Dei-me conta do tamanho dos traumas que carrego por viver em um país tão violento como o Brasil. Demorei muito tempo para conseguir relaxar, tentando “desprogramar” em minha mente que eu podia pegar o celular na rua sem ter medo de ser roubada, andar nos transportes públicos com tranquilidade, que eu podia caminhar à noite sozinha pelas ruas ao retornar do seminário na universidade para casa, sem medo de sofrer diversos tipos de violência. Dei-me conta que vivo num constante estado de alerta, um estado de medo permanente, que foi programado desde a infância a partir de diversas violências sofridas ou assistidas e que, apesar de não pensarmos muito sobre isso no nosso cotidiano, pois já nos parece “normal”, essa é uma dor, um sofrimento que carregamos e que provavelmente nos produz consequências ainda incalculáveis na tentativa de viver uma vida bem vivida.

Assim, uma cena marcante que quero deixar registrada nesta narrativa: todos os dias pelos três meses iniciais eu tomava o café da manhã olhando pela janela da cozinha do apartamento, vista para parte do fundo do prédio em que morei. Era uma paisagem linda da entrada de uma trilha de aproximadamente 7 km, com uma floresta (no meio da cidade), coelhos livres e carneirinhos em alguns pontos da paisagem. Todas as manhãs eu observava o fluxo de pessoas caminhando ali. Diversas vezes vi mulheres andando sozinhas. Era um lugar ermo, e o primeiro impulso do meu pensamento era sobre o perigo. E imediatamente eu me questionava sobre qual o risco real que aquelas pessoas corriam. No conflito entre o desejo de caminhar ali também e o medo “programado” da minha mente, o fato é que demorei aproximadamente três meses para ter coragem de viver aquela experiência maravilhosa e tão perto da minha casa. Ao conseguir finalmente fazer a caminhada na trilha, senti uma emoção, um sentimento de libertação.

Outra passagem que marcou foi a satisfação de acompanhar alguns debates políticos na televisão entre os candidatos à presidência do país ou até mesmo ao conversar com alguns portugueses e portuguesas sobre o tema em espaços públicos. Meu entusiasmo era pela qualidade do debate, um debate programático e com um certo respeito necessário às opiniões divergentes, como as democracias devem ser, a meu ver. A maturidade com que as propostas eram apresentadas pelos candidatos passaram a sensação de coerência entre o que defendiam e o campo político dos partidos a que pertenciam. As análises e defesas sobre os rumos da saúde e educação eram pontos importantes nas discussões.

Na saúde, a vivência no Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Portugal foi quando tivemos covid-19 pela primeira vez, entre o final de outubro e início de novembro de 2021. O atendimento mostrou na prática o êxito de uma política pública coordenada e planejada para o diagnóstico, monitoramento e cuidado em tempo oportuno, o que resultou no reconhecido mundial do bom desempenho do país no controle da pandemia. Reconheço o acerto no amplo acesso aos testes para diagnóstico precoce, o sistema robusto de acompanhamento dos casos confirmados e contatos por telefone e presencialmente, quando necessário, a existência de um protocolo de orientação aos trabalhadores e a comunicação assertiva com a população. Essa breve experiência que tive como usuária estrangeira do SNS poderia ser melhor explorada e em mais detalhes em outro relato, em outra oportunidade, mas de maneira geral, quero ressaltar que, apesar da evidente qualidade do cuidado ofertado no sistema público português, constatei alguns desafios quanto à organização do processo de trabalho dos serviços que tive acesso e nas relações entre trabalhadores e usuários, muitas vezes tensas e com acolhimento pouco qualificado. Não poderia deixar de perceber essas questões, visto fazerem parte da minha trajetória de trabalho e dedicação para qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e a sua Política Nacional de Humanização.

De maneira geral, a experiência no doutorado sanduíche é uma oportunidade fantástica de crescimento humano no sentido mais amplo. Foi uma experiência que qualificou minha compreensão como pesquisadora ao apoiar e inspirar o avanço da escrita acadêmica, mas além disso, enriqueceu o

meu repertório de aprendizagens experienciais, o que conseqüentemente será revertido para a finalização do doutorado e para a ampliação das memórias afetivas que levarei para a vida.